



Características epidemiológicas e sociodemográficas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Epidemiological and sociodemographic characteristics of Acquired Immunodeficiency Syndrome

Características epidemiológicas y sociodemográficas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Ronald Jefferson Martins¹, Beatriz Vieira de Souza¹, Carolina Enemoto Silva¹, Beatriz Alves Furtado¹, João Pedro de Oliveira¹, Aurineide Souza Pessoa Dias², Tânia Adas Saliba¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar as características epidemiológicas da doença e os aspectos sociodemográficos dos pacientes diagnosticados com AIDS no município de Araçatuba-SP, no período de 2011 a 2021. **Métodos:** Realizou-se a pesquisa no Departamento de IST, AIDS e Hepatites virais. Verificaram-se às variáveis presentes nas notificações compulsórias de pacientes com 13 anos ou mais e menores que 13 anos. Como dados comuns e complementares estavam: dados gerais e de laboratório, critérios de definição de casos, tratamento, evolução e antecedentes epidemiológicos da mãe. **Resultados:** No período analisado foram observadas 701 notificações compulsórias, sendo a maior taxa no ano de 2020 com 111 casos (15,8%). Observou-se a predominância do sexo masculino (78,2%), faixa etária de 21 a 30 anos (32,7%), raça/cor autorreferida branca (55,6%) e ensino médio completo (18,6%). A provável forma de transmissão foi a relação sexual com homens. Em relação ao critério de definição RJ/Caracas e CDC adaptado a maior prevalência foi assintomático em ambos. Observou-se falta de preenchimento de informações nos dois tipos de notificações. **Conclusão:** Houve um aumento no número de casos notificados de AIDS no município nos últimos anos, após acentuado declínio. As informações não preenchidas nas notificações podem comprometer a realização de políticas públicas para combater a doença.

Palavras-chave: Epidemiologia, HIV, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Notificação de doenças.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological disease characteristics and the sociodemographic aspects of AIDS diagnosed patients in Araçatuba-SP, from 2011 to 2021. **Methods:** The research was developed in the AIDS, STI, and Viral Hepatitis Department. The present variables in the compulsory notifications of patients at the age of 13 years old or more, and younger than 13 years old were verified. As common and complementary data there were: general and laboratory data, defining cases criteria, treatment, evolution and epidemiological mother history. **Results:** Throughout the analyzed period, 701 compulsory notifications were observed, with the highest rate in 2020 with 111 cases (15.8%). There was a male predominance (78.2%), aged between 21 and 30 years old (32.7%), self-reported white race/color (55.6%) and high school degree (18.6%). The probable transmission form was sexual intercourse with men. Regarding the definition criteria RJ/Caracas and CDC adapted, the highest prevalence was asymptomatic in both cases. However, there was a lack of information filling in both notification types. **Conclusion:** Currently, there has been an increase in the notified AIDS cases in the city, after a sharp decline. Unfilled information in the notifications may compromise the implementation of public policies with the purpose of combating the disease.

Keywords: Epidemiology, HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Disease notification.

¹ Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Araçatuba - SP.

² Prefeitura Municipal de Araçatuba, Araçatuba - SP.

³ Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba - SP.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las características epidemiológicas de la enfermedad y los aspectos sociodemográficos de los pacientes diagnosticados con SIDA en la ciudad de Araçatuba-SP, en el período de 2011 a 2021.

Métodos: La investigación se realizó en el Departamento de ITS, SIDA y Hepatitis Virales. Se verificaron las variables presentes en las notificaciones obligatorias de pacientes de 13 años o más y menores de 13 años. Los datos comunes y complementarios incluyeron: datos generales y de laboratorio, criterios de definición de caso, tratamiento, evolución e antecedentes epidemiológicos de la madre. **Resultados:** En el período analizado se observaron 701 notificaciones obligatorias, siendo la tasa más alta en 2020 con 111 casos (15,8%). Hubo predominio del sexo masculino (78,2%), grupo etario de 21 a 30 años (32,7%), raza/color autoreportado blanco (55,6%) y educación secundaria completa (18,6%). La forma probable de transmisión fueron las relaciones sexuales con hombres. En relación con los criterios de definición de RJ/Caracas y adaptado de CDC, la mayor prevalencia fue asintomática en ambos. En ambos tipos de notificaciones se observó falta de información. **Conclusión:** Ha habido un aumento en el número de casos de SIDA reportados en el municipio en los últimos años, luego de una fuerte caída. La información no completada en las notificaciones puede comprometer la implementación de políticas públicas para combatir la enfermedad.

Palabras clave: Epidemiología, VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Notificación de enfermedades.

INTRODUÇÃO

Os primeiros relatos a respeito do que iria ser a AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) surgiram em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados diversos casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii*, sarcoma de Kaposi e comprometimento do sistema imune em adultos, do sexo masculino e homossexuais; previamente saudáveis. Acreditava-se que se tratava de uma doença infecciosa e transmissível ainda não catalogada (GARBIN CAS, et al., 2017). A identificação e o reconhecimento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV-1) e posteriormente o HIV-2 ocorreram em 1983 e 1986; respectivamente. (BRASIL, 1999a; BRASIL, 1999b). Supõe-se que o vírus tenha origem africana, pois uma grande família de retrovírus relacionados ao HIV-1 e HIV-2, ambos capazes de infectar linfócitos por meio do receptor CD4, está presente em primatas não humanos neste continente (BRASIL, 1999a). O HIV-1 apresenta amplo espectro de manifestações clínicas, sendo que em indivíduos não tratados é estimado o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença em torno de 10 anos (BRASIL, 2013b).

A veiculação pelos meios de comunicação de que se tratava de uma doença incurável e letal e que estava associada aos homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo, levou à estigmatização por todas as camadas da sociedade, muitas vezes expresso por meio do preconceito velado, independente do grau de escolaridade e conhecimento da epidemia pelo indivíduo, proporcionando medo e desconfiança entre a população (Garbin CAS, et al., 2017; Garbin CAS, et al., 2016; Garbin CAS, et al., 2009). Nessa perspectiva, surgiu a ideia de "grupos de risco", a qual mostrou-se equivocada com a posterior propagação da doença entre grupos heterossexuais (Garbin CAS, et al., 2017). No final da década de 80, prevalece o uso de drogas injetáveis como um importante fator de infecção, utilizando-se o termo "comportamento de risco".

A partir do início dos anos 90, com o predomínio da prática heterossexual como forma de transmissão do vírus para as mulheres, adotou-se a ideia de "vulnerabilidade" (COSTA R e SILVA RRA, 2013). As principais formas de transmissão do HIV são sexual e sanguínea (usuários de drogas injetáveis e receptores de sangue e hemoderivados). Também pode ocorrer a transmissão vertical (da mãe contaminada para o filho, durante a gestação, parto ou por aleitamento) (BRASIL, 1999a). Nos dias atuais, com a associação de medicamentos antirretrovirais, houve diminuição da letalidade da doença e melhora na qualidade de vida dos indivíduos soropositivos. Entretanto, persiste alto custo humano proveniente de estigma, preconceito e discriminação (GARBIN CAS, et al., 2009).

A infecção aguda, que vai desde as primeiras semanas de infecção, até o aparecimento de anticorpos anti-HIV (soroconversão), é acompanhada por um conjunto de manifestações clínicas denominado Síndrome Retroviral Aguda (SRA), que inclui febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia e cefaleia. Na fase de latência clínica, o exame físico costuma ser normal; no entanto, persiste a linfadenopatia e à medida que a

infecção progride, vários sintomas gerais, como diarreia crônica e febre de origem indeterminada e lesões orais podem ocorrer, em especial a candidíase e a leucoplasia oral pilosa, que são marcadores clínicos precoces de imunodepressão grave. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida propriamente dita é caracterizada pelo aparecimento de infecções oportunistas, como: apneumocitose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada. Também de neoplasias, como: o sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino em mulheres jovens (BRASIL, 2013b).

No Brasil, o primeiro diagnóstico data da década de 1980, sendo que deste ano até junho de 2021, 1.045.355 indivíduos receberam o diagnóstico de AIDS (BRASIL, 2021a). Segundo a Portaria MS nº542 de 22 de dezembro de 1986, a AIDS passa a ser uma doença de notificação compulsória no Brasil, de forma descentralizada, registrada sistematicamente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Já a infecção pelo HIV em gestantes a partir de 2000 e a infecção pelo HIV desde 2014, devendo esses casos de infecção serem reportados às autoridades de saúde pública (BRASIL, 2021a).

A doença era notificada segundo os códigos de notificação: código 100 - Centers for Disease Control, código 200 - CDC/Laboratório, código 300 - Rio de Janeiro (RJ)/Caracas, código 120 - CDC + CDC/Laboratório, código 130 - CDC + RJ/Caracas, código 140 - CDC/Laboratório + RJ/Caracas, código 123 - CDC + CDC/Laboratório + RJ/Caracas, código 400 - CDC Excepcional, código 500 - AIDS Related Complex (ARC) + Óbito e código 600 - Óbito; até 31 de março de 2003.

Posteriormente, houve a revisão dos principais critérios, sendo excluídos os códigos 200, 120, 140, 123, 400 e 500. Manteve-se o critério RJ/Caracas e foram introduzidas adaptações no CDC modificado, que recebeu a denominação de CDC adaptado. Permaneceu também o critério Óbito, que incorporou a menção de aids e termos correlatos e de infecção pelo HIV ou termos semelhantes em campo da Declaração de Óbito (MELO MC, et al., 2021). Desde a década de 90, o Estado de São Paulo reconheceu a importância da notificação dos portadores assintomáticos do HIV, entendendo que o perfil epidemiológico desses indivíduos refletia um padrão mais recente que os casos de AIDS.

Em 1994, o Programa Estadual de DST/AIDS propôs a notificação voluntária dos casos de HIV no estado, por meio do Sistema de Informação de Soropositivo Assintomático (SIHIV) e a partir de 2000, passou a ser utilizado o SINAN como ferramenta de transmissão de dados, onde a adoção dessa medida era diferenciada entre os municípios, o que propiciou a obtenção de estimativas do número de infecções pelo HIV, de casos de AIDS e de mortes. Esses dados permitem o monitoramento da doença no país e a identificação de desigualdades regionais na incidência e mortalidade associada à AIDS (MELO MC, et al., 2021).

A vigilância sobre os casos de HIV/AIDS é uma recomendação de organizações mundiais, como a UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS), criado em 1996, quando a preocupação com o avanço da epidemia de HIV/AIDS no mundo ocasionou a necessidade de uma resposta global. Esse programa é copatrocinado por dez agências do sistema das Nações Unidas, incluindo a United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (BRASIL, 2018). A UNAIDS tem acompanhado a situação epidemiológica do HIV no mundo todo ao longo dos anos e a partir disso, foram estabelecidas medidas para controle e erradicação da AIDS.

A medida vigente é a meta 90-90-90, que visa o diagnóstico de 90% das pessoas que vivem com HIV, tratamento de 90% dos indivíduos diagnosticados e obtenção de carga viral indetectável em 90% das pessoas em tratamento antirretroviral. A meta tem previsão de ampliação para o ano de 2030, passando para 95-95-95 (BRASIL, 2013a). Baseado no exposto, o objetivo desta pesquisa foi levantar as características epidemiológicas da doença e os aspectos sociodemográficos dos pacientes diagnosticados com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em um município do noroeste paulista, no período de 2011 a 2021.

MÉTODOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob o protocolo CAAE 51435521.0.0000.5420 e parecer: 5.051.422, dentro dos padrões exigidos pela Resolução 466/12. Realizou-se o estudo no Serviço de IST, AIDS e Hepatites virais do município de Araçatuba-SP, onde a instituição

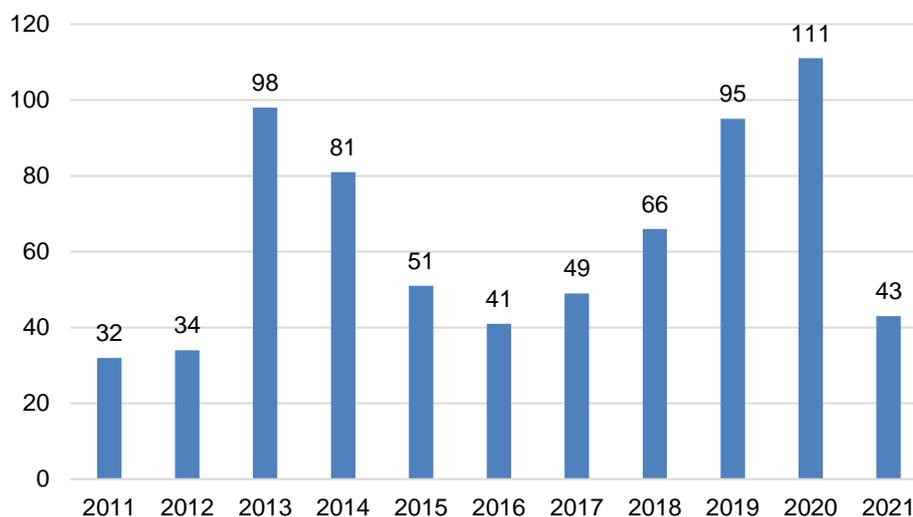
parceira forneceu planilhas Excel com as informações contidas nas notificações compulsórias, de acordo com a Lei 7658/14. Portanto, nessas informações não havia dados que pudessem identificar os pacientes acometidos pela doença. Segundo o censo demográfico de 2022, o município de Araçatuba possui uma área territorial de 1.167,126 Km², população de 200.124 habitantes e densidade demográfica de 171,47 hab/Km² (BRASIL, 2022). Trata-se de um estudo descritivo e epidemiológico, com análise quantitativa do conteúdo pesquisado. As notificações apresentavam dados sociodemográficos e epidemiológicos. Verificaram-se às variáveis presentes nas notificações compulsórias de pacientes com 13 anos ou mais e menores de 13 anos, sendo que como informações comuns estavam presentes: dados gerais, notificação individual e dados de residência.

Como dados complementares dos casos de pacientes com 13 anos ou mais estavam: antecedentes epidemiológicos, dados do laboratório, critérios de definição de casos de AIDS: critério Rio de Janeiro/Caracas, critério CDC adaptado e critério de óbito, tratamento e evolução. Já nas notificações de pacientes menores que 13 anos estavam presentes: antecedentes epidemiológicos da mãe e de casos de aids em menores de 13 anos, dados de laboratório, critério CDC adaptado, critério de óbito, tratamento e evolução. Os dados da planilha Excel foram processados por meio do programa Epi Info 7.2 e apresentados em frequências absolutas e percentuais.

RESULTADOS

Foram observadas 701 notificações de casos de contaminação pelo vírus da AIDS, desde janeiro de 2011 a agosto de 2021. O maior número de notificações era do ano de 2020, onde foram registrados 111 casos, que representa 15,8% de todos os casos notificados, seguido de 2013 com 98 notificações, que equivale a 14% do total (**Figura 1**).

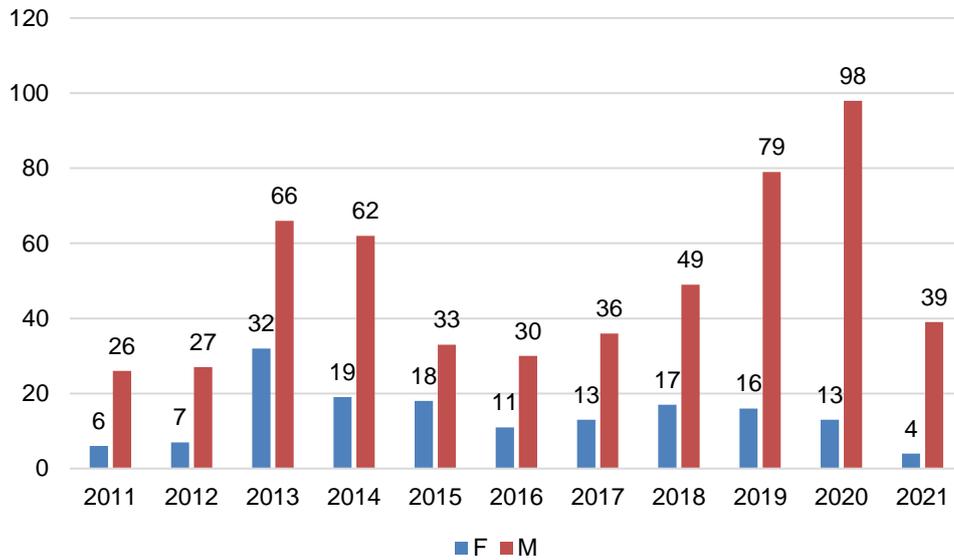
Figura 1- Número de casos de AIDS segundo o ano de notificação, n=701. Araçatuba-SP, 2022.



Fonte: Martins RJ, et al., 2022.

Baseado na estimativa da população do município para o ano de 2022, observa-se nos anos de maior número de casos da doença, um coeficiente de incidência de 48,9 casos por 100 mil habitantes para o ano de 2013, de 40,4 para o ano de 2014, de 47,4 para o ano de 2019 e de 55,4 para o ano de 2020. Em relação ao sexo foi possível observar a predominância do masculino, com 548 casos (78,2%). Essa predominância pode ser verificada ao longo do período analisado, sendo o maior número de casos no ano de 2020, com 98 casos notificados (14%); enquanto o maior número de casos do sexo feminino foi em 2013, com 32 notificações (4,6%) (**Figura 2**).

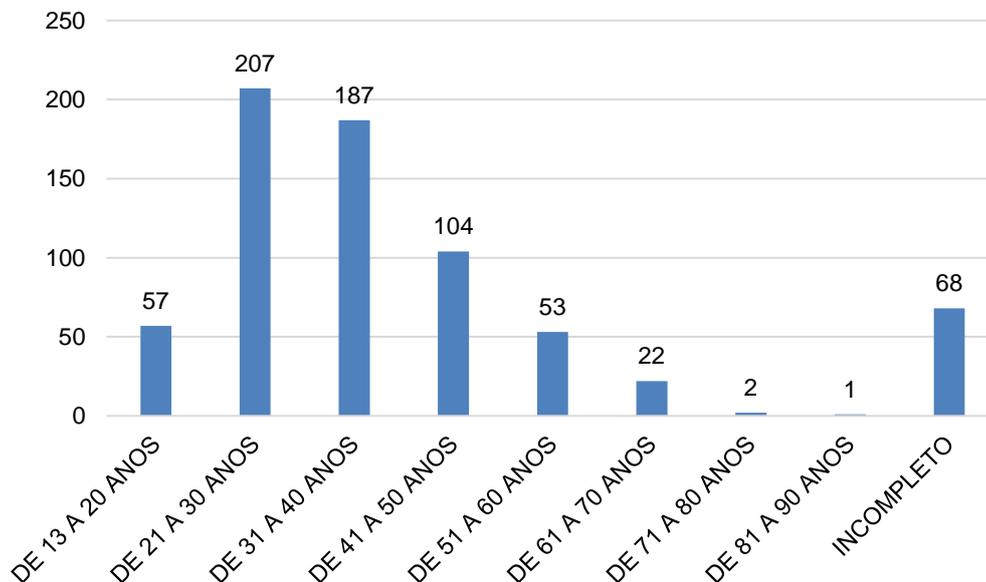
Figura 2- Notificações compulsórias de AIDS segundo o sexo ao longo do período, n=701. Araçatuba-SP, 2022.



Fonte: Martins RJ, et al., 2022.

Com relação a faixa etária foi possível observar a predominância de casos na faixa de 21 a 30 anos, sendo notificados 207 casos que equivale a 29,5% do total, seguido da faixa etária de 31 a 40 anos com 187 casos (26,7%). É possível observar um padrão decrescente de casos com o aumento da faixa etária, além da falta dessa informação em 68 notificações (9,7%) (Figura 3).

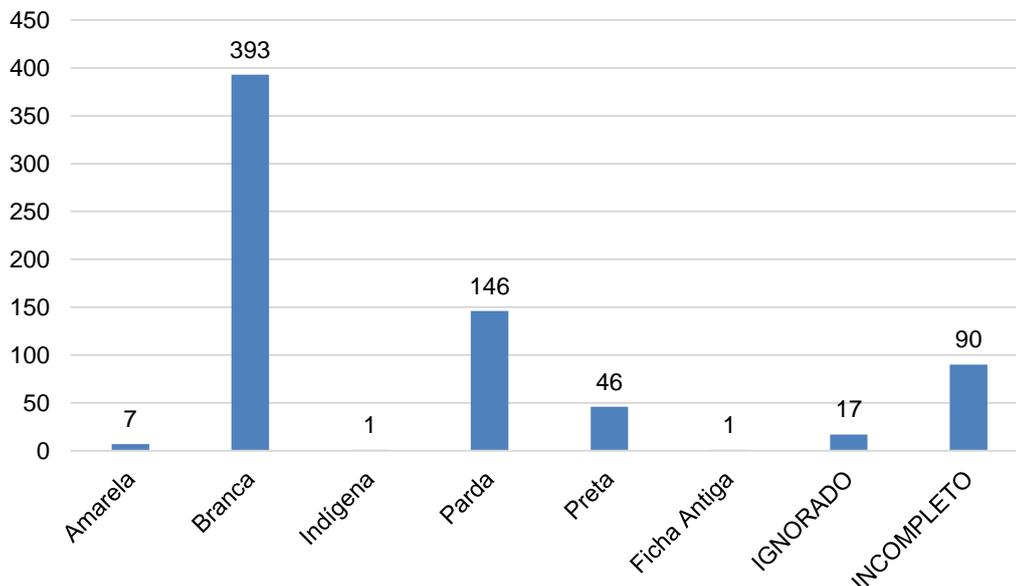
Figura 3- Notificações compulsórias de AIDS segundo a faixa etária, n=701. Araçatuba-SP, 2022.



Fonte: Martins RJ, et al., 2022.

Em relação a raça/cor autorreferida foi possível observar a predominância da cor branca, sendo 393 casos notificados (56,1%), seguida pela cor parda com 146 casos (20,8%). Também foi possível verificar que em 90 (12,8%) fichas esta informação não foi preenchida (Figura 4).

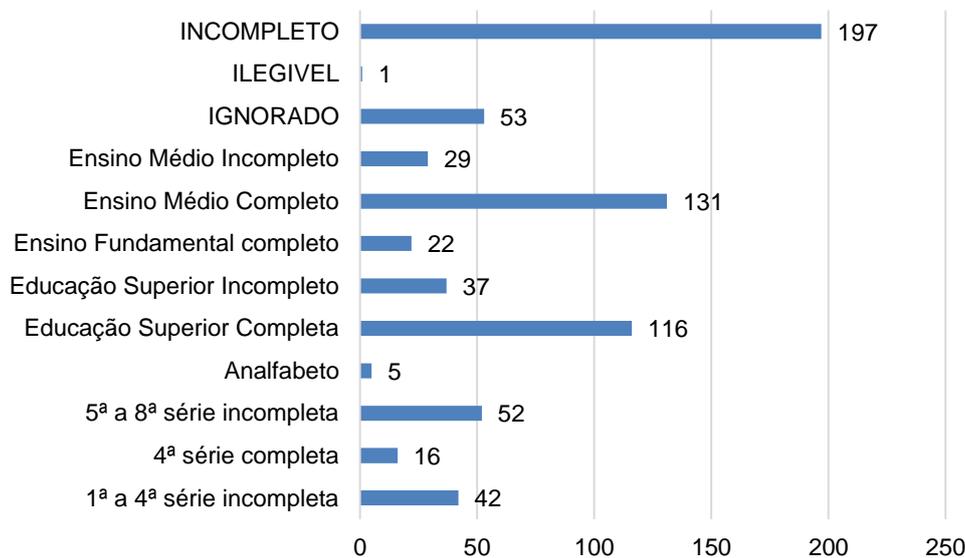
Figura 4- Notificações compulsórias de AIDS segundo a cor autorreferida, n=701. Araçatuba-SP, 2022.



Fonte: Martins RJ, et al., 2022.

Quanto ao nível de escolaridade, na maioria dos casos não houve o preenchimento deste dado 197 (28,1%). Das notificações preenchidas, em 131 (18,7%) casos o indivíduo completou o ensino médio (**Figura 5**).

Figura 5- Notificações compulsórias de AIDS segundo o nível de escolaridade, n=701. Araçatuba-SP, 2022.

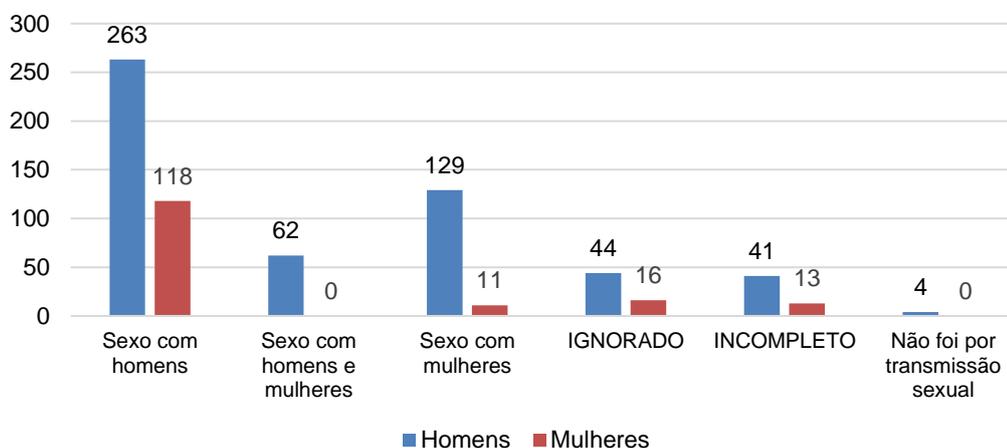


Fonte: Martins RJ, et al., 2022.

Com referência a região habitacional, observou-se a prevalência da zona urbana com 547 casos (78%), em 26 casos (3,7%) o indivíduo pertencia a zona periurbana, em 10 casos (1,4%) a zona rural e em 118 casos (16,9%) a ficha estava incompleta. Em relação a ocupação, observou-se que em 594 (84,7%) casos os indivíduos estavam inseridos no mercado de trabalho, em 55 (7,9%) casos desenvolviam atividades “no lar”, em 16 (2,3%) casos eram aposentados, em 26 (3,7%) casos estavam desempregados e em 10 (1,4%) casos

esta informação foi ignorada. A principal fonte de contaminação se deu por meio do contato sexual, sendo realizado com homens na maioria dos casos 381 (54,3%) (**Figura 6**).

Figura 6- Notificações compulsórias da AIDS segundo a provável fonte da infecção, n=701. Araçatuba-SP, 2022.



Fonte: Martins RJ, et al., 2022.

Nos dois critérios apresentados nas fichas de notificação (critério de definição Rio de Janeiro/Caracas e critério de definição CDC Adaptado), onde o paciente pode relatar mais de um sintoma, observou-se a predominância de casos assintomáticos em ambos. Em especial, no critério de definição RJ/Caracas os sintomas relatados foram em ordem decrescente: Assintomático (514 - 57,7%), Caquexia ou perda de peso maior que 10% (67 - 7,5%), Astenia maior ou igual a 1 mês (53 - 5,9%), Diarreia igual ou maior que um mês (30 - 3,4%), Tosse Persistente (28 - 3,1), Febre \geq a 38° por tempo \geq a 1 mês (28 - 3,1), Anemia e/ou Linfopenia e/ou trombocitopenia (26 - 2,9%), Candidose Oral (22 - 2,5%), Dermatite persistente (15 - 1,6%), Disfunção do sistema nervoso central (14 - 1,6%), Linfadenopatia \geq a 1 cm por mais de 1 mês (11 - 1,2%), Herpes Zoster (7 - 0,8%), Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5 - 0,6%), Tuberculose Disseminada (2 - 0,2%) e Incompleto (69 - 7,7%).

No critério de definição CDC Adaptado os sintomas relatados foram em ordem decrescente: Assintomático (404 - 55,3%), Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm³ (236 - 32,3%), Toxoplasmose cerebral (20 - 2,7%), Candidose de Esôfago (11 - 1,5%), Criptococose Extrapulmonar (5 - 0,7%), Herpes Simples Mucocutâneo > 1 mês (2 - 0,3%), Leucoencefalopatia multifocal progressiva (2 - 0,3%), Linfoma primário do cérebro (2 - 0,3%), Citomegalovirose (1 - 0,1%), Linfoma não Hodgkin e outros linfomas (1 - 0,1%) e Incompleto (46 - 6,3%). Em relação à notificação de AIDS em menores de 13 anos verificou-se quatro notificações, onde três casos eram do sexo feminino, notificados em 2006 (4 anos), 2008 (3 anos) e 2009 (13 anos) e um caso masculino em 2011 (6 meses). Todos foram notificados como transmissão vertical e as mães apresentavam-se na faixa etária de 25-35 anos, relataram não ter feito uso de drogas, transfusão sanguínea ou sofrido acidente com material perfurocortante, todos eram residentes de zona urbana e não relataram ter feito terapia profilática ou tratamento da doença.

DISCUSSÃO

O Departamento de IST, AIDS e Hepatites virais do município atende pacientes de Araçatuba e região, de todas as idades, sendo necessário apenas um documento de identificação e carteira do SUS. O autoteste de sangue é realizado 30 dias após a suspeita de infecção, devido a janela imunológica. Após a testagem positiva, é realizada a notificação do paciente por meio de uma das três fichas existentes: AIDS em maiores de 13 anos, AIDS em crianças menores que 13 anos e AIDS em gestante. No presente estudo, verificou-se que quase a totalidade dos casos eram em maiores de 13 anos, sendo apenas quatro casos em crianças e

nenhum em gestantes. No Brasil, desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de AIDS, que passou de 22,0/100 mil habitantes em 2012, para 14,1/100 mil habitantes em 2020, configurando um decréscimo de 35,7%. Segundo o Ministério da Saúde, a redução do número de casos pode ser devido a problemas de transferência de informações entre as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (municípios, estados e Federação), bem como estar relacionada à subnotificação de casos, em virtude da mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de Covid-19.

Essa observação é contrária ao achado do presente trabalho, no qual foi verificado um aumento de aproximadamente 171% no número de casos entre 2016 e 2020 e o coeficiente de incidência de casos por 100 mil habitantes no município apresenta-se bem acima da média nacional (BRASIL, 2021a). Ações devem ser desenvolvidas a fim de combater essa doença, como: diagnóstico precoce da infecção por HIV, medidas profiláticas, seguimento clínico e adesão ao tratamento com antirretrovirais; fatores que influenciam diretamente na sobrevivência dos pacientes. (BRASIL, 2018).

Em um estudo sobre o padrão da infecção pelo HIV/AIDS em Manaus-AM, foi realizado um levantamento das notificações de casos por meio dos registros nos prontuários do Serviço de Referência Estadual, verificando-se 1.400 notificações na proporção de 4 homens para cada mulher contaminada (SILVA LCF, et al., 2009), o que concorda com a presente pesquisa onde foi observada a mesma razão. Dados nacionais mostram uma razão de sexos menor para o ano de 2020: 2,8 (M:F); ou seja, 28 homens para cada dez mulheres (BRASIL, 2021a).

A epidemia da infecção vem apresentando importantes mudanças no seu perfil, como a heterossexualização que veio acompanhada pela feminização (GARBIN CAS, et al., 2009; COSTA R e SILVA RRA, 2013; CAMPANY LNS, et al., 2021). Pesquisas apontam indícios de que esse aumento está relacionado a um maior cuidado das mulheres com relação à sua saúde, com a realização de mais exames periódicos, quando comparado aos homens (STEPHAN C, et al., 2010; GARCIA S e SOUZA FM, 2010). Estudo de Costa R e Silva RRA, 2013 aponta diferentes fatores relacionados a feminização da epidemia, entre eles: condições socioeconômicas, crenças religiosas, uso de drogas lícitas e ilícitas, comportamento sexual, prostituição, situação de violência e a relação desigual de gênero, que leva à passividade nas relações afetivas quanto à tomada de decisões que envolvem a vida sexual e reprodutiva.

O conceito inicial de que a doença atingiria somente os chamados grupos de risco deixou as mulheres cisgênero heterossexuais em situação de vulnerabilidade. Na sociedade, ocorre a naturalização da ideia na qual o homem para mostrar-se viril, deve ter várias relações sexuais, ainda que extraconjugais, mesmo que no momento não haja disponibilidade de preservativos para a prática de sexo seguro. Esse comportamento faz com que homens se coloquem em risco e estendam essa situação a suas parceiras fixas (CAMPANY LNS, et al., 2021). No Brasil, ocorre o chamado machismo estrutural, um pensamento que passa de geração em geração e fomenta a desigualdade de papéis na sociedade, colocando as mulheres em posições inferiorizadas (OLIVEIRA AS, et al., 2020).

Associada a essa percepção está a misoginia, que é caracterizada por expressões de desprezo e desrespeito à mulher e o sexismo que se baseia na falácia da supremacia biológica masculina, onde o homem cis, hétero e branco representa o ideal perfeito e próximo ao sagrado; enquanto o sexo feminino é entendido como incompleto, imperfeito e servil ao corpo masculino dominante (CORTEZ PA, et al., 2019). Esses fatores podem ter contribuído para o que foi revelado nos registros dos casos de infecção pelo HIV do SINAN, no período de 2007 a junho de 2021, em indivíduos maiores de 13 anos de idade, onde a infecção ocorreu entre as mulheres, na maioria pela exposição heterossexual (86,8% dos casos) (BRASIL, 2021a).

A principal fonte de exposição ao HIV observada no presente estudo ocorreu pela relação sexual com homens, achado que vai contra outro estudo onde na maior parte dos casos os pacientes afirmaram manter relações sexuais com homens e mulheres. (SILVA LCF, et al., 2009). Apesar do aumento no número de casos da doença no sexo feminino (GARBIN CAS, et al., 2009; COSTA R e SILVA RRA, 2013; CAMPANY LNS, et al., 2021), a epidemia continua se expandindo em homens que fazem sexo com homens (HSH), em diferentes países (GOMES RRFM, et al., 2017).

É uma população que apresenta alta vulnerabilidade, com elevado número de casos da doença. Essa terminologia tem sido adotada por grande parte dos estudos de saúde coletiva para designar homossexuais, bissexuais e outros homens que assumem tal prática; entretanto, podem sentir dificuldades em se definirem como homossexuais (LIMA DJM, et al., 2014). Estudos tem procurado levantar os diversos fatores que favorecem a transmissão do HIV/AIDS no subgrupo de HSH, elencando entre os mesmos; aquisição de comportamentos de risco, preconceito, discriminação, baixa escolaridade, ter somente um parceiro sexual necessariamente do sexo masculino e a relação anal receptiva desprotegida, que apresenta um papel central na explicação da carga da doença desproporcional nessa população (GOMES RRFM, et al., 2017; LIMA DJM, et al., 2014).

Observou-se que os pacientes na sua maioria residiam na área urbana de Araçatuba, o que corrobora a pesquisa de Stephan C, et al., 2010, na qual foi verificada uma maior proporção de casos na região central da cidade e também nas regiões periféricas ao sistema prisional, onde se estabelecem famílias de ex-presidiários. Quanto a faixa etária, o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS de 2021 mostrou no Brasil, que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos (BRASIL, 2021a), corroborando o presente estudo onde a maior incidência ocorreu na faixa etária de 21 a 30 anos. Já outra pesquisa mostrou maiores coeficientes de incidência nos indivíduos de 30 a 39 anos, sendo que tanto o número de casos, como o de óbitos, mostrava um ligeiro aumento nas idades mais avançadas, revelando um leve “envelhecimento” da epidemia (NOGUEIRA JA, et al., 2014). No presente estudo, observou-se maior prevalência com relação a cor autorreferida em brancos, corroborando outro estudo (MELO MC, et al., 2021).

Entretanto, em nível nacional, observa-se que, entre os casos registrados no SINAN no período de 2007 a junho de 2021, 39,4% ocorreram entre brancos e 51,7% entre negros (pretos e pardos, sendo as proporções estratificadas 10,9% e 40,8%, respectivamente) (BRASIL, 2021a). A doença parece estar ligada à indivíduos de menor nível de escolaridade, conforme achados da presente pesquisa, onde a minoria dos pacientes apresentava ensino superior, o que concorda com outros autores (GARCIA S e SOUZA FM, 2010). Em nível nacional, os casos de infecção pelo HIV notificados no SINAN mostram, onde a escolaridade foi informada, que a maior parte possui ensino médio completo, seguido pelos casos com escolaridade entre a 5ª e 8ª series incompleto.

Em elevado percentual de casos, a escolaridade era ignorada, o que dificulta uma melhor avaliação dessa variável nos casos de infecção pelo HIV. A taxa de mortalidade padronizada no Brasil por causa básica AIDS sofreu um decréscimo de 30,6% entre 2014 e 2020 (BRASIL, 2021a). Em um estudo feito em Manaus-AM foi observado uma diminuição relevante da letalidade do vírus de 61,3% para 17,1% (SILVA LCF, et al, 2009). Não foi possível fazer uma análise comparativa com os casos em Araçatuba, pois o registro dessa informação estava presente na minoria dos campos indicados. Quanto aos critérios CDC Adaptado e Caracas/RJ, observou-se no presente trabalho a predominância de pacientes assintomáticos, em ambos.

O padrão revelado em um estudo no qual foram comparadas as informações contidas nos bancos de dados do SIH-SUS e do SINAN no município do Rio de Janeiro, a fim de estimar a subnotificação de casos de AIDS, mostrou um elevado nível de subnotificação entre pacientes com a síndrome que tiveram acesso a unidades hospitalares relacionadas ao SUS (FERREIRA VMB e PORTELA MC, 1999). No estudo de Santos ML, et al., 2018, observou-se uma proporção de subnotificação de tuberculose de 29% no SINAN AIDS. As variáveis associadas à subnotificação de tuberculose foram: ter tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada e ter as duas formas de tuberculose concomitantemente (tuberculose disseminada/extrapulmonar/não cavitária e tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada).

Portanto, apesar da quantidade de pacientes assintomáticos obtida no critério CDC Adaptado e Caracas/RJ serem predominantes em vista dos outros sintomas, é preciso levar em consideração a margem de subnotificações. O Ministério da Saúde adota diferentes estratégias de prevenção ao HIV: a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) (BRASIL, 2022). A PEP está disponível no Sistema Único de Saúde desde 1999 e consiste no uso de uma combinação de antirretrovirais. É uma tecnologia presente no conjunto de estratégias cujo objetivo é a ampliação das formas de intervenção, a fim de evitar novas infecções pelo HIV, a chamada “Prevenção Combinada”.

Em 2015, foi atualizada com recomendações de profilaxia pela avaliação do risco da situação de exposição e não mais por categoria de exposição (BRASIL, 2021b). Já a PrEP foi implementada no SUS em dezembro de 2017, de forma gradual em todo o país. Consiste na utilização de medicamentos antirretrovirais por pessoas altamente vulneráveis ao vírus, mas que não estão infectadas pelo HIV. Entre os fatores de vulnerabilidade encontram-se a alta frequência de relações sexuais desprotegidas e o número elevado de parceiros. Apresenta como público-alvo populações sob maior risco de infecção pelo HIV, entre elas: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans e trabalhadores(as) do sexo e pessoas com parcerias soro discordantes para o HIV. Importante ressaltar que a PrEP deve ser combinada com outras estratégias preventivas, como o uso de preservativos (BRASIL, 2022).

A partir da implantação da PrEP, a figura do homossexual ressurge sob novos contornos. Se antes visto como um pecador, doente e/ou estigmatizado pela sua associação direta com a AIDS; hoje, para que obtenha o direito de continuar exercendo seus desejos em plena luz do dia, é convidado a individualizar-se; ou seja, assumir-se como potencialmente perigoso e, por decisão própria, situar-se no campo documental do tratamento preventivo (BARP LFG e MITJAVILA MR, 2020). No município de Araçatuba, a PrEP passou a ser utilizada no ano de 2019 e ainda não foi possível fazer um levantamento a respeito da queda na contaminação pelo vírus desde então. Faz-se necessária a correta orientação dos responsáveis pela coleta das informações referentes as notificações da doença, sobre a importância que nenhum dado seja suprimido, a fim de fornecer subsídios para a tomada de decisões na esfera municipal, estabelecendo medidas de controle mais eficientes que reduzam a incidência de HIV e diminuam o adoecimento e a ocorrência de óbitos relacionados à AIDS, proporcionando qualidade de vida para a população alvo e melhorando os indicadores de HIV no município.

Também a identificação dos fatores que dificultam o correto preenchimento das fichas e o desenvolvimento de ações que evitem a ocorrência de subnotificação de casos no SINAN. Esta ocorrência apresenta grandes implicações para a resposta ao vírus e a doença, visto que importantes informações no âmbito da epidemiologia permanecem desconhecidas, como o número total de casos e comportamentos e vulnerabilidades; entre outros; além da ausência de registro poder comprometer a racionalização do sistema para o fornecimento contínuo de medicamentos e o desenvolvimento de ações prioritárias as populações mais vulneráveis (Brasil, 2021a).

CONCLUSÃO

Houve um aumento no número de casos notificados de AIDS no município nos últimos anos, após acentuado declínio. Foram observadas informações não preenchidas nas notificações, o que pode comprometer a realização de políticas públicas com a finalidade de combater a doença.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Os autores agradecem a Secretaria Municipal de Saúde de Araçatuba-SP, que possibilitou o acesso ao banco de dados das notificações compulsórias da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e a realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. BARP LFG e MITJAVILA MR. O reaparecimento da homossexualidade masculina nas estratégias de prevenção da infecção por HIV: reflexões sobre a implementação da PrEP no Brasil, 2020. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2020; 30(3): 300319.
2. BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e Estados. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/aracatuba.html>. Acessado em: 17 de abril de 2024.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aids: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento. Unidade de Assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf. Acessado em: 17 de abril de 2024.

4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de DST/aids: princípios, diretrizes e estratégias/Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1999; 220. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/046pndstaid.pdf>. Acessado em: 17 de abril de 2024.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf. Acessado em: 17 de abril de 2024.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 52 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pre_exposicao_risco_infeccao_hiv.pdf. Acessado em: 17 de abril de 2024.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_manejo_hiv_adultos.pdf. Acessado em: 17 de abril de 2024.
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/045_miolo_pcdt_pep_09_2021.pdf. Acessado em: 17 de abril de 2024.
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/Boletim%20Epidemiológico%20Especial%20-%20HIV-Aids%202021.pdf>. Acessado em: 17 de abril de 2024.
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Relatório de Monitoramento de Profilaxias do HIV PrEP e PEP 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2021/relatorio-de-monitoramento-de-profilaxias-do-hiv>. Acessado em: 17 de abril de 2024.
11. CAMPANY LNS, et al. HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. Revista Bioética, 2021; 29(2): 374-383.
12. CORTEZ PA, et al. Sexismo, misoginia e LGBTQ fobia: desafios para promover o trabalho inclusivo no Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2019; 29(4): 290414.
13. COSTA R e SILVA RRA. Fatores relacionados à feminização da epidemia da Aids: estudo informativo. Revista de Enfermagem UFPE Online, 2013; 7(8): 5340-5344.
14. FERREIRA VMB e PORTELA MC. Avaliação da subnotificação de casos de Aids no Município do Rio de Janeiro com base em dados do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, 1999; 15(2): 317-324.
15. GARBIN CAS, et al. Percepção de pacientes hiv-positivo de um centro de referência em relação a tratamentos de saúde. DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2009; 21(3): 107-110.
16. GARBIN CAS, et al. Stigma of HIV positive expressed through veiled prejudice. DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2016; 28(2): 64-66.
17. GARBIN CAS, et al. The stigma of HIV positive users of the public health system. DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2017; 29(1): 12-16.
18. GARCIA S e SOUZA FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. Saúde e Sociedade, 2010; 19(2): 9-20.
19. GOMES RRFM, et al. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2017; 33(10): 00125515.
20. LIMA DJM, et al. Comportamentos e práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens. Revista Brasileira de Enfermagem, 2014; 67(6): 886-890.
21. MELO MC, et al. Tendência da incidência de HIV-aids segundo diferentes critérios diagnósticos em Campinas-SP, Brasil de 1980 a 2016. Ciência & Saúde Coletiva, 2021; 26(1): 297-307.

22. NOGUEIRA JA, et al. Síndrome da imunodeficiência adquirida em adultos com 50 anos e mais: características, tendência e difusão espacial do risco, 2014. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2014; 22(3): 355-363.
23. OLIVEIRA AS, et al. Reflexos do machismo estrutural brasileiro em tempos de Covid 19: quando o distanciamento social é tão letal quanto o vírus. *Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro*, 2020; 24(49): 93-111.
24. SANTOS ML, et al. Fatores associados à subnotificação de tuberculose com base no Sinan Aids e Sinan Tuberculose. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2018; 21: 180019.
25. SILVA LCF, et al. Padrão da infecção pelo HIV/AIDS em Manaus, Estado do Amazonas, no período de 1986 a 2000. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2009; 42(5): 543-550.
26. SOUSA AIA e PINTO JÚNIOR VL. Análise espacial e temporal dos casos de aids no Brasil em 1996-2011: áreas de risco aumentado ao longo do tempo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2016; 25(3): 467-476.
27. STEPHAN C, et al. Expressão geográfica da epidemia de Aids em Campinas, São Paulo, de 1980 a 2005. *Revista de Saúde Pública*, 2010; 44(5): 812-819.