

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

JANELICE DE AZEVEDO NEVES BASTIANI

**TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA AIDS EM FLORIANÓPOLIS
(1986 – 2006)**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

JANELICE DE AZEVEDO NEVES BASTIANI

**TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA AIDS EM FLORIANÓPOLIS
(1986 – 2006)**

Dissertação submetida ao Programa de Pós -
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina para obtenção do
Grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia, Saúde e
Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Itayra Coelho
de Souza Padilha.

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

B326t Bastiani, Janelice de Azevedo Neves

Trajatória histórica da AIDS em Florianópolis (1986 - 2006) [dissertação] / Janelice de Azevedo Neves Bastiani ; orientadora, Maria Itayra Coelho de Sousa Padilha. - Florianópolis, SC, 2010.

1 v.: il., grafs., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. AIDS (Doença) - Florianópolis (SC). 3. Mortalidade. I. Padilha, Maria Itayra Coelho de Sousa. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

JANELICE DE AZEVEDO NEVES BASTIANI

**TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA AIDS EM FLORIANÓPOLIS
(1986 – 2006)**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:


MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 25 de novembro de 2010, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**




Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa


Banca Examinadora:



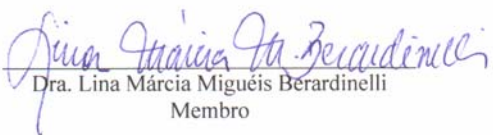
Dra. Maria Itayra Padilha
Presidente



Dra. Miriam Süsskind Borenstein
Membro



Dra. Selma Regina de Andrade
Membro



Dra. Lina Márcia Miguéis Berardinelli
Membro

Pai!

*Você foi meu herói meu bandido
Hoje é mais muito mais que um
amigo*

*Nem você nem ninguém tá sozinho
Você faz parte desse caminho
Que hoje eu sigo em paz
Pai! Paz!...*

Fábio Junior

AGRADECIMENTOS

Recebi à vida e o livre arbítrio de minhas escolhas, a cada escolha e barreira vivenciada, procurei convertê-las em ensinamentos e crescimento. Agradeço pela oportunidade de trilhar cada momento dessa existência, nesse momento, gostaria de compartilhar esse momento da minha vida e agradecer a todos que de alguma forma contribuíram por esse resultado. Entretanto, gostaria de agradecer particularmente:

As pessoas que vivem com HIV/aids, por fornecerem informações sobre suas vidas, contribuindo para a melhoria da política de atendimento as pessoas com HIV e aids; e para realização dessa pesquisa.

À orientadora Dr^a. Maria Itayra Padilha pela disponibilidade, paciência, sensibilidade e companheirismo durante minha caminhada, que soube com habilidade me orientar a ultrapassar cada obstáculo, transformando um sonho em realidade.

A banca examinadora, Dr^a. Miriam S. Borenstein, Dr^a. Selma Regina de Andrade, Dr^a. Lina Márcia M. Berardinelli e a Dda. Mariana Vieira, pelo aceite de avaliar esse trabalho, pelo carinho e ensinamentos.

As professoras Dr^a. Ivonete T. S. B. Heidmann, Dr^a. Lucia N. Amante, Dr^a. Denise E. P. e Pires, Dr^a. Eliane Nascimento e Dr^a. Bettina H. S. Meirelles, cada uma em um momento especial estavam lá, presentes e disponíveis.

As companheiras do GEHCES, em especial a Msc. Ana Maria E. Koerich, Msc. Dorotéia Ribas, Msc. Valdete P. Pereira, Dda. Maria Ligia dos R. Bellaguarda, Dr^a. Eliani Costa e Dda. Isabel C. A. Maliska pelo apoio, incentivo e pelas conversas.

Ao Secretário Municipal da Saúde de Florianópolis Dr. João José Cândido da Silva, a Coordenadora da Regional de Saúde do Continente Enf^a Elizimara F. Siqueira e a Assessora da Vigilância Epidemiológica da Regional de Saúde do Continente Enfermeira Dda. Juliana B. R. Girondi, pelo carinho e incentivo ao crescimento dos profissionais dessa secretaria.

Aos colegas da Regional de Saúde do Continente da Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis, pela compreensão, preocupação, pelas minhas ausências e trocas de horário,

As colegas de disciplina e da turma do mestrado 2010, sobretudo a Mda. Sandra Hilda, Mda. Sonciarai, Mda. Roseli, Mda. Daniela, Mda. Mônica, Mda. Cilene, Mda. Daysi e Dda. Juliana Lesmann, pelos materiais, pelos papos, palavras gentis, sorrisos e companheirismo.

Ao Dr. Cleber Mirosky, pelos materiais doados sobre o tema e pelas conversas/e-mails de incentivo; a Enfermeira Jane do CTA da Policlínica do Centro, pelas contribuições e dicas sobre a história do atendimento as DST/aids em Florianópolis; a Enfermeira Sued da Vigilância Epidemiológica de Florianópolis pela disponibilidade e acesso aos dados utilizados nesse estudo; a Dra. Sandra Maciel pelo incentivo, pela amizade e por ser um profissional/humano iluminado e ao Osnaildo (Macarrão) por disponibilizar acesso aos livros da biblioteca universitária quando ainda não era aluna regular do curso.

A amiga incondicional Enf^a. Msc. Márcia S. Del Castanhel, muito obrigado pelos ensinamentos, carinho e presença em muitos momentos da minha vida.

A minha família (ausentes e presentes nesse plano), qualquer palavra que eu escreva será pobre se comparada com o sentimento que nutro por vocês.

Em especial a Ana Lucia (o amor da madrinha) pelo sorriso, pelo carinho, por você existir e aquele que escolheu viver comigo essa jornada existencial, o meu Chico. Amo muito vocês.

A todos que diretamente e indiretamente acompanharam e torceram pelo meu resultado.

Muito obrigado!

BASTIANI, J.A.N. **Trajetória histórica da AIDS em Florianópolis (1986 – 2006)**. 2010. 169p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Linha de Pesquisa: História em Enfermagem e Saúde

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo conhecer a dinâmica da epidemia da aids, entre pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) adultas residentes no município de Florianópolis entre 1986 a 2006. Estudo descritivo quantitativo, tipo transversal, realizado a partir do SINAN-AIDS, com dados coletados entre março/abril de 2010 na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. O instrumento de coleta de dados foi uma planilha do programa Excel, importada para o programa Epi Info versão 3.5.1. Na análise estatística utilizamos o teste qui-quadrado, com intervalo de confiança de 95%, com $p \leq 0,05$. Os resultados do estudo são apresentados em três artigos. O **primeiro artigo** apresenta as características sócio demográfica e epidemiológica das 3209 PVHA adultas notificadas no SINAN-Aids entre 1986 a 2006. A aids atingiu inicialmente estratos sociais favorecidos, migrando para estratos sociais desfavorecidos, heterossexuais, homens e mulheres, com ensino fundamental incompleto, de raça ignorada e com idade entre 20 a 49 anos. A Vigilância Epidemiológica de Florianópolis tem investido na qualidade no preenchimento das Fichas de Notificação e Investigação e na descentralização do atendimento em aids no município. O **segundo artigo** apresenta características sócio demográficas e epidemiológicas das PVHA adultas que foram a óbito, o perfil apresenta: PVHA adultas com idade entre 20 e 49 anos, raça ignorada, escolaridade 3 a 7 anos e categoria de exposição UDI e/ou heterossexual. A gestão entre as Equipes de Saúde da Família e as Regionais de Saúde, consolidou as ações para redução dos óbitos. O **terceiro artigo** apresenta a ocupação e Status Sócioeconômico Ocupacional (ESO) das PVHA. Analisamos a ocupação no mercado de trabalho e sexo e o ESO das PVHA com idade entre 20 a 49 anos, categoria de exposição e sexo. Encontramos em 1986 a 1995, 59,92% das mulheres e 97,5% dos homens, e entre 1996 a 2006, 55,91% das mulheres e 94,31% dos homens trabalhando. O ESO entre as mulheres 4ª e 5ª, entre os homens 1ª e 5ª. Os serviços de saúde

descentralizados como CTA, SAE e distribuição dos anti-retrovirais, foram atitudes impactantes para adesão ao atendimento e tratamento.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, morbidade, mortalidade, condições sociais, fatores socioeconômicos, aids, HIV.

BASTIANI, J.A.N. **Historical Trajectory of AIDS in Florianópolis (1986 - 2006)**. 2010. 169p. Dissertation (Master in Nursing) - Post Graduation Course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

ABSTRACT

This thesis aims to understand the dynamics of the AIDS epidemic among people living with HIV / AIDS (PLWHA) adult residents in Florianópolis from 1986 to 2006. A descriptive quantitative, cross-sectional study based data base SINAN-AIDS, with data collected in march/april 2010 in the Surveillance of the Municipal Health Secretariat of Florianópolis. The instrument for data collection was an Excel spreadsheet, then imported into the statistical analysis program Epi Info version 3.5.1. In statistical analysis, the chi-square confidence interval 95%, $p \leq 0.05$. The study results are presented in three articles. **The first article** presents the socio demographic and epidemiology of adult PLHA 3209 notified in the SINAN-AIDS, between 1986 to 2006. AIDS first hit privileged social strata, migrating to disadvantaged social strata, heterosexual men and women with incomplete primary education, race and ignored aged 20 to 49 years. The Epidemiological Surveillance of Florianópolis has invested in the quality of Notification Forms and Research and the decentralization of AIDS care in the municipality. **The second article** presents socio demographic and epidemiological characteristics of PLHA who died. The profiles of PLHA to death were: age between 20 and 49, unknown race, education 3-7 years and IDU exposure category and / or heterosexual. Participatory management of the Family Health Teams and the Health consolidated the planning of actions to reduce deaths in Florianópolis. **The third article** presents the socioeconomic status and occupational for PLHA. We analyzed the occupation in the labor market and gender of adult PLHA and Socioeconomic Status Occupational (SSO) among PLHA aged 20 to 49 years of exposure category and sex. Found in 1986 to 1995, 59.92% of women and 97.5% of men report work from 1996 to 2006, 55.91% women and 94.31% of men report to work. The OSS among women met between 4th and 5th (SSO), in males between 1 and 5th (SSO). We envision the deployment of decentralized health services in Florianópolis, as CTA, SAE and distribution of antiretroviral drugs for

the treatment of PLHA, attitudes impacting on compliance to the care and treatment of disease.

Key-Words: Acquired Immunodeficiency Syndrome, morbidity, mortality, social conditions, socioeconomic factors, AIDS, HIV.

BASTIANI, J.A.N. **Trayectoria Histórica del SIDA en Florianópolis (1986 - 2006)**. 2010. 169p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

RESUMEN

Esta disertación tiene como objetivo comprender la dinámica de la epidemia de SIDA entre las personas que viven con el VIH y el SIDA (PVVS) residentes en Florianópolis entre 1986 el 2006. Un estudio cuantitativo descriptivo, transversal estudio basado en datos de la base SINAN-SIDA, con datos recogidos en marzo / abril de 2010 en la Vigilancia de la Secretaría Municipal de Salud de Florianópolis. El instrumento de recolección de datos fue una hoja de cálculo Excel, a continuación, importados en el programa de análisis estadístico Epi Info versión 3.5.1. En el análisis estadístico del intervalo de confianza de chi-cuadrado 95%, $p \leq 0,05$. Los resultados del estudio se presentan en tres artículos. **El primer artículo** presenta las características socio-demográfica y la epidemiología de los 3209 PVVS adultos informó en el SINAN / SIDA entre 1986 y 2006. SIDA primer éxito privilegiada estratos sociales, la migración a los estratos sociales desfavorecidos, los hombres heterosexuales y las mujeres con educación primaria incompleta raza, e hizo caso omiso de entre 20 y 49 años. La vigilancia epidemiológica de Florianópolis ha invertido en la calidad de los formularios de notificación y de Investigación y la descentralización de la atención del SIDA en el municipio. **El segundo artículo** presenta las características socio-demográficas y epidemiológicas de las PVVS que murió. El perfil de las PVVS a muerte fueron: edad entre 20 y 49 de raza desconocida, la educación 3-7 años y la categoría UDI exposición y / o heterosexual. La gestión participativa de los Equipos de Salud de la Familia y la Regionales de Salud que, consolidó la planificación de acciones para reducir las muertes en Florianópolis. El tercer artículo presenta la situación socioeconómica y la ocupación laboral de las PVVS. Se analizó la ocupación en el mercado laboral y de género de adultos PVVS y Ocupacional Nivel Socioeconómico (ONS) entre las PVVS de 20 a 49 años de la categoría de exposición y sexo. Que se encuentran en 1986 y 1995, 59,92% de las mujeres y 97,5% de los trabajos informe hombres, de 1996 a 2006, las mujeres 55,91% y 94,31% de los hombres a trabajar. La categoría profesional de nivel

socioeconómico (ONS) entre las mujeres se reunieron entre 4 y 5 (ESO), en varones entre 1 y 5 (ONS). Tenemos la visión de la implantación de servicios de salud descentralizada en Florianópolis, como CTA, SAE y distribución de drogas antirretrovirales para el tratamiento de las PVVS, actitudes que influyen en el cumplimiento de la atención y el tratamiento de la enfermedad.

Palabras-clave: síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la morbilidad, la mortalidad, las condiciones sociales, factores socioeconómicos, el SIDA, el VIH.

LISTA DE SIGLAS

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS - Área de Indicador Social
ATVC - Aconselhamento e Testagem Voluntária e Confidencial
AZT - Zidovudina
CD4 - Linfócitos TCD4
CDC - Centers for Diseases Control and Prevention
CMAIDS - Comissão Municipal de Aids
COAS - Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CS – Centro de Saúde
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDI - Didanosina
DST - Doença Sexualmente Adquirida
ELISA - Enzyme – Linked Immunosorbent Assay
ESF – Equipe de Saúde da Família
EUA - Estados Unidos da América
FDA - Food and Drug Administration
FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GEHCES/UFSC - Grupo de Estudos de História em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina
GIV - Grupo de Incentivo à Vida
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH - Homens que fazem sexo com homens
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MSM - Mulheres que fazem sexo com mulheres
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não-Governamental
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
p - Nível descritivo do teste de associação pelo Qui-quadrado
PT - Partido dos Trabalhadores
PVHA - Pessoas que Vivem com HIV e Aids.
SAE - Serviço de Assistência Especializada.
SIM - Sistema de informação de Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Nascidos Vivos
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

SUS - Sistema Único de Saúde

UDI - Usuários de Drogas Injetáveis

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UNAIDS - JOINT UNITED NATIONS PROGRAM ON HIV/AIDS.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

- Tabela 1** – Distribuição das PVHA, segundo período de diagnóstico e sexo, em Florianópolis-SC. Brasil, 1986 – 2006..... **84**
- Tabela 2** – Distribuição das PVHA, segundo período de diagnóstico e categoria de exposição em Florianópolis/SC. Brasil, 1986 – 2006. **85**
- Tabela 3** – Distribuição das PVHA, segundo período de diagnóstico, raça, escolaridade e faixa etária, em Florianópolis-SC. Brasil, 1986 – 2006..... **87**
- Tabela 4** – Distribuição das PVHA, segundo período de diagnóstico e Regional de Saúde de residência em Florianópolis-SC. Brasil, 1986 – 2006..... **88**

ARTIGO 2

- Tabela 1** – Distribuição dos óbitos em PVHA, segundo sexo e faixa etária; sexo e escolaridade no município de Florianópolis-SC. Brasil, 1986 – 2006..... **104**
- Tabela 2** – Distribuição em PVHA, segundo sexo e raça; sexo e categoria de exposição no município de Florianópolis-SC. Brasil, 1986 – 2006..... **105**
- Tabela 3** – Coeficiente de Mortalidade por Aids, por 10.000 mil habitantes, segundo sexo no município de Florianópolis-SC. Brasil, 1986 – 2006..... **106**

ARTIGO 3

- Tabela 1** – Distribuição das PVHA, segundo inserção no mercado de trabalho, sexo feminino e ocupação no município de Florianópolis/SC. Brasil, 1986 a 2006 **120**
- Tabela 2** – Distribuição das PVHA, segundo inserção no mercado de trabalho, sexo masculino e ocupação no município de Florianópolis/SC. Brasil, 1986 a 2006. **121**
- Tabela 3** – Distribuição das PVHA, segundo categoria de exposição, sexo, em indivíduos entre 20 a 49 anos e ESO no município de Florianópolis. Brasil, 1986 a 2006 **123**

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Série histórica das PVHA, segundo Ano de Diagnóstico, Ano de Óbito e Situação (vivo ou morto) no município de Florianópolis-SC. Brasil, 1986-2006.	106
--	------------

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	17
LISTA DE TABELAS.....	19
LISTA DE GRÁFICOS	21
SUMÁRIO	23
1 INTRODUÇÃO	25
2 PERGUNTA DE PESQUISA	35
3 OBJETIVOS.....	37
3.1 OBJETIVO GERAL	37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
4 JUSTIFICATIVA.....	39
5 REVISAO DE LITERATURA.....	41
5.1 AIDS NO MUNDO.....	41
5.1.1 África.....	45
5.1.2 Europa e Ásia Central.....	46
5.1.3 Caribe.....	47
5.1.4 América Latina.....	47
5.1.5 América do Norte e Europa Ocidental e Central	48
5.1.6 Norte da África e Oriente Médio	49
5.1.7 Oceania.....	50
5.1.8 Ásia	51
5.1.9 Perspectivas de prevenção e tratamento da Aids	52
5.2 AIDS NO BRASIL.....	54
5.3 AIDS EM SANTA CATARINA.....	64
6 METODOLOGIA	71
6.1 PESQUISA QUANTITATIVA.....	71
6.1.1 Local da Pesquisa	72
6.1.2 População da Pesquisa	73
6.1.3 Critério de Inclusão.....	74
6.2 FONTE E COLETA DE DADOS.....	74
6.2.1 Instrumento de Coleta de Dados.....	75
6.3 VARIÁVEIS	75
6.3.1 Variável Dependente.....	75

6.3.2 Variáveis Independentes.....	75
6.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	77
6.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	78
6.6 CUIDADOS ÉTICOS.....	78
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	79
7.1 ARTIGO 1 - AIDS EM FLORIANÓPOLIS/SC, BRASIL. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS (1986 – 2006).....	79
CUIDADOS ÉTICOS.....	83
7.2 ARTIGO 2 - ÓBITOS EM PVHA EM FLORIANÓPOLIS/SC, BRASIL. (1986 – 2006).....	99
CUIDADOS ÉTICOS.....	103
7.3 ARTIGO 3 - PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM FLORIANÓPOLIS/SC, BRASIL: OCUPAÇÃO E STATUS SOCIOECONÔMICO OCUPACIONAL. (1986 – 2006).....	115
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS.....	137
APÊNDICES.....	149
ANEXOS.....	153

1 INTRODUÇÃO

A primeira definição científica de caso da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), para a vigilância epidemiológica brasileira, foi do *Center for Disease Control* – CDC, dos Estados Unidos, publicada em 1982, revisada em 1987 e 1993, que se fundamentava na evidência laboratorial de infecção pelo HIV e nas doenças indicativas de imunodeficiência, denominado Critério CDC Modificado. Em 1998 foi incluído o marcador laboratorial de imunossupressão CD4+ (menor do que 350 células/mm³), ampliando o número de PVHA adultas (BRASIL, 2003).

Da identificação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), à definição dos critérios para caso de aids¹, transcorreram trinta anos da epidemia no mundo, considerado grave problema de saúde pública nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos em número de casos novos e na garantia de acesso de tratamento aos doentes. Conforme dados, eram 39,5 milhões, em 2007 este número reduziu para 33,2 milhões de Pessoas que Viviam com HIV/Aids² (PVHA), sendo que esta redução se deve a mudanças à exposição de fatores de riscos, em seis países: Angola, Índia, Quênia, Moçambique, Nigéria e Zimbábue (UNAIDS, 2006).

A aids se tornou a pior epidemia do século XX, trazendo sofrimento humano, impactos demográficos, econômicos, culturais e político em quase todas as sociedades do mundo, difundindo-se por diversos países e, em outros, consolida-se como epidemia avassaladora, provocando despovoamento e diminuição da fertilidade; tornando inacessível para muitas pessoas o tratamento com anti-retrovirais³ (SANI *et al.*, 2006).

A resposta global à epidemia está refletida em números, mas necessitamos da mobilização social, com participação de todos os países, para os novos desafios na área social, política e econômica, a serem enfrentados no alcance a novos progressos na prevenção da doença e na resposta à epidemia.

¹ O Programa Nacional de DST e Aids, sugere que a palavra aids seja escrita em caixa baixa (letra minúscula) quando utilizada em texto por se tratar de um substantivo comum no Brasil (GUEDES, 2007).

² Utilizada PVHA sigla utilizada pelo Programa Nacional de DST/Aids que designa as Pessoas que Vivem com HIV e Aids (BRASIL, 2007).

³ Anti-retrovirais são medicamentos utilizados no tratamento de infecção causada por retrovírus, no caso da aids o vírus HIV (BRASIL, 2005a).

É necessária a mobilização eficaz dos governos, comunidades e indivíduos para deixarem de enxergar “um problema” e visualizar “soluções” para conter e controlar a doença; no enfrentamento de questões como equívocos sobre como o HIV é transmitido, a falta de acesso ao tratamento, as notícias inadequadas da epidemia divulgadas pela mídia, a incapacidade de curar aids e preconceitos/medos relativos a diversas questões socialmente sensíveis, como a sexualidade, doença, morte e uso de drogas (UNAIDS, 2009; ONUSIDA, 2005).

Para mim, concordando com Paulo Freire, conhecer a realidade concreta e objetiva é ler agindo para a promoção de sua transformação, onde cada ator social (gestores, profissionais da saúde, comunidades e indivíduos) assume o seu papel no mundo (FREIRE, 1994).

No Brasil a doença emerge na realidade no momento de redemocratização do país que passava de um regime militar para o democrático e ocorria a discussão de um novo modelo de se fazer saúde, confirmado na Constituição Federal de 1988. Enquanto, o governo estruturava este novo sistema de saúde, as ações para atendimento das PVHA por parte do Ministério da Saúde, demoraram muito para ocorrer (ABIA, 2007; BRASIL, 2005a).

Em 1985 foi criada a primeira Organização Não Governamental - ONG/Aids brasileiro e latino americana, denominada de Grupo de Apoio e Prevenção da Aids - São Paulo (GAPA-SP). Os casos e óbitos de aids cresciam com o tempo e, em 1986, o Ministério da Saúde criou a Comissão Nacional de Aids. Em 1988 um grupo liderado pelo sociólogo Herbert de Souza e o médico Walter de Almeida fundavam no Rio de Janeiro a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), que tinha como princípio a solidariedade (ABIA, 2007; BRASIL, 2005a).

A partir da entrada do Banco Mundial, como financiador de projetos na área da saúde no mundo, possibilitou-se a assinatura de um acordo no ano de 1994, entre este banco e o Brasil, para a estruturação do Programa Nacional de DST/Aids, com participação ativa das ONGs atuantes no país. Para atender as diretrizes do Programa Nacional de DST/Aids, os municípios se estruturaram com serviços de saúde para atender PVHA, incorporando a luta pela prevenção, contra a discriminação, o preconceito, a defesa da solidariedade e dos direitos das PVHA (ABIA, 2007; BRASIL, 2005a).

Neste contexto, criaram-se serviços os que disponibilizavam a testagem para a soropositividade, com respeito e garantia de privacidade dos usuários do serviço, que foram os primeiros centros de testagem anônima e aconselhamento no Brasil com a denominação Centro de Orientação e Apoio Sorológico - COAS, primeiro em Porto Alegre e,

posteriormente, no Rio de Janeiro em fins de 1988. A partir dos bancos de dados, é possível levantar o número de casos notificados e o número das PVHA que recebem anti-retrovirais, porém não existem avaliações aprofundadas que analisem a qualidade dos serviços de saúde na ótica do usuário e dos funcionários que prestam atendimento às PVHA (BRASIL, 2005a; MALTA, 2008).

No Brasil, a expectativa de PVHA para o ano de 2007 girou acima de 600.000 pessoas, dessas 180.000 recebendo acompanhamento e tratamento relativo às demandas da doença pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009a).

Várias questões têm sido apontadas em relação às tendências da epidemia de aids por esta ter: se caracterizado por epidemias microrregionais com diferentes taxas de crescimento; pelo aumento progressivo dos casos de aids em mulheres, decorrente da transmissão heterossexual; redução das taxas de mortalidade associada à introdução da terapêutica combinada antiretroviral em 1996; uma progressiva "pauperização", atingindo áreas mais distantes dos centros urbanos (de menor porte e mais pobres); aumento proporcional entre pessoas com níveis de escolaridade mais baixos e com inserção precária no mercado de trabalho (GABRIEL; BARBOSA; VIANNA, 2005; FONSECA; BASTOS, 2007; MALISKA, 2005; MELO, 2004).

No início da epidemia de aids no Brasil, os contaminados pelo HIV eram, na sua maioria do sexo masculino, tendo como principal categoria de exposição a homossexual, seguida dos usuários de drogas injetáveis (UDI) e bissexuais. Por sua vez, com parceiros expostos a outras práticas sexuais e ao uso de drogas, passamos a observar o crescente número de casos entre as mulheres que, na maioria das vezes, mantêm relações sexuais com seus parceiros sem proteção adequada contra a doença. O crescente número de casos entre as mulheres vem caracterizando a feminização da epidemia, fazendo com que a razão entre os sexos diminua, sistematicamente, passando de 15,1 homens para 1 mulher em 1988; para 1 homem para 1 mulher em 2005 (BRASIL, 2007).

Dentre as doenças infectocontagiosas, a aids apresenta medidas de morbidade e mortalidade expressivas. No Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), de 1980 a 2006 foram declarados 192.713 óbitos por aids no Brasil, sendo assim distribuídos: 68% na Região Sudeste, 15% na Região Sul, 10% na Região Nordeste, 5% na Região Centro Oeste e 3% na Região Norte (BRASIL, 2007).

Entre 1980 a junho de 2009, em números de casos de aids a Região Sudeste apresentou 323.069 (59,3%), Região Sul 104.671

(19,2%), a Região Nordeste 64.706 (11,9%), Região Centro Oeste 31.011 (5,7%) e Região Norte 21.389 (3,9%) (BRASIL, 2009a).

Os Estados que se destacaram em incidência, no ano de 2009 foram: em primeiro lugar, o Rio Grande do Sul com 43,28 casos por 100 mil habitantes, Rio de Janeiro 28,9 por 100 mil habitantes e Santa Catarina 28,4 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2009a).

O Estado de Santa Catarina caracteriza três períodos distintos da doença: década de 80 a 1996 crescimento de novos casos, nesse período Santa Catarina (35%), São Paulo (28%) e Rio Grande do Sul (25%) foram os estados com maior número de notificações entre usuários de drogas injetáveis (UDI); de 1997 a 2002 redução do crescimento de casos novos, com períodos de oscilações de crescimento e decréscimo; e de 2003 a 2007 notificação de casos novos, tanto em homens como em mulheres, em leve declínio, principalmente na faixa etária entre 20 a 39 anos, apesar de ser a faixa etária com maior concentração no Estado, que explica a alta mortalidade por aids entre 20 a 49 anos. Na faixa etária acima de 60 anos que até 2002 não apresentava aumento na notificação de casos novos, muda o panorama a partir de 2003. O Estado de Santa Catarina passa a apresentar estabilidade nas notificações (RODRIGUES JR e CASTILHOS, 2004; SANTA CATARINA, 2008a).

O número de casos de aids em Santa Catarina até 2008 totalizou 21.546, sendo 20.652 casos em adulto (13.072 no sexo masculino e 7.580 no sexo feminino); em menores de 13 anos foram notificados 894 casos; dos 293 municípios existentes no estado, 239 (81,5%) já notificaram um caso ou mais de aids. Foram notificados em 2009, 194 casos de HIV, com prevalência na faixa etária entre 30 a 49 anos; em 2010 os municípios de Mirim Doce e Riqueza notificaram o primeiro caso de aids, observa-se que esses municípios possuem população inferior a 6.000 habitantes em seus territórios (SANTA CATARINA, 2009; SANTA CATARINA, 2010).

Em 2009, a Região Sul apresenta duas capitais com maior incidência no Brasil, Porto Alegre (RS) com 111,5 por 100 mil habitantes e Florianópolis (SC) com 57,4 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2009a).

Conhecer a realidade dos contaminados pelo HIV, descortinando as tendências da epidemia cronologicamente, é saber quem são, como vivem, se relacionam, com quem se relacionam, onde residem, enfim como se dá sua presença no mundo. Dessa forma, dando face a verdadeira realidade de uma forma quantitativa, indo além da aparência, enxergando e entendendo a realidade expressa numericamente, gerando um atuar e um pensar certos na e sobre a realidade para transforma-la,

chamando a responsabilidade todos os atores sociais envolvidos (FREIRE, 1994).

Em Florianópolis, no ano de 2002, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) contava em sua estrutura com 44 unidades de saúde ações de saúde básica, 01 Ambulatório DST/Aids, localizado no Centro de Saúde Centro e 01 Centro de Orientação e Apoio Sorológico/Centro de Testagem e Aconselhamento (COAS/CTA) localizado na Policlínica II, no bairro Estreito (PMF, 2002).

O COAS/CTA desenvolvia as funções educativas e avaliação dos riscos de transmissão, prevenção, tratamento e avaliação de riscos para infecção pelo HIV, através de aconselhamento para testagem anônima do HIV, coletando sangue no próprio local e oferecendo apoio emocional (PMF, 2002).

O ambulatório de DST/Aids oferecia orientações relativas à prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, aconselhamento em HIV/aids, acompanhamento de PVHA assintomáticos, assistência de enfermagem, psicológica e psiquiátrica, atendimento às DSTs, às mulheres que sofriam de abuso sexual e referência para a rede básica municipal nos casos de alterações de colo uterino, oferecendo colposcopia, biópsia e eletrocauterização (PMF, 2002).

No organograma da SMS, o Departamento de Saúde Pública respondia pelos serviços e ações desenvolvidas na rede municipal de saúde. O Departamento de Saúde Pública trabalhava com três divisões: uma abrigava as estratégias operacionais (programas de atenção à saúde), outras duas as Divisões de Vigilância Epidemiológica - que incluía o Sistema de Vigilância Nutricional (SISVAN), Programa DST/Aids – Redução de Danos, entre outros; e a divisão de Vigilância Sanitária. Para o atendimento das DST/aids contava com o Ambulatório de DST/Aids e o Centro de Orientação e Apoio Sorológico/Centro de Testagem e Aconselhamento (COAS/CTA) (PMF, 2006).

Em 2006, com a extinção do Departamento de Saúde Pública, Florianópolis recebeu um novo desenho administrativo, a área de abrangência e geoprocessamento dividiram-se em cinco Regionais de Saúde. Cada regional de saúde com sede e administração própria, passa a responder pela vigilância e acompanhamento do desempenho da atenção à saúde pelas equipes de saúde da sua área de abrangência (PMF, 2007).

Extingue-se o Ambulatório de DST/Aids criando-se o primeiro Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de Florianópolis, permanecendo um núcleo em atividade conjunta com um CTA na

Policlínica do Centro e outro núcleo na Policlínica do Estreito com o CTA funcionando no antigo espaço do Laboratório Municipal, anexo ao Centro de Saúde Estreito. Esse desmembramento ocorreu pela característica geográfica do município, parte na ilha e parte na área continental.

A SMS em 2007 contava com 48 unidades de saúde classificadas como básicas, 2 Prontos Atendimento, Pronto Atendimento em Ingleses, Pronto Atendimento Rio Tavares; 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II - Ponta do Coral, CAPS Infantil e o CAPS AD - para usuários de álcool e drogas); 1 Centro de Especialidades Odontológico (CEO); 02 COAS/CTA, no Centro e Estreito; 02 SAE, no Centro e Estreito; e 1 Laboratório Municipal de Análises Clínicas – no Estreito, que, somados, correspondiam a 55 unidades físicas para a prestação de serviços de saúde. Desta forma, ocorreu consolidação do modelo assistencial com a ampliação das Equipes de Saúde da Família, passando de 63 equipes em 2005 para 85 Equipes de Saúde da Família em 2007 e 21 Equipes de Saúde Bucal (PMF, 2007).

A diretriz do Programa Municipal de Aids busca que as PVHA sejam acompanhadas nos Centros de Saúde de sua área de abrangência, permitindo um melhor acesso dos pacientes aos serviços de saúde, ficando o SAE como serviço de referência. Essa modificação, na dinâmica de atendimento, foi realizada através da criação da Comissão Municipal de Aids (CMAids), composta por representantes da SMS e Organizações não Governamentais (ONG) atuantes em Florianópolis (PMF, 2007).

Desde o início da epidemia as ONG de forma organizada e em conjunto com as PVHA, são porta vozes de suas necessidades e expectativas em relação aos serviços de saúde, dessa forma os serviços estão sendo forçados com eles e não para ele, enquanto homens e povos, na luta incessante de recuperação da sua humanidade, compreendendo o seu engajamento na luta por sua libertação (FREIRE, 1994).

A opção pela temática, dá-se ainda pelos 23 anos de atuação como enfermeira no planejamento, gerenciamento e assistência, no âmbito da saúde coletiva, dos quais oito anos na Vigilância Epidemiológica, no Distrito Sanitário do Continente da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e cinco anos na docência da disciplina de Epidemiologia, na Universidade do Vale do Itajaí – Campus Biguaçu. Neste tempo de trabalho pude perceber que o conhecimento da história natural das doenças e a visão social do contexto, onde as doenças estão inseridas, são importantes para a construção do perfil epidemiológico dos pacientes afetados, assim

como, no desenvolvimento de estratégias de combate, em uma relação da teoria com a prática que, na qual, a prática retroalimenta a teoria e vice e versa.

Na minha atuação profissional, a aids foi vivenciada inicialmente nas consultas de enfermagem, através da sensibilização e oferecimento do exame HIV às gestantes na consulta de enfermagem ao pré-natal. Posteriormente fiquei sensibilizada com as histórias que ouvi e li durante minhas abordagens profissionais enquanto enfermeira atuante nas atividades da Vigilância Epidemiológica na Regional de Saúde do Continente.

Minha caminhada como membro do grupo de pesquisa, designado Grupo de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES), incentivou-me a buscar compreensão da trajetória da doença no município de Florianópolis. Neste sentido, decidi estudar o período de 1986 a 2006, sendo que a escolha desse recorte histórico se deu em virtude de 1986 ocorrer a notificação do primeiro caso de aids no município e 2006 o ano de fechamento do Ambulatório de DST/Aids, com estruturação do SAE; neste período se caracteriza duas décadas da doença no município com dados completos e disponíveis nos bancos de dados.

Cotidianamente, vivencio ainda a intensidade e a velocidade que as mudanças ocorrem na ordem econômica, social e cultural da comunidade e seu reflexo nos serviços de saúde na forma e na filosofia de gestão. Atender estas mudanças significa, para a gestão dos serviços de saúde e dos profissionais, o enfrentamento do volume de ações a serem desenvolvidas e as exigências de qualidade dos serviços pelos usuários/pacientes.

O ser humano, revestido de sua multidimensionalidade, apresenta-se como um ser complexo. No caso da aids peculiaridades devem ser levadas em conta, como a moralidade em torno das formas de contaminação da doença e a enfatizada heterossexualidade da população, não personificam as características transgressoras dos valores e práticas de gênero e de sexualidade personificadas do corpo e na identidade dos cidadãos da sociedade (MIRANDA; BARROSO, 2004).

A doença traz o desafio de não ficar restrita ao campo médico, tornando-se uma nova condição social que produz novas formas de exclusão do indivíduo, novas necessidades num mundo com imensas possibilidades (REDE GAPA, 2003).

Os cidadãos recebem informações sobre a prevenção da doença, que mesmo conhecendo os métodos de prevenção, ainda são pouco

utilizados pela população. Porém, vale salientar que por mais difícil que pareça, é necessário investir em estratégias que promovam o cuidado, a fim de conquistarmos maior simetria entre homens e mulheres, onde cada um assuma sua responsabilidade pelo seu corpo, negociando a proteção em seus relacionamentos (VIEIRA e PADILHA, 2007).

As conferências internacionais de saúde trouxeram uma luz ao fim do túnel, no Canadá, a Carta de Ottawa definiu a promoção da saúde como sendo, o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, além do que coloca através do controle social, a possibilidade da sociedade de orientar este processo. A promoção à saúde deve atender as aspirações e satisfazer as necessidades dos cidadãos para alcançá-la e que tem como pré-requisitos paz, habitação, educação, alimentação, renda, justiça social, justiça e equidade, recursos sustentáveis e ecossistema estável. A promoção de saúde não é exclusividade do setor saúde, vai além do estilo de vida (WHO, 1991).

As ações intersetoriais pressupõem a promoção à saúde, trabalhando em conjunto com as cinco estratégias desta promoção: políticas públicas, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. A articulação entre estes campos de ação representa uma força maior que poderá impulsionar transformações na realidade de saúde da população (HEIDEMANN *et al.*, 2006).

Este estudo se orientou nas idéias de Paulo Freire (1996), quando diz que homens e mulheres são seres históricos, portanto protagonistas de sua história, possuidores de ferramentas para sua construção, como: comparar, valorar, intervir, escolher, decidir, romper; tornando seres éticos em seus atos e pensamentos na sua realidade.

A liberdade oferecida aos protagonistas de transformarem sua realidade a partir da sua vivência enquanto componentes do cenário social é uma oportunidade ímpar, essa conscientização reflete nas políticas de saúde que temos em nosso país e muito especificamente na política nacional em relação a aids, permeado em todo seu processo da reflexão da realidade e estruturação do atendimento a partir de suas necessidades (FREIRE, 1987).

A cultura fornece as ferramentas/normas que dizem respeito aos modos mais ou menos apropriados de comportamentos esperados pela sociedade em que convivem, dando condições de escolha. Para que essa escolha ocorra faz-se necessário que esteja introjetado no indivíduo e que no momento certo se faça a escolha. Quando indivíduos pactuam mesmas escolhas constitui-se um grupo ou sociedade, as regras indicam

o caminho, mas muitas são as combinações engendradas, possibilitando atualizações, expressão e reação em situações concretas, são infinitas (BOEHS *et al.*, 2007).

A necessidade do atendimento aos usuários/ PVHA, de serviços específicos para o HIV/aids, torna cada dia mais evidente nos estabelecimentos de saúde: o crescimento da demanda pelos serviços e a implementação de estratégias adequadas para seu atendimento. Existem várias publicações acerca de dados que fornecem informações sobre a trajetória da aids no Brasil e em Santa Catarina e a partir dessas leituras várias questões emergiram acerca da trajetória da epidemia no município de Florianópolis, dentre elas: Como se deu a trajetória da aids em florianópolis? Como foi a evolução da doença e quem são as PVHA adultas em Florianópolis? Qual o perfil das PVHA?

2 PERGUNTA DE PESQUISA

Qual a trajetória histórica da aids, na população adulta de Florianópolis, no período compreendido entre 1986 a 2006?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a dinâmica da epidemia da aids na população adulta residente no município de Florianópolis entre 1986 a 2006.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as características sócio-demográficas e epidemiológicas das PVHA adultas residentes no município de Florianópolis entre 1986 a 2006.
- Descrever as características sócio-demográficas e epidemiológicas das PVHA adultas que foram a óbito, residentes no município de Florianópolis entre 1986 a 2006.
- Analisar as características de ocupações e status socioeconômico ocupacional das PVHA adultas residentes no município de Florianópolis entre 1986 a 2006.

4 JUSTIFICATIVA

A aids é considerada uma epidemia importante, que afeta uma parcela importante da população residente em Florianópolis. O município de Florianópolis está localizado na área litorânea do estado de Santa Catarina recebe muitos migrantes devido aos indicadores socioeconômicos, sanitários, educativos e de saúde que transformam a cidade como umas das cidades no país com padrão elevado de qualidade de vida, dessa forma pessoas e famílias escolhem se fixar e viver.

A aids ainda é:

- Doença de notificação compulsória, conforme a Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005 do Ministério da saúde;

- No Art. 3 da referida portaria fica estabelecida a obrigatoriedade dos profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, a comunicar aos gestores do SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados da doença. O não cumprimento acarreta medidas punitivas cabíveis;

- A Instrução Normativa nº 2 de 22 de novembro de 2005 da Secretaria de Vigilância em Saúde, no Capítulo II sobre a notificação e investigação determina no Art. 7º que a Ficha de Notificação SINAN é o instrumento padrão de notificação e o Art. 9º qualifica a Ficha de Investigação de Agravos de Notificação Compulsória como instrumento padronizado de investigação da doença;

- A Secretaria da Saúde Municipal de Florianópolis possui Vigilância Epidemiológica descentralizada nas Regionais de Saúde, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviço Atendimento Especializado (SAE) e distribuição de anti-retrovirais a todas as PVHA com indicação clínica, entretanto as Equipes de Saúde da Família (ESF) desconhecem a frequência e as características sócias demográficas e epidemiológicas das PVHA em suas áreas de abrangência;

- No levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados MEDLINE, Scielo, LILACS, BIREME, Ministério da Saúde e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), não foram encontrados, estudos e artigos na vertente da pesquisa quantitativa sobre a aids em PVHA adultas residentes em Florianópolis entre 1986 a 2006;

Entendemos que conhecer a dinâmica da aids em Florianópolis entre 1986 a 2006, auxiliará na programação das estratégias de promoção a saúde das PVHA adultas e prevenção da doença na população em geral, bem como no conhecimento da trajetória histórica

da doença em nossa cidade.

5 REVISAO DE LITERATURA

5.1 AIDS NO MUNDO

A contaminação do vírus HIV pelo homem remonta mais de vinte anos e menos de 100 anos, na região central da África. Acredita-se que o reservatório natural seja um chimpanzé, de origem africana, de uma determinada subespécie, que não sofre a doença. Fatores como, o êxodo rural da população para as periferias das cidades em busca de qualidade de vida, deslocamento rápido das pessoas pelo mundo a partir da segunda guerra mundial, levaram a propagação do vírus, juntamente com a mudança do estilo de vida das pessoas, como por exemplo: prostituição, múltiplos/variedade de parceiros sexuais e o uso de drogas injetáveis (GALLO, 2006; MARIN, 1991).

Gallo (2006) ratifica ao dizer que, a doença disseminou-se através de caçadores que avançavam pelas florestas tropicais; pela migração das pessoas para as cidades e conseqüentemente, a prostituição; o intenso deslocamento do homem através das viagens, a promiscuidade, o deslocamento de sangue e hemoderivados de um país para outro por objetivos médicos, assim como, o uso das drogas injetáveis (GALLO, 2006; MALISKA, 2005; MELO 2004).

No início da doença, na década de 80, trabalhadores africanos procuraram empregos no Haiti (Caribe), americanos passaram férias no Haiti, contaminando-se e levando o vírus para Nova York e São Francisco. Os doentes tinham características comuns como: sexo masculino, jovens, a maioria homossexual e alguns faziam uso de drogas injetáveis. Os Estados Unidos da América (EUA) definiram a doença como uma desordem imune caracterizada pelo declínio da função imunitária e do CD4 T⁴ células (GALLO, 2006; MALISKA, 2005; MARIN, 1991).

A epidemia desenhou um mapa de casos da doença e levou em conta a exposição a fatores de risco e estilo de vida, conforme Duesberg (2008).

A natureza da propagação do vírus e o tipo de síndrome clínica relacionada com a aids

⁴ Células T são glóbulos brancos especializados com funções importantes em nosso sistema imunológico. Existem dois tipos: CD4 e CD8. Os CD4 iniciam a resposta imunitária do sistema imunológico frente ao agressor, no caso da Aids o vírus HIV (BRASIL, 2007).

dependem de fatores sociais e ambientais. Homens gays sexualmente ativos e abusadores de drogas parenterais foram os primeiros meios para a propagação do HIV nos Estados Unidos, enquanto, em alguns países da África em desenvolvimento, os homens e as mulheres jovens sexualmente ativos constituíam o foco maior de propagação. É comum o estilo de vida ser o determinante maior para a propagação de um agente infeccioso (DUESBERG, 2008, p. 103).

O HIV, vírus causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), foi identificado em 1984 pelo Dr. Luc Montagnier, no Instituto Pasteur em Paris, o mesmo solicitou ao Dr. Robert Gallo, nos EUA, a confirmação da sua descoberta, mas Dr. Gallo confirmou o fato como sua descoberta. Apenas, na década de 1990, Gallo retratou-se do fato em questão. Desde o seu início, a epidemia apresentou componentes sociais, econômicos e culturais, além do componente ético. Os cientistas já tinham idéia que o vírus causador da doença teria sido disseminado no mundo antes de 1971, mas não conseguem precisar o seu início (GALLO, 2006; MALISKA, 2005; MELO 2004).

Os organismos governamentais, a partir de 1982, acreditaram, por um período de tempo, que a doença era característica do Grupo dos 5 H – homossexuais, haitianos, heroinômanos (usuários de drogas), hemofílicos e hookers (profissionais do sexo), contemporizando a adoção nas medidas de prevenção e serviços para atender os doentes.

Em 1985 implantou-se o teste anti - HIV (ELISA), adotando as definições dos critérios de casos do CDC. Em 1987 se discutiu as técnicas de detecção de anticorpos anti-HIV (Ensaio Imunoenzimático - ELISA e Western-blot), que refletem estar ou não com aids (BRASIL, 2005a; GALLO, 2006).

O exposto acima se confirma nesta citação:

A política de testagem e aconselhamento em HIV e Aids tiveram início no mundo em 1985, quando a Food and Drug Administration (FDA) licenciou e disponibilizou o primeiro teste para detecção de anticorpos para o HIV, o Enzyme – Linked Immunosorbent Assay (ELISA). No mesmo ano, foram implantados serviços específicos para testagem nos Estados Unidos por meio de financiamento do Centers for Disease Control and

Prevention (CDC) (BRASIL, 2008a, p. 22).

Para a Vigilância Epidemiológica do Brasil, a aids é incluída na lista de notificação a partir dos primeiros critérios de classificação: dados laboratoriais da sorologia anti-HIV, contagem de linfócitos T CD4+ e critérios clínicos, critério Walter-Reed e Critério de Caracas (CDC) (BRASIL, 2005a; GALLO, 2006).

Receber o diagnóstico da aids foi considerado sentença de morte, mas atualmente os anti-retrovirais propiciam longos anos de vida, com boa qualidade de vida aos doentes, sem sinais e sintomas e com o mínimo de efeitos colaterais dos medicamentos (BRASIL, 2005a; GALLO, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO), em 1988 promulgou o dia 1 de dezembro como o “dia Mundial de luta contra a aids”, surgindo nesse mesmo ano a zidovudina (AZT), e o uso do sulfametoxazol + trimetoprima⁵ para profilaxia da doença oportunista pneumocistose⁶. No ano de 1991, foram divulgadas informações de que 10 milhões de pessoas viviam com o vírus da aids no mundo. Em 1992 classificou a infecção do HIV – categorias clínicas/CDC, em 1993 ocorreram revisão dos critérios para definição de casos para adolescentes e adultos com a inclusão das condições clínicas e contagem dos linfócitos T CD4 < 200 células/mm³. Em 1998 já estavam disponíveis 11 medicamentos anti-retrovirais (BRASIL, 2005a; MENEZES *et al.*, 2007).

Em 25 anos de epidemia da aids, os cientistas e a população em geral possuíram conhecimento sobre o agente patógeno e sobre o curso da doença, identificaram-se prioridades como, melhoria no fornecimento dos anti-retrovirais, infra-estrutura de atendimento à saúde nos países pobres, foram realizados investimentos em outras terapias de combate a doença, assim como, minimização dos efeitos colaterais e resistência do agente aos medicamentos, ocorreram investimentos em ações educativas

⁵ Atualmente existem 17 anti-retrovirais disponíveis para o tratamento da aids: - Inibidores da protease: indinavir (Crixivan); ritonavir (Norvir); saquinavir (Invirase ou Fortovase); nelfinavir (Viracept); amprenavir (Agenerase); lapinovir (Kaletra); - Inibidores da Transcriptase Reversa Nucleosídeos: zidovudina (Retrovir ou AZT); didanosina (Videx ou ddi); zalcitabina (Hivid ou ddC); estavudina (Zerit ou d4T); lamivudina (Epiriv ou 3TC); combivir (AZT + 3TC); abacavir (Ziagen); Trizivir (AZT + 3TC + abacavir) e - Inibidores da Transcriptase Reversa Não Nucleosídeos: nevirapina (Viramune); efavirenz (Sustiva); delavirdina (Rescriptor) (BRASIL, 2007).

⁶ Pneumocistose é uma doença oportunista comum em PVHA, causada pelo fungo *pneumocystis jirovecii*, que causa pneumonia (*pneumocystis*) (BRASIL, 2005a).

na promoção da saúde e prevenção da doença, monitoramento global da aids para acompanhar as modificações na sua virulência, transmissibilidade e droga resistente e estudos para uma vacina que forneça imunidade (GALLO, 2006).

Visualizamos estatisticamente o comportamento da epidemia entre 2001 a 2007, a razão homem/mulher manteve-se estável com número de casos semelhantes, a estimativa foi de 15,4 milhões de mulheres com HIV, em 2007 um aumento de 1,6 milhões de casos do que os 13,8 milhões em 2001, para os homens o número de casos foram 15,4 milhões em 2007, para 13,7 milhões em 2001(ONUSIDA, 2007).

Em 2007, na África Sub-Saariana, 61% dos adultos doentes de aids eram mulheres, no Caribe, no mesmo ano, 43% correspondiam a mulheres doentes. Nos países asiáticos, Europa Oriental e América Latina a taxa de prevalência subia lentamente, transmitida as mulheres por parceiros de drogas injetáveis (UDI) e parceiros com pratica de sexo com profissionais do sexo sem proteção. Na Europa Oriental e Ásia Central 26% foram mulheres dos adultos infectados (em 2001 essa taxa era de 21%), na Ásia essa taxa foi de 29% em 2007 (em 2001 essa taxa era de 26%) (ONUSIDA, 2007).

A UNAIDS (2009) estimou que em 2008 o número de adultos e crianças vivendo com aids nos cinco continentes, seria de 33,4 milhões, sendo respectivamente: América do Norte 1,4 milhões de pessoas, Caribe 240 000 mil pessoas, América do Sul 2 milhões de pessoas, Europa Ocidental e Central 850.000 mil pessoas, Oriente Médio e Norte da África 310.000 mil pessoas, África Sub-Saariana 22,4 milhões de pessoas, Ásia Oriental 850.000 mil pessoas, Sul e Sudeste da Ásia 3,8 milhões de pessoas, Europa Oriental e Ásia central 1,5 milhões de pessoas e Oceania 59 000 mil (ONUSIDA, 2009a).

Para 2009 a estimativa seria de 2,6 milhões infectadas pelo HIV, número inferior aos 3,2 milhões de infectados no ano de 1997, ano pico da epidemia mundial. A redução do número de infectados está relacionado a fatores como o impacto da prevenção do HIV e o curso natural da doença. Entretanto países da Europa Oriental e Ásia central há tendência de crescimento entre UDI e seus parceiros sexuais, assim como em outros países crescimento entre homossexuais (ONUSIDA, 2010).

A XVIII Conferência Internacional sobre Aids (AIDS 2010), que aconteceu em Viena (Áustria) no mês de julho/2010, colocou como tema central os direitos humanos das PVHA para acesso à prevenção, tratamento e cuidados em relação a aids. O ano de 2010 é o ano estabelecido pelos países para alcançar acesso universal aos serviços

para PVHA, com a crise econômica mundial pode prejudicar os investimentos públicos, a Conferência serviu para ratificar o compromisso dos países frente à doença (UNAIDS, 2010).

5.1.1 África

No continente africano, o Sudeste Asiático (Myamar, Tailândia e Camboja), as Américas (Haiti, Suriname Guiana, Panamá, Belize, Guatemala e Honduras), comportam 95% as pessoas infectadas com HIV, com tendência a aumentar em outras grandes comunidades como, a antiga União Soviética (ONUSIDA, 2008, WHO África, 2007).

Estima-se que atualmente 33,2 milhões de pessoas convivam com a doença no mundo, o continente africano é o mais afetado, em Botswana e no Zimbábue 25% da população está infectada, em 2006, na faixa etária entre 15 a 49 anos, a taxa de prevalência era de 29,3% e 17,3% respectivamente, em Moçambique cerca de 15% da população, acima de 15 anos, está contaminada com o HIV, na África do Sul 3 milhões de pessoas e a África Sub Saariana possui 23 milhões de adultos infectados, na faixa etária entre 15 e 49 anos, perfazendo 57%, sendo que cerca de 13,1 milhões são mulheres. Os cinco países com maiores taxas de prevalência no período 2005 – 2006 foram: Suazilândia, Botswana, África do Sul, Namíbia e Zimbábue, esses índices são maiores nas áreas urbanas das cidades (BRASIL, 2005b; ONUSIDA, 2008; UNAIDS, 2006; WHO África, 2007).

Enquanto, em algumas partes do mundo a epidemia tende a estabilidade, esse continente no ano de 2008, correspondeu a 71% de todas as novas infecções pelo HIV no mundo. A África Sub Saariana corresponde a 72% de mortes relacionadas à aids no mundo em 2008. Fator positivo nesse continente, no ano de 2008, foi a cobertura de antiretroviral de 42% dos doentes no Leste e Sul da África (ONUSIDA, 2009a).

A epidemia demonstra forte impacto nas famílias, comunidades, empresas, serviços públicos e na economia de um modo geral. Em 2008, 14,1 milhões de crianças, em média, perderam um ou ambos os pais, devido à aids. As mulheres continuam sendo as mais afetadas, a Costa do Marfim, que possui a prevalência mais alta entre os gêneros, decorre não somente pela susceptibilidade à transmissão heterossexual, mas também, pelas desvantagens sociais, jurídica e econômica de ser mulher. Em países como Lesoto as mulheres não possuem direito de negar as

relações sexuais, sofrendo violência sexual e física diante da negativa ao parceiro (ONUSIDA, 2009a).

Estudos realizados pelos cientistas em busca de uma vacina que evitasse a disseminação da aids, nunca imaginaram as proporções que a epidemia poderia tomar no continente africano. Os cientistas esqueceram-se das três grandes lições: a epidemia de influenza (gripe espanhola), entre os anos de 1918 e 1919; a epidemia da poliomielite, até o final dos anos 40 e acreditavam no final dos anos 50, que as doenças infectocontagiosas estavam erradicadas enfocando as pesquisas nas doenças crônicas degenerativas. Em 2000 na XIII Conferência Internacional sobre Aids, em Durban na África do Sul, o mundo tomou consciência da mortandade de milhões de africanos, sendo a maioria crianças (GALLO, 2006; MENEZES, 2007).

5.1.2 Europa e Ásia Central

Em 2007 foram notificados 48.892 casos novos de aids nos 49 países, dos 53 da Região Européia, não estando disponíveis dados da Áustria, Itália, Mônaco e Federação Russa. As mais altas taxas de incidência informadas pela OMS são da Estônia, Ucrânia, Portugal e República Moldova. Pela Associação Européia de Livre Comércio aparece como maiores números de casos informados: Estônia, Portugal e Letônia; com menor número de casos Eslováquia, República Checa e Romênia (ONUSIDA, 2008; WHO Europa, 2007).

A Europa Oriental e a Ásia Central apresentam ascensão da prevalência no número de aids, em 2008, 110.000 mil pessoas foram infectadas pelo HIV, elevando o PVHA para 1,5 milhões nessa região, com previsão de aumento de 66% a partir de 2011. A Rússia e a Ucrânia são os países que apresentam crescente número de casos da doença (ONUSIDA, 2009a; UNAIDS, 2010).

Quanto ao modo de transmissão, as drogas injetáveis são a principal via de transmissão; muitas vezes associadas à atividade da prostituição e ao sexo sem proteção, o que aumenta o risco de contrair a doença. A região apresenta 3,7 milhões UDI, muitos não possuem cuidado na aplicação e reutilizam material/utilizam material contaminado de PVHA, evidências indicam que os UDI são os que menos possuem acesso a receber terapia antiretroviral (ONUSIDA, 2009a; ONUSIDA, 2010).

Muitos UDI mantêm vida sexual ativa, o que significa risco de

contaminação do HIV a seus parceiros, enquanto homem que faz sexo com homem (HSH), representa 0,4 % dos infectados recém diagnosticadas na Europa Ocidental, já a transmissão vertical do HIV não é importante pela alta cobertura dos serviços de prevenção materno infantil da transmissão do HIV, entretanto representam risco advindo das relações sexuais de parceiros infectados (ONUSIDA, 2009a; UNAIDS, 2010).

5.1.3 Caribe

No Caribe, o país com maior prevalência da doença é o Haiti, com tendência a redução de novos casos em Porto Príncipe, entre outras cidades; na Republica Dominicana registra-se estabilidade no número de casos, tendo como fator de transmissão as relações sexuais com profissionais do sexo sem proteção; Jamaica, Barbados, Trindade e Tobago tendem, também, à estabilidade, na Guiana a transmissão, também, ocorre por UDI e relações sexuais sem proteção. O Haiti é o país com epidemia mais antiga, depois da África Sub Saariana, com elevadas taxas de incidência/prevalência entre os haitianos na década de 80 (GILBERT *et al.*, 2007; ONUSIDA, 2007).

Apesar de representar 0,7% da epidemia da aids no mundo, é a região, depois da África Sub Saariana, com maior prevalência de PVHA. Em 2004 representou a quarta causa de morte entre mulheres e a quinta entre homens (ONUSIDA, 2009a).

Com a estabilidade da doença no continente, Cuba se destaca pela ascensão no número de casos não podendo aprofundar estudos sobre a tendência da epidemia no país pela sua escassez de informações epidemiológicas. A República Dominicana traz experiências exitosas na prevenção como, aumento do uso dos preservativos e o declínio da promiscuidade (ONUSIDA, 2009a).

5.1.4 América Latina

Na América Latina as transmissões do HIV na Argentina ocorrem pelas relações sexuais sem proteção, com prevalência entre HSH, as transmissões pelos UDI vêm reduzindo, respondendo por 5% das transmissões entre 2003 e 2005; no Uruguai a epidemia se concentra em

Montevideu e seus arredores, com predomínio na via de transmissão, as relações heterossexuais sem proteção; no Paraguai os casos se concentram em Assunção, afetando em maior número homens. Em 2005, países como Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru a epidemia concentra-se em HSH (ONUSIDA, 2007).

Na América Latina, os homens são os mais afetados pela doença, a exemplo no Peru os casos notificados em homens, em 2008, representou três vezes mais do que em mulheres, com representação de 12:1 (ONUSIDA, 2009a).

A terapia anti-retroviral e as estratégias de prevenção à doença colocam a América Latina em destaque, como exemplo tem o Brasil que atenuou a epidemia no país (ONUSIDA, 2009a).

Os HSH representam os maiores infectados pela doença, crescendo entre as mulheres da América Central e entre a população indígena. OS UDI equivalem a 2 milhões na região, estima-se que 29% estejam infectados pelo HIV, concentrando-se na região do Cone Sul da América Latina e na parte norte do México, ao longo da fronteira EUA. Enquanto a prevalência em profissionais do sexo na Guatemala é de 4,3% e em El Salvador de 3,2% (ONUSIDA, 2009a).

5.1.5 América do Norte e Europa Ocidental e Central

Os EUA concentram o maior número de casos no mundo, sendo 74% em homens jovens, as principais vias de transmissão foram 53% por relação sexual de HSH e 18% UDI; no Canadá os casos começaram a aumentar no fim da década de 90, principalmente pela prática do sexo sem proteção, na década de 2000 predominam os UDI. Em estudo realizado no período de 1999 a 2004, em 29 Estados dos EUA, com dados coletados de 52.569 pessoas nos CDC, a epidemia predominava em grupos heterossexuais, com desigualdade étnica e racial atingindo de maneira desproporcional entre os negros (73%), brancos (15%), hispânicos (10%), asiáticos/ilhéus pacíficos (1%) e índios americanos/nativos do Alasca (1%). A desigualdade social, a falta de conhecimento dos modos de transmissão, as drogas, o álcool e desconhecimento do sexo seguro contribuíram para o risco de exposição ao vírus nos grupos mais atingidos (ESPINOZA *et al.*, 2007; ONUSIDA, 2008; ONUSIDA, 2007).

Em 2008 o CDC nos Estados Unidos da América (EUA), estimou que a incidência no EUA manteve-se estável. Entretanto, as

desigualdades raciais indicam diferenças nas taxas de incidência, apesar dos afros americanos comporem 16% da população, representa 46% dos infectados, enquanto que no Canadá os indígenas representam sete vezes mais chances de se infectar (ONUSIDA, 2009a).

Apesar dos investimentos em prevenção ao HIV e tratamento com anti-retrovirais no combate a aids, a morbidade e mortalidade, principalmente na Europa Ocidental são altos. Imigrantes oriundos de áreas com altas taxas de casos, principalmente da África Sub Saariana que migram para a Europa, carregam fatores de risco para o aumento de números de casos, já que a parcela exposta são os heterossexuais, em conjunto com os HSH e homens bissexuais. Informações de 200 novos casos de aids por um milhão de habitantes, em 2006, traziam: Estônia (504), a Ucrânia (288), Federação Russa (275) e Portugal (205), como países com maior prevalência da doença (HAMERS E DOWS, 2004; HERIDA *et al.*, 2007).

O modo de transmissão predominante é HSH, seguido por contato heterossexual, principalmente no Reino Unido, Alemanha e França, apenas na região do leste europeu predomina a transmissão por UDI. Dados dos 44 países que realizam monitoramento da doença revelam que a partir de 2000, o número de casos por milhão de habitantes dobrou de 39 para 75 por milhão em 2007 (ONUSIDA, 2008; WHO Europa, 2007).

Nos países com alta renda, percebe-se a taxa de notificações de HIV entre HSH na América do Norte e Europa Ocidental. No ano de 2008 a transmissão heterossexual estabilizou nos EUA, na Europa Ocidental representou 29% das notificações e na Europa Central 53%. As drogas injetáveis não representaram importante via de transmissão, caindo drasticamente a incidência ao longo da epidemia, esse fato ocorre pelo investimento dos países nos programas de redução de danos⁷ (ONUSIDA, 2009a).

5.1.6 Norte da África e Oriente Médio

Essas regiões possuem escassez de informações epidemiológicas

⁷ O Programa Redução de Danos (PRD) foi implantado na década de 80, como estratégia de controle para as conseqüências do consumo de psicoativos (lícitos ou ilícitos) sem necessariamente obrigar os dependentes a interromper o uso. Uma das ações foi a troca de seringas com UDI, evitando a contaminação pelo HIV/Aids (BRASIL, 2001a).

e comportamentais sobre o HIV/aids, apesar das tentativas de melhora dos sistemas de informações. (ONUSIDA, 2009a).

Essa região possui um quinto da população mundial na faixa etária entre 15 e 24 anos. No Egito em um estudo multicêntrico realizado em 2006, 95% das crianças de rua relataram comportamento sexual, além de 6,4% dos homens e 14,8% das mulheres foram infectados pelo HIV em 2006, porém as taxas de prevalência na região são baixas. O Sudão é o país com maior prevalência da transmissão por relações sexuais de heterossexuais sem proteção. Estima-se que um milhão de pessoas nessa região são usuárias de drogas, incluindo as injetáveis, a aids entre os UDI têm índices elevados, em países como, Oman, Marrocos, Israel, Egito e Turquia (ONUSIDA, 2007; ONUSIDA, 2009a).

Segundo dados da Aids Foundation Israel, esse país atualmente possui 5000 PVHA, sendo 70% heterossexuais e grande representação da doença no sexo feminino, 25% das PVHA vivem abaixo da linha da pobreza, 18% são jovens com idade entre 14 e 25 anos e 5% são crianças entre 0 e 8 anos. A aids representa um grave problema de saúde pública entre a comunidade judaica e a fundação trabalha para reduzir esses números através de ações preventivas, educacionais e programas psicossociais para impedir a propagação da aids (FOUNDATION FOR AIDS ISRAEL, s/d).

Dois padrões epidemiológicos têm contribuído para a disseminação da aids, muitas pessoas contraem o HIV, enquanto vivem no exterior, no seu retorno ao país de origem acabam expondo seus parceiros sexuais e conseqüentemente a transmissão entre outros (ONUSIDA, 2009a).

5.1.7 Oceania

Na Oceania, estima-se que 1,4 milhões contraíram HIV em 2007, em Papua na Nova Guiné o coito heterossexual foi o responsável pela transmissão; ocorreu o mesmo na Austrália com o incremento dos HSH; na Nova Zelândia a prática sexual, também, ou o modo de transmissão; em todos os outros países a prática ocorreu sem proteção ao coito. A grande maioria de pessoas que se infectaram nessas regiões relatou ter sido por coito heterossexual sem proteção e fora dos seus países, sobretudo na Ásia e África Sub Saariana. Nesta região a Austrália se destacou desde o início da epidemia pela facilidade de diagnóstico e

tratamento fornecido à população, contribuindo na área de virilogia, imunologia e da medicina clínica sobre aids (LEWIN *et al.*, 2006; ONUSIDA, 2007).

Nas pequenas nações insulares que compõem o continente, a prevalência da doença foi abaixo de 0,1%. Na Austrália girou em torno de 0,2%, foi considerado baixo risco se comparado a outro país de alta renda (ONUSIDA, 2009a).

5.1.8 Ásia

Esse continente abriga 60% da população mundial, com exceção da Tailândia, todos os países da Ásia apresentam 1% de prevalência de aids em adultos. São evidentes as lacunas nos sistemas de informação com a população de maior risco em contrair o HIV (ONUSIDA, 2009a).

Na China a maioria dos infectados pelo HIV residem nas províncias de Henan, Guangdong, Guangxi, Xinjiang e Yunnan, foram infectados por UDI e relações sexuais sem proteção. Os dados, em relação à via de contaminação entre os chineses, são limitados, mas demonstram que, de maneira geral, a contaminação ocorre nas relações sexuais desprotegidas e com múltiplos parceiros, há uma estimativa que 2% a 5% dos chineses são homossexuais ou bissexuais (LIU *et al.*, 2005; ONUSIDA, 2007).

Na Índia chegou a 2,5 milhões de pessoas vivendo com HIV em 2007, esse número é uma estimativa, já que em 1998 havia apenas 155 centros de vigilância de HIV, passando para 1120 em 2006. A maioria dos doentes residem em cinco Estados meridionais: Andhra, Pradesh, Kamataka, Maharashtra e Tâmil Nadu. Os indianos podem praticar relações entre HSH, mas, diferentes dos ocidentais não fazem revelações sobre essa prática e se recusaram a serem rotulados de homossexuais. Na Indonésia a epidemia se alastra rapidamente, as pessoas se contaminam da mesma maneira que na Índia. Na região da Papua, província da Indonésia, a transmissão ocorre por via sexual, na Tailândia a doença está em decréscimo nos últimos anos, com o aumento de pessoas acessando ao tratamento com anti-retrovirais. Os novos casos afetam pessoas consideradas de menos riscos como, mulheres contaminadas por maridos infectados e UDI (KOLE, 2007; ONUSIDA, 2007).

Há uma necessidade de vigilância na evolução da aids na Ásia, apesar de muitos sucessos nacionais na prevenção do HIV com a

redução do número de casos, outros programas apresentam fracassos deixando expostas as populações de maior risco (ONUSIDA, 2009a).

A Organização das Nações Unidas (ONU) chama atenção para a busca de soluções para as principais situações de vulnerabilidade das comunidades infectadas como pobreza, desigualdades sociais, baixa escolaridade, precariedade dos sistemas de saúde, desvalorização da mulher em relação a gênero, violência e abandono em relação aos filhos (ONUSIDA, 2007; UNGASS, 2001).

5.1.9 Perspectivas de prevenção e tratamento da Aids

A OMS recomenda a vigilância da aids nos países, através da utilização de dados da própria vigilância e relatórios inéditos publicados, que podem orientar os países para proposição de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença. Para o leste europeu recomenda medidas de controle dos UDI, prevenção entre os heterossexuais; para a região central da Europa, as estratégias podem ser adaptadas a cada país a partir do perfil epidemiológico da doença; para o oeste europeu, controle para HSH, campanhas de prevenção sexual; chamam atenção que em todo continente é importante assegurar acesso à consulta e tratamento, ajudar a prevenir ou reduzir a transmissão e garantir aderência ao tratamento (HAMERS; DOWS, 2004; WHO Europa, 2007).

Foram desenvolvidas no mundo até 2009, 200 vacinas, entretanto, sem testes em humanos, estudos colocam a necessidade de mais 10 anos para a concepção de uma vacina eficaz. Lembrando que antes dos testes em seres humanos, há necessidade da autorização das agências de vigilância sanitária e dos conselhos de ética. No ano de 2010 constatou-se o fracasso após a realização de ensaio clínico de uma vacina na Tailândia num período de seis anos. Os pesquisadores não visualizam nos próximos 20 anos nenhuma chance de termos no mercado uma vacina. Em julho, deveria ser divulgado resultado de um estudo sobre gel vaginal contendo a droga anti-retroviral tenefovir que já foi testada em animais com sucesso. A esperança dos cientistas é desenvolver um implante vaginal que libere a droga, sem, no entanto matar os espermatozóides (BANCO DE SAÚDE, 2009; UNAIDS, 2010).

Os governos precisam avançar, quanto ao acesso universal, na prevenção, tratamento, atenção e apoio previstos para 2010.

Governantes de mais de 130 países apoiaram a Declaração Política sobre o HIV/Aids na Assembléia Geral das Nações Unidas de 2006, onde previram metas a serem alcançadas na intervenção do curso e propagação do HIV até 2015. Estão entre as medidas: a reforma jurídica, capacitação econômica das mulheres e educação básica das meninas, fortalecimento do sistema de saúde, fortalecimento/criação de programas para redução da transmissão vertical, oferecimento de exames e distribuição dos anti-retrovirais. A cada país é dada a liberdade, conforme o diagnóstico da doença em seu território, para o alcance das metas definidas (ONUSIDA 2008).

O exposto acima se confirma com outra citação:

Alcançar os objetivos definidos pelos países para 2010, dará a oportunidade de trocar o ritmo da resposta a epidemia da Aids. Mais pessoas terão tratamento, proteção aos bebês e jovens que contraíram a infecção assegurar que toda uma geração terminem seus estudos e salvar vidas. Também, poderá sustentar a resposta a Aids por muitos anos e contribuir para o fortalecimento dos serviços de saúde e aumentar os recursos humanos. Ajudará a reduzir a homofobia, o estigma e a discriminação, especialmente daquelas pessoas que não têm voz e vivem marginalizadas. Contribuirá para diminuir a violência contra as mulheres e meninas, capacitará milhares de pessoas a se protegerem do HIV e dos abusos sexuais (ONUSIDA, 2009a, p.14).

Os países, alcançando as metas, terão como resultados, em 2010, 6,7 milhões de pessoas em tratamento, 70 milhões de gestantes protegidas e realizando tratamento anti-retroviral para proteção de seus bebês, 20 milhões de HSH, 7 milhões de profissionais do sexo, 10 milhões de UDI recebendo atendimento nos serviços de prevenção a aids e 7 milhões de órfãos sendo apoiados. A previsão, para os dois anos seguintes é de 2,6 milhões de novos casos de Aids e 1,3 milhões de mortes evitadas por doenças oportunistas, reduzindo em até 50% a incidência da doença (UNAIDS, 2009 e UNAIDS, 2006).

5.2 AIDS NO BRASIL

O Ministério da Saúde do Brasil caracteriza aids a partir do aparecimento das doenças oportunistas, entre elas as pneumonias por *Pneumocytis jirovecii* (*P. carinni*), toxoplasmose do sistema central, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comuns nos pacientes são Sarcoma de Kaposi, linfomas não – Hodgkin e o câncer de colo uterino em mulheres jovens; pessoas que apresentam normalmente carga viral T-CD4+ abaixo de 200 células/mm³ (BRASIL, 2008b).

Os procedimentos de coleta e diagnóstico encontram-se descritos na Portaria 59, de 28 de janeiro de 2003 e Portaria 34/SVS/MS, de 28 de julho de 2005, assim como, os procedimentos sequenciais para realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, utilizando-se testes rápidos em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito), meses (BRASIL, 2008b).

Numa retrospectiva da linha do tempo da evolução da aids no mundo e no Brasil e na linha do tempo da saúde no Brasil, sugerimos seis períodos da doença:

1980-1985: o surgimento da epidemia, seu impacto e significados no mundo e os reflexos iniciais no Brasil;

1986-1990: iniciou o aprimoramento das definições técnicas, das medidas de controle e assistência, da vigilância epidemiológica e da atuação dos grupos organizados na sociedade;

1991-1995: foi a fase de clímax da epidemia e aprimoramento dos esquemas terapêuticos. No Brasil ocorre a organização de serviços, leis estruturam ONGs; assinou o acordo de empréstimo com o Banco Mundial;

1996-2000: no mundo aumentaram as possibilidades terapêuticas e a epidemia avança, principalmente, nos países africanos. No Brasil, foram disponibilizados os medicamentos anti-retrovirais em todo o País, com redução da morbimortalidade por aids; a epidemia entrou em uma tendência de estabilidade relativa (apesar das diferentes expressões regionais); consolidaram os movimentos sociais;

2001-2004: continuou chamando atenção o aumento da epidemia de aids, principalmente, nos

países africanos e asiáticos. Criou-se o Fundo Global para Combate à Aids, Tuberculose e Malária. O Brasil assume posição de liderança na luta contra os preços elevados dos medicamentos anti-retrovirais;

2005-2008: o Ministério da Saúde lançou o Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids, escolhendo como tema, o Dia Mundial de Luta contra a Aids, em 2005: “Aids e racismo – o Brasil tem que viver sem preconceito”. No VI Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids lançou o Caderno de Atenção Básica para HIV/Aids, Hepatites e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Lançado o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. O Ministério da Saúde lançou cartilha sobre alimentação e nutrição para pessoas que vivem com HIV e aids. O país reduz em 50% a transmissão vertical da aids. Com acordo o país reduz em 50% o preço dos anti-retrovirais Tenofovir e Lopinavir/Ritonavir. No Brasil, casos de aids ultrapassam 433.000.

2009 – 2010: Em 2009 foram 544.846 casos de Aids no Brasil. Brasil e a África do Sul distribuem 30 mil camisinhas e pôlderes sobre prevenção da aids e outras DST durante a Copa do Mundo de Futebol. Acontecem o VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids e o I Congresso Brasileiro de Prevenção das Hepatites Virais, em Brasília (DF) e IV Mostra Nacional da Saúde e Prevenção nas Escolas e da I Mostra Nacional do Programa Saúde na Escola (SPE), em Brasília (DF). (COSTA-COUTO, 2007; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2005b).

Os primeiros casos de aids foram identificados em 1982, na Região Sudeste, nos estados de São Paulo e de Rio de Janeiro. Sendo o primeiro caso em São Paulo, identificado em 1980, no Hospital Emilio Ribas, indo a óbito em 1981, reconhecido como primeiro caso em 1982 (MALISKA, 2005; MELO, 2004).

Semelhante ao panorama mundial, no Brasil, os primeiros PVHA na década de 80 tinham entre 20 – 49 anos, eram HSH ou bissexuais

masculinos, adquiriram o vírus em viagens ao exterior ou foram infectados por parceiros contaminados no exterior. A “peste gay” ou “doença da ira de Deus”, era considerada uma forma de purificação enviada por Deus para punir as escolhas sexuais inadequadas. Ocorreu, simultaneamente, o aumento de casos, nesta década, por transmissões pelos hemoderivados, principalmente entre hemofílicos que os recebiam sem o devido controle de qualidade. Em 1984, pelo menos 62% dos que haviam sido expostos a sangue foram contaminados pelo HIV (BRASIL, 2005b; FONSECA; BASTOS, 2007; MALISKA, 2005, p. 18).

Na metade da década de 80, mudou o perfil dos contaminados pelo vírus, tornaram doentes os UDI e usuários dos componentes sanguíneos (hemofílicos), os mais expostos ao vírus HIV, confirmou as descobertas americanas de que o vírus é transmissível pelos derivados do sangue e agulhas contaminadas. Esta situação persistiu entre a metade da década de 80, até a primeira metade dos anos 90, sendo, os UDI, a segunda categoria mais exposta, com exceção da Região Sul, onde o número se manteve acima da média nacional, enquanto, no restante do país ocorre uma redução do número de casos em UDI e aumento no número de casos de Aids em mulheres, a partir deste ponto (FONSECA; BASTOS 2007; VARELA, 2006).

A segunda onda iniciou-se na metade dos anos 80, até então protegidos, mulheres e bebês foram infectados, talvez pelo desconhecimento, falta de acesso às medidas preventivas (condom e camisinha feminina), e a dependência econômica do homem. Neste ponto da epidemia, os heterossexuais foram os grupos mais atingidos, mais de 1/3 dos casos de aids informados continuaram sendo dos HSH e bissexuais, o grupo heterossexual no Brasil e em outros países começaram a sofrer com epidemia da doença (FONSECA; BASTOS, 2007; PEREIRA, 2005; VARELA, 2006).

No ano de 1985 foi fundado o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA) e o governo estruturou em 10 Estados brasileiros os primeiros Programas Estaduais de DST/Aids, publicou a Portaria nº 236/MS, de 2/5/1985, definindo “grupos de risco” (homossexuais masculinos, bissexuais masculinos, hemofílicos e politransfundidos), caso suspeito e caso confirmado, que começaram a vivenciar as múltiplas carências, dificuldades e problemas em relação ao atendimento de saúde (BRASIL, 2005a; COSTA-COUTO, 2007).

No início da epidemia, os primeiros casos surgiram na classe social com ótimas/boas condições econômicas. Nessa situação tornaram-se porta voz para a elaboração de políticas públicas voltadas a

aids, que garanti princípios de acessibilidade e assistência social com caráter inalienável de cidadania. Conforme Costa – Couto (2007), esse momento democrático resultou conquistas inegáveis aos doentes, conforme descrição:

As características do SUS de participação e controle social, a integralidade da atenção em saúde e a universalidade do acesso ao sistema foram fundamentais para a conformação da resposta à epidemia de HIV/aids. Em decorrência dessas características, mediante demanda e da pressão social e apesar das resistências (internas e externas), em 1991 iniciou o fornecimento de medicamentos para infecções oportunistas. Em 1992 foi incluído o pagamento das internações na tabela do Sistema de Informações Hospitalares e em 1994, é oferecida a terapia anti-retroviral, com a distribuição gratuita das drogas Zidovudina (AZT) e Didanosina (DDI). A partir de 1996, após ampla divulgação na mídia mundial da existência de novas drogas, a terapia tripla passou a ser oferecidos aos cidadãos brasileiros PVHA (COSTA-COUTO, 2007, p.103).

O período de 1986 a 1990 caracterizou pela redemocratização do país após um período de ditadura. Em 1986 foi criada a Comissão Nacional de Aids, onde a Aids foi incluída na relação de doenças de notificação compulsória através da Portaria nº 1 100, de 24 de maio de 1986. Aumentou a cooperação internacional no combate à doença, nasce a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) em 1986, o grupo Pela Vida Valorização, Integração e Dignidade do doente de Aids em 1989 e o grupo de Incentivo à vida (GIV) em 1990. As pessoas estavam adoecendo de aids, necessitando de cuidados, nesse período viveram nas mesmas condições econômicas e sociais da população em geral, mas suas demandas oriundas do diagnóstico foram diferenciadas, como qualquer PVHA de uma doença crônica (BRASIL, 2005; COSTA-COUTO, 2007).

O Estado de São Paulo foi o pioneiro ao adotar o teste HIV em hemocentros. O Brasil adotou o exame, a partir de 1986, por Lei Federal, em 1989 foi promulgada a Portaria nº 721/GM, de 1989, alterada pela Portaria nº 1376, de 1993, que instituiu normas técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e

derivados com exigência/obrigatoriedade da testagem para o anti-HIV (BRASIL, 2005).

Um fato importante foi a chegada do teste Elisa chegou ao Brasil em 1987. O governo federal estruturou os primeiros Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) no Rio Grande do Sul e São Paulo. Os COAS expandiram-se pelo país com a criação do SUS em 1988, que consolidou o Programa Nacional de DST/Aids com a distribuição de medicamentos profiláticos e tratamento das doenças oportunistas. Os doentes conquistaram direitos como, pensão especial, auxílio doença, aposentadoria e retirada integral do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) (BRASIL, 2005a; COSTA-COUTO, 2007).

Os COAS passaram a ser designados, a partir de 1997, de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) integrante do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids (DST/HIV/Aids) vinculado à Coordenação Nacional de DST/Aids. A mudança ocorreu, também, nas diretrizes nacionais e nos princípios que nortearam a implantação e a consolidação dos centros de testagem anti-HIV que resultou numa nova proposta de trabalho. Um dos resultados dessa nova estratégia de atendimento foi a diminuição da procura, nos bancos de sangue, para realização de testes de HIV (LOHN, 2005). O autor reforça nesta citação os critérios:

O uso das siglas HIV/aids se fez necessário devido à diferenciação entre PVHA, pois um indivíduo pode ser portador e não manifestar a doença durante muitos anos. No entanto, apesar da importância dessa informação, somente os casos de Aids são notificados à vigilância epidemiológica, ou seja, apenas os usuários que desenvolveram a síndrome, e não os infectados pelo vírus (LOHN, 2005, p. 35).

No ano de 1989 foram elaborados novos critérios para definição de casos de Aids, diferentes das anteriores, que foram dirigidos a indivíduos maiores de 15 anos, passando a contemplar indivíduos com 13 anos ou mais, publicados somente no ano de 1992, com o nome de critério Rio de Janeiro/Caracas (BRASIL, 2005a).

No período de 1990 a 1991 ocorreu um aumento de mais de 100% dos casos notificados em relação à década de 80, nesse período ficaram doentes e morreram vários ativistas da causa dos doentes de

Aids e ocorreu o engajamento de movimentos sociais, como: os de mulheres, de profissionais do sexo e de outros afins com a causa (BRASIL, 2005b).

O elevado número de casos até 1992, em decorrência dos casos notificados na região com maior número populacional, a Região Sudeste, tinha características de casos em homens na faixa etária de 20 – 34 anos, embora em outras regiões houvesse ocorrências em faixas etárias mais velhas e entre mulheres, fenômeno que se repetiu até a primeira década de 2000. A faixa etária de 30 – 39 anos, de ambos os sexos, com predomínio em homens, começaram a ser mais afetadas, conseqüentemente diminui o número de casos na faixa etária inferior a 34 anos. Os HSH com idade acima de 40 anos e as mulheres entre 25 – 39 anos demonstraram cifras crescentes de casos da doença, estabilizando entre os jovens, sendo a idade mediana entre os homens, no início da década, de 32 anos, para as mulheres 30 anos e nos últimos anos, de 37 anos de idade para homens e 35 anos para as mulheres (FONSECA; BASTOS, 2007).

Um problema que necessita atenção, seja pela inacessibilidade, desconhecimento, dos profissionais do pedido do exame do HIV na gestação ou precariedade dos serviços, é o pré-natal, em algumas regiões do Brasil, que contribuem para a notificação dos casos de transmissão vertical (FONSECA; BASTOS, 2007).

As populações com ótima/boa situação sócio econômica, os UDI, o controle de hemoderivados e a profilaxia para prevenção da transmissão vertical, como a aplicação de medidas governamentais de prevenção a doença fizeram diminuir o número de casos nestes seguimentos populacionais. A doença concentra um percentual de 1% na população em geral, há maior predominância de aumento de casos na Região Sul, com atenção a situações de risco como, as mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), UDI, profissionais do sexo e heterossexuais, provavelmente outras populações encontram-se nessa situação de exposição, mas a falta de dados não nos fornece informações precisas. A constatação da mudança dos grupos sociais afetados nos condiciona a acreditar que o contexto e a determinação histórica do sujeito determinam a mudança do comportamento de risco. Na determinação histórica, encontramos o determinante da possibilidade e a liberdade individual de escolha, onde autonomia é a palavra chave (COSTA-COUTO, 2007; FONSECA; BASTOS, 2007).

O Brasil, com o Uruguai, a Argentina e o Paraguai formam os países do Cone Sul, região com grande número de doentes por Aids entre UDI, em virtude do intenso comércio entre estes países e por ser a

rota do tráfico de drogas, além do consumo; em conjunto com a exclusão social e econômica, são elementos violentos e traumáticos, as populações, levando a situação de inclusão limitada. Essa situação desencadeou pelos países e principalmente pelo Brasil um maior controle nas mercadorias ilícitas como, drogas, armas e munições. O uso de drogas injetáveis foi responsável por 29% dos casos de Aids nos países do Cone Sul, um desafio a mais aos gestores e profissionais da área da saúde (HACKER *et al.*, 2005; SCHWARTZMAN; REIS, 2009).

Varela (2006) previu uma terceira onda, mulheres infectadas transmitiriam o vírus para seus parceiros heterossexuais e homens sem história de uso de drogas injetáveis e que desconsideravam o uso dos preservativos, julgando imunes à infecção, apresentando dessa forma situações de vulnerabilidade, principalmente as mulheres, por desigualdade nas relações de poder; maior dificuldade de negociação das mulheres, quanto ao uso de preservativo; violência doméstica e sexual; discriminação e preconceito relacionados à raça, etnia e orientação sexual; além da falta de percepção das mulheres sobre o risco de se infectar pelo HIV (BRASIL, 2008b; COSTA-COUTO, 2007).

A vulnerabilidade ou temporária vulnerabilidade concedida ao gênero mulher, a tendência à pauperização, desigualdade ou exclusão social, constituem-se público alvo da epidemia, estando mais sujeitos às dificuldades nas condições de vida pós diagnóstico (BRASIL, 2008b; COSTA-COUTO, 2007).

No Brasil, o mapa da Aids afeta as cidades metropolitanas e de médio porte, as cidades da Região Sudeste e Sul, na porção sul da Região Centro Oeste, onde se encontram os casos de Aids causados em UDI. Enquanto, no início da epidemia 40% na Região Nordeste em homens com exposição HSH/bissexual, na década de 90 o perfil da população era os heterossexuais com concentração entre os UDI nas Regiões Sul e Centro Oeste no início da década, respondendo por 20% dos casos notificados de aids na Região Sul (BRASIL, 2006a; FONSECA; BASTOS, 2007).

O Programa Nacional de DST e Aids (PN - DST/Aids) disponibilizam às PVHA acesso universal e gratuito aos anti-retrovirais, para tanto, em 1986 dispunha de 33 locais de atendimento no país, passando, em 2002, para 540 locais. Esses locais deveriam contar com equipe multiprofissional (com equipe mínima de psicólogos, clínicos e enfermeiros), para prestar aconselhamento e suporte a aderência do tratamento, assim como, laboratórios para exame do CD4, cabendo aos municípios administração dos locais de atendimento, cabendo ao nível central do Programa Nacional de DST e Aids administrarem a política e

recursos de investimento ressaltando as terapias anti-retrovirais e testes de laboratórios. Antes de 2008 o Programa Nacional de Aids não dispunha de instrumento ou rotina de avaliação dos serviços. A partir desse ano foi criado e disponibilizado um instrumento eletrônico de pesquisa, que foi respondido pelos gestores dos serviços de atendimento aos doentes (BRASIL, 1996; BRASIL, 2000; NEMES *et al.*, 2008).

O acesso aos anti-retrovirais é direito garantido as PVHA desde 1996, aos que tenham indicação. Até o final de 2008, 180.000 brasileiros receberam o tratamento, reduzindo os indicadores de morbidade (doenças oportunistas), mortalidade e qualidade de vida, apesar da convivência com os efeitos dos medicamentos e recebendo assistência a eles (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2005b).

Ocorreu, a partir dessa estratégia, redução de até 80% no número e gravidade das internações, reduzindo em 60% a 80% o tratamento das doenças oportunistas. Nos cinco anos posteriores o SUS economizou o montante de um bilhão de reais na redução de 350.000 internações. Desde o ano de 2006, o protocolo de terapia anti-retroviral vem sendo atualizado a partir da análise de setenta casos clínicos, tendo sido finalizado em 2008, enfatizando condutas importantes na área de terapia inicial, manejo de resistência, toxicidade e co-morbidade, recomendando medidas para cada item avaliado (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2005b).

O fornecimento de anti-retrovirais de forma gratuita e indiscriminada a todos os cidadãos brasileiros PVHA fez, o governo brasileiro enfrentar críticas fortes. A mobilização da sociedade e a resposta do governo brasileiro fortaleceram o Programa Nacional de DST e Aids conforme citação:

O questionamento sobre a implantação da terapia antiretroviral (TARV) gratuita e universal não era só externo. Internamente questionava-se, e ainda questiona-se, sua sustentabilidade financeira. Antes de 1996, a “guerra” foi dura, alguns profissionais de saúde e gerentes da burocracia estatal se pronunciaram contrários a essa política. A partir de 1996, outros fatores foram decisivos para viabilizar essa política. O Estado incentivou a produção nacional dos medicamentos (ainda que com princípio ativo importado) e instituiu os medicamentos genéricos. Além disto, em alguns momentos ameaçou implantar a “licença compulsória” de proteção às patentes (COSTA-COUTO, 2007, p. 104).

Segundo ONUSIDA (2008), o Brasil com a distribuição de medicamentos anti-retrovirais, atingiu entre 50% a 75% a transmissão materna infantil e entre 75% para adultos e jovens a transmissibilidade do vírus HIV.

A partir de 1994 começou a funcionar a Rede Nacional de Laboratórios para realizar exames de carga viral e CD4+, foram implantadas redes alternativas de atendimento as PVHA em todo país como: Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), Hospitais – Dia (HD), Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), e hospitais conveniados. As ONGs criaram casas de passagem, grupos de convivência, casas de apoio que complementaram a assistência as PVHA (BRASIL, 2005a).

No ano de 2008 foram identificados 383 CTAs implantados em todo Brasil: 139 unidades (36,3%) na Região Sudeste, sendo a Região Norte com menor número de unidades instaladas ao todo 53 unidades (13,8%), Região Nordeste com 69 unidades (18%), Região Centro Oeste com 65 unidades (16,9%) e Região Sul com 57 unidades (14,8%). Todas as unidades da federação possuem CTA, Rio Grande do Norte e Roraima 01 unidade, São Paulo 79 unidades e Mato Grosso 42 unidades, respectivamente, com maior número de unidades (BRASIL, 2008b).

Todas essas atividades desenvolvidas a partir do tripé: assistência, prevenção e direitos humanos, trouxeram para o Brasil reconhecimento internacional no ano de 2001. Em 2002 começou a ser desenvolvida a vigilância epidemiológica do HIV nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), e o Sistema de Informação dos CTA (SIS – CTA). Estratégias de fornecimento de preservativos e campanhas nacionais de seu uso provocaram em 2002 um consumo de 600 milhões de unidades, sendo 250 milhões distribuídos gratuitamente e 350 milhões vendidos em pontos de vendas e distribuídos por ONG a preços baixos. No mesmo ano, o Programa Nacional de DST e Aids empreenderam a compra e distribuição de 4 milhões de preservativos femininos (BRASIL, 2005a).

O Boletim Epidemiológico de dezembro de 2009 considerou a aids estabilizada no país, com números entre 33 a 35 mil casos ao ano. O que o boletim traz de informações novas é a distribuição dos casos no mapa das regiões, com crescimento do número de casos nas cidades menores e quedas nos números nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul. Nas Regiões Norte e Nordeste a situação é diferente (BRASIL, 2009a).

O Brasil apresentou 544.846 casos de aids acumulados no período de 1980 a junho de 2009. Assim distribuídos pelo país: Região

Sudeste possui 323.069 casos notificados (59,3%), a Região Sul concentra 104.671 notificados (19,2%), a Região Nordeste apresenta 64.706 casos (11,9%), a Região Centro-Oeste com 31.011 casos (5,7%) e a Região Norte concentra 21.389 notificações (3,9%) (BRASIL, 2009a).

Nos municípios com mais de 500 mil habitantes ocorre diminuição da incidência por 100 mil habitantes, a exemplo da cidade de São Paulo, onde a taxa de incidência diminuiu de 48,7 em 1997 para 25,7 em 2007. Nos municípios com menos de 50 mil habitantes a taxa de incidência de aids tendeu a aumentar (BRASIL, 2009a).

Ocorreram no Brasil no período de 1980 a 2008, 217.091 óbitos por Aids, concentrados na Região Sudeste (66%), Região Sul (16,2%), Região Nordeste (10,1%), Região Centro-Oeste (4,7%) e Região Norte (3%) (BRASIL, 2009a).

As formas de transmissão, tanto em homens como em mulheres, colocaram em primeiro lugar as relações heterossexuais, em segundo lugar HSH, seguida pelos UDI (7,4% para homens e 2,6% para mulheres) (BRASIL, 2009a).

O Ministério da Saúde estimou para o ano de 2011, 638.000 pessoas vivendo com HIV/aids no País (BRASIL, 2008c).

Nos países da América Latina, incluindo o Brasil, os HSH estão no alto risco de contrair a aids, com riscos significantes para funcionários sexuais e os UDI. De cada dez infectados, nove são adultos e em idade produtiva, a epidemia reduz a mão de obra qualificada e produtiva, esse número poderia ser maior se não houvesse respostas de todos os setores da sociedade (ONUSIDA, 2009b; UNAIDS, 2009).

O Brasil já investe na criação da primeira vacina contra o HIV, tema abordado no XIIIº Congresso Internacional de Imunologia, ocorrido no Rio de Janeiro em 2007, que previa mais um ano para se ter a vacina brasileira. Em 2009, uma parceria entre o exército americano e o governo Tailandês, 16 mil voluntários, entre soldados americanos, receberam uma vacina contra o HIV com cepas do B e E do vírus, constatado a redução em 31,2% de risco em contrair o vírus. A cepa B é predominante na América, a cepa E na Europa, a cepa C na África, continente que não seria contemplado com os resultados desse estudo (BANCO DE SAÚDE, 2009).

No Brasil algumas iniciativas recebem reconhecimento mundial na prevenção da transmissibilidade do HIV, aderência ao tratamento e redução do estigma à população trabalhadora a nível público e privado, com destaque ao trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Foz de Iguazu e do Programa Horizonte que atuam na população de

caminhoneiros na zona de fronteira e nas aduanas. Nesta linha de pensamento, a Volkswagen do Brasil também implementa ações de redução do estigma, preconceito e discriminação no ambiente de trabalho, reduzindo o absenteísmo, aumentando a aderência ao tratamento e satisfação no emprego (ONUSIDA, 2009b).

5.3 AIDS EM SANTA CATARINA

No estado o primeiro caso de aids em adulto foi notificado em 1984, em um homem residente no município de Chapecó. O primeiro caso em mulher ocorreu em 1987 e o primeiro caso em criança (menor de 13 anos) foi em 1988 (SANTA CATARINA, 2009).

Foram notificados 21.546 casos de Aids no período de 1984 a 2008, 20.652 em adultos (13.072 masculinos e 7.580 femininos), em menores de 13anos foram notificados 894 casos. O estado conta com 293 municípios, sendo que 239 municípios já notificaram pelo menos um caso de Aids (SANTA CATARINA, 2009).

No relatório divulgado pela Divisão de Vigilância Epidemiológica, sendo as formas de transmissão 59,6% heterossexual; 24% UDI e 8,4% HSH; 4,3% bissexuais, 0,1% transmissão sanguínea e 3,2% ignorados (SANTA CATARINA, 2009).

A distribuição da doença tem concentração na região litorânea entre 1984 a 1989, com 27 municípios com notificações de Aids. No período de 1990 a 1994 foram 74 municípios com casos notificados expandindo para o interior. No período de 1995 a 2000, 170 municípios e no período de 2001 a 2005 são 217 municípios com notificações de Aids (SANTA CATARINA, 2006).

Notificados entre 1984 a 2007 uma estimativa de 19.757 casos, 18.894 casos em adultos, sendo as formas de transmissão 55,2% heterossexual; 24,6% UDI e 12,1% HSH; 863 casos em menores de 13 anos, sendo 96,8% por transmissão vertical (SCHWARTZ; REIS 1999; SANTA CATARINA, 2008; SANTA CATARINA, 2006a).

As cidades de Itajaí, Balneário Camboriú e Camboriú, têm papel importante na difusão do HIV/aids, com expressiva maioria de casos em UDI e seus parceiros sexuais. Em 72% dos casos notificados em Santa Catarina em 1997 a 2005 eram UDI com concentração na área litorânea (GOMES *et al.*, 2008; SUPERA, 2006; BRASIL, 2001b).

Até 2002 a cidade de Itajaí possuía a taxa de incidência mais alta no Estado e no Brasil com 142,3 casos para 100.000 mil habitantes, em

segundo e terceiro lugar Balneário Camboriú e Camboriú com 60 e 80 por 100.000 habitantes, quarto, quinto e sexto lugar Florianópolis, São José e Brusque entre 40 e 60 por 100.000 mil habitantes. Atualmente a taxa de incidência mostra estabilidade em Balneário Camboriú e Camboriú, queda em Itajaí, Florianópolis e São Jose, e aumento em Joinville, refletindo melhora nos sistemas de notificações. Em 2007 a incidência da doença foi de 25,4 em 100.000 mil, com predomínio na faixa etária de 20 a 49 anos, a razão entre 1,7 homem para 1 mulher, representando 12.088 casos em homens para 6.806 casos em mulheres (SANTA CATARINA, 2008; SANTA CATARINA, 2006a).

Dados consolidados pelos sistemas de informações da Gerência de Vigilância das DST/HIV e Aids mostram que 75,2% dos casos concentram-se em 15 (quinze) municípios em Santa Catarina no período de 1984 a 2007, sete municípios com número expressivos de notificação no período de 1984 a 1995 respectivamente Florianópolis (242), Itajaí (116), Joinville (76), São José (54), Blumenau (49), Criciúma (48) e Balneário Camboriú (37); os sete municípios com número de notificações superior a 1.000 casos no período de 1996 a 2007, são eles Florianópolis (3473), Joinville (2232), Itajaí (1953), Blumenau (1367), São José (1193) e Criciúma (1087). Novos municípios em Santa Catarina, principalmente interioranos com população inferior a 10 mil habitantes, perfazem 233 municípios (79,5%) com primeira notificação de aids em 2007 (SANTA CATARINA 2008).

Santa Catarina acompanhou as mudanças ocorridas no Brasil, a partir de 1989 ocorre a transição do perfil epidemiológico das PVHA, resultando na heterossexualização (aumento dos casos na categoria de exposição heterossexual), feminização (aumento dos casos no sexo feminino), pauperização (atingindo a população com baixo nível socioeconômico) e a interiorização (atingindo municípios com menor número de habitantes) (SANTA CATARINA, 2009).

O Boletim Epidemiológico do Ministério da saúde informa que dos 15 municípios com maior número de notificação, 51,1% referem-se aos municípios de Florianópolis, Joinville e Itajaí. O diagnóstico tardio, a resistência dos pacientes aos anti-retrovirais, falhas no atendimento, dificuldades de adesão além do tratamento inadequado de co-infecções como hepatite e tuberculose contribuem para o aumento da letalidade entre as PVHA (BRASIL, 2009a).

No Estado de Santa Catarina existem 15 (26,3%) Centros de Testagem e Aconselhamentos (CTAs) localizados nas cidades de Criciúma, Rio do Sul, Balneário Camboriú, Florianópolis, Blumenau, Lages, Joinville, Imbituba, Biguaçu, Jaraguá do Sul, Itajaí, Chapecó,

Joaçaba e São José). Já o Estado do Paraná possui 26 unidades (45,6%) e o Rio Grande do Sul com 16 (28,1%) (BRASIL, 2008^a; SCHNEIDER *et al.*, 2005).

Os CTA são concebidos como centro de referência para assistência e prevenção de HIV/Aids, subordinados hierarquicamente à estrutura de funcionamento dos serviços de saúde, geralmente estão distribuídos na proporção de um CTA por município; além disso, o CTA pode ser itinerante ou descentralizado. A estrutura física é diferenciada em cada município, podendo estar anexado a uma Unidade de Atenção Básica ou em uma sede própria (LOHN, 2005, p. 33).

O Programa Nacional de DST e Aids preconiza os princípios do SUS, principalmente a integralidade, contemplando além da assistência as PVHA a prevenção através de estratégias e intervenções que atendam a autonomia e o respeito aos sujeitos e suas especificidades sociais. Os Centros de Triagem e Aconselhamento (CTA) foram implantados no Brasil no ano de 1988 com objetivo de proporcionar ao usuário aconselhamento, conhecimentos estratégicos de atenção à saúde e qualidade de diagnóstico. O atendimento inicial ao usuário leva em conta manter o anonimato e a individualidade; possibilitando levantamento epidemiológico e auxiliando na terapêutica, na prevenção das DST/Aids. Dessa forma, dados coletados nos CTAs permitem conhecermos o perfil dos indivíduos infectados (SCHNEIDER *et al.*, 2005).

Os indivíduos que buscam atendimento nos CTA no período entre 2000 a 2005 em Santa Catarina totalizaram 61.087 exames, digitados até 25/07/2005, com grande número no período de 2000 e 2001. Os municípios com maior volume de exames foram Joinville, Jaraguá do Sul, Balneário Camboriú, Rio do Sul e Itajaí. O município com maior número de sorologias positivas foram Joinville, Itajaí e Balneário Camboriú. A entrada de novos sub tipos de vírus conta com a chegada de barcos estrangeiros em terras catarinenses, no ano de 2003 há registros de barcos brasileiros que estiveram no porto de Imbituba que realizaram escalas em portos na Arábia Saudita, Argentina, Nigéria, Chile, Polônia, Estados Unidos, Itália, Ucrânia, Iêmen e Brasil. A disseminação da doença no território ocorre via caminhoneiros, marinheiros e profissionais do sexo que se deslocam de cidade em cidade portuárias como Itajaí, Camboriú e São Francisco do Sul em

Santa Catarina, e Paranaguá no Paraná. Outra situação são os turistas de outras regiões do Brasil e exterior que circulam no estado devido às muitas praias, feiras tradicionais e festividades (SCHUELTER-TREVISOL, 2007; SANTA CATARINA, 2006a).

Estudos realizados por SCHUELTER – TREVISOL (2007), entre 1984 a 2005 a população que procura os CTAs apresentam entre 20 a 29 anos (45% mulheres e 40% homens), depois a faixa etária de 30 a 39 anos (23% em ambos os sexos). A presença do HIV entre as mulheres é na faixa acima de 50 anos, entre os homens entre 30 a 39 anos, com decréscimo na faixa etária acima de 50 anos. As mulheres apresentam em sua maioria mais de oito anos de escolaridade, os homens possuem entre oito a onze anos de escolaridade, com prevalência dos casos em homens e mulheres nas que possuem menor escolaridade. Entre as mulheres a profissão relatada é do lar, empregadas e trabalhadoras autônomas, apenas 4% relataram serem profissionais do sexo, entre os homens relatam serem empregados, autônomos e desempregados (SANTA CATARINA, 2006b).

No sexo masculino as prevalências são entre os UDI, HSH e caminhoneiros, já os motivos em que as mulheres procuram os CTAs 50% relatam solicitação dos exames pré-natal, exposição à situação de risco e saber o status sorológico. Nos casos positivos de HIV as categorias de exposição citadas foram sexuais em ambos os sexos (90%), UDI em ambos os sexos (10%), entretanto os homens relatam mais a questão sexual como categoria de exposição. Muitas profissionais do sexo no sul do estado relatam terem residência fixa em Imbituba circulando em outras áreas de prostituição como Tubarão, Florianópolis e Balneário Camboriú (SCHUELTER-TREVISOL, 2007; SANTA CATARINA, 2006a).

Quanto à categoria de exposição informações processadas no SINAN período de 1984 a 2007, até o ano de 1995 a predominância eram os UDI (4.925) a partir desse ano a categoria de exposição passa a ser a heterossexual (11.578) na transmissão do HIV (SANTA CATARINA, 2008a).

As relações com o tráfico de drogas e seu consumo, especialmente a cocaína até os anos 90, evidenciaram a exposição dos usuários de drogas a Aids na região sul, com epidemias pontuais em municípios da área costeira de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, afetando diretamente mulheres parceiras de UDI e suas crianças, caracteriza-se nesse período o declínio mais lento de morte pelas doenças oportunistas nessas populações em relação a outras regiões do país (HARCKER *et al.*, 2005).

Apesar das campanhas de incentivo ao uso da camisinha, num estudo realizado com 715 jovens catarinenses e 240 franceses, estes responderam em relação ao comportamento preventivo nas práticas sexuais que 52,5% dos brasileiros disseram ter utilizado preservativo em todas as relações sexuais, em que 38,7% dos franceses e 14,7% dos brasileiros contra 33,8% dos franceses disseram não costumam utilizá-la. (GIACOMOZZI; CAMARGO, 2008).

O Ministério da Saúde preconiza a construção nos municípios dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE), são unidades assistenciais de caráter ambulatorial, com uma equipe ambulatorial para atender as DST/HIV/Aids, violência sexual, acidente de trabalho, hepatite B e C, sífilis entre outras doenças infectocontagiosas, atendimento prestado durante a enfermidade das PVHA. Em Santa Catarina existem catalogados pelo Ministério da Saúde 58 SAEs no estado (BRASIL, 2009a).

Estes serviços possuem diferentes configurações institucionais: são ambulatorios gerais ou de especialidades, ambulatorios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializados em DST/HIV/Aids (SAE). Também são administrados de diferentes formas: por municípios, estados, união, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniados ao SUS (Brasil, 2009a).

Para atender as PVHA, os SAES devem contar com uma equipe multiprofissional para prestar o atendimento integral e de qualidade, com a equipe composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros. Os SAEs devem estar estruturados para:

- Oferecer atendimento médico com resolutividade diagnóstica, tratamento e acompanhamento das PVHA, assistência farmacêutica, e assistência psicossocial aos pacientes e seus familiares.
- Integrar os mecanismos de referência e contra-referência a partir da rede básica, encaminhar para Hospital-Geral, HD, ADT, Casa-de-Apoio; e assegurar, ao paciente, a possibilidade de assistência em função de suas diferentes necessidades.

- Oferecer treinamento, para profissionais de saúde, para atendimento ambulatorial primário, as PVHA, na rede básica de saúde local.
- Motivar a criação de serviços voluntários através do estímulo a associações comunitárias e a ONG, a partir das normas estabelecidas pelas Coordenações dos Programas Estaduais e Municipais do Controle de DST/Aids.
- Apoiar as ações educativas na região e os centros de sorologia anônima (BRASIL, 2009^a).

No país o quadro tendeu a se estabilizar em 1999, em Santa Catarina a queda da doença começa a ocorrer em 2002, com alta concentração na categoria de exposição entre os UDI colocando o estado em evidência, devendo ser levado em conta no planejamento das políticas públicas pelo Programa Nacional de DST e Aids (BRASIL, 2008).

6 METODOLOGIA

Para responder aos objetivos propostos neste estudo, utilizamos o método da pesquisa quantitativa, com abordagem descritiva/exploratória, buscando conhecer as características das PVHA notificadas por aids no município de Florianópolis no período de 1986 a 2006.

A pesquisa quantitativa ocorreu de forma rigorosa e controlada com intuito de fornecer resposta aos objetivos propostos, oferecendo detalhamento de características pertinentes as PVHA, resultando em conhecimento da distribuição das características sócio-demográficas, e epidemiológicas.

6.1 PESQUISA QUANTITATIVA

O estudo foi descritivo, do tipo transversal, com coleta de dados retrospectivos com variáveis epidemiológicas levantadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Aids) e variáveis sócio-demográficos coletados no site do Departamento de Informação do SUS (DATASUS).

Em retrospectiva, buscamos causas e influências da trajetória histórica da epidemia da aids no município de Florianópolis, realizamos dessa forma um comparativo entre os mesmos sujeitos desse grupo de estudo (POLIT *et al.*, 2004).

Assim para Sousa *et al.* (2007):

A pesquisa descreve e documenta vários aspectos do fenômeno. Não há manipulação de variáveis ou procura pela causa e efeito relacionados ao fenômeno. Desenhos descritivos descrevem o que existe de fato, determinam a frequência em que este fato ocorre e categoriza a informação (SOUZA *et al.*, 2007, p. 503).

A descrição das informações retrata a distribuição da frequência da doença, considerando tempo, espaço e pessoa, possibilitando as pesquisadoras detalhar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico, em que os dados são levantados, analisados, classificados e interpretados sem interferência das pesquisadoras.

O processo de arquivar documentos foi revolucionado pelo uso do computador, na história quantitativa da demografia, à economia, até o cultural, está ligada aos progressos dos métodos estatísticos e da informática aplicada às ciências sociais, com vistas à promoção da saúde (LE GOFF, 1992; ROUQUAYROL, 2004).

6.1.1 Local da Pesquisa

Florianópolis sofreu transformações, muitas advindas dos sucessivos aterros de suas baías na década de 70, desativação do porto, valorização do transporte rodoviário, descaracterização da pesca artesanal, implantação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), entre os anos de 1950 e 1960; e a inauguração da BR-101, na década de 1970, transformando Florianópolis num grande pólo turístico e de qualidade de vida (PANATTO, 2008; SANTA CATARINA, 2008b).

O município é formado por uma ilha e uma porção de terra no continente, possui as Baías Sul e Norte como divisores das porções de terra, limitando-se por terra na área continental a oeste e norte com o município de São José e ao sul com o município de Palhoça. O município de Florianópolis é a capital do Estado de Santa Catarina, possuindo em 2010, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) uma população de 404.224 habitantes, que habitam uma área de 436,5 km². O aglomerado que forma a Grande Florianópolis (Florianópolis, Biguaçu, Palhoça e São José) totalizam população de 800.467 habitantes no ano de 2010 (IBGE, 2010; PANATTO, 2008).

A Secretaria de Saúde Municipal (SMS), possui cinco Regionais de Saúde (Distrito Sanitário) (ANEXO 1), que gerenciam 69 Centros de Saúde (CS) classificados de atenção básica, 01 Centro de Atenção Psico Social (CAPS), 01 Centro de Atenção Psico Social para Crianças e Adolescentes (CAPSi), 02 Centro de Atenção Psico Social para Álcool e Drogas (CAPSad), 01 Laboratório Aracy Vaz Callado, 02 Unidades de Pronto Atendimento (Norte e Sul), 04 Policlínicas (Continente, Centro, Norte e Sul), 01 Farmácia Escola PMF/UFSC, 01 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), 01 Centro em Especialidades Odontológicas (CEO) e 01 Centro de Controle de Zoonoses. Em abril de 2001, o município adotou para 100% da rede básica, como modelo de atenção, a Estratégia de Saúde da Família (PMF, 2010).

No ano de 2010, Florianópolis conta com 100 Equipes de Saúde da Família (ESF) (cobertura populacional de 84,53%), 491 Agentes Comunitário de Saúde (ACS) (cobertura populacional de 69,17%) e 35 Equipes de Saúde Bucal (MS, 2010b).

A Vigilância Epidemiológica de Florianópolis constituiu os seguintes serviços para atender as PVHA: 02 SAEs (Centro e Estreito), 01 CTA (Estreito), 01 CTA na Policlínica do Centro e o Projeto de Redução de Danos (PRD) que visa evitar a transmissão do HIV entre os UDI. A distribuição dos anti-retrovirais no município é realizada na Farmácia Escola que atua em parceria com a UFSC (PMF, 2010).

No processo de descentralização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis a partir de junho de 2002, foram criadas as 5 regionais de saúde, denominadas: Regional de Saúde Centro, Regional de Saúde Sul, Regional de Saúde Leste, Regional de Saúde Continente e Regional de Saúde Norte. As regionais de saúde, designadas atualmente de distritos sanitários têm como função principal o gerenciamento da rede a nível regional, cada regional consta com serviços como: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Média Complexidade, Atenção Primária de Saúde e gerenciamento da Rede Básica (Anexo A).

6.1.2 População da Pesquisa

A população do estudo constituiu-se de 3209 PVHA adultas, notificadas e investigadas que constam no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Aids) entre 1986 a 2006. Todas as informações das PVHA notificadas (suspeitas, confirmadas e descartadas) e investigadas, são digitadas no SINAN-Aids, portanto os dados coletados foram validados para a pesquisa, pois todas as Fichas de Notificação/Investigação AIDS (Pacientes com 13 ou mais) após diagnóstico final e data do encerramento preenchida, devem ser enviadas após fechamento, conforme prazo no Manual do SINAN, para as esferas: municipal, estadual e federal.

6.1.3 Critério de Inclusão

PVHA, adultas (maiores de 13 anos, 11 meses e 29 dias⁸), de ambos os sexos, residentes em Florianópolis/SC entre 1986 a 2006, notificadas e investigadas no SINAN-AIDS, e que atendam os critérios de definição da Vigilância Epidemiológica, em indivíduos com 13 anos ou mais, que apresentem um ou mais critérios: critério CDC modificado⁹, critério Rio de Janeiro/Caracas¹⁰, critério excepcional CDC¹¹, critério excepcional de óbito¹² e/ou Critério excepcional ARC (Complexo Relacionado a Aids) + Óbito¹³ (BRASIL, 2002).

6.2 FONTE E COLETA DE DADOS

Optamos como fonte dos dados de estudo o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN-Aids), a base de dados foi disponibilizada pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2010, onde levantamos dados de 3209 PVHA residentes em Florianópolis no período de 1986 a 2006.

O critério de definição para caso de aids, inclui a Declaração de Óbito (DO) como fonte de notificação (suspeito ou confirmado) da doença, portanto todos os óbitos com causa básica/primária ou causa contribuintes/secundária de aids foram investigados e constam do SINAN-Aids.

O SINAN é o sistema de informações do Ministério da Saúde criado em 1993, implantado nas três esferas de governo. Tendo como

⁸ O Sistema Nacional de Agravos de Notificação utiliza três modelos de Fichas de Notificação/Investigação: aids pacientes com menos de 13 anos, aids pacientes com mais de 13 anos e gestantes HIV.

⁹ Evidência laboratorial da infecção pelo HIV (1)+ Diagnóstico de determinadas doenças indicativas de aids* ou Evidência laboratorial de imunodeficiência .

¹⁰ Evidência laboratorial de infecção pelo HIV (1) + Somatório de pelo menos 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças .

¹¹ Falta de evidência laboratorial da infecção pelo HIV (1) +Diagnóstico definitivo de determinadas doenças indicativas de imunodeficiência.

¹² Menção de Aids em algum campo da Declaração de Óbito+Investigação epidemiológica inconclusiva.

¹³ Paciente em acompanhamento, apresentando ARC + Óbito de causa não-externa: (homicídio, suicídio e acidente).

objetivo coletar, transmitir e disseminar dados coletados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica referentes às doenças de notificação compulsória.

A utilização dos vários sistemas de informações, entre eles o SINAN, se constitui em importantes ferramentas para formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2006b).

6.2.1 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados coletados foram transcritos para planilha elaborada no programa Microsoft Excel versão 97 (Apêndice A), constando: ano de diagnóstico, ano de notificação, data de nascimento, idade, sexo, escolaridade, raça, procedência (bairro de residência), ocupação, modo de transmissão, entre outras.

6.3 VARIÁVEIS

6.3.1 Variável Dependente

A variável dependente é a epidemia da aids, em Florianópolis, no período entre 1986 a 2006.

6.3.2 Variáveis Independentes

As variáveis sócio-demográficas e epidemiológicas foram coletadas, selecionadas e conceituadas a partir do Instrumento para Preenchimento da Ficha de Investigação – SINAN NET (Anexos B e C).

6.3.2.1 Variáveis Sócio-demográficas

Relativas às PVHA

Procedência – Nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

Data de Nascimento - Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.

Idade - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.

Sexo - o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado).

Escolaridade - com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.

Cor - a cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índio).

Ocupação - atividade ocupacional (remunerada ou não), categorizadas em trabalho formal e trabalho informal.

6.3.2.2 Variáveis Epidemiológicas

Relativas à doença

Ano da notificação - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação.

Ano de diagnóstico - Anotar a data do diagnóstico. Data em que o indivíduo se enquadra em um dos critérios de definição de casos de aids, ou seja, tenha evidência clínica e laboratorial, exceto quando se trata do critério óbito. Nesse caso, a data do diagnóstico é igual a data do óbito.

Modo de transmissão

Sexual

Homossexual - Quando o provável modo de transmissão é atribuído a relações sexuais somente com homens ou somente com mulheres.

Heterossexual - Quando o provável modo de transmissão é atribuído somente relações sexuais com mulheres ou com homens.

Bissexual - Quando o provável modo de transmissão é atribuído a relações sexuais com homens e mulheres.

Ignorado - Não foi possível, após a investigação, informar se o provável modo de transmissão é atribuído à transmissão sexual.

Sanguínea

Uso de drogas injetáveis - Quando o provável modo de transmissão é atribuído ao uso de drogas injetáveis.

Tratamento/hemotransfusão para hemofilia - Quando o provável modo de transmissão é atribuído ao tratamento para hemofilia.

Transfusão sanguínea - Quando o provável modo de transmissão é atribuído à transfusão. É necessária a investigação da transfusão para confirmação dessa categoria de exposição segundo a recomendação da vigilância sanitária referente à hemovigilância.

Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses - Quando o provável modo de transmissão é atribuído ao acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses. É necessário que as recomendações do Ministério da Saúde relacionados a investigação do acidente sejam cumpridas para confirmação dessa categoria de exposição.

Letalidade

Óbito - assinalar quando o caso for notificado por meio das informações reunidas a partir da declaração de óbito onde haja menção a aids/sida (ou termos equivalentes) e a investigação epidemiológica for inconclusiva.

6.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram tabulados em planilha pré elaborada no programa Excel versão 97 (Apêndice A), ordenados de acordo com o modo de entrada das variáveis da Ficha de Investigação para Aids, importados e analisados posteriormente no programa Epi Info versão 3.5.1.

O Excel versão 97 é uma planilha eletrônica composta por células designadas colunas e linhas, podendo ser utilizado para cálculos, planilhas, relatórios, gráficos, entre outros usos.

O Epi Info versão 3.5.1 é um programa de domínio público, baixado em 13 idiomas via internet mais manual, sendo utilizado por profissionais da área da saúde para gerenciamento de dados e análises estatísticas. Foi criado nos Estados Unidos da América pelo Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo constituído por subprogramas como: Make view, utilizado na criação de formulários de entrada; Enter data, responsável pela inclusão, alteração e exclusão de registros; Analise data, realiza a análise estatística dos registros; Create Maps cria cruzamento de dados com mapas (georreferenciamento) e Create reports, que emite vários tipos de relatórios referentes aos dados armazenados (CIVES, 2010).

6.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

A população de estudo, denominadas como total de PVHA notificadas no período de 1986 a 2006 é designado N .

Os dados estatísticos coletados de N foram categorizados conforme as variáveis (epidemiológicas e sócio-demográficos) de estudo escolhidas para análise, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas de cada variável, denominadas de distribuição, que pretende fornecer organização dos valores numéricos coletados.

Para verificarmos a associação entre as variáveis de estudo utilizamos o teste Qui-Quadrado (X^2) a um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$), na análise das tabelas isoladamente. A apresentação das informações ocorreu em forma de tabelas e gráficos.

6.6 CUIDADOS ÉTICOS

Formalizamos e encaminhamos ofício ao Departamento de Integração Ensino Serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis solicitando autorização para acessarmos e realizarmos coleta de dados no SINAN-Aids na Vigilância Epidemiológica da SMS (Anexo D).

O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC em 05 de novembro de 2009, processo 331, FR 290589 (Anexo E).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos os resultados e discussão em forma de três artigos que contemplam os objetivos da dissertação e atendem a Resolução 001/PEN/2008 que dispõe sobre a disposição da apresentação das dissertações e teses do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Os artigos estão apresentados de acordo com as normas dos periódicos aos quais serão submetidos, com adaptações na apresentação gráfica, para atender as normas de apresentação gráfica para Teses e Dissertações, conforme disposto no Guia Rápido para Diagramação de Trabalhos Acadêmicos, da Universidade Federal de Santa Catarina.

O artigo 1 intitulado “*AIDS em Florianópolis/SC, Brasil. Aspectos Epidemiológicos (1986 – 2006)*”

Abordamos a dinâmica da Aids em adultos em Florianópolis/SC, no período de 1986 a 2006, o ano de 1986 configura a notificação do primeiro caso de Aids no município e 2006 é o ano de fechamento do Ambulatório de DST/AIDS no município com descentralização dos serviços prestados as PVHA.

Este artigo foi estruturado para submissão no Caderno de Saúde Pública.

O artigo 2 intitulado “*Óbitos por Aids em Florianópolis/SC, Brasil. (1986 – 2006)*”

Abordamos a mortalidade em PVHA no município de Florianópolis, notificadas no período entre 1986 a 2006.

Este artigo foi estruturado para submissão na Revista de Saúde Pública.

O artigo 3 intitulado “*Pessoas que viviam com HIV/AIDS em Florianópolis/SC, Brasil: Ocupação e Status Socioeconômico Ocupacional. (1986 – 2006)*”.

Aborda a distribuição dos casos de Aids notificados no município de Florianópolis no período entre 1986 a 2006, em relação à categoria de ocupação e status sócio-econômico.

Este artigo foi estruturado para submissão na Revista Latino-Americana de Enfermagem.

7.1 ARTIGO 1 - AIDS EM FLORIANÓPOLIS/SC, BRASIL. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS (1986 – 2006)

AIDS EM FLORIANÓPOLIS/SC, BRASIL. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS (1986 – 2006)

Título corrido:

AIDS em Florianópolis/SC, Brasil. Aspectos Epidemiológicos (1986 – 2006)

Autores: Janelice Bastiani

Maria Itayra Padilha

Endereço para correspondência:

Janelice de Azevedo Neves Bastiani
Rua Adhemar da Silva, 1158, fundos
Kobrasol, São José/SC
CEP 88101090
E-mail: bastiani@ibest.com.br
Fone: (48) 99030224

¹.Enfermeira. Especialista em Metodologia de Ensino para Profissionalização da Enfermagem pela UFSC/SC. Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde pela Fiocruz/UNISUL. Enfermeira da Atenção em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC. Professora Ingressante da Universidade do Vale do Itajaí/UNIVALI. Membro do GEHCES.

².Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-Doutora pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing at University of Toronto/Canada. Coordenadora do GEHCES. Pesquisadora do CNPq.

TÍTULO

AIDS em Florianópolis/SC, Brasil. Aspectos Epidemiológicos (1986 – 2006)

RESUMO

O objetivo é descrever o perfil epidemiológico dos adultos com AIDS em Florianópolis/SC, no período de 1986 a 2006. Estudo descritivo, transversal, com coleta das variáveis no Sistema Nacional de Agravos de Notificação: ano de diagnóstico, sexo, idade, categoria de exposição, escolaridade, raça e bairro/Regional de Saúde de residência; de homens e mulheres com idade entre 13 anos a 80 e mais. Os adultos pertenciam a estratos sociais favorecidos, migrando para estratos sociais desfavorecidos, heterossexuais, homens e mulheres, com ensino fundamental incompleto, de raça ignorada e com idade entre 20 a 49 anos. A vulnerabilidade feminina constatada na razão masculino/feminino, na primeira década (1986 a 1995) 2,9:1 e na segunda década (1996 a 2006) 1,7:1. Observamos diferenças nas duas décadas, sendo que homens se mantiveram com números elevados de casos e as mulheres passaram apresentar aumento no número de casos. A Vigilância Epidemiológica de Florianópolis tem investido na qualidade das Fichas de Notificação e Investigação e na descentralização do atendimento em AIDS.

Palavras-chaves: Morbidade, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Epidemiologia.

TITLE

AIDS in Florianopolis, Brazil. Epidemiological Aspects (1986 - 2006)

ABSTRACT

The objective is to describe the epidemiological profile of adults with AIDS in Florianopolis, in the period 1986 to 2006. Cross-sectional study, with collection of variables in the National Notifiable Diseases: year of diagnosis, sex, age, exposure category, education level, race and neighborhood / Regional Health Authority of residence, men and women aged 13 years 80 and more. The adults were from privileged social strata, migrating to disadvantaged social strata, heterosexual men and women with incomplete primary education, race and ignored aged 20 to 49 years. The female vulnerability found in the male: female ratio in the first decade (1986 to 1995) and 2,9:1 in the second decade (1996-

2006) 1.7:1. We observed differences in the two decades, while men remained with high numbers of cases and women were present increase in the number of cases. The Epidemiological Surveillance of Florianópolis has invested in the quality of Notification Forms and Research and the decentralization of care in AIDS.

Key-words: Morbidity, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Epidemiology.

Introdução

A AIDS se tornou a pior epidemia do século XX, trazendo sofrimento humano, impactos demográficos, econômicos, culturais e político em quase todas as sociedades do mundo, difundindo-se por diversos países, e em outros se consolidou como epidemia avassaladora, provocando despovoamento e diminuição da fertilidade; tornando inacessível para muitas pessoas o tratamento com anti-retrovirais. A importância de se conhecer e analisar a distribuição dos casos de AIDS reforça as ações para a prevenção da doença, monitoramento das práticas de risco ligadas à infecção pelo HIV e subsidiam os programas governamentais^{1,2,3}.

No Brasil, a doença assumiu diversas configurações, conforme as regiões do país. Em 2009, na Região Sul as duas capitais com maior prevalência foram Porto Alegre (RS) com 111,5 por 100 mil habitantes e Florianópolis (SC) com 57,4 por 100 mil habitantes⁴.

O estado de Santa Catarina notificou entre 1984 a 2007 18.894 casos em adultos, sendo as formas de transmissão 55,2% heterossexual; 24,6% drogas e 12,1% homossexual. Em 2009 notificou-se 194 casos de HIV, com prevalência na faixa etária entre 30 a 49 anos; em 2010 os municípios de Mirim Doce e Riqueza notificaram o primeiro caso de AIDS, observa-se que cada um desses municípios possui população inferior a 6.000 habitantes^{5,6,7,8}.

Desde o início da epidemia em Florianópolis, as Organizações Não Governamentais (ONG) de forma organizada e em conjunto com as PVHA, são porta vozes de suas necessidades e expectativas em relação aos serviços de saúde, dessa forma, os serviços estão sendo forjados com eles e não para eles, enquanto homens e povos, na luta incessante de recuperação da sua humanidade e no seu engajamento na luta por sua libertação⁹.

A Vigilância Epidemiológica de Florianópolis constituiu os seguintes serviços para atender as PVHA: 02 Serviços de Atendimento Especializado (Centro e Estreito), 02 Centros de Testagem e

Aconselhamento (Centro e Estreito) e o Projeto de Redução de Danos. A distribuição dos anti-retrovirais é realizada na Farmácia Escola que atua em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina¹⁰.

Neste sentido, decidimos analisar a dinâmica da AIDS em adultos em Florianópolis/SC, no período de 1986 a 2006, o ano de 1986 configura a notificação do primeiro caso de Aids no município e 2006 é o ano de fechamento do Ambulatório de DST/AIDS no município com descentralização dos serviços prestados as pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA). Dessa forma, é possível entender a trajetória num centro urbano, capital de um Estado, localizado na área litorânea, onde a população é oriunda de várias regiões do Estado e do Brasil, com perfil social e econômico diferenciado.

Metodologia

Realizamos estudo descritivo, com delineamento transversal, buscando conhecer a epidemia da AIDS em homens e mulheres com idade acima de 13 anos, em Florianópolis/SC. A população de estudo, designada *N*, denominadas como PVHA adultas, notificadas no período de 1986 a 2006 notificadas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN-AIDS). Consideramos dois períodos para análise dos dados: primeira década 1986 – 1995; segunda década 1996 - 2006.

As variáveis de estudo foram coletadas no SINAN-AIDS entre os meses de março e abril de 2010 na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. As variáveis coletadas e analisadas foram: ano de diagnóstico, sexo, idade, categoria de exposição, escolaridade, raça e bairro/Regional de Saúde de residência.

Os dados reconhecidos para o estudo foram categorizados por variáveis, colocados em tabela do programa Excel e analisados com auxílio do programa Epi Info 3.5.1 (CDC, Atlanta/EUA) procedendo às análises do teste Qui-quadrado (X^2) a um nível de significância 5% ($p \leq 0,05$).

CUIDADOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC em 05 de novembro de 2009, processo 331, FR 290589.

Resultados

Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, possui em 2010, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população de 404.224 habitantes, que habitam uma área de 436,5 km². O aglomerado que forma a Grande Florianópolis (Florianópolis,

Biguaçu, Palhoça e São José) totaliza 800.467 habitantes¹¹. Até o ano de 2002, contou com um ambulatório de DST/AIDS localizado na área central do município que oferecia orientações relativas à prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, aconselhamento em HIV/AIDS, acompanhamento das pessoas adultas que vivem com HIV/AIDS, assintomáticos, assistência de enfermagem, psicológica e psiquiátrica, atendimento às mulheres que sofreram de abuso sexual e referência para a rede básica municipal nos casos de alterações de colo uterino, oferecendo colposcopia, biópsia e eletrocauterização. Esse ambulatório atendeu a população entre 1986 a 2006. No SINAN-AIDS, nesse período, ocorreram 3209 notificações, sendo 2163 do sexo masculino e 1046 do sexo feminino¹².

A frequência, percentual e a razão entre os sexos mostram o panorama da AIDS em duas décadas em Florianópolis. A razão entre homens/mulheres na primeira década (1986 a 1995) foi 2,9:1 e na segunda década (1996 a 2006) foi 1,7:1. A frequência e o percentual de casos apresentaram-se de forma crescente entre os anos de 1986 a 1995 em ambos os sexos.

A notificação de poucos casos no sexo feminino nos primeiros anos, com aumento de casos nos anos seguintes no sexo feminino mostra a vulnerabilidade das mulheres frente à doença, no sexo masculino as variáveis apresentaram crescimento progressivo. A razão entre os sexos coloca o sexo masculino na frente em relação ao sexo feminino, apresentando diminuição entre os dois grupos ao longo dos anos. A razão apresenta o comparativo entre os dois sexos com predomínio do numerador no sexo masculino, com diminuição gradativa na segunda década (1996 – 2006) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das PVHA, segundo período de diagnóstico e sexo, em Florianópolis-SC. Brasil, 1986 – 2006.

Período	Masculino		Feminino		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
1986 – 1995	824	75,0%	277	25,0%	1104	100%
1996 – 2006	1336	63,5%	769	36,5%	2105	100%

Fonte: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN-AIDS)/Ministério da Saúde. Março/2010.

Na Tabela 2 apresentamos as categorias de exposição que as

PVHA expuseram-se em duas décadas da doença. Entre 1986 – 1995, com destaque na contaminação pelo HIV foram: Heterossexual, Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) e Heterossexual/UDI com prevalência de 74,4%. Entre 1996 – 2006, Heterossexual, Heterossexual/UDI e Homossexual, totalizando 69,1%. Na segunda década ocorreu redução de 18,0% entre UDI. É possível verificar que a Heterossexualidade e os UDI merecem destaque enquanto categorias de exposição nas duas décadas de estudo, enquanto a homossexualidade aparece à frente dos UDI na segunda década.

Tabela 2 – Distribuição das PVHA, segundo período de diagnóstico e categoria de exposição em Florianópolis/SC. Brasil, 1986 – 2006.

*Categorias de Exposição	1986 – 1995		1996 - 2006		χ^2	p
	N	%	N	%		
					397,35	0,00
Ac. material biológico	1	0,1%	0	0,0%		
Bi/UDI	31	3,0%	26	1,2%		
Bissexual	54	5,0%	91	4,3%		
UDI	277	25,0%	145	7,0%		
UDI/hemofílico	0	0,0%	1	0,0%		
Hemofílico	0	0,0%	1	0,0%		
Hetero c/ parceiro de risco	15	1,3%	236	11,2%		
Hetero/UDI	237	21,4%	406	19,3%		
Hetero/hemofílico	1	0,1%	1	0,0%		
o						
Heterossexual	307	28,0%	848	40,3%		
HSH/UDI	40	3,7%	37	1,9%		
HSH	135	12,2%	201	9,5%		
Ignorado	3	0,2%	112	5,3%		
Total	1104	100%	2105	100%		

Fonte: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN-AIDS)/Ministério da Saúde. Março/2010.

Legenda: Hetero: Heterossexual, HSH: Homossexual, Bi: Bissexual, UDI: Usuário de Drogas Injetáveis.

Os dados da Tabela 3 apresentam a dinâmica da AIDS em Florianópolis em relação as variáveis relativas às PVHA.

Na primeira década (1986-1995) em relação a raça, os resultados apontam ignorado (84,8%) como o item mais preenchido nas investigações.

Na segunda década (1996 – 2006) o item ignorado (33,2%), entretanto verificamos melhoria no preenchimento, pois a raça branca (55,6%) apresentou maior prevalência.

Ocorreram nas duas décadas de estudo o predomínio da variável raça como “ignorado e branca”, destaque na segunda década da notificação do primeiro caso indígena no município.

Os resultados sugerem que o predomínio da variável “ignorado” ocorreu em virtude da não valorização desse item na investigação das doenças de investigação.

Quando analisamos estatisticamente os dados relativos à raça, encontramos associação com a doença.

No que se refere aos anos de escolaridade, encontramos diferenças nas duas décadas de estudo, entre 1986 - 2006 ocorreram prevalência na escolaridade denominada ensino fundamental completo/incompleto, com diminuição das PVHA, com escolaridade entre 8 a 11 anos nas duas décadas.

Os resultados mostram associação entre escolaridade e a doença na primeira década (1985 – 1996), já na segunda década (1986-2006) fica evidente a associação entre a doença e a baixa escolaridade (ensino fundamental completo/incompleto).

Quando analisamos estatisticamente os dados encontramos forte associação.

As faixas etárias apresentam diferenças, entretanto a época do diagnóstico grande percentual tinha a faixa etária de 20 a 49 anos.

A análise estatística evidencia associação significativa entre a doença e faixa etária, encontramos na primeira década (1986-1995) perfazendo 91,8% e na segunda década (1986 – 2006) com prevalência em 89,7% das PVHA.

Tabela 3 – Distribuição das PVHA, segundo período de diagnóstico, raça, escolaridade e faixa etária, em Florianópolis-SC. Brasil, 1986 – 2006.

Variáveis	1986 – 1995		1996 – 2006		χ^2	p
	N	%	N	%		
Raça					773,53	0,00
Branca	147	13,3%	1170	55,6%		
Preta	14	1,3%	164	7,7%		
Amarela	1	0,1%	1	0,1%		
Parda	6	0,5%	70	3,3%		
Indígena	0	0,0%	1	0,1%		
Ignorado	936	84,3	699	33,2%		
Total	1104	100%	2105	100%		
Escolaridade					114,29	0,00
Nenhuma	46	4,1%	71	3,4%		
1 a 3 anos	171	15,5%	562	26,7%		
4 a 7 anos	465	42,1%	818	38,9%		
8 a 11 anos	238	21,7%	457	21,7%		
12 a + anos	134	12,1%	178	8,5%		
Ignorado	50	4,5%	19	0,9%		
Total	1104	100%	2105	100%		
Faixa Etária					128,98	0,00
< 20	40	3,6%	29	1,4%		
20 – 29	432	39,1%	544	25,9%		
30 – 39	443	40,1%	878	41,7%		
40 – 49	138	12,6%	466	22,1%		
50 – 59	33	3,0%	129	6,1%		
60 – 69	13	1,2%	45	2,1%		
70 – 79	5	0,4%	12	0,6%		
80 e +	0	0,0%	2	0,1%		
Total	1104	100%	2105	100%		

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-AIDS).

Na Tabela 4 apresentamos a distribuição dos casos de AIDS em Florianópolis, conforme o Regional de Saúde de moradia das PVHA, no momento do diagnóstico. Identificamos que a Regional Centro

concentrou entre 1986 – 1995 29,7%, a Regional Continente 29,7%, Regional Sul 8,2%, Regional Norte 7,1%, Regional Leste 6,7%, com atenção para o número de Ignorados quanto ao local de residência 18,2%.

Entre 1986 – 2006, as PVHA residiam respectivamente: Regional Continente 29,0%, Regional Centro 26,7%, Regional Norte 15,5%, Regional Sul 13,7%, Regional Leste 12%, chama atenção à redução do número de Ignorados quanto a Regional de residência para 3,1%. Provavelmente a redução do número de “ignorados” em relação ao Regional de Saúde de residência se deve a melhor investigação e preenchimento dos formulários de notificação e investigação.

Tabela 4 – Distribuição das PVHA, segundo período de diagnóstico e Regional de Saúde de residência em Florianópolis-SC. Brasil, 1986 – 2006.

Regionais de Saúde	1986 – 1995		1996 - 2006		χ^2	p
	N	%	N	%		
					286,22	0,00
Ignorado	201	18,2%	65	3,1%		
Centro	329	30,0%	561	26,7%		
Continente	332	30,0%	611	29,0%		
Leste	74	6,7%	252	12,0%		
Norte	78	7,0%	327	15,5%		
Sul	90	8,1%	289	13,7%		
Total	1104	100%	2105	100%		

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-AIDS).

Mediante a análise estatística, verificamos os bairros de prevalência de moradia das PVHA, entre 1986 – 1995: Ignorado 200 (18,2%), Centro (Regional Centro) 180 (16,3%), Estreito (Regional Continente) 99 (9,0%), Agrônômica (Regional Centro) 77 (7,0%),

Capoeiras (Regional Continente) 63 (5,7%) e Monte Cristo (Regional Continente) 41 (3,7%). No período 1986 – 2006: Centro (Regional Centro) 259 (12,3%) Estreito (Regional Continente) 166 (7,9%), Capoeiras (Regional Continente) 124 (5,9%), Agrônômica (Regional Centro) 152 (7,2%), Ingleses (Regional Norte) 96 (4,4%) e Monte Cristo (Regional Continente) 87 (4,1%).

As análises estatísticas mostram que ocorreu associação estatisticamente significativa entre Regional de Saúde de residência das PVHA.

Discussão

A epidemia da AIDS teve vários desenhos no Brasil, na primeira década (1986 a 1995) à explosão do número de casos, com aumento principalmente nas Regiões Sul e Sudeste, no sexo masculino e com idade entre 20 e 49 anos, bom nível econômico, com mais de 11 anos de escolaridade, homossexuais e/ou bissexuais, muda seu perfil na segunda década (1996 a 2006) atingindo ambos os sexos, com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto), com baixo nível econômico e heterossexual. As oscilações da epidemia não afastam os estratos mais velhos da população e o sexo feminino (contribuindo com o aumento de heterossexuais), entretanto na segunda década (1996-2006) diminuem seu impacto nas populações socioeconômicas abastadas, UDI (exceção nas Regiões Sul e Sudeste), politransfundidos e os expostos na transmissão vertical^{14,15}.

Santa Catarina acompanhou as mudanças ocorridas no Brasil, a partir de 1989 ocorre à transição do perfil epidemiológico das PVHA adultas, resultando na heterossexualização (aumento dos casos na categoria de exposição heterossexual), feminização (aumento dos casos no sexo feminino), pauperização (atingindo a população com baixo nível socioeconômico) e a interiorização (atingindo municípios com menor número de habitantes)¹⁶.

Florianópolis, como capital do Estado, enquadra-se no perfil da Região Sul, com prevalência das PVHA adultas, do sexo masculino com aumento dos casos no sexo feminino, predominância da categoria de exposição na heterossexualidade, com ensino fundamental incompleto, residentes nas Áreas de Interesses Sociais (AIS).

A razão entre os sexos, é maior no sexo masculino, apresentando declínio na segunda década (1996-2006), evidenciando a vulnerabilidade do sexo feminino.

Estudos realizados no período de 1984 a 2005 apontam que a população que procura os Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) apresenta entre 20 a 29 anos (45% mulheres e 40% homens), depois a faixa etária de 30 a 39 anos (23% em ambos os sexos). A presença do HIV entre as mulheres é na faixa acima de 50 anos, entre os homens entre 30 a 39 anos, com decréscimo na faixa etária acima de 50 anos. As mulheres apresentam em sua maioria mais de oito anos de escolaridade, os homens possuem entre oito a onze anos de escolaridade, com prevalência dos casos em homens e mulheres nos que possuem menor escolaridade. Entre as mulheres a profissão relatada é do lar, empregadas e trabalhadoras autônomas, apenas 4% relataram serem profissionais do sexo, entre os homens relatam serem empregados, autônomos e desempregados^{7,17}.

No sexo masculino a procura aos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são entre usuários de drogas, homossexuais e determinadas profissões móveis (caminhoneiros, pescadores, entre outras), já os motivos em que as mulheres procuram os CTAs 50% relatam solicitação dos exames pré-natal, exposição à situação de risco e saber o status sorológico. Nos casos positivos de HIV as categorias de exposição citadas foram sexuais em ambos os sexos (90%), UDI em ambos os sexos (10%), entretanto os homens relatam mais a questão sexual como categoria de exposição. Muitas profissionais do sexo do sul do Estado relatam terem residência fixa em Imbituba circulando em outras áreas de prostituição como Tubarão, Florianópolis e Balneário Camboriú, devendo ser compreendidas em função do contexto político, social e moral^{8,17}.

Estudos realizados até 2005, constataram que homens têm utilizado com maior frequência preservativos em relações com parceiras eventuais, entretanto esse achado não se repete quando os inquéritos são realizados na população em geral, principalmente com as parceiras fixas. Em contrapartida em outro inquérito realizado com homens e mulheres, um total de 40%, relatou que as estratégias utilizadas para reduzir a doença estão: a redução do número de parceiros, a manutenção de parcerias sexuais exclusivas, ou ainda exigência de fidelidade. Esses relatos não refletem o número de infecção pela categoria de exposição heterossexual, jovens e com baixa escolaridade, estudos colocam que cidadãos com primeiro grau incompleto iniciavam mais precocemente sua vida sexual, apresentavam taxas mais elevada de atividade sexual, um maior número de parceiros casuais e menores freqüências de uso de preservativos^{18,19}.

Apesar das campanhas de incentivo ao uso da camisinha, num

estudo realizado com 715 jovens catarinenses e 240 franceses, estes responderam em relação ao comportamento preventivo nas práticas sexuais que 52,5% dos brasileiros disseram ter utilizado preservativo em todas as relações sexuais, em que 38,7% dos franceses e 14,7% dos brasileiros contra 33,8% dos franceses disseram não costumar utilizar²⁰.

As mulheres acreditam na invulnerabilidade em relação a AIDS devido a parceiros fixos, dispensando o uso de preservativos nas relações sexuais. Percebemos que essa relação ocorre pela dificuldade de negociação com seu parceiro, baixa percepção do risco de infecção pela doença e o forte sentimento emocional, cultural e social das mulheres nas relações. Estudos realizados com mulheres casadas evidenciam essas colocações, na Região Metropolitana de Recife, pesquisadoras identificaram que as mulheres casadas reconhecem o casamento como proteção e algumas não conhecem a doença, colocando que a AIDS é doença dos outros. As mulheres desconhecem a trajetória da AIDS, classificada pelas pesquisadoras do estudo na cidade de Recife, em três períodos: até 1986 homossexuais, bissexuais e homens transfundidos, final da década de 80/início da década de 90 UDI particularmente nas Regiões Sul e Sudeste e do final da década de 90 até o momento heterossexualidade com transmissão entre as mulheres. Estudo realizado com mulheres que fazem sexo com mulheres, pesquisadores identificaram que não percebem que AIDS pode ser transmitida nas relações sexuais, o perfil das entrevistadas foi mulheres com mais de 35 nos, com parceiras fixas, no grupo mais jovem sem parceiro fixo e com comportamento bissexual referiram preocupação com a contaminação; a maioria nunca fez teste para HIV e relataram pouco conhecimento sobre as DST/AIDS^{18,21,22}.

Mesmo com da desaceleração do número de casos de AIDS, alguns segmentos populacionais tornaram-se alvo da doença na transição da doença, a combinação de fatores como: saturação dos segmentos populacionais sob maior risco; mudança comportamental de certos segmentos populacionais; implementação de medidas preventivas; impacto de programas de intervenção e controle da doença, como a terapia antiretroviral, auxiliou nessa redução de casos e na sobrevida. Desse modo, evidências mostram que novos casos ocorrem na população de menor nível sócio-econômico, heterossexual, sendo que as mulheres têm sido desproporcionalmente afetadas, acarretando, por sua vez, um aumento dos casos em crianças, infectadas pela transmissão materno-infantil (TMI)^{22,23}.

As PVHA sofrem com o transcorrer da doença, que envolve medo, preconceito, abandono, culpa e exclusões, precisam a cada dia

encontrar estratégias para auxiliá-los, assim como suas famílias, nos processos de enfrentamento, aceitação e naturalização da doença. Os aspectos biológicos são importantes serem trabalhados pelos profissionais da saúde, entretanto é importante levar em conta aspectos psíquicos, emocionais e sociais que levam ao sofrimento²⁴.

A autonomia confere ao homem o poder decisório do seu destino e de sua realidade, antes de tudo, o homem precisa refletir sobre sua realidade, acessar o conhecimento, para que com consciência crítica escolha a realidade que lhe convém. A liberdade para escolhas, precede o crescimento interno das PVHA, construído nas inter-relações e nas decisões decorrentes na busca da qualidade de vida. É uma conquista do homem ao longo do seu amadurecimento, de modo que ele aprende a ser livre. Pode ser promovida por meio de reorganização institucional, utilizando novos métodos de gestão e controle para um efetivo atendimento às necessidades do cidadão. Não se impõem participação e autonomia ao homem, as virtudes afloram pelo desenvolvimento cultural e político da própria sociedade^{9,25}.

As relações com o tráfico de drogas e seu consumo no final da década de 80 até meados da década de 90, especialmente a cocaína, evidenciaram a exposição dos UDI ao HIV/AIDS na Região Sul, com epidemias pontuais em municípios da área costeira de Santa Catarina, como Florianópolis, e do Rio Grande do Sul, afetando diretamente mulheres parceiras desses usuários. O decréscimo do número de UDI notificados por AIDS pode estar relacionado à política de redução de danos, cuidados na utilização de drogas pelos UDI, utilização de outros tipos de drogas sem necessidade de injetar (crack, ecstasy, cristal, entre outras) e o esgotamento de suscetíveis a essa categoria de exposição^{3,22,26}.

O município de Florianópolis, área litorânea e turística, assim como outros centros urbanos com concentração e fluxo populacional, possibilita que as relações sociais, práticas individuais transformem-se em situações de vulnerabilidade em relação à intolerância sexual e violência que resultam em exposição a AIDS. Podemos inferir que à magnitude da categoria de exposição pode estar relacionada concomitantemente ao de UDI e relações de homossexuais e/ou bissexuais, sem os quais ela apresenta baixa capacidade para se expandir e induzir epidemias de grande magnitude, nesse caso especificamente a AIDS, que possui definida as categorias de exposição e a cadeia de transmissibilidade²⁷.

A prevalência da raça branca em nosso estudo, após a variável “ignorado”, pode estar relacionada à colonização européia,

especificamente a ascendência Açoriana. A variável “cor/raça” é complicada para análise epidemiológica, no banco de dados do PN-DST/AIDS deriva de classificação feita por profissionais de saúde a partir de denominadores do IBGE, que derivam de autoclassificação dos profissionais da saúde; outro complicador é a junção das categorias parda e preta na raça negra, fato que homogeneiza um conjunto com partes heterogêneas²⁸.

No Brasil a epidemia disseminou-se através de subtipos virais predominantes do continente norte-americano e europeu, que ocorreu a partir dos anos de 1980 e 1990 através da interação dos brasileiros de médio e alto padrão com europeus e norte americanos, com o desenrolar da epidemia brasileira teria dois caminhos a seguir: permanecer como uma epidemia pontual entre homossexuais ou atingir outros segmentos populacionais, com perfil de baixa escolaridade (referencial utilizado para definir a condição socioeconômica), mulheres, raça parda com diminuição de casos na raça branca e com baixa remuneração ou excluída do mercado de trabalho. Dados do PN-DST/AIDS revelam que entre 2000 a 2005 ocorreu um aumento (não linear) com tendência a estabilidade entre os negros, entre os pardos os números passou de 22,7% para 31,9%, entre os brancos os números demonstram queda de 63,2% para 55,2%. Essa situação brasileira pode vir a se refletir em Florianópolis devido ao processo de migração para o município, destacando a necessidade de investimento em estratégias de prevenção entre os pardos e fortalecimento dos bancos de dados como ferramenta na formulação das políticas públicas para AIDS^{28,29}.

Em Florianópolis grande parte das PVHA entre 1986 a 2006 residia em AIS, em 1997 eram 29 AIS (21.391 habitantes) e em 2007 eram 58 AIS (61.445 habitantes). A população concentrava-se na Região Continental (21 comunidades, 21.017 habitantes), Região do Morro da Cruz (18 comunidades, 25.940 habitantes), Região do Sul da Ilha (9 comunidades, 6.907 habitantes), Região do Saco Grande (4 comunidades, 5.100 habitantes), Região do Itacorubi (1 comunidade, 1.305 habitantes), Região Norte da Ilha (3 comunidades, 858 habitantes), Região do Pantanal (1 comunidade, 398 habitantes) e Região da Beira Mar (1 comunidade, 108 habitantes). Tendo como perfil serem adultos jovens vindo do interior do Estado, compondo famílias com 4,3 pessoas, com pouca ou nenhuma escolaridade (analfabeta (12%), ensino fundamental incompleto (48%). Geralmente com uma companheira e de um a dois filhos. Viviam como autônomos e ganhavam em média 2 salários mínimos por mês. Moravam na cidade entre 5 a 10 anos na cidade. A procedência das famílias geralmente é o

interior do estado (47%), vindos de outros estados apenas 10%. No Brasil a escolaridade é utilizada para medir a condição socioeconômica que caracteriza nosso país no período de 1986 a 2006 com distribuição de renda das mais desiguais do mundo^{30,31}.

A pauperização dos grupos afetados pela epidemia de HIV/AIDS aponta para a necessidade de implantação de medidas que promovam as pessoas da condição de desiguais, excluídas ou pobres para uma condição de não-pobres, e pleno exercício de seus direitos de cidadania. Reduzir a vulnerabilidade dos grupos de menor renda e poder significa reduzir a possibilidade de futuro diagnóstico positivo de HIV.

A compreensão da opressão não liberta os oprimidos, contudo este é o primeiro passo na luta pela transformação das situações concretas que se dá a opressão²⁵. Dessa maneira, o **opressor** é aquele que domina o outro, marginalizado da realidade pela classe de opressores que dominam o contexto social e político. Nega ao outro o direito da vida com libertação, o direito de nortear sua vida, da modificação do seu meio, a sua bagagem cultural, a cidadania, utilizando o cabresto da negação ao homem para mantê-lo condicionado a subjugo do opressor.

Em momentos específicos, pactua com os oprimidos, mas passando a situação que denominou a pactuação o conflito reascende e o opressor volta ao movimento de opressão. Paulo Freire denomina que o opressor visiona que ele não é se o outro não é, afirmando através da proibição de deixar o oprimido ser ele mesmo^{9,25}.

O **oprimido** não deve ser visto como objeto, nem como sujeito a ser libertado, devem ser visto como homem que necessita conhecer os trilhos da transformação para se libertarem, afirmada no anseio de liberdade, de justiça, de luta pela recuperação da sua humanidade roubada²⁵.

O oprimido homem que vive em sociedade e em uma realidade, tem seus direitos restritos pelo opressor que não o reconhece e o mantém alienado. É negado o direito a vida, a modificação da sua realidade a seu favor e aos quais convive com ele, não se reconhece como membro da sociedade, desconhece seu poder de transformação e de libertação. Ao reconhecer sua realidade, com acesso a conhecimento, realiza reflexão-ação-reflexão na sua realidade, transformando o seu meio na busca de melhor qualidade de vida.

Conclusão

Conhecer o perfil epidemiológico das PVHA em Florianópolis

representa reconhecer a base social da epidemia nas diferentes regiões dos municípios e a especificidade da população atingida.

Apesar das limitações do SINAN-AIDS quanto ao preenchimento dos dados e por se tratar de base secundária de dados, conseguimos visualizar que a AIDS atingiu inicialmente estratos sociais favorecidos e que com o desenrolar da epidemia migra para os estratos sociais desfavorecidos, heterossexuais, homens, com ensino fundamental incompleto, da raça branca e com idade entre 20 a 49 anos. Nossa análise apresenta ainda a vulnerabilidade do sexo feminino constatada na razão entre os sexos que vêm diminuindo no sexo masculino. Observamos diferenças nas duas décadas, sendo que homens se mantiveram com números elevados de casos e as mulheres passaram apresentar aumento no número de casos. A Vigilância Epidemiológica de Florianópolis constituiu, a partir de 2006, os seguintes serviços: 02 Serviços de Atendimento Especializado (Centro e Estreito), 02 Centros de Triagem e Aconselhamento (Centro e Estreito) e o Projeto de Redução de Danos visando evitar a transmissão do HIV entre os UDI. A distribuição dos anti-retrovirais no município é realizada na Farmácia Escola que atua em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina^{30,31}.

Evidenciamos os investimentos por parte da Vigilância Epidemiológica de Florianópolis na melhoria na qualidade das Fichas de Notificação e Investigação que refletiram na diminuição de “Ignorados” na década 1996 a 2006 e na descentralização do atendimento a população.

Enfocamos ainda a importância do papel das Equipes de Saúde da Família na avaliação, em conjunto com a Vigilância Epidemiológica, da dinâmica da epidemia nas AIS e nos grupos socioeconômicos expostos, visando fornecer ações preventivas, assistenciais e de tratamento aos cidadãos. Os profissionais de saúde assumem a postura de autoridade cultural profissional, pois a AIDS atinge AIS, entendida muitas vezes como lugar carente de saber, dinheiro, limpeza, auto estima, entre outros itens. No entanto, a Enfermagem como arte e ciência se apropria a cada dia de conhecimento e prática nos diferentes contextos históricos e políticos para a construção das competências na realização de seu trabalho, reduzindo essas diferenças^{31,32,33}.

Quando indivíduos pactuam mesmas escolhas constitui-se um grupo ou sociedade, as regras indicam o caminho, mas muitas são as combinações engendradas, possibilitando atualizações, expressão e reação em situações concretas, são infinitas³⁴.

Referências

1. Sani MU, Mohammed AZ, Adamu B, Yusuf SM, Samaila AA, Borodo MM. AIDS Mortality in a tertiary health institution: a four-year review. *Journal of the National Medical Association* 2006; 98(6): 862-6.
2. Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Souza-Júnior PRB, Lemos KRV, Frias PG, Luhm KHR, Moreira M, Esteves MAP. HIV Testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. *BJID* 2008; 12 (3): 167-72.
3. Barbosa JR A, Szwarcwald LC, Pascom PAR, Souza Junior PB. Tendências da epidemia de aids entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(4): 727-37.
4. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico 2009. 2009. <http://www.aids.gov.br> (acessado em Mar/2010).
5. Secretaria de Estado da Saúde (SC). Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Evolução da epidemia de aids em Santa Catarina. 2008. <http://www.dive.sc.gov.br> (acessado em Abr/2010).
6. Secretaria de Estado da Saúde (SC). Diretoria de Vigilância Epidemiológica. No dia mundial de luta contra a aids, se abre semana de combate à doença. 2010. <http://portalses.saude.gov.br> (acessado em Dez/2010).
7. Secretaria de Estado da Saúde (SC). Diretoria de Vigilância Epidemiológica. A epidemia de aids em Santa Catarina: tendências e desafios. 2009. <http://www.dive.sc.gov.br> (acessado em Dez/2009).
8. Koller EMP. Da vulnerabilidade ao protagonismo: profissionais do sexo e caminhoneiros frente à AIDS. [tese de Doutorado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina; 2007. 202 p.
9. Freire Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
10. Prefeitura Municipal de Saúde (Florianópolis). Prêmio Brasil Sorridente. “Cuide do seu Sorriso”. 2010. <http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc> (acessado em Nov/2010).
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Dados do censo 2010 publicados no diário oficial da união do dia 04/11./2010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados.../index> (acessado em Nov/2010).

12. Panatto AA. região central de florianópolis, um abrigo especializado na vida cotidiana: formação histórica, delimitações e problemática nela existente. 2005, 8p. <http://www.arq.ufsc.br>(acessado em Mai/2010).
13. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Plano municipal de saúde. gestão 2002 a 2005. 2002. <http://www.pmf.sc.gov.br> (acessado em Jan/2010).
14. Fonseca MGP, Lucena FFA, Sousa A, Bastos FI. Aids mortality, “race or color”, and social inequality in a context of universal access to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Brazil, 1999-2004. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(3): 445-55.
15. Fonseca MGP, Bastos FI. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(suppl.3):333-43.
16. Secretaria de Estado da Saúde (SC). Diretoria de Vigilância Epidemiológica. A epidemia de Aids em Santa Catarina: tendências e desafios. 2009. <http://www.dive.sc.gov.br> (acessado em Jan/2010).
17. Schuelter-Trevisol F, Silva MV, Oliveira CM e Rodrigues R. Hiv genotyping among female sex workers in the State of Santa Catarina. *Rev. Soc. Bras. Med Trop.* 2007; 40(3): 259-63.
18. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Vilella WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o Hiv entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(suppl.2): 321-33.
19. Hacker MA, Kaida A, Hogg RS, Bastos FI. The first ten years: achievements and challenges of the Brazilian program of universal access to HIV/AIDS comprehensive management and care, 1996-2006. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(3): 345-59.
20. Giacomozzi AI. Atitudes e conhecimento sobre HIV/AIDS de jovens brasileiros e franceses. *Revista de Psicologia* 2009; 21(1): 87-88.
21. Barbosa RM, Fachini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(suppl.2):291-300.
22. Hacker MA, Leite IC, Renton A, Guillen TT, Gracie R, Bastos FI. Reconstructing the AIDS epidemic among injection drug users in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 751-60.
23. Fonseca MGP. Dinâmica temporal da epidemia de Aids no Brasil segundo condição socioeconômica, no período 1986-1998. (tese de doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. p.125.

24. Botti ML, Waidman MAP, Marcon SS, Scochi MJ. Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de hiv/aids: um estudo bibliográfico. *Rev. Esc. Enferm USP* 2009; 43(1): 79-86.
25. Gadotti M, Freire P, Guimarães, S. *Pedagogia: Diálogo e Conflito*. 4º ed. São Paulo: Cortez Editora; 1995.
26. Caiaffa WT, Bastos FI, Freitas LL, Mingoti SA, Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, Gandolfi D, Doneda D, Projeto AJUDE-Brasil I, Projeto AJUDE-Brasil II 2006. The contribution of two Brazilian multi-center studies to the assessment of HIV and HCV infection and prevention strategies among injecting drug users: the AJUDE-Brasil I and II Projects. *Cad Saude Publica* 2006; 22: 771-782.
27. Granjeiro A, Escuder MML e Castilho EA. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006. *Rev. Saúde Pública* 2010; 44(3): 430-41.
28. Fry PH, Monteiro S, Maio MS, Bastos FI, Santos RV. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(3): 497-507.
29. Fry PH, Monteiro S, Maio MS, Bastos FI, Santos RV. Os autores respondem. *Cad. Saúde Pública* 2007a; 23(3): 521-23.
30. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria da Habitação Trabalho e Desenvolvimento Social. Diagnóstico das áreas de interesse social. 2006. <http://www.portal.pmf.sc.gov.br> (acessado em Ago/2010).
31. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
32. Secretaria de Estado da Saúde (SC). Diretoria de Vigilância Epidemiológica. A epidemia de AIDS em Santa Catarina. 2008. <http://www.dive.sc.gov.br> (acessado em Abr/2010).
33. Costa R, Padilha MI, Vieira Mariana, Maliska IA, Bastiani J. La contribución de la Enfermería brasileña para la producción de conocimiento sobre el SIDA. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2009; 18(1): 70-4.
34. Boelhs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidmann IBS e Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto & Contexto – Enfermagem* 2007; 16(2): 307-14.

7.2 ARTIGO 2 - ÓBITOS EM PVHA EM FLORIANÓPOLIS/SC, BRASIL. (1986 – 2006)

Título corrido:

Óbitos em PVHA em Florianópolis/SC, Brasil. (1986 – 2006)

Autores: Janelice Bastiani
Maria Itayra Padilha

Endereço para correspondência:

Janelice de Azevedo Neves Bastiani
Rua Adhemar da Silva, 1158, fundos
Kobrasol, São José/SC
CEP 88101090
E-mail: bastiani@ibest.com.br
Fone: (48) 99030224

¹. Enfermeira. Especialista em Metodologia de Ensino para Profissionalização da Enfermagem pela UFSC/SC. Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde pela Fiocruz/UNISUL. Enfermeira da Atenção em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC. Professora Ingressante da Universidade do Vale do Itajaí/UNIVALI. Membro do GEHCES.

². Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-Doutora pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing at University of Toronto/Canada. Coordenadora do GEHCES. Pesquisadora do CNPq.

TÍTULO

Óbitos em PVHA em Florianópolis/SC, Brasil. (1986 – 2006)

RESUMO

O objetivo é descrever a mortalidade em pessoas que vivem com HIV/AIDS adultas, em Florianópolis entre 1986 - 2006. Estudo descritivo, retrospectivo, sobre a mortalidade por Aids, levantados no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN-AIDS) e demográficos do Departamento de Informação do SUS. Variáveis coletadas: sexo, idade, raça, categoria de exposição, escolaridade, distrito sanitário e população. Foram 1285 óbitos, 954 homens e 331 mulheres. O perfil dos óbitos, adultos com idade entre 20 – 49 anos, raça ignorada, escolaridade 3 – 7 anos e categoria de exposição drogas e/ou heterossexual. A descentralização dos serviços de atendimento a Aids no município melhorou o diagnóstico, tratamento e o acompanhamento da doença. A gestão participativa entre as Equipes de Saúde da Família e os Distritos Sanitários, consolidou o planejamento das ações para redução dos óbitos em Florianópolis.

Descritores

Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Mortalidade, Aids, Perfil Epidemiológico.

TITLE

Deaths in PLHA in Florianopolis/SC, Brazil. (1986-2006)

ABSTRACT

The objective is to describe mortality in people living with HIV / AIDS adult in Florianopolis from 1986 to 2006. Descriptive, retrospective study on AIDS mortality, raised in the National Information System for Notifiable Diseases (SINAN-AIDS) and demographic information from the Department of SUS. Variables collected: sex, age, race, exposure category, education, and health district population. There were 1285 deaths, 954 men and 331 women. The profile of deaths in adults aged 20 to 49 years, unknown race, education 3-7 years and exposure category drugs and / or heterosexual. The decentralization of AIDS care in the city improved the diagnosis, treatment and monitoring of disease. Participatory management of the Family Health Teams and the Health Districts, consolidated the planning of actions to reduce deaths in Florianopolis.

Descriptors

Acquired Immunodeficiency Syndrome, Mortality, AIDS Epidemiological Profile

INTRODUÇÃO

Em vinte cinco anos de epidemia, a Aids tornou-se uma doença cruel para toda a humanidade. Pesquisadores acreditam que o vírus HIV iniciou sua disseminação para fora da África afetando homens, mulheres e crianças na década de 1970, mais precisamente em 1971. A doença afeta os adultos jovens em idade produtiva comprometendo todos os setores da sociedade, causando devastação social e econômica, seja na força de trabalho como no elevado número de órfãos de pais e mães mortos pela doença em todo mundo^{1,2}.

A previsão é que em 2010, o mundo tenha 6,7 milhões de pessoas em tratamento, 70 milhões de gestantes protegidas e realizando tratamento anti-retroviral para proteção de seus bebês, 20 milhões de homossexuais (HSH), 7 milhões de profissionais do sexo, 10 milhões de usuários de drogas injetáveis (UDI) recebendo atendimento nos serviços de prevenção a Aids e 7 milhões de órfãos sendo apoiados. A previsão, para os dois anos seguintes é de 2,6 milhões de novos casos de Aids e 1,3 milhões de mortes evitadas por doenças oportunistas, reduzindo em até 50% a incidência da doença^{3,4}.

No Brasil, a doença percorreu o mesmo desenho como em todos os países do mundo, entretanto, vários pesquisadores têm estudado tendências e determinantes deste comportamento, definindo a epidemia nos municípios do país e auxiliando na organização das políticas públicas do Programa Nacional em DST/ Aids para redução da morbimortalidade^{5,6}.

O país apresentou 592.914 casos de Aids, registrados desde 1980 e atualizados até junho de 2010, concentrados em ordem crescente de casos por região: Região Sudeste 323.069 casos, Região Sul 104.671; Região Nordeste 64.706; Região Centro-Oeste 31.011 e a Região Norte com 21.389 casos. Os óbitos por Aids no período de 1980 a 2008, 217.091 óbitos por Aids, distribuídos na Região Sudeste (66%), Região Sul (16,2%), Região Nordeste (10,1%), Região Centro-Oeste (4,7%) e Região Norte (3%)⁷.

Desde 1998 o coeficiente de mortalidade tem-se mantido estável, em torno de 6 óbitos por 100.000 habitantes, com queda na Região

Sudeste, estabilização no Centro-Oeste e Sul. Norte e Nordeste registram queda no número de óbitos⁸.

O Estado de Santa Catarina desde o início da epidemia expressou nacionalmente a magnitude da doença, grande parte dos municípios já apresentou pelo menos um caso de Aids. A área litorânea do Estado foi responsável pela morbimortalidade por Aids nas primeiras décadas, representadas pelos municípios de Itajaí, Balneário Camboriú e Florianópolis.

Este estudo tem como objetivo descrever a mortalidade em pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA), identificando aspectos relevantes da doença no município de Florianópolis/SC no período de 1986 - 2006.

MÉTODOS

Estudo descritivo, retrospectivo, realizado no município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, possui em 2010, 404.224 habitantes. O aglomerado que forma a Grande Florianópolis (Florianópolis, Biguaçu, Palhoça e São José) conta com 800.467 habitantes, distribuídos em 436,5 km²^{8,9}.

Para descrever o perfil da mortalidade 1285 óbitos em PVHA adultas notificadas entre 1986 – 2006 e que foram a óbito até abril de 2010, constados no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN-Aids), designado *N*. Foram disponibilizados pelo Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis; e os dados demográfico no site do Departamento de Informação do SUS (DATASUS), disponibilizados no site do Ministério da Saúde em março de 2010.

O critério de definição para caso de Aids, inclui a Declaração de Óbito (DO) como fonte de notificação (suspeito ou confirmado) da doença, portanto todos os óbitos com causa básica/primária ou causa contribuintes/secundária de Aids foram investigados e constam do SINAN-Aids.

As variáveis de estudo coletadas no SINAN-Aids foram: sexo, idade, raça, categoria de exposição, escolaridade e bairro de residência/regional de saúde. No DATASUS os dados coletados foram à população de homens e mulheres por idade residentes em Florianópolis no período de 1986 a 2006.

Utilizamos o programa Epi Info 3.5.1 para estruturar o banco de dados e proceder às análises do teste Qui-quadrado (X^2) a um nível de significância 5% ($p \leq 0,05$). Analisamos os números absolutos e

freqüências relativas das variáveis de estudo, após foram calculados os Coeficientes de Mortalidade e Taxa de letalidade.

CUIDADOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC em 05 de novembro de 2009, processo 331, FR 290589.

RESULTADOS

Nos dados SINAN- Aids, foram notificados 3209 casos de Aids em adultos em Florianópolis, na faixa etária entre 13 e 80 anos e mais. Os óbitos ocorridos no período de 1987 a janeiro/2010, totalizaram 1285, sendo desse total 954 (74,21%) homens e 331 (25,75%) mulheres. Ressaltamos que os óbitos coletados referem-se as PVHA notificadas entre 1986 a 2006.

A razão entre os sexos masculino/feminino (M/F) foi de 3:1.

Apresentamos os óbitos por sexo e faixas etárias; sexo e escolaridade. As situações mais vulneráveis, no sexo masculino para óbitos, encontram nas faixas etárias entre 30 – 39 anos, 20 – 29 anos e 40 – 49 anos, respectivamente; no sexo feminino as faixas etárias em vulnerabilidade foram respectivamente 30 – 39 anos, 20 a 29 anos e 40 a 49 anos com 54 óbitos (16,3%) (Tabela 1).

Destacamos que os adultos (20 – 49 anos) foram os que prevalecem nos percentuais de óbitos, já que 90% dos óbitos encontramos nessas faixas etárias, óbito e faixa etária não apresentaram resultado estatisticamente significante.

Encontramos diferenças significativas entre sexo e escolaridade; a maioria dos óbitos em ambos os sexos possuíam o ensino fundamental completo/incompleto (65,0% entre os homens e 64,6% entre as mulheres); no sexo masculino a escolaridade dos óbitos, sequencialmente encontravam-se entre 4 a 7 anos, 1 a 3 anos e 8 a 11 anos; no sexo feminino a escolaridade em ordem crescente que predominou foi respectivamente 4 a 7 anos, 8 a 11 anos 1 a 3 anos (Tabela 1).

Apesar da inversão de número de anos de estudo entre homens e mulheres, a escolaridade não é uma variável estatisticamente significante.

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos em PVHA, segundo sexo e faixa etária; sexo e escolaridade no município de Florianópolis-SC. Brasil, 1986 – 2006.

Varáveis	N	%	N	%	χ^2	P
Faixa Etária					11,48	0,11
< 20	16	1,7%	15	4,5%		
20 – 29	276	29,0%	105	31,7%		
30 – 39	408	42,8%	128	38,7%		
40 – 49	173	18,1%	54	16,3%		
50 – 59	55	5,8%	18	5,4%		
60 – 69	20	2,0%	8	2,4%		
70 – 79	5	0,5%	3	1,0%		
80 e +	1	0,1%	0	0%		
Total	954	100%	331	100%		
Escolaridade					4,79	0,57
Nenhuma	47	5,0%	19	5,8%		
1 a 3 anos	200	21,0%	67	20,2%		
4 a 7 anos	420	44,0%	147	44,4%		
8 a 11 anos	173	18,1%	67	20,2%		
12 a + anos	82	8,6%	18	5,4%		
Ignorado	32	3,3%	13	4,0%		
Total	954	100%	331	100%		

Fonte: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN- Aids)/Ministério da Saúde. Março/2010.

Quanto à mortalidade por Aids e as variáveis sexo e raça (Tabela 2). A cor da pele reflete a concentração dos óbitos nos sexos masculino e feminino na categoria ignorada (63,4% e 59,5%), seguida pela raça branca, preta e parda. Estatisticamente não encontramos valor significativo entre sexo e raça, entretanto destacamos que na investigação dos casos a variável raça não é preenchida adequadamente tornando inviável a análise de influência no desfecho óbito por Aids em Florianópolis e cor da pele.

Em relação a sexo e categoria de exposição (Tabela 2); no sexo masculino a maior prevalência foi UDI, Heterossexual/UDI, Heterossexual e Homossexual, totalizando 77,9%; enquanto no sexo feminino a categoria de exposição Heterossexual, seguida pelas categorias Heterossexual/UDI e UDI, 84,3% de prevalência entre as mulheres, visualizadas na Tabela 2. Encontramos, portanto, significância estatística entre óbito por Aids e categoria de exposição.

Tabela 2 – Distribuição em PVHA, segundo sexo e raça; sexo e categoria de exposição no município de Florianópolis-SC. Brasil, 1986 – 2006.

Sexo	Masculino		Feminino		χ^2	P
	N	%	N	%		
Raça					6,09	0,19
Branca	290	30,4%	99	30,0%		
Preta	46	4,9%	29	8,7%		
Parda	12	1,2%	6	1,8%		
Amarela	1	0,1%	0	0%		
Indígena	0	0%	0	0%		
Ignorado	605	63,4%	197	59,5%		
*Categoria de Exposição					229,64	0,00
Ac. Material biológico	1	0,1%	0	0%		
Bi/UDI	23	2,4%	0	0%		
Bissexual	45	4,7%	0	0%		
UDI	237	24,9%	37	11,2%		
UDI/hemofílico	1	0,1%	0	0		
Hetero c/ parceiro de risco	44	4,6%	34	10,3%		
Heterol/UDI	221	23,2%	63	19,0%		
Hetero/hemofílico	1	0,1%	0	0%		
Heterossexual	172	18,0%	179	54,1%		
Homo/UDI	35	3,7%	0	0%		
Homossexual	113	11,8%	0	0%		
Ignorado	61	6,4%	18	5,4%		

Fonte: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN- Aids)/Ministério da Saúde. Março/2010.

Legenda: Hetero: Heterossexual, HSH: Homossexual, Bi: Bissexual, UDI: Usuário de Drogas Injetáveis.

Os dados apresentados na Tabela 3 mostram a dinâmica do Coeficiente de Mortalidade em PVHA por 10.000 habitantes em relação ao sexo em Florianópolis no período de 1986 a 2006, concentraram-se entre homens e mulheres nos anos de 1994 a 1996 com maior valores. Os dados relatam à alta da mortalidade na década de 90, com decréscimo de óbitos após esse período, consequentemente aumento na sobrevida das PVHA.

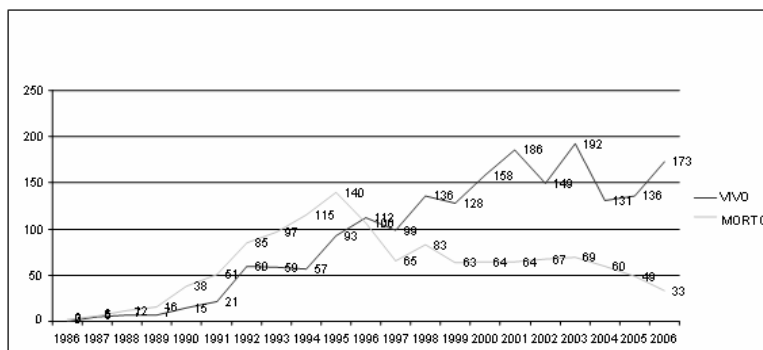
Tabela 3 – Coeficiente de Mortalidade por Aids, por 10.000 mil habitantes, segundo sexo no município de Florianópolis-SC. Brasil, 1986 – 2006.

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Masculino	0,10	0,76	0,99	2,29	1,75	3,33	4,93	7,74	7,08	7,26
Feminino	0,11	1,14	0,00	0,1	0,63	1,13	1,71	2,09	2,45	2,37
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Masculino	5,60	4,92	4,65	4,35	4,46	4,74	4,41	4,31	4,52	4,14
Feminino	1,50	1,01	1,09	1,10	1,63	1,45	1,76	0,92	1,89	1,29

Fonte: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN- Aids)/ e Departamento de Informação do SUS/Ministério da Saúde. Março/2010.

Em relação aos casos novos e óbitos, no gráfico 1, podemos visualizar a queda dos óbitos a partir do ano de 1996, com aumento na sobrevida das PVHA. As Taxas de Letalidade foram respectivamente, em 1996, ano da introdução do uso dos anti-retrovirais no tratamento da Aids, 51,37% e em 2006, ano que a terapia dos anti-retrovirais completa dez anos de estratégia de tratamento 16,01%.

Gráfico 1 – Série histórica das PVHA, segundo Ano de Diagnóstico, Ano de Óbito e Situação (vivo ou morto) no município de Florianópolis-SC. Brasil, 1986-2006.



Fonte: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN- Aids)/Ministério da Saúde. Março/2010.

Em relação à distribuição dos óbitos por Aids nas Regionais de Saúde, verificamos que os números de óbitos são mais elevados nas Regionais de Saúde Continente e Centro, totalizando 57,10% dos óbitos entre as PVHA notificados entre 1986 a 2006.

Os números elevados de óbitos registrados nas Regionais de Saúde Continente e Centro refletem as características de território, a primeira regional de saúde fica na área de risco social (região continental), concentrando áreas de interesse social quanto a vulnerabilidade, a segunda regional de saúde está localizada na área central da cidade com camadas sociais favorecidas, boas condições sócio econômica e acesso a bens de consumo e saúde.

DISCUSSÃO

No Estado de Santa Catarina foram notificados 21.546 casos de Aids no período de 1984 – 2008, sendo 20.652 em adultos (13.072 masculinos e 7.580 femininos) ¹¹. O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde nas décadas de 80 e 90 informou que dos 15 municípios com maior número de notificações no Estado, 51,1% dos casos de Aids referem-se aos municípios de Florianópolis, Joinville e Itajaí⁷.

O número de 3209 notificações por Aids no período de 1986 – 2006 em Florianópolis caracterizou o predomínio da epidemia na área litorânea, expressada pelo primeiro caso notificado no ano de 1986 (sexo masculino) e o primeiro óbito em 1987 (sexo masculino).

Estudos constataram que na década de 80 os casos de Aids restringiram os homens e mulheres parceiras de UDI, de hemofílicos, homens bissexuais ou mulheres profissionais do sexo. O número de óbitos foi expressivo no sexo masculino desde o início da epidemia no município, estudos realizados entre 1984 – 2005 constatou que a população que procurou os CTAs apresentava idade entre 20 a 29 anos (45% mulheres e 40% homens), depois a faixa etária de 30 a 39 anos (23% em ambos os sexos)^{11,12}.

Constatamos que as faixas etárias com concentração de óbitos no município, estão entre as que procuraram os CTAs na busca do exame HIV. Esses resultados destacam que a faixa etária é da população socioeconômica e reprodutiva ativa, com forte fator de risco para contaminação pelo vírus e desenvolvimento da Aids. Apesar do avanço no diagnóstico e tratamento da doença, persiste a necessidade de investimento nas ações de prevenção e promoção da saúde em geral,

sejam através do acompanhamento pelas Equipes da Saúde da Família como na implementação da Política de Saúde ao Homem e a Mulher^{13,14}.

Na análise dos óbitos, as PVHA de ambos os sexos, tinham escolaridade entre 1 a 7 anos (ensino fundamental incompleto). Enquanto no sexo masculino o declínio da escolaridade aumenta o número de óbitos, no sexo feminino o aumento da escolaridade aumenta o número de óbitos. Esses números expressa a tendência do sexo masculino com menor escolaridade em não utilizar medidas de proteção nas relações sexuais heterossexuais/bissexuais e na utilização das drogas injetáveis, utilizando indiscriminadamente o compartilhamento de seringas, sem refletir nos riscos para sua saúde e de seus (as) parceiros (as)⁵.

No sexo feminino ocorre o contrário, com o aumento da escolaridade, aumenta o número de óbitos, muitas mulheres descobrem serem PVHA na procura dos CTAs para realizar os exames no cuidado á saúde durante o pré natal ou após o óbito do parceiro sexual. Apesar do conhecimento dos fatores de proteção contra as DST/Aids dispensam a proteção nas relações sexuais confiando no parceiro, seja por solicitação deste para não utilizar preservativo ou por não acreditarem em se infectar pelo HIV pelo seu parceiro. Essa situação implica na responsabilidade dos profissionais de saúde na abordagem integral na mudança de comportamento a esse segmento populacional que ao longo dos anos expressa a magnitude da epidemia¹⁵.

Quanto à categoria de exposição, informações processadas no SINAN-Aids período de 1984 – 2007 em Santa Catarina, até o ano de 1995 a predominância eram os UDI (4.925) a partir desse ano a categoria de exposição predominante foi a Heterossexual (11.578) na transmissão do HIV¹⁶.

Nas categorias de exposição nos óbitos em Florianópolis, prevaleceram no sexo masculino os UDI, Heterossexual/UDI e Heterossexual. A não prevalência dos Homossexuais pode estar relacionada ao fato de que no início da epidemia esse segmento populacional foi considerado grupo de risco para a Aids, e posteriormente, devido as informações sobre os cuidados preventivos, passou a prática do sexo seguro com preservativo. Situação inversa ocorreu entre as mulheres onde as categorias de exposição predominantes foram Heterossexual, Heterossexual/UDI e UDI; na sua maioria contaminada por parceiros infectados pelo HIV.

Esses fatores expressam o processo de heterossexualização, da feminização, da interiorização e da pauperização da doença no século

XXI. As relações com o tráfico de drogas e seu consumo, especialmente a cocaína até os anos 90, evidenciam a exposição dos UDI a Aids na Região Sul, com epidemias pontuais em municípios da área costeira de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul^{13,15,17}.

As mulheres foram expostas, desde o início da epidemia, a situações de risco que favoreceram a infectabilidade. A doença insidiosa e assintomática por vários anos, a dependência econômica do parceiro sexual, empregabilidade informal e/ou de baixa remuneração, padrões culturais, sociais e religiosos, violência sexual e doméstica e inexistência e/ou ineficiência de políticas públicas a mulher em seu ciclo vital, contribuiu para a exposição e vulnerabilidade a Aids. Mulheres na faixa etária entre 30 – 39 anos (47,5%) relatam em estudo que não utilizam preservativo e acima de 40 anos (64,3%) nunca usou preservativo nas relações sexuais demonstrando total exposição ao vírus HIV^{13,20}.

O diagnóstico tardio, a resistência dos pacientes aos anti-retrovirais, falhas no atendimento, dificuldades de adesão além do tratamento inadequado de co-infecções como hepatite e tuberculose contribuem para o aumento da letalidade entre as PVHA. Em relação à queda da mortalidade a partir de 1996 está relacionada à introdução do tratamento com os anti retrovirais, promovendo a sobrevida de 10 a 15 anos com qualidade de vida aos PVHA, apesar da doença não ter cura. O tratamento precoce com acesso a serviços de saúde e aos recursos de prevenção contribuem para a diminuição dos óbitos^{13,21}.

A estabilização e/ou diminuição do número de óbitos estão relacionados a redução da incidência de casos em UDI principalmente na Região Sul e Região Sudeste onde a epidemia é mais antiga e possui um controle maior da entrada e consumo das drogas, além da modificação do padrão de drogas consumidas via injetável para via oral e inalada (ecstasy, crack, cristal, entre outras), a redução dos casos entre homossexuais/bissexuais e UDI concentra especialmente, nos municípios a redução global da epidemia, entretanto chamamos atenção para a via de transmissão vertical onde a mãe infectada contamina seu concepto por não aderência ao pré natal e/ou não aderência ao tratamento pós diagnóstico do HIV no período gestacional⁵.

Florianópolis sofreu transformações, muitas advindas dos sucessivos aterros de suas baías na década de 70, desativação do porto, valorização do transporte rodoviário, a descaracterização da pesca artesanal, a implantação da Universidade Federal de Santa Catarina, em 1960; e a inauguração da BR-101, na década de 1970, colocando Florianópolis como grande pólo turístico e de qualidade de vida. Esses

fatos podem explicar o número expressivo de óbitos na raça branca no município, pela colonização Açoriana e pelo processo de migração da população dos estados vizinhos e da Região Sudeste^{9,16}.

A composição racial da Região Sul é da raça branca 78,65%, parda 16,98% e preta 3,50%, diferente das demais regiões e especialmente das Regiões Norte e Nordeste onde a raça parda é prevalente. O Estado de Santa Catarina apresenta a raça branca com 86,96%, parda 9,98% e preta 2,63%. Estas informações são obtidas na autodeclaração dos entrevistados, e as respostas estão relacionadas ao aspecto cultural de se sentir pertencente a uma etnia e a relação raça e status social, negros se declaram pardos e os pardos se declaram brancos²².

A definição da raça é uma lacuna na coleta de dados, como reflete nosso estudo, mas ainda é vista como indicador socioeconômico, assim como tempo de escolaridade. Essa visão leva muitas vezes a estratificação das PVHA em negros, pardos e economicamente despossuídos. Historicamente essa situação leva nossa sociedade ser uma das mais desiguais social e economicamente entre as raças, dificultando em algumas partes do Brasil, o acesso igual ao atendimento e tratamento as PVHA e as diferenças no número de óbitos entre as raças²³.

Na curva entre ano de diagnóstico e ano de óbito observamos uma aproximação dos dados até o ano de 1995, mas a partir de 1996 ocorre dissociação dos valores, diminuição no número de óbitos e aumento no número de diagnóstico por Aids vivos, esse fato ocorreu tanto para ambos os sexos conforme os Coeficientes de Mortalidade e Taxa de Letalidade.

No que se refere a Regional de Saúde a concentração do número de óbitos na região continental (Regional de Saúde/Distrito Sanitário Continente) ocorre num contexto de diferenças sociais, com bolsões de pobreza, concentração de excluídos socialmente, concentração populacional que em contrapartida desprovidos de acesso aos recursos sociais e de saúde na década de 80. Na região central do município (Regional de Saúde/Distrito Sanitário Centro) concentra a população com condições econômicas favoráveis, com acesso a serviços de saúde através de planos de saúde e/ou particular e maior concentração econômica. Esses contrapontos da população exposta na década de 80 e início da década de 90 é característica da morbimortalidade da Aids. As políticas públicas investiram para produzir acessibilidade à população em geral, na área social, saúde e educação^{5,15,20}.

A Vigilância Epidemiológica de Florianópolis possui atualmente

os seguintes serviços para atender as PVHA: 02 Serviços de Atendimento Especializados (SAE) localizados no centro e continente, 02 Centro de Atendimento e Aconselhamento (CTA) no centro e continente e o Projeto de Redução de Danos (PRD) visando evitar a transmissão do HIV entre os usuários de drogas injetáveis. A distribuição dos anti-retrovirais no município é realizada na Farmácia Escola que atua em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina^{23,24}.

O SAE de Florianópolis foi descentralizado a partir do ano de 2006, permanecendo um núcleo em atividade conjunta com um CTA na Policlínica do Centro e outro núcleo na Policlínica do Estreito com o CTA funcionando no antigo espaço do Laboratório Municipal anexo ao Centro de Saúde Estreito. Esse desmembramento ocorreu pela característica geográfica do município, parte na ilha e parte na área continental. Numa segunda fase, está prevista a descentralização do atendimento das pessoas que vivem com HIV/Aids nos Centros de Saúde (porta de entrada), o SAE responsável no atendimento de intercorrências e a entrega dos anti-retrovirais nas policlínicas das Regionais de saúde/Distrito Sanitário da área de residência.

CONCLUSÃO

Concluimos que o perfil dos óbitos em decorrência da Aids entre 1986 a 2006 em Florianópolis, apontou a prevalência no sexo masculino, na faixa etária de 20 – 49 anos, com raça ignorada, escolaridade entre 1a 7 anos, categorias de exposição por UDI e/ou Heterossexualidade.

A descentralização dos serviços, como o CTAs e os SAEs, melhoraram a acessibilidade da população na identificação do diagnóstico, na aderência ao tratamento e no acompanhamento da doença.

O processo de gestão descentralizada contribuiu para a aproximação das Equipes de Saúde da Família (ESF) e as Regionais de Saúde/Distritos Sanitários, resultando em um planejamento ascendente e participativo, ampliando e fortalecendo as ações para redução dos óbitos por Aids em Florianópolis a partir da realidade territorial do município.

Os resultados apontam que mesmo com o declínio do número de óbitos por Aids o monitoramento e a educação em saúde para a população em geral ainda são as melhores estratégias para a redução da incidência e da mortalidade. O acesso aos anti-retrovirais, possibilitado através do Sistema Único de Saúde (SUS), deu início a queda dos óbitos

por Aids a partir de 1996 em Florianópolis.

Este trabalho destaca a necessidade de ampliação das ações de prevenção a partir da socialização e análise dos dados sobre a Aids pelas ESF, que contribuíram para a redução da morbimortalidade por Aids.

REFERÊNCIAS

1. Gallo RC. A reflection on HIV/AIDS research after 25 years. *Retrovirology* [on line]. 2006; 3(72): 1-7. Disponível em <http://www.retrovirology.com> (acessado em Abr 2009).
2. Ferreira MP e Grupo de Estudos em População, sexualidade e Aids. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42 (supl.1): 65-71.
3. UNAIDS. Unaid's annual report 2008: towards universal Access. 2009; 78p. Disponível em <http://www.unfpa.org> (acessado em Jun 2009).
4. UNAIDS. Aids epidemic update: special report on HIV/AIDS. 2006. Disponível em <http://data.unaids> (acessado em Jun 2009).
5. Granjeiro A, Escuder MML e Castilho EA. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(3):430-441.
6. Hacker MA, Kaida A, Hogg RS, Bastos FI. The first ten years: achievements and challenges of the Brazilian program of universal access to HIV/AIDS comprehensive management and care, 1996-2006. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(3): 345-59.
7. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico 2009. 2009. <http://www.aids.gov.br> (acessado em Dez 2009).
8. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico 2010 (preliminar). 2010. <http://www.aids.gov.br> (acessado em Dez 2009).
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11./2010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br> (acessado Nov/2010).
9. Panatto A. A região central de florianópolis, um abrigo especializado na vida cotidiana: formação histórica, delimitações e problemática nela existente. 2005; 8p. <http://www.arq.ufsc.br> (acessado em Dez 2009).
10. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES). Diretoria de Vigilância Epidemiológica. A epidemia de aids em santa catarina: tendências e desafios. 2009. <http://www.dive.sc.gov.br> (acessado em Mai 2009).
11. Schuelter-Trevisol F, Silva MV, Oliveira CM e Rodrigues R. Hiv genotyping among female sex workers in the state of santa catarina. *Rev Soc Bras Med. Trop.* 2007; 40(3): 259-63.

12. Pereira ECA, Schmitt ACB, Cardoso MRA e Aldrighi JM. Tendência da incidência e da mortalidade por aids em mulheres na transição menopausa e pós-menopausa no Brasil, 1996-2005. *Rev Assoc Med Bras.* 2008; 54(5): 422-25.
13. Barbosa Junior A, Szwacwald CL, Pascom ARP e Souza Junior PB. Tendências da epidemia de aids entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(4): 727-37.
14. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES). Evolução de Epidemia de Aids. 2006. <http://www.dive.sc.gov.br> (acessado em Fev 2010).
15. Farias N e Cesar CLG. Tendências da morbi-mortalidade por aids e condições socioeconômicas no Município de São Paulo, 1994 a 2001. *Rev bras epidemiol.* 2004; 7(4): 489-502.
16. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES). A epidemia de AIDS em Santa Catarina. 2008. <http://www.dive.sc.gov.br> (acessado em Abr 2010).
17. Hacker MA, Malta M, Enriquez M e Bastos FI. Human immunodeficiency virus, AIDS, and drug consumption in South America and the Caribbean: epidemiological evidence and initiatives to curb the epidemic. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 18(4-5): 303-13.
18. Brito AM, Castilho EA e Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo hiv no brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2001; 34(2): 207-17.
19. Fernandes AMS, Antonio DG, Bahamondes LG e Cupertino VC. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(1): 103-12.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo hiv. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2009. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em Jun 2010).
22. Fonseca MGP, Lucena FFA, Sousa A e Bastos FI. Aids mortality, “race or color”, and social inequality in a context of universal access to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Brazil, 1999-2004. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(3): 445-55.
23. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS). Informações sobre solicitação de teste hiv. 2006. Comunicação Interna nº 405 de 30 de março de 2006. Florianópolis: SMS.

24. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS). Vigilância em Saúde. Vigilância epidemiológica. 2008. Florianópolis: SMS. <http://www.portal.pmf.sc.gov.br> (acessado em Ago 2008).

7.3 ARTIGO 3 - PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM FLORIANÓPOLIS/SC, BRASIL: OCUPAÇÃO E STATUS SOCIOECONÔMICO OCUPACIONAL. (1986 – 2006)

Título corrido:

Pessoas que vivem com HIV/AIDS em Florianópolis/SC, Brasil: Ocupação e Status Socioeconômico Ocupacional. (1986 – 2006)

Autores: Janelice Bastiani
Maria Itayra Padilha

Endereço para correspondência:

Janelice de Azevedo Neves Bastiani
Rua Adhemar da Silva, 1158, fundos
Kobrasol, São José/SC
CEP 88101090
E-mail: bastiani@ibest.com.br
Fone: (48) 99030224

¹. Enfermeira. Especialista em Metodologia de Ensino para Profissionalização da Enfermagem pela UFSC/SC. Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde pela Fiocruz/UNISUL. Enfermeira da Atenção em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC. Professora Ingressante da Universidade do Vale do Itajaí/UNIVALI. Membro do GEHCES.

². Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-Doutora pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing at University of Toronto/Canada. Coordenadora do GEHCES. Pesquisadora do CNPq.

TÍTULO

Pessoas que vivem com HIV/AIDS em Florianópolis/SC, Brasil: Ocupação e Status Socioeconômico Ocupacional. (1986 – 2006)

RESUMO

O objetivo é analisar a distribuição dos casos de AIDS em Florianópolis/SC, entre 1986 a 2006. Estudo descritivo, exploratório, de 3209 casos de AIDS, com dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN/AIDS. Analisamos a ocupação no mercado de trabalho e sexo dos casos; condição socioeconômica dos casos com idade entre 20 a 49 anos, categoria de exposição e sexo. Entre 1986 a 1995, 59,92% das mulheres e 97,50% dos homens relatam trabalharem, entre 1996 a 2006, 55,91% das mulheres e 94,31% dos homens relatam trabalharem. Quanto ao status socioeconômico ocupacional nas duas décadas, as mulheres encontravam entre 4ª e 5ª, no sexo masculino entre 1ª e 5ª. No que se refere a Regional de Saúde de residência, ambos os sexos moravam nas Regionais de Saúde Centro ou Continente. A epidemia sinaliza para a dinâmica socioeconômica e geográfica para áreas de interesses sociais em Florianópolis.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Ocupação; Fatores socioeconômicos.

TITLE

People living with HIV / AIDS in Florianopolis, Brazil: Occupation and Socioeconomic Status Occupational (1986-2006)

ABSTRACT

The objective is to analyze the distribution of AIDS cases in Florianópolis / SC, from 1986 to 2006. This exploratory study of 3209 AIDS cases, with data collected in the Information System for Notifiable Diseases - SINAN / AIDS. We analyzed the occupation in the labor market and gender of the cases, socioeconomic status of cases aged 20 to 49 years of exposure category and sex. From 1986 to 1995, 59.92% women and 97.50% of men report work from 1996 to 2006, 55.91% women and 94.31% of men report to work. As for the occupational socioeconomic status in two decades, women were between 4th and 5th in males between 1st and 5th. With regard to regional health residence, both sexes living in the Regional Health Centre or the Continent. The epidemic indicates the dynamic

socioeconomic and geographic areas to corporate interests in Florianopolis.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Occupation Socioeconomic factors.

Introdução

Os primeiros casos de AIDS surgiram no mundo na década de 80, entre hemofílicos, homossexuais (HSH) e/ou usuários de drogas (UDI), com boas condições econômicas. Estavam condicionados na época, a serem considerados grupos de risco da epidemia, que se acreditava até então ser transmitida exclusivamente por via sexual. Ingenuamente o restante da sociedade corroborava com a premissa de estarem imunes a doença, incentivando o preconceito e o estigma as pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA). Entretanto, o que verificamos é que com o decorrer da epidemia, os grupos menos favorecidos socioeconomicamente, tornarem-se alvo da doença¹.

A epidemia no Brasil, entre 1986 a 2006, não fugiu ao panorama encontrado no mundo ocidental, com padrões diferenciados pelas regiões do país, enquanto nas Regiões Sul e Sudeste estabilizou o número de casos e na Região Centro-Oeste tendeu a estabilização, nas Regiões Norte e Nordeste ocorreu o aumento de doentes. O acesso a informações sobre medidas preventivas e o acesso a terapia anti-retroviral contribuíram para a diminuição da morbimortalidade por AIDS no panorama geral do país^{1,2}.

No Brasil, o nível de escolaridade e ocupação é utilizado para mensurar o nível socioeconômico da população, já que a renda muitas vezes é omitida pela população. Essas variáveis retratam a estratificação social: os indivíduos ocupam uma posição na hierarquia social de acordo com a sua ocupação, renda e nível educacional. As variáveis expressam que quanto melhor a escolaridade, a ocupação e a renda do indivíduo melhor o acesso, privilégio, prestígio aos bens de consumo, incluindo acesso a serviços de saúde⁴.

Os estratos sociais menos favorecidos sem acesso as medidas de prevenção e do processo de contaminação em decorrência, geralmente, pela exclusão social, expôs-se a AIDS a partir da metade da década de 90, principalmente entre os heterossexuais e UDI, evidenciando o processo de pauperização do HIV/AIDS.

Estudos realizado em populações socioeconomicamente

desfavorecidas no Rio de Janeiro, analisando perfil das ocupações laborais em casos de AIDS na cidade de São Paulo entre 1985 a 1990 e analisando escolaridade e casos de AIDS, identificaram aumento dos casos entre mulheres moradoras em áreas de interesse social e com baixa escolaridade em todas as regiões do Brasil^{2,4,5,6}.

Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, localizado na Região Sul, experenciou um boom econômico, turístico e cultural entre as décadas de 80 e 90, através da divulgação na mídia nacional sobre suas belezas naturais e a qualidade de vida da cidade, esse marketing ocasionou um processo migratório interno e externo. Pessoas oriundas de várias cidades do Estado e de outros Estados vieram em busca de emprego e de qualidade de vida. Entretanto, Áreas de Interesses Sociais (AIS) se aglutinaram em torno desse crescimento, trazendo pessoas sem qualificação profissional e com baixa/nenhuma escolaridade⁷.

O presente estudo tem o objetivo de analisar a distribuição PVHA adultas, notificadas no município de Florianópolis no período entre 1986 a 2006, em relação à categoria de ocupação e status socioeconômico ocupacional.

Metodologia

Os dados relativos as 3209 PVHA adultas notificadas no período entre 1986 a 2006 em Florianópolis, foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN/AIDS, no Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Florianópolis entre os meses de março e abril de 2010.

Na primeira parte do estudo, as ocupações das PVHA, foram estabelecidas conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e categorizadas a partir da proposta do estudo de Fonseca 2002⁸.

As PVHA foram agrupadas em dois grupos: “ocupados” e “não ocupados”, sendo considerados como “ocupados” aquelas com qualquer ocupação contida na “Relação de Códigos de Ocupação” definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1998. Para a categorização dos “ocupados”, utilizamos a classificação de ocupações composta originalmente por 16 categorias ocupacionais, definidas a partir da agregação dos códigos de ocupação do IBGE de 1998, sendo 9 do estrato “não-manual” e 7 do estrato “manual”; os sem ocupação foram categorizados em “não ocupados” com 4 estrato.

Incluímos na categoria profissional “Não-Manuais” os Autônomos e os Trabalhadores Sem Ocupação Definida; na categoria

ocupacional “Não Ocupado” incluímos os Presidiários, pois o município conta com uma unidade prisional de grande porte.

Cada variável denominada ocupação pelo SINAN/AIDS foi agregada, conforme a categoria ocupacional descrita, recebendo codificação de 1 a 20 e com variáveis coletadas no SINAN/AIDS (ano de diagnóstico, sexo e categoria de exposição) foi colocada em planilha do Programa Excel e analisadas com auxílio do programa Epi Info 3.5.1.

Na segunda parte do estudo, optamos por proceder, a avaliação do Status Socioeconômico Ocupacional (ESO) das PVHA com idade entre 20 a 49 anos, de ambos os sexos, no período 1986 a 2006. As categorias de exposição, aqui selecionadas foram: homossexual, bissexual (ambas exclusivas para o sexo masculino), heterossexual, UDI e ignorados².

As categorias ocupacionais foram codificadas de 1 a 5, conforme a ESO, procedemos a categorização por sexo, categoria de exposição, conforme indicadores de status socioeconômico ocupacional. Nessa etapa retiramos a categoria ocupacional “Não-Ocupados”, por não expressarem atividade laboral e remunerativa⁹.

Cuidados Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC em 05 de novembro de 2009, processo 331, FR 290589.

Resultados

Ocorreram no sexo masculino 2160 casos e no sexo feminino 1046 casos. A distribuição das Categorias Ocupacionais no sexo feminino e masculino, nas décadas de 1986 a 1995 e 1996 a 2006, podem ser visualizadas na Tabela 1.

No sexo feminino na Categoria de Ocupação “Não-Manual” na primeira década exerciam ocupações como Outros Profissionais Liberais e Empresárias por Conta Própria, totalizando 6,5%. Na segunda década com coeficiente total de 4,8%. Essa categoria de ocupação apresentou decréscimo percentual de 1,7%.

Na Categoria Ocupacional “Manual”, na primeira década (1986-1995), as mulheres trabalhavam como Trabalhadoras nos Serviços Pessoais e Trabalhadoras sem Classificação Definida com prevalência de 33,4%; na segunda década da epidemia (1996-2006) as mulheres exerciam ocupações como Trabalhadora nos Serviços Pessoais e Trabalhadoras nos Serviços Gerais com coeficiente total de 29,8%. Essa categoria ocupacional apresentou diminuição percentual de 3,6%.

Na Categoria Ocupacional “Não-Ocupado” encontramos na primeira década (1986 – 1995) a ocupação Afazeres Domésticos e Estudantes apresentando percentual total de 43,0%; na segunda década (1996 – 2006) verificamos as mesmas ocupações com maior percentual com prevalência de 42,1%. Apesar da redução percentual de 0,9%, o grupo apresenta vulnerabilidade.

Tabela 1 – Distribuição das PVHA, segundo inserção no mercado de trabalho, sexo feminino e ocupação no município de Florianópolis/SC. Brasil, 1986 a 2006

Categoria	1986 – 1995			1996 – 2006		
	N	%	% acumulado	N	%	% acumulado
Ignorado	2	0,7%	0,7%	37	4,8%	4,8%
Não Manual						
Proprietários Rurais	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
Profissionais liberais	3	1,1%	1,8%	2	0,3%	5,1%
Outros profissionais liberais	13	4,7%	6,5%	20	2,6%	7,7%
Empregados	0	0,0%	6,5%	0	0,0%	0,0%
Empresários por conta própria	5	1,8%	8,3%	17	2,2%	9,9%
Dirigentes	0	0,0%	8,3%	0	0,0%	9,9%
Ocupações técnicas e artísticas	1	0,4%	8,7%	5	0,6%	10,5%
Ocupações não manuais de rotina	3	1,1%	9,8%	5	0,7%	11,2%
Supervisores do trabalho manual	0	0,0%	9,8%	1	0,1%	11,3%
Manual						
Trabalhadoras rurais	0	0,0%	9,8%	0	0,0%	11,3%
Trabalhadoras da indústria moderna	2	0,7%	10,5%	0	0,0%	11,3%
Trabalhadoras da indústria tradicional	14	5,1%	15,6%	27	3,5%	14,8%
Trabalhadoras no comércio ambulante	1	0,4%	16,0%	7	0,9%	15,7%
Trabalhadoras nos serviços pessoais	77	27,7%	43,7%	134	17,4%	33,1%
Trabalhadoras nos serviços gerais	18	6,5%	50,2%	95	12,4%	45,5%
Trabalhadoras nos serviços domésticos	0	0,0%	50,4%	1	0,1%	45,6%
Autônomos	1	0,4%	50,6%	151,9	2,0%	47,6%
Trabalhadoras sem classificação definida	16	5,7%	56,3%	638,1	8,2%	55,8%
Não ocupados						
Desempregados	0	0,0%	56,3%	0	0,0%	55,8%
Estudantes	11	4,0%	60,3%	23	3,0%	58,8%
Afazeres domésticos	108	39,0%	99,3%	300	39,1%	97,9%
Aposentadas e ou pensionistas	2	0,7%	100%	13	1,7%	99,6%
Presidárias	0	0,0%	100%	3	0,4%	100%
Total	277	100%	100%	769	100%	100%

Fonte: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN- Aids)/Ministério da Saúde. Março/2010.

Na Tabela 2, no sexo masculino encontramos na primeira década (1986-1995), na Categoria Ocupacional “Não Manual” a prevalência de 14,2% das PVHA, atuando em ocupações como Outros Profissionais

Liberais e Empresários por Conta Própria; ocorreu a mesma situação na segunda década da epidemia (1996-2006) com prevalência total de 6,1%. Entre os homens, ocorreu redução percentual de 8,1%.

Na Categoria Ocupacional “Manual”, na primeira década (1986-1995), prevaleceu a ocupação de Trabalhadores nos Serviços Pessoais e Trabalhadores da Indústria Tradicional totalizando 54,7%%; na segunda década da epidemia (1996-2006) verificamos as mesmas ocupações totalizando 51,5%. O número de homens que ocupavam a categoria “Manual” teve incremento em todas as categorias de atuação, a manutenção das categorias com maior número das PVHA, com acréscimo em duas décadas de 3,2%.

Na Categoria Ocupacional “Não – Ocupado” na primeira década (1986-1995) a categoria Estudantes, Aposentados e/ou Pensionista e Presidiários totalizou 2,4%. Na segunda década (1996 a 2006) da epidemia o destaque é o percentual de Aposentados e/ou Pensionistas.

Tabela 2 – Distribuição das PVHA, segundo inserção no mercado de trabalho, sexo masculino e ocupação no município de Florianópolis/SC. Brasil, 1986 a 2006.

Categoria	1986 – 1995			1996 – 2006		
	N	%	% acumulado	N	%	% acumulado
Ignorado	14	1,7%	1,7%	57	4,3%	4,3%
Não manual						
Proprietários Rurais	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
Profissionais liberais	18	2,2%	3,9%	14	1,0%	5,3%
Outros profissionais liberais	83	10,1%	14,0%	57	4,3%	9,6%
Empregados	1	0,1%	14,1%	0	0,0%	9,6%
Empresários por conta própria	34	4,1%	18,2%	37	2,8%	12,4%
Din gentes	1	0,1%	18,3%	3	0,2%	12,6%
Ocupações técnicas e artísticas	11	1,3%	19,6%	28	2,1%	14,7%
Ocupações não manuais de rotina	1	0,1%	19,7%	4	0,3%	15,0%
Supervisores do trabalho manual	2	0,2%	19,9%	4	0,3%	15,3%

Manual						
Trabalhadoras rurais	5	0,6%	20,5%	4	0,3%	15,6%
Trabalhadoras da indústria moderna	20	2,4%	22,9%	37	2,8%	18,4%
Trabalhadoras da indústria tradicional	164	19,9%	42,8%	291	21,8%	40,2%
Trabalhadoras no comércio ambulante	5	0,6%	43,4%	11	0,8%	41,0%
Trabalhadoras nos serviços pessoais	287	34,8%	78,2%	396	29,7%	70,7%
Trabalhadoras nos serviços gerais	69	8,3%	86,5%	94	7,0%	77,7%
Trabalhadoras nos serviços domésticos	0	0,0%	86,5%	0	0,0%	77,7%
Autônomos	6	0,7%	87,2%	66	4,9%	82,6%
Trabalhadoras sem classificação definida	86	10,3%	97,5%	157	11,7%	94,3%
Não ocupados						
Desempregados	0	0,0%	97,5%	1	0,1%	94,4%
Estudantes	13	1,6%	99,1%	32	2,4%	96,8%
Afazeres domésticos	1	0,1%	99,2%	3	0,2%	97,0%
Aposentados e Pensionistas	3	0,4%	99,6%	25	1,9%	98,9%
Presidiários	3	0,4%	100%	15	1,1%	100%
Total	827	100,0%	100,0%	1336	100,0%	100,0%

Fonte: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN- Aids)/Ministério da Saúde. Março/2010.

Na Tabela 3, na primeira década (1986-1995), o sexo feminino apresentou prevalência o 4ª ESO nas categorias Heterossexual/parceiro de risco, Heterossexual, UDI, na segunda década (1996-2006), nas categorias Heterossexual c/ parceiro de risco prevaleceu o 5ª ESO, assim como na categoria Heterossexual, na categoria UDI prevaleceu os 4ª e 5ª ESO; Heterossexual e UDI na 4ª ESO e Ignorado 4ª e 5ª ESO.

A prevalência do 4ª e 5ª ESO no sexo feminino indica a baixa escolaridade entre as mulheres nas duas décadas. Na primeira década (1986 a 1995) para a segunda década (1986 a 2006) verificamos redução em todos os ESO, nos 4ª e 5ª ESO ocorreu aumento nas categorias Ignorado (43,9%), Heterossexuais (26,3%) e UDI (37,5%), destacando profissões com baixa e/ou nenhuma escolaridade e categoria de exposição.

Tabela 3 – Distribuição das PVHA, segundo categoria de exposição, sexo, em indivíduos entre 20 a 49 anos e ESO no município de Florianópolis. Brasil, 1986 a 2006

Categoria de Exposição	Período	Status Socioeconômico Ocupacional (ESO)					Total	
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	N	%
Sexo Feminino								
Hetero	1986 – 1995	15,0%	3,2%	2,2%	60,2%	19,4%	93	100%
	1996 – 2006	9,6%	2,9%	0,0%	41,8%	45,7%	239	100%
UDI	1986 – 1995	12,5%	0,0%	0,0%	75,0%	12,5%	24	100%
	1996 – 2006	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	4	100%
Ignorado	1986 – 1995	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0	100%
	1996 – 2006	7,1%	7,1%	0,0%	42,9%	42,9%	14	100%
Sexo Masculino								
Homo	1986 – 1995	12,4%	1,4%	3,7%	61,8%	20,7%	217	100%
	1996 – 2006	2,6%	0,0%	3,6%	58,0%	35,8%	112	100%
Bissexual	1986 – 1995	23,9%	0,0%	2,4%	59,5%	14,2%	42	100%
	1996 – 2006	9,2%	1,5%	1,5%	66,25	21,6%	65	100%
Hetero	1986 – 1995	23,1%	1,8%	4,6%	51,0%	19,5%	108	100%
	1996 – 2006	7,0%	4,2%	5,0%	54,7%	29,1%	258	100%
UDI	1986 – 1995	12,3%	1,4%	3,6%	62,0%	20,7%	217	100%
	1996 – 2006	2,7%	0,0%	3,6%	58,0%	35,7%	112	100%
Ignorado	1986 – 1995	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	2	100%
	1996 – 2006	8,6%	1,7%	3,4%	44,9%	41,4%	58	100%

Fonte: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN- Aids)/Ministério da Saúde. Março/2010.

Na primeira década (1986-1995), o sexo masculino apresentou prevalência dos 5ª e 1ª ESO nas categorias Homossexual, Heterossexual c/ parceiro de risco, Heterossexual e UDI, na segunda década (1996-2006), nas categorias Homossexual, Heterossexual c/ parceiro de risco, Heterossexual e UDI 5ª ESO. Na primeira década, o panorama indicou crescimento de PVHA com alto padrão econômico e na segunda década, a epidemia migra para homens de médio baixo e/ou baixo padrão socioeconômico.

Discussão

A ocupação do indivíduo apresenta relação com sua escolaridade, no início da epidemia da AIDS no Brasil e ocupantes do ESO, denominado alto e médio alto, possuíam melhor escolaridade e melhores ocupações, com o desenrolar da epidemia membros de ESO denominadas médio baixo e baixo, menos favorecidos e com pior

escolaridade. Essa situação pode ter ocorrido em consequência da inacessibilidade de informações sobre a doença e dificuldade em acessar serviços de saúde, que apontam a posição do indivíduo na hierarquia social que nega sua acessibilidade a seus direitos^{3,4,10}. Encontramos prevalência nos 4ª e 5ª ESO, caracterizando as PVHA, de ambos os sexos que exerciam atividades na 4ª ESO, são trabalhadores como pedreiros, vigias, garçons, entre outros, apresentando indicadores de precarização para sua saúde, como contribuírem menos para a previdência e apresentarem alta rotatividade de trabalho. Na 5ª ESO encontramos as PVHA, que trabalhavam como autônomos, lavadeiras, lixeiros, entre outros, que apresentavam pouco tempo de trabalho na profissão, alta jornada de trabalho e poucos contribuíam para a previdência. Conforme decresce o ESO, decresce o nível de escolaridade e de rendimento, conseqüentemente aumenta o risco de exposição às DST/AIDS⁹.

A educação formal é o diferencial na mobilidade social e acesso a bens de consumo como os serviços de saúde, insumos de prevenção e materiais sobre promoção da saúde e prevenção das DST/AIDS. A pouca e/ou nenhuma escolaridade acarreta as PVHA perdas em termos de renda e desigualdade no ESO, associada ainda ao estigma e preconceito da doença. Estudos colocam que a cultura de uma visão educacional baixa entre mulheres pobres pertencentes os 4ª e 5ª ESO, resultam em orientações à saúde e aconselhamentos incompletos e errôneos. Dessa forma, essas mulheres pouco se beneficiam com orientações sobre prevenção as DST/AIDS, não resultando na diminuição da vulnerabilidade^{4,11,12}.

Mulheres, PVHA, se preocupam em ocultar sua condição pela necessidade de se manterem trabalhadoras e muitas vezes mantenedoras dos lares em busca de uma vida normal, trabalhavam em casas nas lidas dos lares, dos maridos e dos filhos; fora do lar trabalhavam na grande maioria como camareiras, garçonetes, vendedoras, trabalhavam na lavoura, na garimpagem de ferro velho ou eram estudantes. Dessa forma, se mostravam sobre o julgo da sociedade, sem condições de assumir sua condição de PVHA, conformadas com os papéis que lhe são reservados pelos outros¹².

O diagnóstico de AIDS é impactante em todas as categorias socioeconômicas, entretanto nas categorias 4ª e 5ª ESO resultam, quando descoberto, na perda do emprego e dificuldade de inserção/reinserção no mercado de trabalho. Muitos das PVHA, se afastam do trabalho formal, exercendo atividades laborais que não exijam escolaridade e lhe proporcione uma renda básica, esse processo

leva a pauperização desses segmentos populacionais, resultando em perdas graduais das condições de sobrevivência e conseqüentemente falta de adesão ao tratamento, aumentando o sofrimento pessoal e vergonha, levando a depressão e isolamento social^{13,14}.

Florianópolis é uma cidade turística e prosperou na prestação de serviços, com amplo transito de pessoas durante todo ano, essa situação contribuiu para que profissionais do sexo que relatam terem residência fixa no sul do Estado circulassem em áreas de prostituição como Florianópolis. Outro ponto importante foi o consumo de cocaína entre a década de 80 e 90 no Estado de Santa Catarina, com destaque em municípios da área litorânea, fatos que funcionaram como riscos potenciais para mulheres e homens frente ao HIV, que possuíam parceiros de risco, relacionamento com parceiros sexuais onde não revelavam sua condição de PVHA e relacionamento sexual com UDI^{15,16,17,18}.

Conclusão

Florianópolis é uma cidade litorânea, com colonização Açoriana, que a partir da década de 90 teve um incremento no processo de migração interno e externo que trouxe pessoas oriundas de diversas regiões de Santa Catarina e do Brasil, com ocupações e ESO diferenciados. Nesse processo, em busca de melhor qualidade de vida, chegaram trabalhadores rurais que historicamente tem origem em famílias com baixa escolaridade, o que ocorre inversamente em famílias ricas.

Nosso estudo vem corroborar com outros estudos que analisando a situação ocupacional e socioeconômica ocupacional das PVHA no Brasil, encontraram aumento do número de doentes entre homens e mulheres com nenhuma e/ou baixa escolaridade e ocupação nas categorias médio baixo e/ou baixo.

Todo cidadão deve poder solicitar e receber aconselhamento e testagem voluntária e confidencial sem medo das repercussões. Os que recebem resultado positivo devem ter acesso a consultas, tratamento, cuidados e orientação; os que recebem resultado negativo devem ter acesso a aconselhamento para se manterem negativo. A epidemia sinaliza para a dinâmica socioeconômica e geográfica para áreas de interesse social, que apresentam no processo de pauperização a degradação global das condições gerais da população.

A luta para a restauração da humanidade a esses excluídos, passa pela educação, entenda-se não como ato de generosidade, mas como ato

de amor, que resultará na sua libertação e acesso a uma vida com qualidade e dignidade.

Referências

1. Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A aids no estado de são Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev Bras Epidemiol.* 2002; 5(3): 286-310.
2. Farias N, Cesar CLG. Tendências da morbi-mortalidade por aids e condições socioeconômicas no Município de São Paulo, 1994 a 2001. *Rev. bras. epidemiol.* 2004; 7(4):489-502.
3. Fonseca MG, Szwarcwald CL, Bastos FI. A sociodemographic analysis of the AIDS epidemic in Brazil, 1989-1997. *Revista de Saúde Pública.* 2002; 366: 678-85.
4. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CL, Travassos C, Szwarcwald CL. Aids and level of education in Brazil: temporal evolution from 1986 to 1996. *Caderno Saúde Pública.* 2000; 16 (supl 1): 77-87.
5. Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, Esteves MA, Castilho EA. Dinâmica da epidemia de aids no município do rio de janeiro, no período de 1988-96: uma aplicação de análise estatística espaço-temporal. *Caderno de Saúde Pública.* 2001; 17(5): 109-18.
6. Grangeiro A. O perfil socioeconômico dos casos de aids da cidade de são paulo. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS, editores. *A aids no Brasil.* Rio de Janeiro: reluma-Dumará; 1994: 91-125.
7. Tonini H. Florianópolis: ETUR, Florianópolis: Turismo, Imagem e História 13/7/2005, [*internet*]. 2205. [acesso em: 20 ago 2010]. Disponível em: <http://www.etur.com.br/conteudocompleto.asp?idconteudo=7508>
8. Medeiros MGPF. Dinâmica temporal da epidemia de aids no Brasil segundo condição socioeconômica, no período 1986-1998 [tese doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 125 p.
9. Januzzi PM. Estratificação socioocupacional para estudos de mercado e pesquisa social no brasil. São Paulo em Perspec. 2003; 17(3-4): 247-54.
10. Kourrouski MFC, Lima RAG. Treatment adherence: the experience of adolescents with hiv/aids. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009; 17(6): 947-52.
11. Ribeiro CAC. Classe, raça e mobilidade social no Brasil. *Dados.* 2006; 49(4): 833-73.

12. Padoin SMM, Souza IEL. A ocupação da mulher com HIV/AIDS: o cotidiano diante da (im)possibilidade de amamentar. *DST j. bras. doenças sex. transm.* 2006; 18(4): 241-46.
13. Ferreira RCM, Figueiredo MA. Reinserção no mercado de trabalho. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com hiv/aids. *Medicina.* 2006; 39(4): 591-600.
14. Almeida ANS, Silveira LC, Silva MRF, Araújo MAM e Guimarães TA. Subjectivity and Sexuality Production in Women Living With HIV/Aids: a Sociopoetic Production. *Rev. Latino-Am.Enfermagem.* 2010;18(2):163-69.
15. Barbosa A Jr, Szwarcwald LC, Pascom PAR, Souza PB Jr. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(4): 727-37.
16. Hacker MA, Leite IC, Renton A, Guillen TT, Gracie R, Bastos FI. Reconstructing the AIDS epidemic among injection drug users in Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22: 751-60.
17. Caiaffa WT, Bastos FI, Freitas LL, Mingoti SA, Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, Gandolfi D, Doneda D, Projeto AJUDE-Brasil I, Projeto AJUDE-Brasil II 2006. The contribution of two Brazilian multi-center studies to the assessment of HIV and HCV infection and prevention strategies among injecting drug users: the AJUDE-Brasil I and II Projects. *Cad Saude Publica.* 2006; 22: 771-82.
18. Secretaria de Estado da Saúde (SC). Diretoria de Vigilância Epidemiológica. O perfil epidemiológico da AIDS. 2006; 104 p.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mundo vivenciou grandes pandemias como a Peste, a Gripe Espanhola e a Cólera que levaram a morte grande parte da população mundial. No Brasil não foi diferente, a Gripe Espanhola fez muitos doentes e muitos óbitos. Para essas doenças foram descobertas vacinas e tratamentos que promovem a prevenção e a cura, entretanto nas últimas três décadas o mundo vivencia a grande pandemia da aids, causada pelo vírus HIV. Anualmente são testadas incessantemente vacinas para evitar a doença sem que se alcance sucesso, evidenciando assim que a prevenção é a melhor estratégia para se evitar a contaminação da população em geral.

A doença, no início da epidemia, colocava como principal fator de risco pertencer a grupos populacionais susceptíveis (HSH, profissionais do sexo e UDI). Porém, com o decorrer dos anos e através dos estudos científicos mostrou que todos estão propensos a desenvolvê-la, a partir da exposição ao HIV pela via sanguínea, vertical e sexual.

Atualmente, existem os anti-retrovirais, medicamentos distribuídos no Brasil pelo SUS, que proporcionam melhor qualidade de vida e aumento da longevidade das PVHA. Mas, para se chegar a descoberta e utilização dos anti-retrovirais, muitos PVHA foram a óbitos, muitos homens, mulheres e crianças foram contaminados, e muitos órfãos perderam suas famílias.

A partir do banco de dados SINAN/Aids, estruturamos nossa planilha de dados para análise. Os dados básicos do SINAN/Aids podem ser acessados pela sociedade, profissionais e gestores, no site do Tabnet-DATASUS que fornece informações em saúde em várias áreas. Entretanto, para esse estudo obtivemos acesso ao banco de dados de todos os casos notificados entre 1986 a 2006, onde consta o preenchimento de todas as variáveis sobre as PVHA e a doença que são investigados a partir da notificação do caso, através de diversas fontes como: Ficha de Notificação Individual e Declaração de Óbito (DO). Esses dados foram fornecidos diretamente pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, que exige em todas as etapas das pesquisadoras sigilo e respeito, quanto às informações levantadas acerca das PVHA em Florianópolis.

O diferencial deste estudo foi a possibilidade de elaboração, a partir da análise da planilha de dados das PVHA adultas, a construção de três artigos, com tais temas: **Perfil das PVHA, PVHA que foram a Óbitos; e Ocupação e Status Socioeconômico Ocupacional das**

PVHA, no período de 1986 a 2006 em Florianópolis.

No primeiro artigo, procuramos conhecer o perfil epidemiológico e da doença nas PVHA entre os anos de 1986 a 2006 em Florianópolis. A epidemia na primeira década é evidentemente masculina, na segunda década o destaque é o aumento do número de notificações de casos entre mulheres; em ambos os sexos são jovens, com baixa escolaridade, moradores de áreas de interesse sociais e a heterossexualidade e as drogas injetáveis são as categorias de exposição prevalente entre os PVHA. Os achados corroboram com outros estudos, onde os autores trazem análises da evolução da epidemia no Brasil, como os relatos a seguir:

...os casos de Aids entre as mulheres apresentaram maiores proporções na categoria de escolaridade mais baixa, principalmente, por serem tratadas desigualmente em termos políticos, culturais e socioeconômicos, com menor acesso a bens materiais, proteção social e, certamente, à educação.

...categorias de exposição “heterossexual” e “UDI” se mostraram relacionados a menor escolaridade, reforçando a hipótese de que a epidemia de aids vem atingindo as camadas mais empobrecidas da população, principalmente por meio da transmissão heterossexual e do uso de drogas injetáveis.

...quanto menor a escolaridade do conscrito, maior a proporção de parceiros sexuais e um uso menos consistente de preservativos.

...todos os estratos sociais, com primeiro grau incompleto iniciavam mais precocemente sua vida sexual, apresentavam taxas mais elevada de atividade sexual, maior número de parceiros casuais e menores frequências de uso de preservativo (BARBOSA JUNIOR *et al.*, 2009; FONSECA *et al.*, 2002; GRANJEIRO *et al.*, 2010; VILELLA *et al.*, 2006).

No segundo artigo, buscamos as variáveis relativas às características epidemiológicas e da doença das PVHA, que foram a óbito em Florianópolis entre 1986 a 2010. O estudo da mortalidade possibilitou as pesquisadoras contribuírem para o delineamento do perfil epidemiológico das PVHA que foram a óbito e explorar sobre a

contribuição das características epidemiológicas e da doença no desencadeamento dos óbitos aids em Florianópolis.

A mortalidade em PVHA tem interessado os pesquisadores em geral, no afã de conhecer a evolução da doença e seu desdobramento, em análise do período compreendido entre 1982 a 2002, pesquisadores totalizaram 148.206 óbitos por aids em adultos no Brasil, descrevendo em três fases:

O primeiro, entre 1982 e 1995, foi de crescimento acelerado da taxa de mortalidade, todavia mais acentuado entre 1987 e 1995. Neste ano, o risco de morte pela doença atingiu seu maior valor: 9,7 óbitos por 100.000 habitantes. A tendência da mortalidade entre jovens adultos, com maior prevalência entre os homens.

No segundo momento da epidemia, entre 1996 e 1999, observa-se, claramente, a redução das taxas de mortalidade. Cabe destacar que as desigualdades socioeconômicas contribuem para as variações entre os grupos sociais, na prevenção, tratamento e assistência.

No terceiro momento da epidemia, 2000 a 2002 a redução continua, apenas com crescimento na Região Norte. Esse resulta se deve a adesão e acesso aos métodos de prevenção e tratamento (FONSECA *et al.*, 2007; REIS *et al.*, 2007).

Nosso estudo apresentou resultados semelhantes, com a mortalidade por aids em ascensão entre 1986 a 1995, os óbitos atingiram homens e mulheres, jovens, com baixa escolaridade e com categorias de exposição predominante entre UDI e heterossexualidade; com a introdução dos anti-retrovirais a partir de 1996 para o tratamento das PVHA a mortalidade decaiu e a sobrevida aumenta, permanecendo o mesmo perfil entre os que ainda foram a óbito pela doença até o ano de 2010. A distribuição e o acesso facilitado aos anti-retrovirais para o tratamento na rede municipal são fatores que contribuíram para a diminuição da mortalidade em Florianópolis.

O terceiro artigo conhece as Ocupações e os Status Socioeconômico Ocupacional das PVHA entre 1986 a 2006 em Florianópolis. Constatamos um aumento de casos entre os PVHA com nível fundamental/incompleto e com ocupação em atividades manuais e o crescente número das PVHA na categoria Não Ocupados que

desempenham atividades domésticas no lar. A cidade com seu crescimento a partir da década de 80 a cidade atraiu pessoas a procura de oportunidades e empregos, grande parte das pessoas sem educação formal e/ou sem qualificação profissional, que exerceram atividades pouco remunerativas e habitavam áreas de interesse social de Florianópolis. Estudo evidencia a relação entre ocupação e ESP nas PVHA, conforme informações a seguir:

...redução nas taxas de crescimento em “profissionais liberais clássicos” e “outros profissionais liberais”, entre os homens, provavelmente ao acesso à informação, e apreenderem melhor os conceitos de risco e as estratégias de prevenção...

...categorias “manuais”, embora menos elevadas no início do período analisado, apresentam crescimento expressivo ao longo do mesmo, sugerindo um processo gradual de “pauperização”. ...a categoria de “não-ocupados” evidenciou o crescente aumento nas taxas de incidência entre “afazeres domésticos” (nas mulheres), afetando progressivamente aqueles excluídos do mercado de trabalho (BRASIL, 1999; FONSECA, 2002).

É preciso ressaltar ainda, que como outros, apresentaram limitações, como o preenchimento das Fichas de Investigação de Aids com resposta “Ignorado”, podendo apresentar como causas do preenchimento: desinteresse do investigador em aprofundar a investigação na obtenção do dado fidedigno, desconhecimento da importância do dado para fins epidemiológicos e despreparo para realizar a investigação epidemiológica. A cultura, o desconhecimento, o despreparo e/ou desinteresse do investigador pode funcionar como um viés nos estudos, entretanto não inválida a pesquisa, a qual primou pela veracidade dos dados e análise.

Essa reflexão é realizada a partir de nossa pesquisa que possibilitou a construção dos três artigos sobre a epidemia da aids em duas décadas da epidemia na cidade de Florianópolis e que vem a contribuir com outras pesquisas realizadas por pesquisadores de prestígio no cenário nacional e internacional.

Acreditamos que nossas contribuições são evidentes, pois conhecer a trajetória da aids em Florianópolis pela ótica da

morbimortalidade e status socioeconômico ocupacional, resgata a história das PVHA, da epidemia, a evolução e o desfecho de uma epidemia que a cada dia necessita do empenho dos gestores e da sociedade.

Os Gestores municipais buscam nos indicadores sociais e nos bancos de dados epidemiológicos, subsídios para desenvolver as políticas e programas de saúde. As PVHA utilizam as Organizações Governamentais (ONG) para serem seus porta-vozes em suas reivindicações. Dessa organização social, visualizamos a implantação dos serviços de saúde descentralizados em Florianópolis, como CTA, SAE e distribuição dos anti-retrovirais, para o atendimento das PVHA. Outra atitude louvável é a descentralização administrativa e funcional da Vigilância Epidemiológica nas Regionais de Saúde, que contribui para a agilidade na resposta investigativa e na estruturação do banco de dados relativas as doenças e agravos loco regional.

As Regionais de Saúde estruturadas para atender a parte administrativa e de controle do binômio saúde/doença (Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Alta Complexidade, Média Complexidade e Atenção Básica), contribui sobremaneira para a mudança do quadro de morbimortalidade por aids em Florianópolis. A proximidade com os serviços ofertados as PVHA e a realidade onde residem as PVHA, cria um vínculo de responsabilidade e compromisso com a epidemia e a população.

Na minha experiência como Enfermeira da Vigilância Epidemiológica da Regional de Saúde do Continente, vivenciei as fases de crescimento profissional da equipe e da evolução do nosso trabalho, que inicialmente era de meros investigadores para “curiosos” epidemiologistas, estruturando bancos de dados da regional e dos centros de saúde de nossa área de abrangência. Esse trabalho não ficou restrito a computadores e/ou painéis, foram levados para as reuniões de categorias (médicos, enfermeiras, dentistas, entre outros) que ocorrem uma vez por mês na regional de saúde para discussões, propostas, entre outras atividades.

Toda essa organização de gestores, regionais de saúde e profissionais foi compartilhada com os Centros de Saúde (CS), com a devolutiva a cada CS de sua situação epidemiológica, para que esse material fosse utilizado nas discussões de reuniões de equipe para o planejamento de suas atividades, resultando na interação entre o nível regional e o nível local.

Trazemos como contribuição para todas as Equipes de Saúde da Família (ESF) e CS de Florianópolis, a possibilidade de utilização da

nossa pesquisa em estudos locais, para o planejamento de ações de promoção e prevenção em aids, implementação dessas ações, avaliação dos serviços de atendimento as PVHA do município e retro alimentação do sistema de informação local, regional e municipal. É importante frisar, que cada ESF deve construir seu diagnóstico territorial e epidemiológico, reconhecendo que o homem que vive nessa realidade como parceiro na prevenção das doenças e promoção da saúde, e não mero coadjuvante desse processo.

Para a continuidade da qualidade do serviço oferecido pelo município de Florianópolis, que com o pacto de gestão, pretende formalizar como porta de entrada os CS para atendimento das PVHA e os SAEs como referência para as intercorrências com as PVHA, faz-se necessário a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para o acolhimento e assistência os PVHA na atenção primária.

Percebemos que a educação formal e/ou informal é a principal arma para eliminação do cerceamento das informações em saúde aos homens que compõem a sociedade, tanto as PVHA, familiares e profissionais de saúde. Quando Paulo Freire a partir de idéias humanistas estudou o processo de educação para adultos em uma pedagogia libertadora para os homens, buscou dar ao homem o livre arbítrio na transformação do mundo. Não se trata de transferir e depositar conhecimentos relativos a aids, impossibilitando a consciência crítica de transformadores de sua condição de exposto a doença, mas levar o homem a construir seu referencial de ser saudável.

Os profissionais da saúde não devem se perceber ou serem percebidos como detentores do conhecimento, sua atuação é interagir com o homem em sua realidade, num processo ativo de aprendizagem para ambos intermediados pela realidade, haja visto, que ninguém educa ninguém (FREIRE, 1987).

Uma sugestão para esse processo de interação, seria a criação de Grupos de Convivência nos SAE, que poderiam contar com profissionais da saúde como reguladores desse processo de conhecimento. Muitas vezes nos deparamos com as PVHA que não contam com apoio da família, de amigos e/ou do ambiente de trabalho; o grupo funcionaria com um local de trocas, de desabafo, de construção e interação entre iguais em vivências, sentimentos e expectativas.

A proposta de Freire é utilizar o diálogo no reconhecimento e decodificação da realidade, levantamento do processo saúde – doença para elaboração de ações em sua realidade com relação direta onde os homens e mulheres, que podem ser intermediadas com os profissionais da área da saúde, com destaque a Enfermagem. Para Freire, a realidade é

um mundo inacabado, onde homens e mulheres são oprimidos pela realidade opressiva, injusta e inacabada; cabendo a esses com a crítica transformadora anunciar uma nova realidade (FREIRE, 1987; GADOTTI, 1996).

Podemos enxergar esse homem como ser racional que se relaciona com os seus e a natureza através da atitude dialógica, determinada pelo contexto histórico e sociocultural que vivencia. Curioso ao ser apresentado a sua realidade, deve receber estímulos para desvendá-la e querer transformá-la. A transformação da sua realidade leva o homem a construir a sua cultura e se apropriar de sua vida, dessa forma conhecer o processo saúde-doença da aids, como interagir com outras PVHA que convivem com a doença, suas conseqüências e modos de prevenção torna o homem sujeito da sua história. É oferecer a oportunidade de autonomia a esse agente de transformação da realidade, na busca de atender suas necessidades e de seus semelhantes, na dimensão econômica, social e política, ser humano não opressor ou oprimido, mas libertando-se (FREIRE, 1987).

A descentralização dos serviços que atendem aos interessados em realizar o exame HIV, atendimento e tratamento as PVHA, a descentralização da Vigilância Epidemiológica nas Regionais de Saúde, significam avanços no reconhecimento que os homens são seres humanos que se relacionam com outros seres humanos no contexto social, político e histórico, utilizando código moral e ético para exercer seus direitos civis e políticos. Usuários do sistema de saúde municipal, as PVHA possuem uma doença infecto contagiosa crônica e necessitam de cuidados integrais em suas demandas no processo saúde e doença, recebendo atendimento nos CTAs, SAEs e no acesso aos anti-retrovirais.

O processo de viver das PVHA, concomitante a um ambiente terapêutico e a uma comunidade engajada resulta em respostas no bem estar físico – psico – social e espiritual, pois entendemos que ser PVHA é um caminho a ser trilhado e que necessita nesse contexto da presença dos profissionais da saúde engajados e bem como dos insumos terapêuticos para que essas respostas sejam positivas.

Finalmente, esperamos com o presente estudo contribuir tanto com os profissionais da saúde, como com os gestores no planejamento e gerenciamento das ações no cuidado as PVHA no município.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. Abia, 20 anos de luta. 20 anos de solidariedade. **Boletim Abia**, São Paulo, n. 55, p. 3, dez. 2007. Disponível em http://www.abiaids.org.br/cedoc/publicacoes/artigos.aspx?lang=pt&mid=6&smid=2&siid=3&fg=Boletim%20ABIA&cat_id=6 Acesso em: 30 outubro 2009.

BANCO DE SAUDE. **Vacina experimental contra hiv renova esperanças**. 24/09/2009. Disponível em: <http://www.bancodesaude.com.br/medicamentos/218324092009-vacina-experimental-contrahiv-renova-esperancas> Acesso em: 29 outubro 2009.

BARBOSA JR, A.; SZWARCOWALD, C.L.; PASCON, A. R. P. et al. Tendências da epidemia de aids entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p. 727-37. 2009.

BOELHS, A. E.; MONTICELLI, M; WOSNY, A. M. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, 307-14, abr./jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 1996**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil nº 201, de 16/10/96. Brasília (DF): MS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de DST e Aids. **A pauperização da aids**. Brasília (DF): MS, 1999. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aids_pauperizacao1.pdf Acesso em: 28 agosto 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Alternativas assistenciais à AIDS no Brasil**: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviços de Assistência Especializada. Anexo II – O perfil dos SAE 2000. Brasília (DF): MS, 2000. Disponível em <http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ>. Acesso em: 10

dezembro 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de redução de danos**. Brasília (DF): MS, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de DST e Aids. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de hiv/Aids entre udi no brasil: 10 anos de pesquisa e redução de da NOS**. Brasília (DF): MS, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 5. ed. Brasília (DF): MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Critérios de definição de caos de AIDS em adultos e em crianças**. Brasília (DF): MS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Curso básico de vigilância epidemiológica em hiv e Aids – caderno do aluno**. Brasília (DF): MS, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **AIDS vinte anos - esboço histórico para entender o programa brasileiro**. Brasília (DF): 2005b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> Acesso em: 06 agosto 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de informação e agravos de notificação - sinan: normas e rotinas**. Brasília (DF): MS, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Declaração de óbito: documento necessário e importante**. Brasília (DF): MS, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Santa Catarina**. Brasília (DF): MS, 2007. 2ª ed.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo hiv**. 7ª ed. Brasília (DF): MS,

2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços**. Brasília (DF): MS, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **UNGASS – resposta brasileira 2005-2007 relatório de progresso do país**. Brasília (DF): MS, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico 2009**. Brasília (DF): MS, 2009a. Disponível em <http://www.aids.gov.br> Acesso em: 08 dezembro 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Serviços de assistência ambulatorial em DST/HIV e Aids e Serviços de assistência especializada em DST/HIV e Aids (SAE)**. Brasília (DF): MS, 2009b. Disponível em <http://www.aids.gov.br> Acesso em: 18 julho 2009.

_____. Ministério da Saúde. **História da Aids**. 2010a .Brasília (DF): MS, 2010. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids> Acesso em: 24 agosto 2010.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica – DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Capital - Florianópolis/SC Competência: Outubro de 2010**. 2010b. Disponível em http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php Acesso em: 20 dezembro 2010.

CIVES. **Centro de Informação em Saúde para Viajantes**. Disponível em <http://www.cdc.gov/epiinfo> Acesso em: 13 julho 2010.

COSTA-COUTO, M. H. **A vulnerabilidade da vida com HIV/AIDS**. 2007. 211f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2007.

DUESBERG, P. Hiv não é a causa da Aids. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 98-105, mar. 2008.

ESPINOZA L.; HALL I.; HARDNETT F.; SELIK R M, LING Q. et al . Characteristics of Persons With Heterosexually Acquired HIV Infection, United States 1999–2004. **American Journal of Public Health.**, Washington, January. 2007, v. 97, n. 1, p 145-49. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17138918 Acesso em: 20 agosto 2009.

FONSECA, M. G.; BASTOS, F. I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl.3, p. 333-43, 2007.

FONSECA M. G.; LUCENA F. F.A.; SOUSA A. et al. Aids mortality, “race or color”, and social inequality in a context of universal access to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Brazil, 1999-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, sup. 3, p. 445-55. 2007.

FONSECA, M. G.; SZWARCWALD, C. L.; BASTOS, F. I. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 678-85, 2002.

FOUNDATION FOR AIDS ISRAEL. **Mission statement**. Israel, 2010. Disponível em: <http://www.aidsisrael.net> Acesso em: 16 janeiro 2010.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.107 p.

FREIRE. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.92 p.

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. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 509-13, 2005.

GADOTTI, Moacir (Org.). **Paulo Freire uma bibliografia**. São Paulo: Cortez Editora, 1996. 98 p.

GALLO, R. C. A reflection on HIV/AIDS research after 25 years. **Retrovirology**, London, v. 3, n. 72, p. 1-7, 2006. Disponível em: <http://retrovirology.com/content/3/1/72> Acesso em: 20 abril 2009.

GIACOMOZZI, A. I. Atitudes e conhecimento sobre HIV/AIDS de jovens brasileiros e franceses. **Revista de Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 187-88, jan/abr. 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/175/279> Acesso em: 30 abril 2009.

GILBERT, M. T.; THOMAS P.; RAMBAUT A. et al. The emergence of HIV/AIDS in the Americas and beyond. **Proc Natl Acad Sci U S A.**, Washington, v. 20, n. 104 (47), p. 18566-70. 2007. Disponível em: <http://www.pnas.org/content/104/47/18566> Acesso m: 30 junho 2009.

GOMES, C.; SILVA, I. B.; BELLI, F. H. **Binômio drogas/HIV/Aids e redução de danos (rd) em santa Catarina**. Apresentado no VII Congresso de Prevenção das AIDS e DST. Santa Catarina: Florianópolis. 2008.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO E. A. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 430-41, 2010.

HACKER, M. A.; MALTA, M.; ENRIQUEZ, M. et al. Human immunodeficiency virus, AIDS, and drug consumption in South America and the Caribbean: epidemiological evidence and initiatives to curb the epidemic. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 18, n. 4-5, p. 303-13. 2005.

HARMERS F. F. e DOWS A. M. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? **Lancet**, London, v. 364(9428), p. 83-94, jul. 2004. Disponível em: http://www.eurohiv.org/publications/2004/art_lancet_2004_364_83_94.pdf Acesso em: 08 maio 2009.

HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P., EGGERT A. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, apr./jun. 2006.

HERIDA, M.; ALIX, J.; DEVAUX, I. et al. Hiv/aids in europe: epidemiological situation in 2006 and a new framework for surveillance. **Eurosurveillance**, v. 12, n. 47, 2007. Disponível em:

<http://www.eurohiv.org> Acesso em: 08 maio 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11./2010.** Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados.../index.php?uf=42> Acesso em: 25 novembro 2010.

JANUZZI, P. M. Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas. **Texto elaborado para finalidades didáticas a partir de outro já publicado na Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-72, jan/fev. 2002.

LE GOFF, Jacques. **História e memória**. 3. ed. Tradução de Bernardo Leitão, et al. Campinas: UNICAMP, 1992. 475 p.

LEWIN, S.; KALDOR, J.M.; COOPER D.A. Hiv research in Australia: linking basic research findings with clinical and public health outcomes. **Retrovirology**, London, v. 3, n. 86, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1693917/pdf/1742-4690-3-86.pdf> Acesso em: 20 setembro 2009.

LOHN, L. G. **Ação educativa em saúde: estudo de caso em centros de testagem e aconselhamento**. 2005. 215 f. Dissertação (Mestrado em Educação Científica e Tecnológica) – Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Pós Graduação em Educação Científica e Tecnológica, Florianópolis, 2005.

LIU, H.; YANG, H.; LI, X. et al. Men who Have Sex with Men and Human Immunodeficiency Virus/Sexually Transmitted Disease Control in China. **Cell Res.** China, v. 15(11-12), p. 858-64. 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1791010> Acesso em: 10 outubro 2009.

KOLE S. K. Globalizing queer? AIDS, homophobia and the politics of sexual identity in Índia. **Globalization and Health**. London, v. 3, n. 8, p. 1-16, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2018684> Acesso em 10 dezembro 2009.

MALTA, M. S. **Usuários de drogas vivendo com HIV/AIDS: análise**

de fatores associados à sobrevida e à aderência ao tratamento. 2008. 138 f., Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

MALISKA, I. C. A. **O itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/AIDS**. 2005. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MARIN, Heimar de Fátima. **AIDS e enfermagem obstétrica**. São Paulo: EPU, 1991. 61 f.

MELO, M. G. B. A. **Perfil epidemiológico dos portadores HIV/AIDS atendidos no centro de referência de DST/HIV/AIDS no município de sobral – CE no período de 1989 a 2003**. 2004. 174 p. Monografia (Especialização em Residência em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Vale do Aracajú, Sobral, 2004.

MENEZES, R. L.; GONÇALVES, B. S.; CASTRO C. C. Perfil epidemiológicos de idosos portadores de HIV/Aids atendidos no hospital de doenças tropicais (hdt) em goiania. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 17, n. 3/4, p. 303-14, mar./abr. 2007.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, july/aug. 2004.

NEMES, M. I. B.; MELCHIOR R.; BASSO C. R. et al. The variability and predictors of quality of AIDS care services in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 9, n. 51, p. 1-8, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2671500> Acesso em: 28 novembro 2009.

ONUSIDA. Global report. **Unaid report on the global aids epidemic 2010**. Genebra: ONUSIDA, 2010. 364 p.

_____. **Qué necesitan los países: inversiones requeridas para alcanzar las metas de 2010**. Genebra: ONUSIDA, 2009a. 24 p.

_____. **El sida es un asunto de todos ONUSIDA y las empresas:**

Trabajando juntas reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida: recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países. Ginebra: ONUSIDA, 2009b. 22 p.

_____. **Informe sobre La epidemia mundial de sida, 2008:** resumen de orientación. Ginebra: ONUSIDA, 2008. 36 p.

_____. **Situación de la epidemia de sida:** informe especial sobre la prevención del VIH: Diciembre de 2007. Ginebra: ONUSIDA, 2007. 36 p.

_____. **Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH:** estudios de caso de intervenciones exitosas. Ginebra: ONUSIDA, 2005. 80 p.

PANATTO, A. **A região central de Florianópolis, um abrigo especializado na vida cotidiana:** formação histórica, delimitações e problemática nela existente. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Departamento de Arquitetura e Urbanismo. Florianópolis, março 2008. 8 p. Disponível em: http://www.arq.ufsc.br/urbanismo1/2005-/inicial/inicial_ap.pdf Acesso em: 10 maio 2009.

PEREIRA, Mauricio Gomes. **Epidemiologia teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara. 2005. 583 p.

POLIT, Denise F; BECK Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** Tradução de Ana Thorell. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 488 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal da Saúde. **Prêmio Brasil Sorridente.** “Cuide do seu Sorriso”. 2010. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc> Acesso em: 26 novembro 2010.

_____. **Plano municipal de saúde.** Gestão 2002 a 2005. 2002. Florianópolis: PMF. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br> Acesso em: 08 dezembro 2009.

_____. **Plano municipal de saúde 2007**. 2007. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br> Acesso em: 08 dezembro 2009.

REDE GAPA. **Gapa networking Brasil**. 2003. Disponível em: <http://www.gaparp.org.br>. Acesso em: 20 abril 2009.

REIS, A. C.; SANTOS, E. M. e CRUZ, M. M. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v.16, n.3, p. 195-205, 2007.

RODRIGUES JR., A.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 37, n. 4. 2004.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; Fº ALMEIDA, Naomar. **Epidemiologia & Saúde**. 6a. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2009.

SANI, U. M.; MOHAMMED, A. Z.; ADAMU, B. et al. Aids mortality in a tertiary health institution: a four-year review. **Journal of the National Medical Association**. Washington, v. 98, n. 6, 2006.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **No dia mundial de luta contra a aids, ses abre semana de combate à doença**. 2010. Disponível em: <http://portalses.saude.gov.br> Acesso em: 01 dezembro 2010.

_____. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **A epidemia de aids em Santa Catarina: tendências e desafios**. 2009. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br> Acesso em: 08 dezembro 2009.

_____. **A epidemia de aids em Santa Catarina**. 2008a. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br> Acesso em: 18 abril 2008.

_____. Governo de Estado de Santa Catarina. **Florianoópolis**. 2008b. Disponível em: <http://www.sc.gov.br/conteudo/municipios> Acesso em: 05 setembro 2008.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Evolução de Epidemia de Aids**. 2006a. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br> Acesso em: 08 julho 2008.

_____. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **O perfil**

epidemiológico da AIDS. – Florianópolis: SEA/DGAO, 2006b. 104 p.

SCHNEIDER, I. J. C.; RIBEIRO, C.; BRENDA, D. et al. Perfil epidemiológico dos usuários dos centros de testagem e aconselhamento do estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 7, 2008.

SCHUELTER-TREVISOL, F.; SILVA, M. V.; OLIVEIRA, C. M. et al. Hiv genotyping among female sex workers in the State of Santa Catarina. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, vol.40, n.3 . 259-263 . 2007.

SCHWARTZMAN, S.; REIS, E. P. **Pobreza e exclusão social: aspectos sócio políticos.** Trabalho preparado por solicitação do Banco Mundial, como contribuição para um estudo em andamento sobre a exclusão social no Brasil. 1999. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br> Acesso em: 11 agosto 2009

SOUSA V., DRIESSNACK M.; MENDES I. A. An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.15, n.3, p. 502-07, 2007.

SUPERA – **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas:** intervenção breve, reinserção social e acompanhamento: módulo 4 – intervenção breve para casos de uso de risco substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. 82 p.

UNAIDS. **Unaid's annual report 2008:** towards universal Access. 2009. Disponível em <http://www.unfpa.org/upload/lib> Acesso em: 30 junho 2009.

_____. **Aids epidemic update:** special report on HIV/AIDS. 2006. Disponível em http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf Acesso em: 30 Junho 2009.

_____. **UNAIDS em viena.** XVIII Conferência internacional sobre aids (AIDS 2010). 2010. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/default.asp> Acesso em: 10 agosto 2010.

UNGASS. Asamblea General De Las Naciones Unidas Sesión Especial Sobre Vih/Sida (Ungass, Por Sus Siglas En Inglés). **Reunión**

preparatória para la sesión especial de la asamblea general de la ONU São Paulo, 15 y 16 de febrero del 2001. Disponível em: <http://www.laccaso.org> Acesso em: 20 abril 2009.

VARELA, Drauzio. **Borboletas da alma.** Organização Maria Guimarães. São Paulo: Companhia das Letras, 2006. 384 p.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, 2467-72, 2006.

VIEIRA M. e PADILHA M. I. C. S. O cotidiano das famílias que convivem com o HIV: um relato de experiência. **Rev Esc Enferm Anna Nery**, v. 11, n. 2, 351-7, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Declaração de Sundsvall sobre Promoção da Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Promoção da saúde:** Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1991.

WHO África. **HIV/AIDS epidemiological surveillance report for the WHO African Region:** 2007 update. 2007. I. World Health Organization. Regional Office for Africa. Disponível em: <http://www.who.int/hiv> Acesso em: 20 abril 2009.

WHO Europe. **HIV/AIDS surveillance in Europe 2007.** Disponível em: <http://www.ecdc.europa.eu> Acesso em: 20 abril 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PLANILHA ELABORADA COM SUPORTE DO PROGRAMA MICROSOFT EXCEL, PARA O LEVANTAMENTO DOS DADOS NO SINAN-AIDS E UTILIZADA NO PROGRAMA EPI INFO VERSÃO 3.5.1.

Microsoft Excel - Aids, Adulto EPI INFO

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Ferramentas Dados Janela Ajuda Digite uma pergunta

Calção 1720 =PROCV(M720;Ocupação\$452;SE\$362.2;FALSO)

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF				
1	NOTIF	NOTIF	ANO	M	DI	DIAG	ANO	D	NASC	IDADE	SEX	RACIA	ESCOLAR	OCCUPAT	MUNIC	BAIRRO	DT	DISTRITO	REL	CAT	EXP	TIPO	LEVO	DIAGN	CRIT	CRIT	CRIT	CRIT	CRIT	CRIT	CRIT	CRIT				
754	195395	30/02/2000	2000	4/02/2000	2000	30/02/00	20	F	Ignorado	De 1 a 3	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	PANTANAL	Regional Leste	30	Heeresos	Vivo																	
755	146832	14/02/2005	2005	4/02/2004	2004	30/02/04	24	F	Parda	De 4 a 7	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	AGRONOMICA	Regional Oeste	30	Heeres-oban	Vivo																	
756	195981	14/02/2006	2006	29/12/2006	2006	10/02/06	35	M	Branca	Metulha	0000	Padre	em est	0000	Ignorado	Regional Oeste	30	Heeres-oban	Vivo																	
757	1000784	25/05/1980	1980	25/05/1980	1980	25/05/80	39	F	Ignorado	De 4 a 7	0000	Estudante	De la/ j anis	0000	PRANHA	Regional Centro	30	Heeres-oban	Morto	8/9/98																
758	1470783	15/02/2006	2006	30/12/2006	2006	25/02/06	25	M	Branco	De 1 a 3	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	CORREPOS	Regional Leste	30	Heeres-oban	Vivo																	
759	160836	13/02/2001	2001	23/02/2001	2001	23/02/01	34	M	Ignorado	De 1 a 3	0000	Garçom	em est	0000	RIO VERMELH	Regional Leste	40	Drogas	Morto	#####																
760	1700034	13/07/2005	2005	29/06/2005	2005	25/06/05	24	M	Branco	De 1 a 3	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	BARRA D'AL	Regional Oeste	30	Homosessu	Vivo																	
761	1700034	13/07/2005	2005	29/06/2005	2005	25/06/05	24	M	Branco	De 1 a 3	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	Ignorado	Regional Oeste	30	HeeresDog	Vivo																	
762	1542304	19/09/1989	1989	19/09/1989	1989	19/09/89	24	M	Ignorado	De 1 a 3	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	Ignorado	Regional Oeste	30	HeeresDog	Vivo																	
763	145481	30/04/1987	1987	30/02/1985	1985	30/02/85	24	M	Parda	De 4 a 7	0000	Estudante	De la/ j anis	0000	PRANHA	Regional Centro	30	HeeresDog	Morto	#####	C-11	S														
764	1557783	17/02/2000	2000	4/12/2000	2000	30/02/00	30	M	Branco	De 1 a 3	0000	Marcenari	em est	0000	CORREPOS	Regional Leste	30	Heeresos	Vivo																	
765	145463	27/02/2000	2000	27/02/2000	2000	30/02/00	30	M	Ignorado	De 1 a 3	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	ESTRETO	Regional Continente	30	Heeresos	Vivo																	
766	1702231	23/05/1988	1988	19/05/1988	1988	27/02/88	28	F	Ignorado	De 1 a 3	0000	De la/ j anis	0000	CAMPICHE	Regional Sul	30	Ignorado	Morto	#####																	
767	165852	23/02/2003	2003	23/02/2003	2003	17/02/03	33	M	Branco	De 4 a 7	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	CENTRO	Regional Centro	30	Ignorado	Morto	#####																
768	170347	30/12/2004	2004	10/02/2003	2003	19/12/03	32	M	Branco	De 8 a 11	0000	Vendedor	em est	0000	MONTE CRIST	Regional Continente	30	Ignorado	Morto	#####																
769	145495	25/09/1989	1989	9/09/1989	1989	28/09/89	28	M	Ignorado	De 8 a 11	0000	Auxiliar de s	em est	0000	AGRONOMICA	Regional Oeste	30	Homosessu	Vivo																	
770	1703002	17/02/2002	2002	15/02/2002	2002	12/02/02	31	F	Branca	Metulha	0000	De la/ j anis	0000	MONTE CRIST	Regional Continente	30	Ignorado	Morto	#####																	
771	1702235	22/05/1988	1988	15/05/1988	1988	15/05/88	25	M	Ignorado	De 4 a 7	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	CENTRO	Regional Oeste	30	HomosDog	Vivo																	
772	1705641	22/05/2006	2006	4/02/2005	2005	10/12/05	25	M	Branco	De 4 a 7	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	ARMACAO	Regional Sul	10	HomosDog	Morto	#####																
773	1705643	22/05/2006	2006	25/09/2006	2006	10/12/06	25	M	Ignorado	De 4 a 7	0000	Platore	em est	0000	CENTRO	Regional Oeste	40	HomosDog	Morto	#####																
774	1705643	22/05/2006	2006	15/02/2006	2006	09/12/06	25	M	Branco	De 4 a 7	0000	Expositore	em est	0000	LADDA DA CC	Regional Leste	30	Heeres-oban	Vivo																	
775	1407223	25/02/2001	2001	10/09/1999	1999	09/12/99	29	M	Ignorado	De 4 a 7	0000	Estudante	De la/ j anis	0000	COQUEPOS	Regional Continente	30	Heeresos	Vivo																	
776	1100575	14/05/1992	1992	14/05/1992	1992	09/12/92	31	F	Ignorado	De 1 a 3	0000	De la/ j anis	0000	CENTRO	Regional Oeste	30	Heeresos	Vivo																		
777	1238819	17/02/2003	2003	20/02/2003	2003	4/12/03	33	M	Branco	De 4 a 7	0000	Platore	em est	0000	TAPERA	Regional Sul	30	Heeresos	Vivo																	
778	1404096	14/05/1988	1988	09/09/1988	1988	25/09/88	27	M	Ignorado	Metulha	0000	Padre	em est	0000	INGLESES	Regional Norte	40	Drogas	Vivo																	
779	1705506	16/05/1985	1985	19/05/1987	1987	19/05/87	36	M	Ignorado	De 4 a 7	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	COQUEPOS	Regional Continente	40	Drogas	Morto	20/03/94																
780	1704943	23/02/2003	2003	23/02/2003	2003	14/02/03	33	F	Branco	De 8 a 11	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	ESTRETO	Regional Continente	30	HeeresDog	Vivo																	
781	1678289	18/02/2002	2002	23/02/2002	2002	13/02/02	31	F	Branco	De 4 a 7	0000	De la/ j anis	0000	CASERDA S	Regional Sul	30	Heeresos	Vivo																		
782	1206302	10/09/1987	1987	10/09/1986	1986	10/09/86	30	F	Ignorado	De 1 a 3	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	Ignorado	Regional Oeste	30	HeeresDog	Vivo																	
783	141668	16/09/1987	1987	07/09/1987	1987	7/09/87	27	F	Branca	De 1 a 3	0000	De la/ j anis	0000	CENTRO	Regional Centro	30	Heeresos	Morto	#####	N-CE	S															
784	1595434	16/09/1987	1987	25/09/1986	1986	23/09/86	28	M	Branco	De 12 a maior	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	ESTRETO	Regional Continente	30	HomosDog	Morto	#####	N-F	S														
785	146784	19/02/2002	2002	19/02/2002	2002	30/09/02	32	M	Branco	De 1 a 3	0000	Platore	em est	0000	INGLESES	Regional Norte	30	Heeres-oban	Morto	#####	R-EP	S														
786	1542303	22/05/1988	1988	22/05/1988	1988	23/09/88	28	M	Ignorado	De 4 a 7	0000	#N/D			CENTRO	Regional Oeste	30	Heeres-oban	Morto	7/8/98																
787	1694947	05/02/2001	2001	16/02/2001	2001	23/09/01	30	M	Ignorado	De 1 a 3	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	CENTRO	Regional Centro	40	Drogas	Vivo																	
788	1698802	09/09/1986	1986	09/09/1986	1986	19/09/86	26	M	Ignorado	De 4 a 7	0000	#N/D			ESTRETO	Regional Continente	40	Drogas	Vivo																	
789	1698803	12/02/2006	2006	19/02/2006	2006	12/09/06	36	M	Branco	De 4 a 7	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	CENTRO	Regional Oeste	30	HeeresDog	Vivo																	
790	1698805	04/02/2001	2001	19/02/2000	2000	7/09/00	29	M	Ignorado	De 1 a 3	0000	Padre	em est	0000	CAPOERAS	Regional Continente	30	Homosessu	Morto	#####	N-LE	S														
791	180818	25/02/2006	2006	30/02/2005	2005	30/09/05	25	M	Branco	De 8 a 11	0000	Auxiliar de est	em est	0000	ARMACAO	Regional Sul	30	Heeresos	Vivo																	
792	1704897	23/07/1985	1985	24/07/1985	1985	23/09/85	25	M	Ignorado	De 1 a 3	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	COLOMHA	Regional Continente	30	Homosessu	Morto	#####																
793	1636270	24/07/2001	2001	24/04/2001	2001	23/09/01	31	F	Ignorado	De 1 a 3	0000	Trabalhador	De la/ j anis	0000	COQUEPOS	Regional Centro	30	Heeresos	Morto	14/02/02																
794	1636270	24/07/2001	2001	25/09/1999	1999	23/09/99	29	M																												

ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO AIDS (PACIENTES COM 13 ANOS OU MAIS)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)				
Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravobênça		Código (CID10)	3 Data de Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Nome do Paciente		7 Data do Diagnóstico	
	8 (ou) Idade		9 Data de Nascimento	
	10 Sexo M - Masculino F - Feminino 9 - Não		11 Estado	
	12 Escolaridade		13 Raça/Cor	
Dados de Residência	14 Número do Cartão SUS		15 Nome da Mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa,...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Ocupação	32 Sexo	33 Sexo	
Autorecorte e Epidemiologia	Provável modo de transmissão			
	34 Transmissão vertical	35 Sexo	36 Sexo	
	37 Sanguínea	Uso de drogas injetáveis	38 Transfusão sanguínea	39 Sexo
	40 Informação sobre transfusão/acidente	41 UF	42 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	Código (IBGE)
	43 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?	44 UF	45 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	Código
Dados de Laboratório	Evidência laboratorial de infecção pelo HIV			
	46 Teste de triagem	47 Teste rápido 1	48 Teste rápido 2	49 Teste rápido 3
	50 Teste confirmatório	51 Teste rápido 3	52 Teste rápido 3	53 Teste rápido 3

Critérios de definição de casos de aids	41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Difusão do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*		<input type="checkbox"/> Caxexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Dermite persistente (2) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) *Excluída a tuberculose como causa	
	42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, bazo ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês <input type="checkbox"/> Histoplasmosse disseminada <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês		<input type="checkbox"/> Leucencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e Hanseníase <input type="checkbox"/> Pneumonia por Pneumocystis carinii <input type="checkbox"/> Restrição de doença de Chagas (maringoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Salmonose (sepsis relacionada não-typhi) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm		
43 Critério óbito Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>				
Trat.	44 UF 45 Município onde se realiza o tratamento Código (BCE)		46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento Código	
	47 Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
Investigador	Nome		Função	
	Assinatura			

AIDS_ADU_NET 10/12/2008 MR COREL

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

SINAN NET SVS 09/09/2008

ANEXO B - AIDS (PACIENTES MAIORES QUE 13 ANOS)
INSTRUMENTO PARA PREENCHIMENTO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO – SINAN NET

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenche-lo.

2 - Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

4 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

5 - Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

6 - Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

7- Anotar a data do diagnóstico. Data em que o indivíduo se enquadra em um dos critérios de definição de casos de Aids, ou seja, tenha evidência clínica e laboratorial, exceto quando se trata do critério óbito. Nesse caso, a data do diagnóstico é igual a data do óbito. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

8 - Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

9 - Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.

10 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

11 - Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

12 – Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino.

13 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena

ou índio).

14 - Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.

15 - Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde – SUS.

16 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).

17 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO**

OBRIGATÓRIO.

18 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

19 - Anotar o nome do distrito de residência do paciente.

20 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

21 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.

22 - Anotar o número do logradouro da residên

cia do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

23 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).

24- Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1

(ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).

25- Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.

26 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João)

27 - Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

28 - Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

29 - Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1 = área com características estritamente urbana; 2 = área com características estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).

30 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

31 - Informar a ocupação do indivíduo no momento do diagnóstico. Refere-se à atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado.

O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

Provável modo de transmissão.

Para informar o provável modo de transmissão deve ser considerado: contato sexual desprotegido, contato direto com sangue, que inclui compartilhamento de agulhas para injeção de drogas; transfusão de sangue e/ou hemoderivados; acidentes com material biológicos (ocupacionais ou não) que gerem contato direto destes com mucosas, com pele não íntegra e com tecidos profundos do corpo, permitindo o acesso à corrente sanguínea e transmissão vertical. Além disso, deve ser considerado o período de latência entre a infecção pelo HIV e os sintomas e sinais que caracterizam a doença causada pelo HIV (Aids). As medianas desse período estão entre 3 a 10 anos, dependendo da via de infecção. É possível assinalar categoria de exposição sexual associada à sanguínea (Ex: relações sexuais com homens e uso de drogas injetáveis).

32 - Transmissão vertical.

1- Quando o provável modo de transmissão ocorreu da mãe/nutriz HIV+ para o filho/criança durante a gestação, parto ou amamentação.

2- O provável modo de transmissão não foi atribuído à transmissão vertical.

9 - Não foi possível, após a investigação, informar se o provável modo de transmissão foi atribuído à transmissão vertical.

33- Sexual

1- Quando o provável modo de transmissão é atribuído a relações sexuais somente com homens.

2- Quando o provável modo de transmissão é atribuído somente relações sexuais com mulheres.

3- Quando o provável modo de transmissão é atribuído a relações sexuais com homens e mulheres.

4- O provável modo de transmissão não foi atribuído à transmissão sexual.

9- Ignorado. Não foi possível, após a investigação, informar se o provável modo de transmissão é atribuído à transmissão sexual.

34 - Sanguínea

- Uso de drogas injetáveis. Quando o provável modo de transmissão é atribuído ao uso de drogas injetáveis.

- Tratamento/hemotransfusão para hemofilia. Quando o provável modo de transmissão é atribuído ao tratamento para hemofilia.

- Transfusão sanguínea. Quando o provável modo de transmissão é atribuído à transfusão. É necessária a investigação da transfusão para confirmação dessa categoria de exposição segundo a recomendação da vigilância sanitária referente à hemovigilância.

- Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses. Quando o provável modo de transmissão é atribuído ao acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses. É necessário que as recomendações do Ministério da Saúde relacionados a investigação do acidente sejam cumpridas para confirmação dessa categoria de exposição.

35- Data em que ocorreu a transfusão/acidente

36- Unidade Federada do município onde ocorreu a transfusão/acidente

37- Município onde ocorreu a transfusão/acidente

38- Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente

39- Informar a conclusão da investigação da transfusão/acidente considerando as recomendações do Ministério da Saúde.

40- Evidência laboratorial de infecção pelo HIV

A. Evidência laboratorial de infecção pelo HIV em adultos para fins de vigilância **epidemiológica (13 anos de idade ou mais)**

A.1 - A evidência laboratorial de infecção pelo HIV é definida por meio de algoritmos estabelecidos pelo Ministério da Saúde – Portaria nº 59 de 28 de janeiro de 2003. No entanto, exclusivamente para fins de

vigilância epidemiológica, será considerada evidência laboratorial de infecção pelo HIV a existência de:

- i – 01 teste de triagem reagente;
- ii – 01 teste confirmatório positivo, ou;
- iii – 02 testes rápidos positivos.

A.2 - São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV: várias gerações de ensaio por imunoadsorção ligado à enzima (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, ELISA), ensaio imunoenzimático (Enzyme Immuno Assay, EIA), ensaio imunoenzimático com micropartículas (Microparticle Enzyme Assay, MEIA) e ensaio imunoenzimático com quimioluminescência, entre outros. São testes confirmatórios: imunofluorescência indireta, imunoblot e Western blot.

A.3 - Os testes rápidos somente poderão ser realizados em serviços de saúde definidos pelo Ministério da Saúde (MS), que utilizarem o algoritmo de testes validado por este órgão governamental e de acordo com a Portaria nº 34/SVS/MS, de julho de 2005 (www.aids.gov.br/ Área Técnica/ Diagnóstico/ HIV/Aids/Algoritmo de teste rápido para diagnóstico do HIV).

41- Critério Rio de Janeiro/Caracas

Assinalar “sim” quando o indivíduo apresenta sinais, sintomas ou doenças no momento do diagnóstico.

Assinalar “não” quando o indivíduo não apresenta sinais, sintomas ou doenças no momento do diagnóstico.

42- Critério CDC Adaptado.

Assinalar “sim” quando o indivíduo apresenta doença indicativa de Aids no momento do diagnóstico e/ou contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm³.

Assinalar “não” quando o indivíduo não apresenta doença indicativa de Aids no momento do diagnóstico.

43- Critério óbito

Assinalar quando o caso for notificado por meio das informações reunidas a partir da declaração de óbito onde haja menção a Aids/sida (ou termos equivalentes) e a investigação epidemiológica for inconclusiva.

44- Unidade federada do município onde o indivíduo realiza o tratamento

45- Município onde o indivíduo realiza o tratamento

46 - Unidade de saúde onde se realiza o tratamento

47- Atualizar essa informação quando o caso de Aids evoluir para óbito

2-Quando causa básica do óbito for atribuída à Aids.

3-Quando causa básica do óbito for atribuída a outras causas.

48- Preencher com a data de óbito (dd/mm/aaaa)

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação

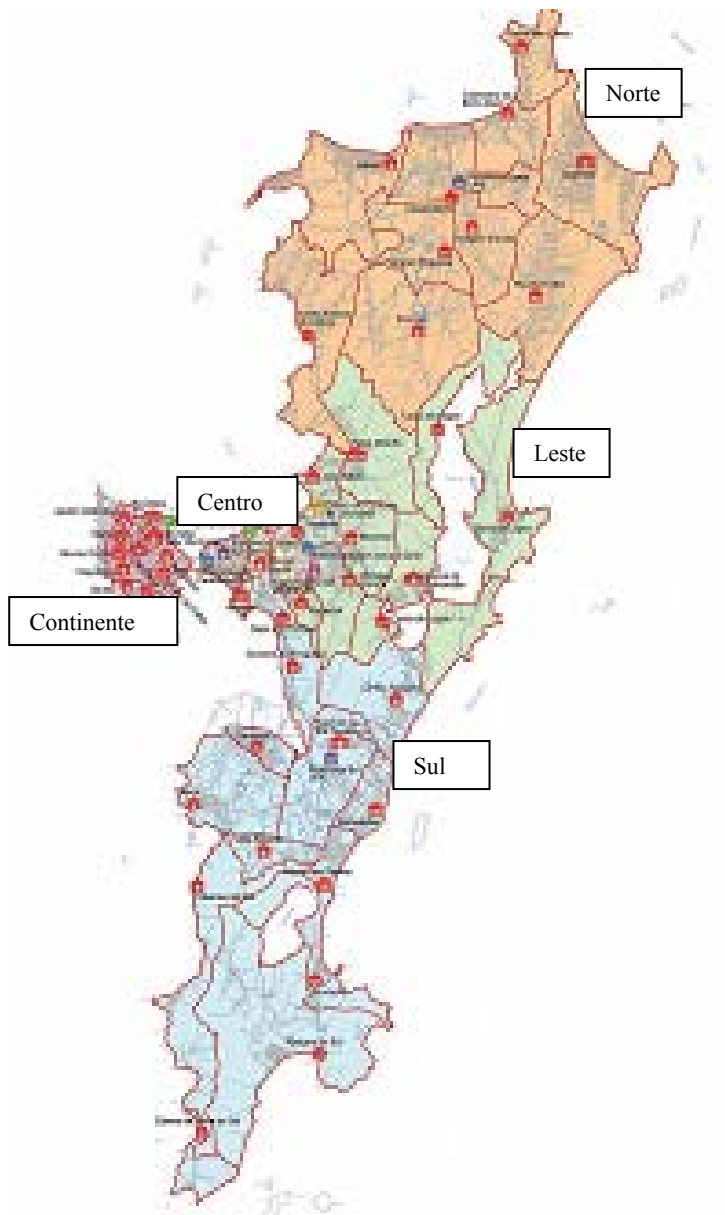
Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da silva

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

ANEXO C - MAPA DAS REGIONAIS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS



ANEXO D – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS



**Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Trajetória Histórica da AIDS em Florianópolis (1986 – 2006)" da pesquisadora responsável Maria Itayra dos Santos Padilha, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEP/UFSC.

Florianópolis, 11/08/2009.

Mária Francisca dos Santos Daussey
Departamento de Integração Ensino Serviço
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

ANEXO E – CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSC

O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSC, INSTITUÍDO PELA PORTARIA Nº 0384/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA Nº 0384/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPISH, considerando o comitê no Regimento Interno do CEPISH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 331 **FR:** 290589

TÍTULO: A Trajetória Histórica da AIDS em Florianópolis (1986 a 2006)

AUTOR: Maria Inayra Coelho de Souza Padilha, janelice de azevedo neves bastiani

FLORIANÓPOLIS, 05 de Novembro de 2009.

Coordenador do CEPISH UFSC