

INFECÇÃO PELO HIV E AIDS EM MUNICÍPIO DO NORTE DE MINAS GERAIS

HIV infection and AIDS in the north of Minas Gerais

João Alves Pereira¹, Rodrigo Honorato Marques², Lauro Vinícius Lopes Fonseca³, América Maria Eleutério⁴,
Maria de Lourdes Carvalho Bonfim⁵, Orlene Veloso Dias⁶

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de HIV/AIDS, residentes na região norte do Estado de Minas Gerais, que estão cadastrados e receberam atendimento à saúde em um serviço especializado ambulatorial em Montes Claros - MG, no período compreendido entre janeiro de 1987 e julho de 2007. Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo, documental e transversal. Foi realizada consulta às fichas individuais e aos prontuários dos pacientes acompanhados pelo Serviço de Atenção Especializada em Infectologia (SAEI) do Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN), da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). A população estudada foi composta por 457 pessoas, 243 (53,2%) homens e 214 (46,8%) mulheres. Há predominância da via de contágio sexual (351 pessoas = 76,8%), sendo essa principalmente do tipo heterossexual (325 pessoas = 71,1%). No período estudado, houve um aumento do número de casos em ambos os sexos, dessa forma, a Razão de Sexo sofreu pouca variação. O maior número absoluto de infectados encontra-se na faixa etária de 36 a 45 anos (155 indivíduos = 33,91% do total), sendo que, especificamente, essa faixa etária apresenta o maior número de infectados do sexo masculino (91 indivíduos = 37,5% do total de homens infectados). Há predomínio do sexo feminino nos grupos etários até 35 anos (112 indivíduos em um total de 198 = 56,5% do total de indivíduos nessa faixa etária). Houve inversão da Razão de Sexo nos grupos etários até 35 anos, com 86 casos em indivíduos do sexo masculino para cada 112 casos em indivíduos do sexo feminino (Razão de sexo = 0,76). Verificou-se

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the epidemiologic profile of patients with HIV / AIDS, residents in the northern region of Minas Gerais, Brazil, who were registered and received health care at a specialized outpatient clinic in Montes Claros - MG, in the period from January 1987 to July 2007. This was a quantitative, descriptive, documental, cross-sectional study. We assessed the medical records of patients followed up by the Department of Specialized Care in Infectious Diseases (SAEI) of the Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN), of the Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). The study population comprised 457 individuals; 243 (53.2%) males and 214 (46.8%) females. There was a predominance of sexually acquired infection (351 individuals = 76.8%), mainly through heterosexual contact (325 persons = 71.1%). Because during the study period there was an increase in the number of cases in both sexes, the sex ratio had little variation. The largest absolute number of infected people was in the 36-45 years age range (155 individuals = 33.91% of total) and, specifically, this age range had the highest number of infected males (91 individuals = 37.5% of infected men). There was a predominance of females in the <35 years age range (112 individuals in a total of 198 = 56.5% of the total individuals in this age range). There was a reversal of the sex ratio in the <35 years age range, with 86 males for every 112 females (sex ratio = 0.76). Of a total of 243 women, only 25 (12%) were pregnant at the time they were registered in the service. Concerning symptoms, the male group was more symptomatic (77% of symptomatic individuals), while the female group was

¹ João Alves Pereira, Enfermeiro. Graduado pela Universidade Estadual de Montes Claros, Membro do Grupo de pesquisa em Enfermagem da UNIMONTES. E-mail: joao_alvespereira@yahoo.com.br

² Rodrigo Honorato Marques, discente de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

³ Lauro Vinícius Lopes Fonseca, Enfermeiro. Graduado pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

⁴ América Maria Eleutério, Médica. Professora do Departamento de Medicina da UNIMONTES. Mestre em Ciências da Saúde pela UNIFESP.

⁵ Maria de Lourdes Carvalho Bonfim, Odontóloga. Professora do Departamento de Odontologia da UNIMONTES. Mestre em Ciências da Saúde pela UNIFESP. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFMG

⁶ Orlene Veloso Dias, Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem da UNIMONTES. Mestranda em Enfermagem pela UNIFESP.

que, do total de 243 mulheres, apenas 25 (12%) estavam gestantes no momento em que foram cadastradas no serviço. Quanto à manifestação de sintomas da doença, o grupo masculino apresenta-se mais sintomático (77% dos indivíduos sintomáticos), ao passo que o grupo feminino apresenta-se mais assintomático (22% dos indivíduos assintomáticos). Os indivíduos com pele de cor parda são os mais acometidos (77,9%), seguidos por indivíduos com pele de cor branca (16,85%). Dentre as cidades da região norte de Minas Gerais, Montes Claros apresenta o maior número de soropositivos (218 indivíduos = 47,7%). Há um predomínio de pacientes da zona urbana (433 indivíduos = 94,74% do total), o que demonstra o caráter urbano do HIV/AIDS na região. Foi possível descrever o perfil do paciente HIV positivo da cidade de Montes Claros e região, caracterizando esse grupo de pacientes quanto aos aspectos sociais, biológicos, sexuais e comportamentais, demonstrando o aumento do número de casos da doença na região no decorrer dos anos estudados. Finalizando, entende-se que cabe aos profissionais de saúde oferecer o cuidado integral à população infectada, propor ampla reflexão e discussão das situações que coloquem em risco os usuários para a contaminação com o vírus e, assim, desenvolver instrumentos eficazes para garantir o atendimento às pessoas infectadas e/ou doentes e para evitar que as pessoas não infectadas se contaminem com o HIV.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. HIV. Assistência Ambulatorial. Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) representa um grande problema de saúde pública^{1,2} e, sobretudo social, não somente nos países em desenvolvimento, mas mundialmente, considerando que constitui uma doença de difícil contenção por envolver aspectos comportamentais e sociais complexos e por ainda não ser real a possibilidade de cura para tal enfermidade.³⁻⁵

Quando a AIDS foi descoberta, imaginava-se que a sua cura fosse encontrada em curto espaço de tempo.⁶ Entretanto, passados mais de vinte anos após esse fato, verificou-se que ela sofreu modificações e se espalhou pelo mundo. Ocorreu uma mudança radical no perfil do soropositivo. A doença parece não ter preferência por grupos específicos e atinge todas as camadas populacionais, tanto dos países em desenvolvimento quanto dos desenvolvidos.⁷

more asymptomatic (22% of asymptomatic individuals). Dark-skinned individuals were more affected (77.9%) than fair-skinned ones (16.85%). Among the towns of the northern region of Minas Gerais, Montes Claros had the highest rate of HIV seropositivity (218 individuals = 47.7%). There was a predominance of patients from the urban area (433 subjects = 94.74% of the total), and this shows the urban character of HIV / AIDS in the region. The profile of HIV patients of Montes Claros and region was described according to social, biological, sexual and behavioral aspects, demonstrating an increasing number of cases of the disease in the region, during the study period. In conclusion, health care professionals should provide full care for the infected population, propose reflections and discussions about risky behavior and develop efficient tools for HIV-infection prevention and the care of HIV-infected and AIDS patients.

KEY WORDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Ambulatory Clinical Cares. Epidemiology.

O avanço das pesquisas biomédicas aumentou consideravelmente o conhecimento acerca da doença, mas ainda não possibilitou a descoberta da cura. Entretanto, o tratamento do paciente com AIDS já é uma realidade em muitos países e provocou um aumento considerável da sobrevivência dos soropositivos.⁸ Hoje, em alguns países, é possível conviver com o vírus e ter certa qualidade de vida. O Brasil é referência mundial no tratamento da AIDS, já que aqui os pacientes recebem o “coquetel de medicamentos” gratuito através dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e são acompanhados regularmente pelo serviço de DST/AIDS no qual estão cadastrados.^{4,9} Em outros países, a realidade é bem diversa. Nos países africanos, sobretudo na África Subsaariana, onde o número de infectados é o maior do mundo⁶, faltam investimentos para o controle efetivo da infecção e para o tratamento dos doentes.¹⁰

A descoberta da AIDS ocorreu em 1981, nos Estados Unidos da América (EUA), quando o Centers for Diseases

Control (CDC) identificou uma nova moléstia que acometia homossexuais masculinos³. Inicialmente, a epidemia da AIDS restringia-se a usuários de drogas injetáveis, hemofílicos, prostitutas e homossexuais. Com isso, surgiu a expressão “grupo de risco” em uma tentativa de monitorar e compreender a distribuição da doença. Entretanto, essa conceituação foi infeliz, pois comparava soropositivos com grupos à margem da sociedade, o que gerou grande discriminação contra os infectados e provocou um entendimento inadequado sobre os riscos de transmissão da doença.¹¹ Com o aumento da incidência da doença em pessoas que não pertenciam aos grupos de risco, como mulheres, heterossexuais e idosos, surgiu a necessidade da atualização e da adequação do termo que designaria quais pessoas estariam mais suscetíveis à contaminação pelo vírus. Dessa forma, o novo paradigma científico transferia ao indivíduo a responsabilidade sobre a sua saúde e determinava quais comportamentos traziam mais riscos de contágio. Nascia, assim, a expressão “comportamento de risco”.⁷ Um novo perfil epidemiológico tornou-se mais evidente quando as crianças passaram a ser atingidas. Foi observado que a AIDS atingia cada vez mais mulheres donas-de-casa, com parceiro fixo e com relação estável, juntamente com um número sucessivamente maior de crianças. Dessa forma, os conceitos de “grupo” e “comportamento de risco” tornaram-se ultrapassados e concluiu-se que a vulnerabilidade à doença seria determinada pela situação de risco social à qual a pessoa estaria submetida.⁷ Confirmando a mudança no panorama epidemiológico da doença, estudos revelaram uma crescente heterossexualização, pauperização, feminização, interiorização e juvenilização da epidemia do HIV e da AIDS, a partir da década de 90, no mundo.¹²

Quanto a essa mudança no perfil da doença no Brasil, o Programa Brasileiro de DST/AIDS afirma que está associada às mudanças de comportamentos, práticas e atitudes da população brasileira frente às questões relacionadas à transmissão do HIV.¹³ Dados recentes publicados na cartilha dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA's) de 2006 revelam que o contato heterossexual é a principal via de transmissão entre as mulheres (53,6% do total), apresentando um crescimento significativo de 36,5% no período compreendido entre 1986 e 1999, ou seja, em 1986, 32,3% das mulheres infectaram-se pela via sexual, em 1999 esse número subiu para 67,9%.¹¹ Da mesma forma, o número de casos do sexo feminino no Brasil cresceu muito. O Boletim epidemiológico publicado em janeiro de 2005 aponta que foram de apenas três casos registrados em 1983 a 5041 casos em 2005, com ápice de 13473 em 2003, o que mostra a rápida e crescente disseminação da doença nessa

parcela da população.¹⁴ Devido a esta crescente feminização da doença no Brasil, o número de infecções de mãe para filho, a denominada “transmissão materno-infantil” ou “vertical”, aumentou acentuadamente, sendo responsável por aproximadamente 82,9% do total de casos em menores de 13 anos de idade.¹⁴ Em 1994, aproximadamente 24% dos casos de AIDS no Brasil estavam relacionados ao uso de drogas injetáveis e, em 2003, apenas 6% estavam assim relacionados, mostrando que esta categoria de exposição teve sua importância diminuída na determinação de novos casos.¹¹

Pesquisa realizada pelo Programa Brasileiro de AIDS do Ministério da Saúde, com população brasileira de 15 a 54 anos, juntamente com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e com o apoio do CDC dos EUA, no ano de 2004, revela que a maioria da população estudada conhece como o HIV é transmitido (o conhecimento correto das formas de transmissão do HIV se eleva com o aumento da idade e com o aumento do nível de escolaridade), que aumentou o uso de preservativo masculino com parceiro eventual (o uso de preservativo na última relação sexual com parceiro eventual foi de 67%, em 1998 era de 63,7%), que diminuiu o comportamento de risco entre os jovens (em 2004, 51% dos jovens entre 16 e 25 anos relataram ter usado preservativos na primeira relação sexual, em 1998 eles eram 49% e, em 1986, apenas 9%) e que aumentou, também, a sobrevivência dos soropositivos. Esses dados apontam para a estabilização das taxas de prevalência da infecção pelo HIV no Brasil.¹³

A AIDS no Brasil

O primeiro caso de AIDS brasileiro foi descoberto em 1983, em um paciente portador de Sarcoma de Kaposi; em outros estudos, puderam-se identificar casos anteriores em 1980 e 1982.¹⁵ A partir daí, a doença disseminou-se nas várias regiões do Brasil. Seu perfil sofreu grandes mudanças com o decorrer dos anos, o que mais se exemplificou pelo crescimento da prevalência em mulheres. Os casos de AIDS no país, no entanto, devem ser analisados separadamente por regiões, pois se apresentam como um mosaico em que a doença surge como perfil de diversas subepidemias em cada região. Isso se deve às diferentes realidades socioeconômicas de cada espaço regional brasileiro. A epidemia tende a evoluir em uma tendência geral de estabilização no número de casos, apesar da elevação do número de casos entre mulheres jovens de baixas renda e escolaridade, e entre os homossexuais jovens.^{15,16}

Inicialmente, a epidemia restringia-se, no país, aos centros cosmopolitas de São Paulo e Rio de Janeiro e,

posteriormente, passou a estender-se por todo o país. As metrópoles regionais foram o primeiro eixo de disseminação e, a partir desses locais, o HIV disseminou-se para os demais municípios. Principalmente devido às diferenças socioeconômicas regionais já citadas anteriormente, a epidemia da AIDS apresenta o perfil multifacetado conhecido atualmente no Brasil.¹⁷

Um estudo realizado pela Coordenação Estadual de DST/AIDS do Estado de Minas Gerais, em 1994, revelou que o primeiro caso notificado de AIDS no estado foi identificado em 1982, em um paciente residente na cidade de Divinópolis. A partir do período compreendido entre os anos de 1982 e 1994 foram notificados 3534 casos de AIDS no estado. A principal categoria de transmissão é a sexual com 53,1% dos casos, seguida pela categoria dos usuários de drogas injetáveis (UDI), que representa 10,7% dos casos, os hemotransfundidos perfazem um total de 2,9% das notificações, a transmissão vertical representa 1,3%, e os hemofílicos, 1,0%. Ainda de acordo com esse estudo, aumentou o número de infecções em mulheres e em crianças no estado.¹⁸

Outro estudo realizado por Ribeiro e Nery de Jesus¹⁹ revelou que, no estado de Minas Gerais, no período de 1994 a 2004, foram notificados 386 casos de AIDS em idosos. Um crescimento importante, de acordo com os autores. O perfil dos idosos mais acometidos apresenta indivíduos na faixa etária de 60 a 69 anos, na maioria, heterossexuais e mulheres.

Esses dados apontam para uma mudança do perfil do soropositivo em Minas Gerais, que acompanha a mudança do perfil ocorrida em nível nacional. O conhecimento do perfil epidemiológico dos portadores do HIV e as principais formas de contágio da AIDS são essenciais no desenvolvimento de políticas preventivas para a doença, interferindo nos pontos vulneráveis em que o comportamento resulta na aquisição do vírus, e, assim, seja contido seu avanço.²⁰

Sendo assim, este estudo teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de HIV/AIDS, residentes na região norte do Estado de Minas Gerais, que são cadastrados e receberam tratamento médico no Serviço de Atenção Especializada em Infectologia (SAEI) do Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), em Montes Claros - MG, no período compreendido entre janeiro de 1987 e junho de 2007.

A rede de assistência médica às pessoas contaminadas com o vírus HIV/AIDS, em Montes Claros, é composta pelas Unidades de Atenção Primária a Saúde (APS), pelo Centro Municipal de Infectologia (CMI), pelo Serviço de

Atenção Especializada em Infectologia (SAEI) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) e pelo Hospital Universitário Clemente Faria (HUCF) da UNIMONTES. Cabe à APS identificar e estimular os usuários à prevenção e estimular o diagnóstico precoce; o CMI, além de proporcionar ações de prevenção, também oferece o diagnóstico rápido e o acompanhamento dos casos confirmados. O SAEI da UNIMONTES atende os pacientes com HIV/AIDS da região do norte de Minas Gerais e do sul da Bahia. Aqueles que necessitam de internação hospitalar contam com o HUCF, referência no atendimento às pessoas com AIDS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, documental e transversal, de cunho quantitativo.

Como fontes de dados, foram utilizadas as fichas individuais e os prontuários dos pacientes inscritos no Serviço de Atenção Especializada em Infectologia (SAEI) do Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN) em Montes Claros - MG. Serviço este que funcionava na Policlínica Doutor Hermes Augusto de Paula, antigo ambulatório da FAMED (Faculdade de Medicina) da Fundação Universidade Norte de Minas (FUNM), atual UNIMONTES. Foram analisadas todas as fichas individuais e prontuários dos pacientes que foram atendidos no serviço.

Os critérios de inclusão utilizados são: o paciente estar cadastrado no centro e ter recebido atendimento médico, mesmo se, no momento, tiver abandonado o tratamento. O critério de exclusão definido foi a ficha individual e o prontuário não possuírem pelo menos cinco das variáveis definidas para o estudo.

Os critérios de confirmação de casos de AIDS considerados foram os utilizados no atendimento do referido serviço e disposto pelo Ministério da Saúde, e que são apresentados no manual Critério de Definição de Casos de AIDS em Adultos e Crianças.

Como variáveis da pesquisa foram consideradas características sociais, biológicas, sexuais e comportamentais. Sendo elas o sexo (masculino ou feminino); a idade (classificada entre as faixas etárias de menores de 1 ano, 1-5 anos, 5-9 anos, 10-15 anos, 16-25 anos, 26-35 anos, 36-45 anos, 46-60 anos e maiores de 60 anos); a escolaridade (Analfabeto; Ensinos Fundamental, Médio ou Superior, podendo ter sido completados ou não); a cor da pele (melanoderma, feoderma, xantoderma ou leucoderma); o contato sexual (homossexual, bissexual ou heterossexual); o município

de residência; a zona de residência (se rural ou urbana); a naturalidade (Montes Claros, norte de Minas Gerais, sul da Bahia ou outros); o estado civil (casado, solteiro, viúvo, divorciado ou outros); a parceria sexual (única, múltipla ou não tem); a via de contágio (sexual, sanguínea, perinatal, hemofilia, acidente de trabalho ou usuário de drogas injetáveis); o ano do cadastro no centro de DST/AIDS do CAETAN; a situação do caso (se gestante, sintomático, assintomático, etc.); e a profilaxia na gestação (se fez ou não profilaxia com antirretrovirais durante gestação ocorrida no período da doença).

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre maio e julho de 2007, por meio de ficha de coleta de dados. Foram consultados todos os prontuários e fichas individuais dos pacientes cadastrados no SAEI do CAETAN.

Para análise dos dados, foi elaborado um banco de dados no programa computacional SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 13.0.1, operando em computador com sistema operacional Windows XP Home.

O estudo segue as regulamentações descritas na Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, o qual regula, no Brasil, as pesquisas envolvendo seres humanos.

Este estudo iniciou-se após ter sido apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIMONTES mediante o Parecer Consubstanciado Nº 607/2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De um total de 521 prontuários e fichas cadastrais encontrados, 64 foram excluídos do estudo, pois não contemplavam os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Assim, foram analisados os dados de 457 pacientes cadastrados no período compreendido entre janeiro de 1987 e julho de 2007, registrados no CAETAN, e que se encaixaram nos critérios de inclusão e exclusão citados anteriormente. Didaticamente, optou-se por apresentar as variáveis em dois tópicos: Caracterização Sócio-demográfica da População Estudada e Caracterização das Variáveis Relativas à forma de infecção pelo HIV/AIDS.

Caracterização Sócio-demográfica da População Estudada

Em relação à variável sexo, dos 457 pacientes estudados, 243 (53,2%) eram homens e 214 (46,8%) mulheres. O número de indivíduos infectados aumentou no decorrer dos anos. Houve um aumento do número de casos em ambos

os sexos. Dessa forma, a razão entre os casos do sexo masculino e os casos do sexo feminino (Razão de Sexo) sofreu pouca variação ao longo do período estudado, demonstrando que, em quase todos os anos, o número de homens infectados mantém-se superior ao de mulheres, como se pode ver na tabela 1. Os dados mostram que, no total, os indivíduos do sexo masculino ainda são mais acometidos, entretanto, o número de casos entre as mulheres apresenta crescimento e chega a ser superior que o número de casos masculinos em alguns anos (Tabela 1). Dados do Ministério da Saúde divulgados pela cartilha do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), em 2006, mostram que houve um aumento muito significativo no número de novas infecções de mulheres no Brasil.¹¹ A partir do ano 2000, a frequência dos casos em mulheres torna-se maior que nos homens.²¹ Por exemplo, entre os anos de 1994 e 1998, enquanto o crescimento do número de casos entre os homens foi de 7,6%, no mesmo período, nas notificações, os casos entre as mulheres apresentaram um crescimento de 71%, ou seja, pouco mais de nove vezes maior que o crescimento das notificações entre os homens.¹¹ A razão existente entre o número de infectados do sexo masculino e feminino passou de 24:1, em 1985, para 6:1 em 1990, chegando a 2:1 em 1997.¹¹ Há uma tendência de municípios brasileiros de pequeno porte apresentarem uma menor proporção entre os sexos, chegando até a inverter essa razão, o que já foi registrado em alguns municípios, principalmente aqueles com população menor que 50 mil habitantes.¹⁷ Esse padrão é muito próximo dos dados encontrados em Montes Claros e, na região, apresentam um crescimento do número de casos em mulheres, inclusive com a inversão da razão de sexo em alguns anos, apesar da pouca variação dessa razão no decorrer dos anos.

A maior parte dos pacientes pesquisados é natural de Montes Claros (218 = 47,7%), os outros são naturais das diversas cidades do norte de Minas Gerais (Pirapora, 7,2%; Januária, 5,5%; Bocaiúva, 3,7%; etc.); um número significativo de pacientes é natural de outras regiões (132 = 28,9%), como mostra a tabela 2. Há um predomínio de pacientes da zona urbana (433 indivíduos = 94,74% do total), o que nos demonstra o caráter urbano da epidemia na região (Tabela 3). Como citado anteriormente, foi verificado que o vírus se espalhou para locais distantes dos grandes centros brasileiros e chegou aos municípios de médio e pequeno porte, como a maioria das cidades do norte de Minas Gerais. O ciclo de trânsito do vírus no espaço brasileiro inicia-se com a maior incidência da doença em grandes metrópoles, como o eixo Rio - São Paulo, chegando às metrópoles regionais, como a região

metropolitana de Belo Horizonte, no final da década de oitenta. Após 1990, a AIDS atinge os municípios de médio e pequeno porte.¹⁷ De acordo com a tabela 1, no período

compreendido entre o final da década de 90 e início dos anos 2000, ocorreu o crescimento acentuado do número de casos de HIV/AIDS em Montes Claros e região.

Tabela 1 - Número de casos de AIDS, por ano, dos pacientes registrados no Serviço de Atenção Especializada em Infectologia (SAEI) do Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN), Montes Claros, 1987-2007

Ano de atendimento	Sexo do paciente				Total		Razão de sexo*
	Masculino		Feminino		N	%	
	N	%	N	%			
1987-1996	5	2,1	6	2,8	11	2,4	0,8
1997	16	6,6	13	6,1	29	6,3	1,2
1998	12	4,9	9	4,1	21	4,5	1,3
1999	32	13,2	22	10,3	54	11,8	1,5
2000	19	7,7	12	5,6	31	6,8	1,6
2001	17	7,0	19	8,9	36	7,9	0,9
2002	27	11,1	24	11,2	51	11,2	1,1
2003	22	9,1	22	10,3	44	9,6	1,0
2004	25	10,3	21	9,8	46	10,1	1,2
2005	33	13,6	35	16,4	68	14,9	0,9
2006	15	6,2	21	9,8	36	7,9	0,7
2007	20	8,2	10	4,7	30	6,6	2
Total	243	100,0	214	100,0	457	100,0	1,1

*Razão entre os casos do sexo masculino e os casos do sexo feminino

Fonte: Serviço de Atenção Especializada em Infectologia (SAEI) do CAETAN.

Tabela 2 - Número de casos de AIDS, por naturalidade, dos pacientes registrados no Serviço de Atenção Especializada em Infectologia (SAEI) do Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN), Montes Claros, 1987-2007

Ano de atendimento	Número de casos				Total	
	Homens		Mulheres		N	%
	N	%	N	%		
Montes Claros	109	44,9	109	50,9	218	47,7
Pirapora	21	8,6	12	5,6	33	7,2
Januária	13	5,3	12	5,6	25	5,5
Bocaiúva	09	3,7	08	3,8	17	3,7
Brasília de Minas	06	2,6	05	2,3	11	2,4
Janaúba	09	3,7	02	0,9	11	2,4
Rio Pardo de Minas	03	1,2	07	3,3	10	2,2
Demais cidades	73	30,0	59	27,6	132	28,9
Total	243	100,0	214	100,0	457	100,0

Fonte: Serviço de Atenção Especializada em Infectologia (SAEI) do CAETAN.

A doença apresenta um acometimento geral maior na faixa etária de 26 a 60 anos (391 indivíduos = 85,5% do total). O maior número absoluto de infectados encontra-se na faixa etária de 36 a 45 anos (155 indivíduos = 33,91% do total), sendo que, especificamente, essa faixa etária apresenta o maior número de infectados do sexo masculino (91 indivíduos = 37,5% do total de homens infectados). Já a faixa etária dos 26 aos 35 anos apresenta o segundo maior número de infectados (142 indivíduos = 31,07% do total), sendo que a maior parte é composta por mulheres (76 indivíduos = 35,5% do total de mulheres infectadas). Há predomínio do sexo feminino nos grupos etários até

35 anos (112 indivíduos em um total de 198 = 56,5% do total de indivíduos nessa faixa etária). A faixa etária de 0 a 15 anos apresenta número reduzido de indivíduos (22 = 4,8% do total de indivíduos pesquisados). A faixa etária composta por pessoas com idade superior a 60 anos é a menos representativa, apresentando apenas 12 indivíduos, o que representa 2,62% do total de indivíduos pesquisados. Houve inversão da razão de sexo nos grupos etários até 35 anos, com 86 casos em indivíduos do sexo masculino para cada 112 casos em indivíduos do sexo feminino no período de tempo estudado (Razão de sexo = 0,76) (vide tabela 3). Dados semelhantes apontam que, no Brasil, em

2007, dos homens infectados, 78% estão na faixa etária dos 25 aos 49 anos de idade, enquanto que, entre as mulheres, na mesma faixa etária, esse número chega a 71%. Houve uma inversão da razão entre os sexos masculino/feminino nas faixas etárias de jovens entre 13 e 19 anos no Brasil, mas tendo, na totalidade dos casos, predomínio masculino sobre o feminino. Essa inversão, entre as faixas etárias de 20 e 24 anos, não foi observada nos dados brasileiros em anos anteriores.²²

Tabela 3 - Características sociodemográficas dos pacientes registrados no Serviço de Atenção Especializada em Infecologia (SAEI) do Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN), Montes Claros, 1987-2007

Categorias	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária						
0 - 9	4	1,5	7	3,25	11	2,40
10 - 15	4	1,5	7	3,25	11	2,40
16 - 25	12	4,5	22	10,0	34	7,43
26 - 35	66	27,0	76	35,5	142	31,07
36 - 45	91	37,5	64	30,0	155	33,91
46 - 60	60	25,0	34	16,0	94	20,56
>60	8	3,0	4	2,0	12	2,62
Naturalidade						
Montes Claros	78	32,0	62	29,0	140	30,63
Norte de Minas Gerais	107	44,0	104	48,6	211	46,17
Sul da Bahia	6	3,0	8	3,7	14	3,06
Outros	52	21,0	40	18,7	92	20,13
Zona de residência						
Urbana	229	94,0	204	95,0	433	94,74
Rural	12	5,0	7	3,5	19	4,15
Urbana/Rural	1	0,5	1	0,5	2	0,43
Ignorado	1	0,5	2	1,0	3	0,65
Cor da pele						
Melanoderma	5	2,0	2	2,0	7	1,53
Leucoderma	43	18,0	34	16,0	77	16,84
Feoderma	187	77,0	169	78,0	356	77,89
Xantoderma	3	1,0	5	2,0	8	1,75
Ignorado	5	2,0	4	2,0	9	1,96
Escolaridade						
Analfabeto	8	3,0	8	4,0	16	3,50
Ensino Fundamental	71	29,0	71	33,0	142	31,07
Ensino Médio	45	19,0	26	12,0	71	15,53
Ensino Superior	8	3,0	7	3,0	15	3,28
Ignorado	111	46,0	102	48,0	213	46,60
Estado civil do paciente						
Solteiro	138	57,0	98	46,0	236	51,64
Casado	75	31,0	76	35,5	151	33,04
Divorciado	7	3,0	6	3,0	13	2,84
Viúvo	3	1,0	13	6,0	16	3,50
Outros	9	3,5	7	3,0	16	3,50
Ignorado	11	4,5	14	6,5	25	5,47
Total	243	100,0	214	100,0	457	100,0

Fonte: Serviço de Atenção Especializada em Infecologia (SAEI) do CAETAN.

A variável cor de pele ou tipo racial funciona como um indicador da situação de vulnerabilidade dos diferentes grupos étnicos, devendo ser utilizada nos estudos epidemiológicos sobre DST/ AIDS e outras doenças.²³ Com relação a essa variável, os indivíduos foram caracterizados como feoderma (indivíduos com pele de cor parda), leucoderma (indivíduos com pele de cor branca), melanoderma (indivíduos com pele de cor negra) e xantoderma (indivíduos com pele de cor amarela). Dentre eles, o feoderma apresenta maior número de casos (77,9% do total), seguido respectivamente por leucoderma (16,85%), xantoderma (1,75%) e melanoderma (1,53%) (Tabela 3). A variável raça só foi incluída na ficha de notificação de AIDS em 2000, quando foram notificados 17 casos de AIDS em leucodermos para cada 10 casos em melanodermos e feodermos. Em 2007, 47,3% das notificações indicavam AIDS em indivíduos com pele de cor branca; 43,3%, em indivíduos de cor preta e parda; 0,7% em amarelos; 0,4% em indígenas; e em 8,3% das notificações essa informação era desconhecida ou ignorada²⁴. Dessa forma, em Montes Claros e região, os indivíduos com pele de cor parda são os mais acometidos (77,9%), seguidos por indivíduos com pele de cor branca, ao passo que, no Brasil, os indivíduos que possuem pele de cor branca se infectam mais, seguidos por indivíduos com pele de cor preta e parda.

O grau de escolaridade tem um importante papel nas análises epidemiológicas de uma doença, principalmente a AIDS, e se apresenta como um indicador indireto para caracterizar o perfil socioeconômico e as diferenças relativas às práticas de risco de contaminação pela AIDS.¹⁵⁻¹⁷ Em 46,6% dos casos, não foi possível identificar a escolaridade, dificultando, portanto, a inclusão desta variável. Os dados coletados indicam que houve um predomínio de pacientes que apresentam o Ensino Fundamental como maior grau de escolaridade, seguidos pelos pacientes que cursaram até o Ensino Médio. No Brasil, foi constatada a predominância de pessoas com nível superior ou médio em 1982; atingindo os 76% em 1985.¹⁷ Nos anos de 1990-2000, observa-se que 74% eram analfabetos ou haviam completado o Ensino Fundamental e 26% apresentavam mais de 11 anos de escolaridade ou Ensino Superior.¹⁷ Segundo outros números do Ministério da Saúde, a proporção de indivíduos com até o primeiro grau ascendeu de 28,6% para 60,7% entre os anos de 1988-1999.^{16,17} Temos, dessa forma, o grau de escolaridade como forte auxílio para identificação da pauperização da AIDS na população. Na impossibilidade de colher dados quanto à renda dos indivíduos, utilizou-se a escolaridade para caracterizar os pacientes quanto aos aspectos socioeconômicos. Os aspectos socioeconômicos

do indivíduo são utilizados como fatores de risco para aquisição do HIV, devendo ser variáveis contempladas em atividades de prevenção e promoção de saúde e no controle da doença.^{16,17}

A maioria dos 457 pacientes declara-se solteira (51,64%). Destes, 57% são do sexo masculino e 46%, do sexo feminino. Os números de mulheres e homens casados estão muito próximos, 35,5% e 31%, respectivamente (vide tabela 3). Algumas literaturas discutem o fator das relações extraconjugais como preponderante para a transmissão do HIV/AIDS, principalmente entre as mulheres, pois algumas sabem do fato, mas consideram essa atitude como “normal” ou “coisa de homem”. Da mesma forma, algumas características sociais e culturais constituem entraves que impedem a mulher de exigir o uso de preservativos na relação, uma vez que este ato geralmente é entendido pelos parceiros como ofensa. Devido a esses e outros fatores, o que se observa hoje é um aumento crescente do número de casos em mulheres heterossexuais e casadas.^{11-14,16}

Caracterização das Variáveis Relativas à Forma de Infecção HIV/AIDS.

O tipo de contato sexual predominante é o heterossexual (325 indivíduos = 71,1% do total), mostrando a heterossexualização da epidemia da AIDS na atualidade. Como mostra a Tabela 4, a grande maioria dos pacientes, tanto homens como mulheres, mantém ou manteve relações heterossexuais, seguidos por aqueles que mantiveram relações homossexuais (31 indivíduos = 6,78% do total) e bissexuais (18 indivíduos = 3,93 do total). No início da epidemia, os homossexuais masculinos eram acometidos predominantemente. Entretanto, verifica-se que esse padrão mudou. Atualmente, há um padrão brasileiro de feminização e heterossexualização^{2,12,15-17}, que não se aplica ao apresentado no Norte de Minas, pois, como se verifica na Tabela 4, o principal grupo atingido é o do sexo masculino (243 indivíduos no total), seguido pelo grupo dos indivíduos que se declararam heterossexuais (325 pessoas). Entre as mulheres, 83% declararam relações heterossexuais, enquanto que, entre os homens, este percentual foi de 60%. As relações homossexuais e bissexuais são mais expressivas no sexo masculino e pouco significativas no sexo feminino.^{2,12,15-17}

A principal via de contágio da AIDS, no Brasil, é a sexual. Os dados encontrados em Montes Claros acompanham essa tendência, pois indicam que, dos 457 pesquisados, 351 (76,80%) infectaram-se por via sexual; 18 indivíduos (3,93%) infectaram-se por via perinatal; 9 indivíduos

(1,96%) infectaram-se através do uso de drogas injetáveis; e, em 15,75% das fichas e prontuários, a via de contágio tinha sido ignorada ou desconhecida (Tabela 4).

Tabela 4 - Número de casos de AIDS, de acordo com as variáveis relativas à forma de infecção, dos pacientes registrados no Serviço de Atenção Especializada em Infecologia (SAEI) do Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN), Montes Claros, 1987-2007

Categorias	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tipo de contato sexual do paciente						
Homossexual	29	12,0	2	1,0	31	6,78
Heterossexual	147	60,0	178	83,0	325	71,11
Bissexual	16	7,0	2	1,0	18	3,93
Ignorado ou não se aplica	51	21,0	32	15,0	83	18,16
Via de contágio						
Sexual	176	72,4	175	82,0	351	76,80
Sanguínea	6	2,5	1	0,5	7	1,53
Perinatal	7	2,9	11	5,0	18	3,93
Usuário de drogas injetáveis	8	3,3	1	0,5	9	1,96
Ignorado	46	18,9	26	12,0	72	15,75
Parceria sexual						
Única	61	25,0	99	46,0	160	35,01
Múltipla	91	38,0	42	20,0	133	29,10
Não tem	5	2,0	6	3,0	11	2,40
Ignorado ou não se aplica	86	35,0	67	31,0	153	33,47
Total	243	100,0	214	100,0	457	100,0

Fonte: Serviço de Atenção Especializada em Infecologia (SAEI) do CAETAN.

Apesar das baixas frequências de infecções por via sanguínea e drogas injetáveis em algumas localidades brasileiras, em alguns locais específicos como a cidade de Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, estudos indicam grande número de casos de AIDS adquiridos por essas vias, evento atribuído a grande quantidade de usuários de drogas injetáveis (UDI) existentes nessas localidades. Entretanto, não obstante o número elevado de infecções por via sanguínea e UDI, existe uma predominância de infecções adquiridas por meio de relações heterossexuais.²⁵ Atualmente, as formas mais comuns de contágio do HIV/AIDS, no Brasil, são a atividade sexual e a transmissão vertical.^{11,13,25} Ao encontro destes resultados, na região norte mineira, essas formas de contágio representam juntas 80,73% das infecções.

Estudos de abrangência nacional^{11,12,17,25} mostram características semelhantes as da população da região de Montes Claros quanto às formas de aquisição do vírus HIV (Tabela 4). A parceria sexual predominante entre os homens é a múltipla (38,0% do total de indivíduos masculinos), ao

passo que a parceria única predomina entre as mulheres (46% dos indivíduos do sexo feminino), ou seja, denota a prevalência de monogamia na população feminina e de parceria múltipla na população masculina. O perfil de parceria múltipla entre os indivíduos certamente contribui para uma maior probabilidade de aquisição e disseminação do HIV. Esta é uma variável que merece atenção dos profissionais de saúde, principalmente os que atuam na APS, no aconselhamento do indivíduo sobre transmissão e prevenção da AIDS, na região montesclarenses.

Em pesquisa que mostra resultados semelhantes aos dados encontrados em Montes Claros e região, realizada em 183 microrregiões urbanas do Brasil, com uma amostra de 3600 indivíduos de 16 a 65 anos, no ano de 1998, foi revelado que 80% dessas pessoas têm vida sexual ativa, sendo que, no grupo masculino, 87% informaram atividade sexual, enquanto que apenas 72% das mulheres comunicaram estar ativas sexualmente. A grande maioria da população sexualmente ativa (89%) está na faixa etária de 20 a 40 anos, e quando questionados sobre o tipo de relacionamento que mantiveram nos últimos 12 meses, 81% informam relações sexuais estáveis, ou seja, com um único parceiro, 6% informaram relações sexuais eventuais, e 13% mantinham os dois tipos de relação. Relacionando os sexos, 71% das mulheres relataram relações sexuais com parceria única, enquanto apenas 46% dos homens relataram relação sexual com uma única parceira. No total dos pesquisados, 35% das pessoas relataram atividade sexual com mais de um parceiro, e apenas 6% informaram atividade sexual com cinco ou mais parceiros no período de tempo mencionado.^{16,17}

Verificou-se que, do total de 214 mulheres, apenas 25 (12%) estavam gestantes no momento em que foram cadastradas no serviço. Quanto à apresentação de sintomas da doença, 187 homens (77%) e 124 mulheres (25%) estavam sintomáticos, ao passo que 43 homens (18%) e 48 mulheres (22%) estavam assintomáticos no momento do cadastro, mostrando que o grupo feminino mostra-se mais assintomático que o masculino no período estudado (Tabela 5).

De acordo com Tabela 6, do total de mulheres cadastradas, apenas 22 (10%) fizeram profilaxia na gestação no período em que estavam sendo acompanhadas pelo Serviço de Atenção Especializada em Infectologia (SAEI) do CAETAN ou mesmo antes do cadastro, enquanto que 19 mulheres, ou seja, 9% do total declararam que não realizaram tal profilaxia. Um número significativo de prontuários tinha essa informação ignorada (173 prontuários = 81%), demonstrando que o serviço de triagem de gestantes HIV positivas do SAEI ainda não conseguiu abarcar uma

quantidade significativa de gestantes contaminadas pelo vírus. A infecção crescente na mulher aumenta também o número de gestantes infectadas, o que pode acarretar, dessa forma, um aumento no número de crianças acometidas pelo vírus HIV.⁷

Tabela 5 - Número de casos de AIDS, por situação do caso, dos pacientes registrados no Serviço de Atenção Especializada em Infectologia (SAEI) do Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN), Município de Montes Claros, 1987-2007

Situação do caso	Homens		Mulheres	
	N	%	N	%
Gestante	-	-	25	12
Sintomático	187	77	124	58
Assintomático	43	18	48	22
Indefinido	13	5	17	8
Total	243	100	214	100

Fonte: Serviço de Atenção Especializada em Infectologia (SAEI) do CAETAN

Tabela 6 - Número de mulheres gestantes contaminadas pelo HIV que realizaram profilaxia na gestação, registradas no Serviço de Atenção Especializada em Infectologia (SAEI) do Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN), Município de Montes Claros, 1987-2007

Profilaxia na gestação	Mulheres	
	N	%
Sim	22	10
Não	19	9
Ignorado ou não se aplica	173	81
Total	214	100

Fonte: Serviço de Atenção Especializada em Infectologia (SAEI) do CAETAN.

CONCLUSÕES

Esse estudo permitiu descrever o perfil do paciente HIV positivo da cidade de Montes Claros e região, caracterizando esse grupo de pacientes quanto aos aspectos sociais, biológicos, sexuais e comportamentais, demonstrando o aumento do número de casos da doença na região.

Houve um aumento do número de casos em ambos os sexos. Dessa forma, a Razão de Sexo sofreu pouca variação ao longo do período estudado, demonstrando maior número de casos do sexo masculino em quase todos os anos.

Os indivíduos do sexo masculino são os mais acometidos. Entretanto, o número de casos entre as mulheres apresenta

crescimento e chega a ser superior que o número de casos masculinos em alguns anos. Assim, cabe aos profissionais de saúde oferecer o cuidado integral à população infectada, e propor ampla reflexão e discussão das situações que coloquem em risco os usuários para a contaminação com o vírus HIV.

Essa tendência de maior difusão do HIV entre as populações pode ser diminuída adotando medidas de prevenção como, por exemplo, o uso dos preservativos masculino e feminino, inclusive para parceiros com união estável, uma vez que a via sexual é a principal forma de contágio na cidade. Dessa forma, o planejamento familiar, sistemático e programado, na atenção básica, pode constituir um instrumento eficaz para diminuição do número de novas infecções.

Verificou-se que o paciente soropositivo na Cidade de Montes Claros e região é predominantemente masculino, mas existe maior número de casos do sexo feminino nos grupos etários até os 35 anos. A AIDS acomete principalmente a faixa etária dos 26 aos 60 anos de idade; indivíduos residentes na zona urbana; a maioria natural da cidade de Montes Claros; indivíduos que possuem cor de pele do tipo feoderma; com escolaridade entre o Ensino Fundamental e Médio; solteiros; heterossexuais; e que se contaminam pela via sexual. As características da população estudada são semelhantes às características atuais do soropositivo apontadas em pesquisas de abrangência nacional.

REFERÊNCIAS

1. Matida LH, Miranda SD. É possível a redução da transmissão materno-infantil do HIV. *J Bras AIDS*. 2000 abr/jun; 1(3):09-11.
2. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987 - 1996: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16(Sup. 1):7-19.
3. Veronesi R, Foccacia R. *Tratado de infectologia*. São Paulo: Ateneu; 1997.
4. Souza TRC. *Impacto Psicossocial da Aids: enfrentando perdas... ressignificando a vida*. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS; 2008. 90p.
5. Torres TL, Camargo BV. Representações sociais da Aids e da Terapia Anti-retroviral para pessoas vivendo com HIV. *Psicol Teoria Prática*. 2008; 10(1):64-78. [Citado em 2009 out 01]. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ptp/v10n1/v10n1a06.pdf>.
6. Ezzell C. AIDS: A Grande Batalha da Vacina. *Scientific Am Bras*. 2002 set;1(4):28-35.
7. Vidal RFC, Albuquerque VS. Vivências e significados da AIDS para um grupo de homossexuais masculinos. *J Bras Aids*. 2005 jan/fev; 6(1):1-44.
8. Mendes JRB, Oliveira FJGR, Brito HF, Andreatta MFS, Filiponi TC, Oliveira CH. Estudo da Prevalência da co - infecção HIV/HCV no município de Bragança Paulista - SP no período de 1992 a 2004. *J Bras Aids*. 2006 jan/fev; 7(1):1-48.
9. Rocha FMG. Política de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999 [Citado em 2009 jul 7]. Disponível em: <http://portaldesic.iciet.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/rochafmgm/capa.pdf>.
10. Schober J. HIV/Aids: uma tragédia plantada no solo africano. *Cienc Cult*. 2005 jan/mar; 57(1):18-18. [Citado em 2008 ago 30]. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 91p.
12. Guimarães R. Os principais discursos circulantes relacionados à epidemia de HIV/AIDS no Brasil. *Rev Min Enferm*. 2001; 5:757-63.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Brasileiro de DST e AIDS. *Epidemia de Aids no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 10-5.
14. Brasil. Ministério da Saúde. 1ª à 26ª semana epidemiológica. *Bol Epidemiol*. 2005 jan/jun; 2(01).
15. Sadala MLA, Marques SA. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2006 nov; 22:2369-78.
16. Gabriel R, Barbosa DA, Vianna LAC. Perfil epidemiológico dos clientes com hiv/aids da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte - município de São Paulo. *Rev Latino-am Enferm*. 2005 jul/ago;13(4):509-13.

17. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev SBMT*. 2001 mar/abr; 34(2):207-17.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Bol Epidemiol*. 1994 set/out; 3(6). [Citado em 2008 jun 10]. Disponível em: www.aids.gov.br/udtv/bolestados/bol_mg.htm.
19. Ribeiro LCC, Nery de Jesus MV. Avaliando a incidência dos casos notificados de AIDS em idosos no estado de Minas Gerais no período de 1999 a 2004. *Curitiba: Cogitare Enferm*. 2006 maio/ago; 11(2):113-6.
20. Brasil. Ministério da saúde. Coordenação de DST e AIDS. *A AIDS nas fronteiras do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 164p.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 816p.
22. Brasil. Ministério da Saúde. 1ª à 26ª semana epidemiológica. *Bol Epidemiol*. 2007 jan/jun; 4(01).
23. 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. [Citado em 2010 mar 25]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2002000300007&script=sci_arttext.
24. Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico (Versão Preliminar)* [Internet]. Brasília, 2009 [Citado em 2010 mar 27]. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/89/pdf/Briefing_boletim_2009_verso%20impressa_25.11.09.pdf.
25. Machado AA, Figueiredo JFC, Goulart APEP, Palavéri V, Martinez R. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, com AIDS e infecções oportunistas. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1997 jan/mar; 30:106-12.

Submissão: outubro de 2009

Aprovação: maio de 2010
