



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

LEANDRO FANTIN DE PONTES

**PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES PELO VÍRUS HIV E
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES NA
REGIÃO DO VALE DO JAMARI - RO**

ARIQUEMES - RO
2016

LEANDRO FANTIN PONTES

**PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES PELO VÍRUS HIV E
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES NA
REGIÃO DO VALE DO JAMARI - RO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Farmácia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção de grau de Bacharel em Farmácia.

Profº Orientador: Ms. Andre Tomaz Terra Júnior.

Ariquemes - RO
2016

Leandro Fantin de Pontes

PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES PELO VÍRUS HIV E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES NA REGIÃO DO VALE DO JAMARI - RO

Monografia apresentada ao curso de graduação em Farmácia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção de grau de Bacharel em Farmácia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientador: Prof^o. Ms. André Tomaz Terra Júnior
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^o. Ms. Nelson Pereira da Silva Júnior
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Ms. Vera Lúcia Matias Gomes Geron
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 18 de novembro de 2016.

Aos meus pais José e Clarecí, à minha esposa Maressa e filho Miguel pelo incentivo e força durante toda a trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus pela oportunidade de estar concluindo mais uma fase importante em minha vida, pelo amparo e força nos momentos difíceis, não deixando desistir frente aos obstáculos do cotidiano.

Aos meus pais que desde sempre me incentivaram e motivaram a continuar estudando. A minha esposa Maressa e meu filho Miguel pelo apoio e incentivo diário. E aos meus irmãos que direta e indiretamente contribuíram para que eu chegasse até este momento.

Ao orientador professor Ms. André Tomaz Terra Júnior, pela paciência, dedicação e contribuição para a realização deste trabalho.

Aos professores Nelson Pereira Silva Júnior e Vera Lúcia Matias Gomes Geron, os quais foram fonte de inspiração pelo profissionalismo e postura demonstrada ao longo destes 5 anos, bem como a todos os professores que abdicaram de seu tempo para de alguma forma contribuir para minha formação profissional.

Em nome da diretora do Serviço de Assistência Especializada (SAE) do município de Ariquemes, Edilaine Alves, gostaria de agradecer todos os profissionais daquele órgão que contribuíram significativamente para a realização deste trabalho.

E a todos os colegas de classe que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento do trabalho, bem como, pelo ambiente de cooperação e companheirismo desencadeado durante a trajetória acadêmica.

RESUMO

As doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) constituem um problema crônico no contexto da saúde pública mundial. Estima-se que mais de 34 milhões de pessoas do planeta estejam infectadas pelo HIV. No Brasil esta estimativa circunda em torno 40,6 mil casos registrados. O objetivo deste trabalho foi conhecer a prevalência e o perfil dos portadores de HIV/AIDS na região do Vale do Jamari – RO. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, quantitativo e qualitativo realizado através da análise secundária dos prontuários dos pacientes atendidos no Serviço de Assistência Especializada (SAE) do município de Ariquemes-RO. Para fins de identificação de perfil foram avaliados os seguintes critérios: gênero, faixa etária, cor da pele e situação familiar. Os resultados foram submetidos ao teste de Qui-quadrado e nível de significância $p=0,05$ (5%). Verificou-se que incidência de HIV na região do Vale do Jamari é de aproximadamente 0,2 % da população. Quanto ao perfil dos portadores verificou-se que o gênero masculino possui maior prevalência, a faixa etária foi indivíduos de 31-44 anos para ambos os sexos, quanto à cor da pele foi identificada maior prevalência em indivíduos pardos de ambos os sexos, e para a situação familiar não houve diferença entre homens e mulheres. Conclui-se, portanto que a região do Vale do Jamari está abaixo da média nacional para casos de infecções pelo HIV, no entanto, estes índices podem ser considerados maiores, considerando indivíduos portadores ainda não diagnósticos, bem como aqueles diagnosticados que não estão inseridos no SAE e não realizam tratamento.

Palavras-chave: AIDS, HIV, Prevalência.

ABSTRACT

Sexually transmitted diseases, especially Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), are a chronic problem in the context of global public health. It is estimated that more than 34 million people on the planet are infected with HIV. In Brazil, this estimate is around 40,600 registered cases. The objective of this study was to know the prevalence and the profile of HIV / AIDS patients in the Vale do Jamari - RO region. This is a descriptive, exploratory, quantitative and qualitative study carried out through the secondary analysis of the medical records of patients seen at the Specialized Care Service (SAE) in the city of Ariquemes-RO. For the purposes of profile identification, the following criteria were evaluated: gender, age, skin color and family situation. The results were submitted to the Chi-square test and significance level $p = 0.05$ (5%). The incidence of HIV in the Jamari Valley region has been found to be approximately 0.2% of the population. As to the profile of the carriers, it was verified that the male gender had a higher prevalence, the age group was individuals of 31-44 years for both sexes, regarding the color of the skin was identified higher prevalence in brown individuals of both sexes, and for The family situation there was no difference between men and women. It is concluded, therefore, that the Jamari Valley region is below the national average for cases of HIV infections; however, these indices may be considered larger, considering individuals who are not yet diagnosed, as well as those diagnosed who are not included in the sample. SAE and do not carry out treatment.

Keywords: AIDS, HIV, Prevalence.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Ilustra a prevalência quanto ao gênero	32
Gráfico 2 - Ilustra a prevalência da infecção por HIV quanto a faixa etária.....	33
Gráfico 3 - Ilustra a prevalência da faixa etária quanto ao gênero	34
Gráfico 4 – Ilustra a prevalência quanto à cor	36
Gráfico 5 - Ilustra a prevalência quanto à cor em relação ao gênero.....	36
Gráfico 6 - Ilustra a prevalência quanto à situação familiar.....	37
Gráfico 7 - Ilustra a prevalência quanto à situação familiar e gênero	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS/SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARV	AIDS Associated Retrovirus
CDC	Center for Disease Control
DNA	Ácido Dexossiribonucleico
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ELISA	Enzyme Linked Immunoabsorbant Assay
GP 41	Glicoproteína Número 41
GP120	Glicoproteína Número 120
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV III	Human T CellLeukemia/ LynphotropicVirusType III
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IP	Inibidores da Protease
LAV	Lynphadenophaty-Associated Virus
MS	Ministério da Saúde
P11	Proteína Número 11
P 31	Proteína Número 31
P 51	Proteína Número 51
PPC	<i>Pneumocystis carinii</i>
RNA	Ácido Ribonucleico
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SUS	Sistema Único de Saúde

TARV Terapia Anti-Retroviral

WB Westernrn Blot

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	14
2.2 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA HUMANA	16
2.2.1 Contextualização Histórica	16
2.2.2 Agente Etiológico	17
2.2.3 Formas de Transmissão e medidas profiláticas	18
2.2.4 Patogenicidade.....	20
2.2.5 Epidemiologia.....	22
2.2.6 Diagnóstico.....	25
2.2.7 Tratamento	26
3. OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4. METODOLOGIA	29
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	29
4.2 LOCAL DO ESTUDO	29
4.3 COLETA DE DADOS	30
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	31
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	42
ANEXO	53

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) principalmente a Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) constituem um grave problema de saúde pública no contexto global. (ARAÚJO et al., 2015).

A AIDS é uma doença infecciosa crônica de etiologia viral, que acomete e debilita células do sistema imunológico do portador, deixando-o susceptível a infecções oportunistas secundárias. O vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é o microorganismo responsável pelo desenvolvimento da AIDS. (CAMARGO JÚNIOR, 1994).

A epidemia mundial teve ascensão no início da década de 80 nos Estados Unidos, e em pouco mais de 20 anos acometeu mais de 40 milhões de pessoas em todo o mundo, com grande prevalência em países em desenvolvimento, atribuindo assim um caráter pandêmico à doença. (RIBEIRO et al., 2005).

No Brasil, os primeiros casos de AIDS também foram descritos na década de 80, e até hoje, já foram registrados no país mais de 798.366 casos de AIDS. (BRASIL, 2015).

Segundo Camurça et al. (2013) dados do Ministério da Saúde revelam que dois terços dos portadores de HIV no Brasil ainda desconhecem sua situação sorológica, trazendo assim uma reflexão de que o número de portadores é superior aos registrados.

Dados do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (MS) revelam que a região norte, embora atualmente esteja abaixo da média nacional, apresenta crescentes taxas de detecção para HIV/AIDS, sendo que quando comparada a prevalência entre as unidades federativas e as capitais, o estado de Rondônia e a cidade de Porto Velho, embora inseridos em uma região abaixo da média nacional para casos de HIV/AIDS, quando analisados separadamente apresentam índices superiores a média nacional. (BRASIL, 2015).

Dado esta tendência de crescimento epidemiológico na região norte, especialmente no estado de Rondônia, se faz necessário um estudo sobre a realidade epidemiológica da região do Vale do Jamari, a qual está situada a 200 km da capital Porto Velho, que compreende nove municípios: Ariquemes, Alto Paraíso, Burity, Cacaupônia, Campo Novo de Rondônia, Cujubim, Machadinho d'Oeste,

Monte Negro e Rio Crespo, com população estimada de 265.124, segundo dados Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Portanto, este estudo é importante para trazer informações à comunidade científica e acadêmica sobre a realidade epidemiológica de infecções pelo vírus HIV na Região do Vale do Jamari.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) constituem um grupo de doenças infecciosas responsáveis por uma série de complicações como infertilidade, abortos, malformações congênitas e caso não tratadas adequadamente, podem evoluir e levar o portador a óbito. Estão entre as cinco maiores causas de procura pelo serviço de saúde no Brasil. (CARRET et. al., 2004). Em um contexto global estima-se que a cada ano, sejam registrados aproximadamente 448 milhões de novos casos. (ARAÚJO et al., 2015).

Seu percurso ao longo da história é tão antigo quando a história da humanidade, pois há relatos que durante o império romano essas doenças eram associadas unicamente à promiscuidade e prostituição. Durante a ascensão do cristianismo foram descritos relatos bíblicos de doenças venéreas como gonorréia e sífilis, associadas a impurezas e práticas promiscuas. (CARVALHO, 2003). Durante séculos, vários povos descreviam e acreditavam que as doenças eram castigos divinos, em vista ao mau comportamento humano. (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

Ao decorrer da história foram registrados diversos eventos médicos de grande importância, como a Peste Negra que assolou a Europa na Idade Média, a gripe espanhola no início do século XX, e os cânceres na atualidade, estes descritos como o “mal do século”, no entanto, nenhuma dessas doenças quando comparadas com as DSTs, principalmente a AIDS, tiveram tantas consequências de cunho social, político e econômico. (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

Trata-se de um grave problema de saúde pública, uma vez que apresenta altos índices de incidência e prevalência. (DORETO; VIEIRA, 2007). Tais infecções acometem pessoas das mais variadas idades e classes sociais, no entanto, são mais comuns em jovens de países subdesenvolvidos, e estão relacionadas principalmente a fatores sociais, econômicos e culturais. (TELES et al., 2008).

O principal fator de risco está relacionado a práticas sexuais sem proteção no que diz respeito a uso de preservativos, assim como ao elevado número de parceiros sexuais. (BENZAKEN et al., 2007).

Vários grupos de pessoas estão diretamente expostos a altos riscos para DSTs, dentre elas os profissionais do sexo, pois a prostituição favorece e proporciona a diversidade de parceiros e práticas sexuais, consumo de drogas, marginalização, dentre outros fatores que propiciam a negligência aos cuidados e medidas preventivas. (PASSOS; FIGUEIREDO, 2004).

Os jovens e adolescentes de baixa renda e escolaridade, marginalizados, geralmente de idade entre 14 e 24 anos, principalmente de países em desenvolvimento também compõe o grupo de alto risco para DSTs. (CARRET et. al., 2004). MARTINS et al. (2006) demonstra que os adolescentes e jovens são uma população de alto risco para DSTs, pois a cada quatro pacientes diagnosticados com DSTs, um possui idade inferior a 25 anos.

Estas infecções possuem altos índices de morbidade e também desempenha papel fundamental como porta de entrada para outras doenças, principalmente a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), no entanto, em sua maioria são passíveis de prevenção e apresentam possibilidades de cura, com exceção as de etiologia viral. Porém seu controle pode sofrer diversas interferências relacionadas à cultura, grau de instrução, gênero, costumes da população, bem como, o preparo dos profissionais de saúde frente às situações, atuação do poder público, dentre outras. (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007).

Vale ressaltar que o fato das DSTs afetarem principalmente pessoas de idade reprodutiva, juntamente com a capacidade de transmissão vertical e a possibilidade de rápida disseminação entre parceiros sexuais, contribui para a crescente prevalência das DSTs em todo o mundo. (CARRET et. al., 2004).

Portando, medidas básicas de profilaxia voltadas à educação em saúde para a conscientização da importância de práticas sexuais protegidas, mudança de hábitos, higiene, realização de exames de rotina, são formas estratégicas simples e eficientes para o controle na transmissão de DSTs. (BESERRA; PINHEIRO; BARROSO, 2008). Pois de acordo com BENZAKEN et al. (2007) quando as medidas de controle de DSTs desconsideram os fatores em que o indivíduo está inserido, principalmente no sentido de vulnerabilidade, tornam-se insuficientes.

2.2 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA HUMANA

2.2.1 Contextualização Histórica

O conjunto de sintomas (síndrome) que reduzem ou diminuem a capacidade do sistema imunológico (imunodeficiência) que aparece e se desenvolve sem o indivíduo ter nascido com ela (adquirida), foi denominada pela *Centers for Disease Control* (CDC) como *Acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS), ou seja, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que compreendia inicialmente um conjunto de aproximadamente 29 doenças infecciosas de sintomas conhecidos, como tuberculose, herpes, pneumonia, dentre outros. (MASSAD, 2006).

Em maio de 1981, a AIDS foi reconhecida como uma patologia distinta, na oportunidade em que cientistas estudavam casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* (PPC) em indivíduos homossexuais masculinos, anteriormente saudáveis, em Los Angeles – EUA. (LIBMAN; WITZBURG, 1995).

Após a descoberta da AIDS a CDC estabeleceu uma definição para a doença apenas em outubro de 1982, aproximadamente um ano após a identificação dos primeiros casos, a qual incluía encefalopatias e síndrome debilitante, associadas a um diagnóstico laboratorial de presunção. (LIBMAN; WITZBURG, 1995).

Os primeiros levantamentos que indicaram que a AIDS poderia ser de etiologia viral foram descritos em 1983, quando durante os estudos em linfonodos de um paciente portador de AIDS com linfadenopatia foi possível isolar um retrovírus, o qual também foi isolado em pacientes com características laboratoriais, que, no entanto, não apresentavam as manifestações clínicas da doença. O vírus foi descrito primeiramente como LAV (*Lymphadenopathy-Associated Virus*), HTLV-III (*Human T Cell Leukemia/ Lymphotropic Virus Type III*) e ARV (*AIDS Associated Retrovirus*), e atualmente denominado vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV). (SABINO, 2005).

Embora o vírus HIV tenha sido isolado primeiramente em meados de 1983, apenas foi aceito como agente etiológico definitivo da AIDS em 1984, quando se realizou testes de imunoabsorção ligado a enzima (ELISA) para anticorpos HIV. (LIBMAN; WITZBURG, 1995).

Posteriormente, a partir de 1987, a CDC passou a definir como AIDS, todos os pacientes infectados pelo vírus HIV que apresentavam contagem de linfócitos CD4 inferior a $200/\text{mm}^3$, sem levar em consideração os sintomas clínicos do paciente. (LIBMAN; WITZBURG, 1995).

Até meados de 2002 a AIDS foi descrita como a maior pandemia em expansão do século XX, estando entre as quatro maiores causadores de morte no mundo. (SALOMÃO; PIGNATARI, 2004).

Atualmente, a estimativa global é que aproximadamente 34 milhões de pessoas estejam contaminadas pelo vírus HIV. (SILVA et. al., 2015).

Além da evolução clínica exacerbada, caso não tratada adequadamente, a AIDS apresenta prognóstico que pode ser fator determinante para a instalação de quadros depressivos, principalmente pela foto de ser uma doença apenas tratável, porém atualmente sem cura. (VILLARINHO; PADILHA, 2016).

2.2.2 Agente Etiológico

Descoberto na década de 80, pelo grupo de Luc Montagnier e Robert Gallo, pertencente à família *Retroviridae*, o HIV é um vírus classificado como retrovírus, pois apresenta como característica a presença de um Ácido Ribonucleico (RNA) como material genético. (ROSSETTI; DA SILVA; RODRIGUES, 2006).

Morfologicamente o HIV é composto por um envelope viral formado por uma bicamada lipídica responsável pela proteção do genoma viral (RNA), apresenta também diversas proteínas estruturais e funcionais. Na porção exterior estão localizadas as glicoproteínas gp41 e gp120, enquanto que o material genético, o capsídeo e as enzimas transcriptase reversa (p51), protease (p11) e integrase (p31) estão na porção interior, como mostra a figura 1. (DE MELO; BRUNI; FERREIRA, 2006).

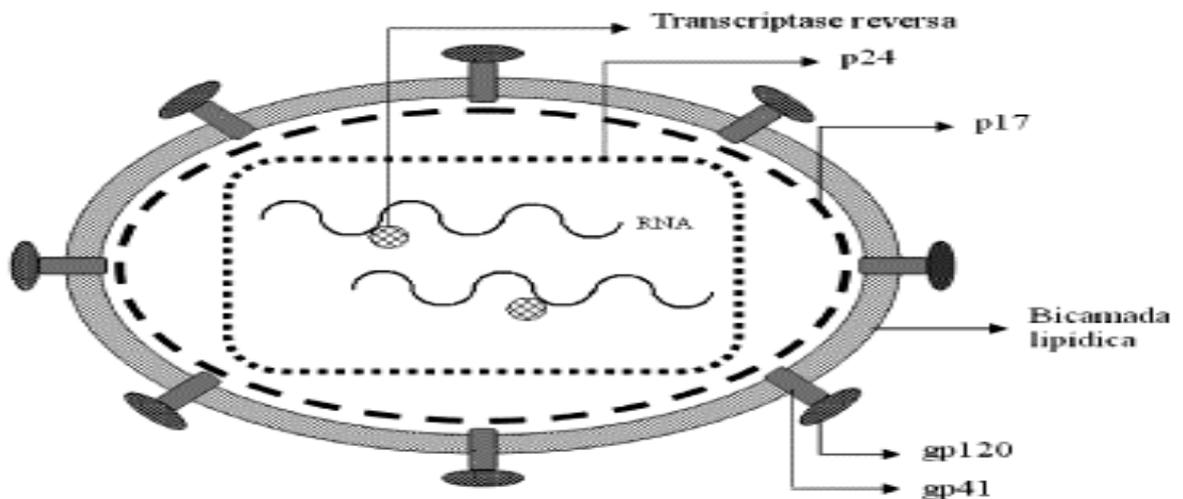


Figura 1- Morfologia do vírus HIV
 Fonte: DE MELO; BRUNI; FERREIRA, 2006.

Do ponto de vista molecular e distribuição geográfica, o vírus HIV apresenta duas classificações, um denominado HIV – 1 presente praticamente em todo o mundo, e outro encontrado apenas na África Ocidental denominado HIV – 2. (SALOMÃO; PIGNATARI, 2004).

2.2.3 Formas de Transmissão e medidas profiláticas

Em face dos primeiros casos terem sido identificados em indivíduos homossexuais masculinos, ocidentais, a AIDS foi associada a grupos de risco e restrita a determinadas faixas etárias, com isso, surgiu o conceito empírico de que a doença era exclusiva do grupo gay e que a única forma de transmissão era através de relações sexuais homossexuais, no entanto, este conceito não perdurou por muito tempo. (LEAL; COELHO, 2016; PACHECO et al., 2016).

A partir da metade da década de 80, surgiram novos fatos, a doença começou a ser diagnosticada em mulheres e crianças recém nascidas, que em virtude da inexistência de tratamentos e medidas preventivas para evitar a transmissão vertical, o número de óbitos era cada vez mais frequentes. (CRUZ, 2007).

Com o passar dos anos percebe-se o aumento do número de mulheres diagnosticadas com a doença, o que atribuiu uma “feminização” a epidemia, resultado da transmissão heterossexual. (CUNHA, 2004; FABBRO et al., 2005).

Atualmente sabe-se que a transmissão do vírus HIV ocorre quando um indivíduo saudável entra em contato direto com secreções, sangue ou outros líquidos corporais de outro indivíduo que esteja infectado. A partir do momento em que o indivíduo adquire o vírus ele passa a ser um transmissor em potencial, pois, durante a fase aguda da infecção, a carga viral está em maiores concentrações na corrente sanguínea e em líquidos corporais, favorecendo assim maior possibilidade de transmissão. Portanto, as formas de transmissão são principalmente através de relações sexuais sem uso de preservativos, uma vez que o vírus está presente no esperma e em secreções vaginais, sendo que a presença de lesões oriundas de DSTs ou não, favorecem a possibilidade de transmissão, agindo como portas de entrada para o vírus. (BRASIL, 2010a).

A transmissão sanguínea pode ocorrer por via parenteral, durante transfusões ou utilização de derivados sanguíneos sem os devidos cuidados, pelo compartilhamento ou reaproveitamento e reutilização de agulhas e seringas, acidentes laborais durante o manuseio de materiais perfuro-cortantes. (BRASIL, 2010a).

Embora a maioria dos casos de infecção pelo HIV seja através de relações sexuais, a transmissão por intermédio de transfusões sanguíneas tem despertado a atenção dos órgãos de saúde pública, com relação aos cuidados e a segurança dos serviços relacionados à hemoderivados. O primeiro caso que relacionou o HIV a transfusão sanguínea foi descrito em 1981 nos EUA, contudo, foi confirmado apenas em 1984. No Brasil, o primeiro relato foi em 1982, quando a infecção foi identificada em pacientes portadores de hemofilia que faziam hemoterapia. Em 1985, chegaram ao Brasil os primeiros testes sorológicos de triagem para identificação de anticorpos para o vírus HIV. Em vista, a partir do ano de 1989, estes testes foram incluídos como obrigatórios em todos os bancos de sangue do território nacional. Atualmente, a legislação brasileira por intermédio da Portaria 1376/93 e Resolução RDC 343/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) determina que seja realizado exames de triagem sorológica para HIV e outras infecções nos bancos de sangue e hemoderivados. (EUSTÁQUIO et al., 2009; OLIVEIRA; VERDASCA; MONTEIRO, 2008).

Também pode ocorrer à transmissão da mãe para o filho durante o aleitamento materno, e embora tal prática seja essencial para o desenvolvimento da criança, não é indicada em casos em que a mãe seja soropositivo, uma vez que, nesses casos o risco para a transmissão vertical é de aproximadamente 14%. O profissional de saúde não pode proibir a mãe de amamentar a criança, mesmo que o exame para HIV não tenha sido realizado durante o pré-natal, pois, a proibição só tem amparo legal perante a um diagnóstico confirmatório. No Brasil, a partir de ano de 2007, o Ministério da Saúde, iniciou uma campanha recomendando que um novo teste seja realizado no terceiro trimestre da gestação, bem como, passou a disponibilizar testes rápidos em maternidades, para que estes exames sejam realizados em parturientes que não o realizaram durante o pré-natal. (BRASIL, 2002; OLIVEIRA et al., 2010; POSSOLLI; CARVALHO; DE OLIVEIRA, 2015).

Outra forma de transmissão vertical é a sanguínea, ou seja, quando a criança se infecta com vírus através do sangue da mãe durante o parto. Vale ressaltar que, quando a infecção não é diagnosticada precocemente na gestante durante o pré-natal, representa um grande risco para a criança, pois, quando não há intervenção correta, a probabilidade para a transmissão vertical da AIDS é de aproximadamente 35 a 40%, com mortalidade de 50% em crianças com idade inferior a um ano. Para evitar a transmissão vertical é importante a realização de testes rápidos nos primeiros três meses da gestação, para a triagem das gestantes possibilitando uma intervenção rápida e eficaz. Em vista, o Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria 2.104 de 19 de novembro de 2002, instituiu o Projeto Nascer-Maternidades, com objetivo de diminuir a incidência de transmissão vertical de HIV. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010a; MIRANDA et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2010; PACHECO et al., 2016; POSSOLLI; CARVALHO; DE OLIVEIRA, 2015).

2.2.4 Patogenicidade

A ação do vírus HIV é sobre o sistema imunológico, especificamente sobre células denominadas linfócitos do tipo T, deixando assim, o organismo infectado susceptível a ação de outras infecções oportunistas ou neoplasias interligadas a imunodeficiência. (AGUIAR; RIBEIRO, 2006).

Os linfócitos são células sintetizadas pela medula óssea, que não possuem granulações citoplasmáticas, as quais quando maduras são localizadas no sangue em porções relativas a fatores como idade, sexo, condições fisiológicas ou patológicas. Os linfócitos quando sintetizados tem dois destinos, os órgãos linfóides secundários, para maturação e diferenciação (linfonodos, baço e timo), os linfócitos que são maturados no timo recebem o nome de linfócitos timo-dependes ou linfócitos T. Os linfócitos T são responsáveis pela imunidade celular, ou seja, como primeira resposta a presença de antígenos, pois se multiplicam conforme o necessário desencadeando uma reposta imune inicial ou primária. Também desempenham função de apresentadora de antígeno para os linfóitos B (maturados nos linfonodos e baço) para que estes sintetizem anticorpos. Alguns linfócitos T se diferenciam em um tipo celular especial denominada célula Natural Killer (NK) que lisam células infectadas ou células tumorais. (LORENZI, 2006).

Quando o vírus está fora do hospedeiro, em sua forma livre, recebe o nome de *vírion*, o qual seu material genético é composto por RNA, contudo, ao atingir o organismo humano, o HIV tem tropismo pelos linfócitos TCD4+, e ao adentrar a célula alvo, utilizando-se de uma enzima denominada glicoproteína 120 (gp120) que se liga aos receptores do T CD4, o HIV por intermédio da ação de outra enzima denominada Transcriptase Reversa, integra o RNA viral ao DNA celular, passando a utilizar a maquinaria celular em seu metabolismo, formando o *provírus*, que começam a auto-replicação até o momento em que a concentração viral intracelular é tão grande que ocorre a lise celular, liberando novos vírus na corrente sanguínea, iniciando um novo ciclo. (AGUIAR; RIBEIRO, 2006; SALOMÃO; PIGNATARI, 2004; SABINO; BARRETO; SANABANI, 2005).

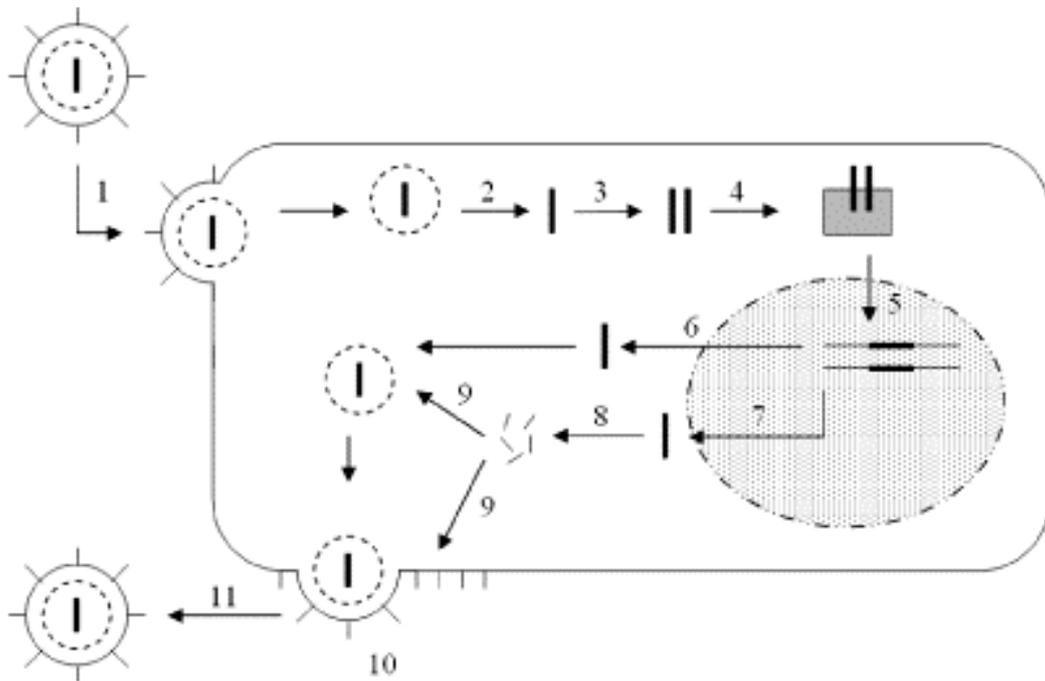


Figura 2 - Ação do vírus HIV
 Fonte: DE MELO; BRUNI; FERREIRA, 2006.

2.2.5 Epidemiologia

A estimativa global é que aproximadamente 34 milhões de pessoas estejam infectadas pelo vírus HIV, o que atribui o caráter pandêmico à doença. (SILVA et al., 2015).

A região com os maiores índices da doença é a África subsaariana, pois 60% dos casos mundiais de AIDS estão concentrados naquele local, os quais 58% destes portadores são mulheres. Países Caribenhos, do leste da Europa e da Ásia Central, também possuem altos índices, pois de acordo com estudos, uma a cada dez pessoas é portadora de AIDS. Enquanto que na América Latina esses índices são considerados estáveis, uma vez que comporta aproximadamente 0,2 a 0,7% dos casos gerais da infecção. (MARTINS et al., 2014).

No contexto nacional, desde o registro dos primeiros casos na década de 80, até o fim do primeiro semestre do ano de 2015, foram registrados 798.366 casos de AIDS no Brasil, o que compreende aproximadamente 1% da população brasileira. Em um breve retrocesso ao longo da história, observa-se que até meados dos anos 90, foram registrados 83.551 casos, dos quais, a grande maioria se concentrava nas

regiões Sudeste e Sul, porém, a partir de 1995 até 2004 houve 304.631 registros, desta vez com destaque à expansão às regiões Norte e Nordeste, assolando todo o território nacional. (SEGURADO; CASSENTE; LUNA, 2016).

Nos últimos cinco anos foram registrados no Brasil 40,6 mil casos de infecções pelo vírus HIV, onde ao fracionarmos estes registros entre as cinco regiões do país, verificamos que a região norte ocupa a quarta colocação com 3,8 mil casos, enquanto que a primeira posição é ocupada pela região Sudeste com 17,0 mil casos e a última de região Centro-Oeste com 2,7 mil casos, conforme figura 3. (BRASIL, 2015).

Nesta última década o Brasil, em um contexto geral, apresentou-se estável com relação ao aumento do número de casos de infecções por HIV, porém, a região norte, embora atualmente ocupe a penúltima colocação em número de casos positivos registrados, apresenta uma maior tendência de crescimento com relação às demais regiões, e o estado de Rondônia quando comparado com as demais unidades da federação apresenta números acima da média nacional, ocupando a sexta posição com o maior número de casos registrados. Outro fato importante a ser observado é que a capital do estado, quando comparada com as demais capitais das outras unidades federativas, também apresentou números acima da média nacional, quanto ao registro de casos positivos de infecção pelo vírus HIV, ocupando a quinta posição em relação às capitais brasileiras, de acordo com a figura 4. (BRASIL, 2015).

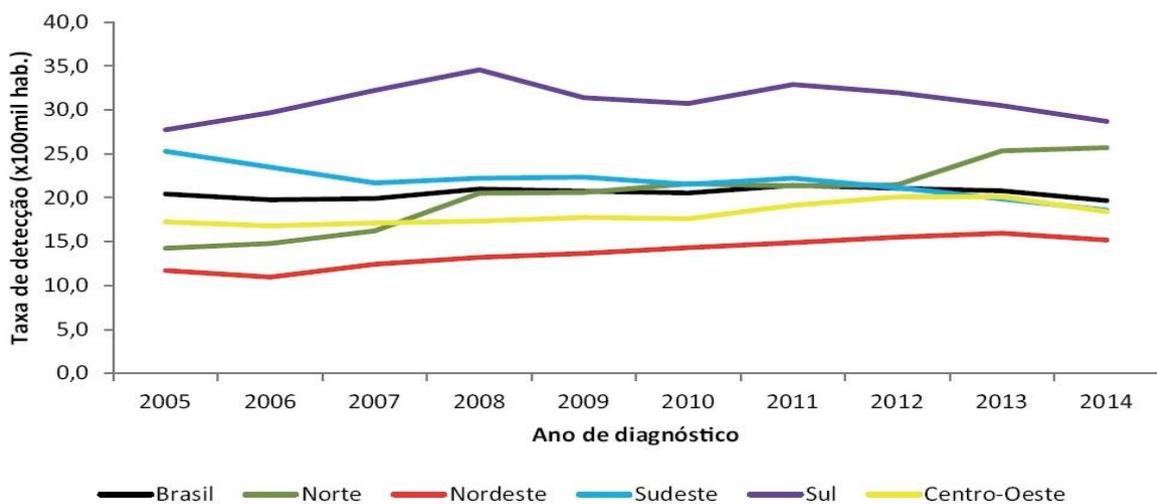


Figura 3 - Taxa de detecção de AIDS por regiões de 2005 a 2014.
Fonte: Brasil, 2015

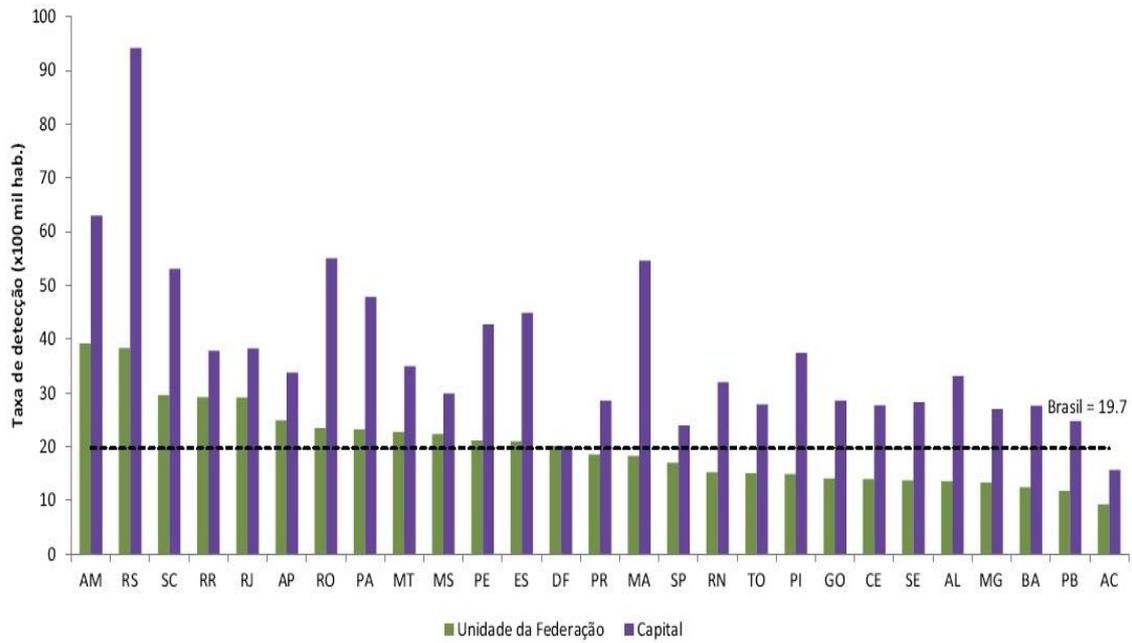


Figura 4 - Taxa de detecção de AIDS segundo UF e capital, 2014.
 Fonte: Brasil, 2015.

Quanto à faixa etária, no Brasil a maior prevalência é em pessoas de 15-49 anos de idade, o que corresponde a 0,6% da população geral. Quanto ao gênero, observa-se a maior prevalência em homens do que em mulheres, conforme ilustra a figura 5. (SEGURADO; CASSENOTE; LUNA, 2016).

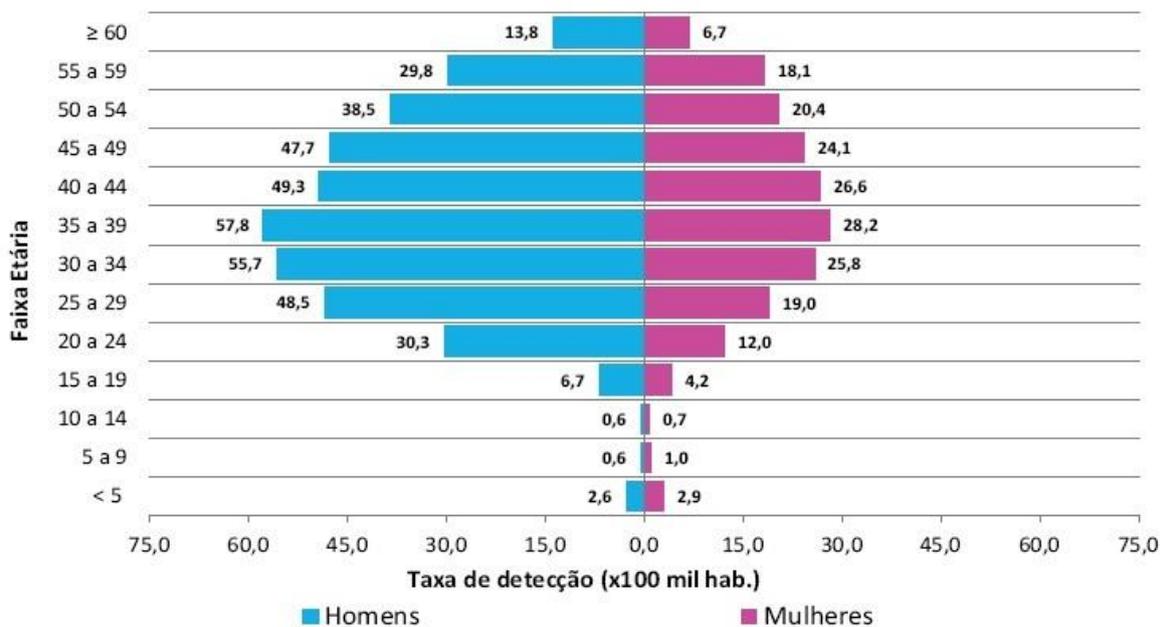


Figura 5 - Taxa de detecção de AIDS segundo a Faixa Etária e Sexo, 2014.
 Fonte: Brasil, 2015.

2.2.6 Diagnóstico

Os exames laboratoriais para detectar infecções pelo vírus HIV são realizados geralmente para a identificação de portadores em casos de gestação, doadores de sangue e órgão, dentre outros, bem como, para a confirmação de diagnóstico de AIDS. Estes exames são baseados na detecção de anticorpos; detecção de antígenos; cultura viral e detecção de carga viral através da amplificação do material genético do vírus. (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008).

Para um diagnóstico preciso e fidedigno, se faz necessário que o profissional de saúde saiba levar o inquérito laboratorial de forma que não haja interferência de fatores como, a variação da dinâmica da infecção e seus marcadores, bem como, o período de tempo entre o contato ou exposição ao agente até o desenvolvimento da doença ou surgimento de marcadores a níveis detectáveis. Para tanto é importante o conhecimento de alguns conceitos como janela imunológica e período de soroconversão, onde este compreende o período de tempo em que o organismo leva para produzir anticorpos contra determinado patógeno, enquanto que aquele compreende o intervalo de tempo em que após a infecção o organismo apresenta marcadores virais ou antivirais detectáveis (BRASIL, 2010a).

O principal teste laboratorial sorológico para o diagnóstico de infecção pelo vírus HIV é o teste de imunoabsorbância enzimática, conhecido popularmente como ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay), porém, não é único ou exclusivo como diagnóstico confirmatório, uma vez que, caso este teste apresente resultado positivo, é necessário a realização de um segundo teste confirmatório, o teste de Western Blot (WB), os quais apresentam altos índices de sensibilidade, chegando a 100%, e especificidade de 99,85%. (DE OLIVEIRA, 2003).

O teste de ELISA e os demais exames laboratoriais compreendem um grupo de exames demorados e de alto custo, ineficazes para diagnósticos de urgência, portanto, a estratégia atual para diagnósticos sumários, e também como forma de triagem ou rotina, são utilizados os testes rápidos, que compreende um método qualitativo, rápido e de baixo custo para diagnóstico de infecções pelo vírus HIV, baseado na técnica de imunocromatografia, capaz de identificar infecções pelo vírus HIV-1 ou HIV-2. (DUARTE et al., 2001).

No Brasil, a utilização de testes rápidos em instituições públicas e privadas é regulamentada pela portaria nº 34 da Secretaria de Vigilância em Saúde do

Ministério da Saúde, que tem por objetivo possibilitar maior acesso a população ao diagnóstico de infecções pelo HIV, bem como, interromper a cadeia de transmissão. (BRASIL, 2005).

2.2.7 Tratamento

Atualmente a AIDS não tem cura, no entanto, é uma doença tratável, cujo tratamento tem por objetivo reorganizar e restabelecer o sistema imunológico, reduzir a carga viral, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida do paciente. (BRASIL, 2010b).

Com a descoberta do medicamento inibidores da enzima protease (IP) e sua combinação com os inibidores da transcriptase reversa, foi possível reverter os altos índices de morbidade e mortalidade induzidos pela AIDS na década de 80, mudando a história natural da doença. (LOMAR; DIAMENT, 2005).

O Brasil é pioneiro na adoção da terapia anti-retroviral (TARV) de forma integral e universal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com resultados satisfatórios na qualidade de vida dos pacientes e controle da doença. (PASCHOAL et al., 2014).

O acesso gratuito e integral aos medicamentos anti-retrovirais para tratamento da AIDS no Brasil é amparado pela lei número 9.313 de 13/11/1996. (BRASIL, 2010b).

Para um tratamento eficaz se faz necessário a utilização de uma combinação de pelo menos três medicamentos, conhecido popularmente como “coquetéis” cuja escolha é diretamente proporcional as manifestações clínicas e sorológicas de cada paciente. (BRASIL, 2008).

Tabela 1 – Medicamentos Anti-Retrovirais disponíveis.

CLASSE	MECANISMO DE AÇÃO	MEDICAMENTOS
Inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa.	Atenuam a transcriptase reversa impedindo a replicação viral, através da adesão ao genoma viral.	Abacavir, Didanosina, Estavidina, Lamivudina, Tenofovir e Zinovudina.
Inibidores nucleosídeos não da transcriptase reversa.	Atenuam a transcriptase reversa impedindo a replicação viral, sem adesão ao genoma viral	Efavirenz, Nevirapina, Etravirina.
Inibidores da protease	Atenuam a enzima protease impedindo a replicação viral.	Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Lopinavir/R, Ritonavir, Saquinavir e Tripanavir.
Inibidores de fusão	Não deixam o vírus adentrar a célula alvo.	Enfuvirtida.
Inibidores da integrase	Impedem que o genoma viral se agregue ao genoma da célula alvo.	Raltegravir

Fonte: (Brasil, 2016). Adaptado de <http://www.aids.gov.br/>.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a prevalência de casos de infecções por HIV registrados pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) do município de Ariquemes, na região do Vale do Jamari.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o perfil epidemiológico da infecção por HIV / AIDS no Vale do Jamari.
- Verificar as faixas etárias prevalentes para a infecção por HIV;
- Verificar a distribuição da infecção quanto ao gênero;
- Verificar a prevalência quanto à situação familiar;

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, quantitativo e qualitativo, para conhecer a prevalência da infecção pelo vírus HIV na população do Vale do Jamari, bem como o perfil do paciente infectado.

O levantamento bibliográfico foi através de uma pesquisa exploratória e descritiva utilizando-se acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, artigos e monografias disponíveis em bases de dados da Scielo, Pubmed, Lilacs, BVS, bem como, em websites da Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e de universidades, utilizando-se os seguintes descritores: AIDS; HIV, DSTs; infecções; epidemiologia.

Foram analisadas publicações em português, inglês e espanhol, e aquelas que não se encaixavam no perfil da pesquisa foram descartadas.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Serviço de Assistência Especializada (SAE) do município de Ariquemes, localizada à Avenida Quatro Nações, nº 3686, Bairro Setor Institucional, CEP 76872-868, Ariquemes/RO. Órgão responsável pela inserção do portador de HIV/AIDS/DSTs no programa assistencial de Ariquemes e região.

O SAE é o órgão responsável pela triagem do paciente suspeito ou portador da infecção, que será submetido uma bateria de exames para confirmação diagnóstica, determinação de carga viral, escolha da forma mais eficaz para o tratamento, dispensação de medicamentos e assistência farmacêutica, acompanhamento médico e de equipe multiprofissional de saúde como psicólogos, assistentes sociais, dentre outros.

Todos os pacientes que dão entrada no SAE são qualificados e seu percurso pelo serviço especializado é registrado em prontuário e arquivado no banco de dados do SAE, os quais também são inseridos no banco de dados do Ministério da

Saúde. Atualmente o SAE situado no município de Ariquemes é o responsável pela assistência em toda a região do Vale do Jamari.

No Vale do Jamari estão inseridos nove municípios: Ariquemes, Alto Paraíso, Buritis, Cacaulândia, Campo Novo de Rondônia, Cujubim, Machadinho D'Oeste, Monte Negro e Rio Crespo, com população estimada de 265.124 pessoas. (IBGE, 2010).

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador juntamente com o diretor da unidade nas dependências do SAE entre 31/10/2016 a 02/11/2016, nos períodos matutinos e vespertinos.

Foram incluídos no estudo todos os prontuários arquivados no SAE respectivos a paciente com diagnóstico confirmatório para HIV/AIDS que recebem assistência no órgão, totalizando 485 prontuários.

Foram excluídos aqueles prontuários cujo diagnóstico não eram confirmatórios para HIV/AIDS, bem como aqueles positivos para outras doenças como sífilis, hepatites B e C.

Os dados foram separados e quantificados quanto ao gênero masculino ou feminino, faixa etária 0-14 anos, 15-30 anos; 31-44 anos; 45-59 anos; acima de 60 anos e “Não Informado (NI)”. Para a situação familiar foi adotada a seguinte classificação: casados (união estável, amasiados, convivência marital), solteiros (divorciados, viúvos, desquitados), foi adotada a classificação “não se aplica” para de crianças e recém-nascidos, e não informado, para aqueles que não traziam a informação. Quanto à cor, os indivíduos foram descritos como brancos, negros, pardos, amarelos, indígenas e “Não Informado (NI)”, conforme descrito no prontuário.

Não foi possível colher dados como escolaridade, ocupação e situação de risco, uma vez que estes dados não estavam dispostos nos prontuários, necessitando, portanto, entrevista com os pacientes.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

De posse das informações, estas foram organizadas e expressas em formas de gráficos com o auxílio do Software Microsoft Office Excel 2010.

Os cálculos estatísticos categóricos foram realizados com base no teste de Qui-quadrado, considerando o nível de significância $p= 0,05$ (5%), para subjugar os dados observados como verdadeiros ou não, durante a associação das variáveis.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, constituído nos termos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS).

Sendo apreciado e aprovado conforme parecer consubstanciado número 1.797.642.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos prontuários arquivados no Serviço de Assistência Especializada (SAE) do município de Ariquemes, foram obtidas 485 amostras, que representa todos os pacientes com diagnóstico confirmatório para infecção pelo vírus HIV, que recebem assistência do SAE, o que corresponde há 0,2% da população total do Vale do Jamari, dos quais, 254 (52%) são do sexo masculino e 231 (48 %) do sexo feminino.

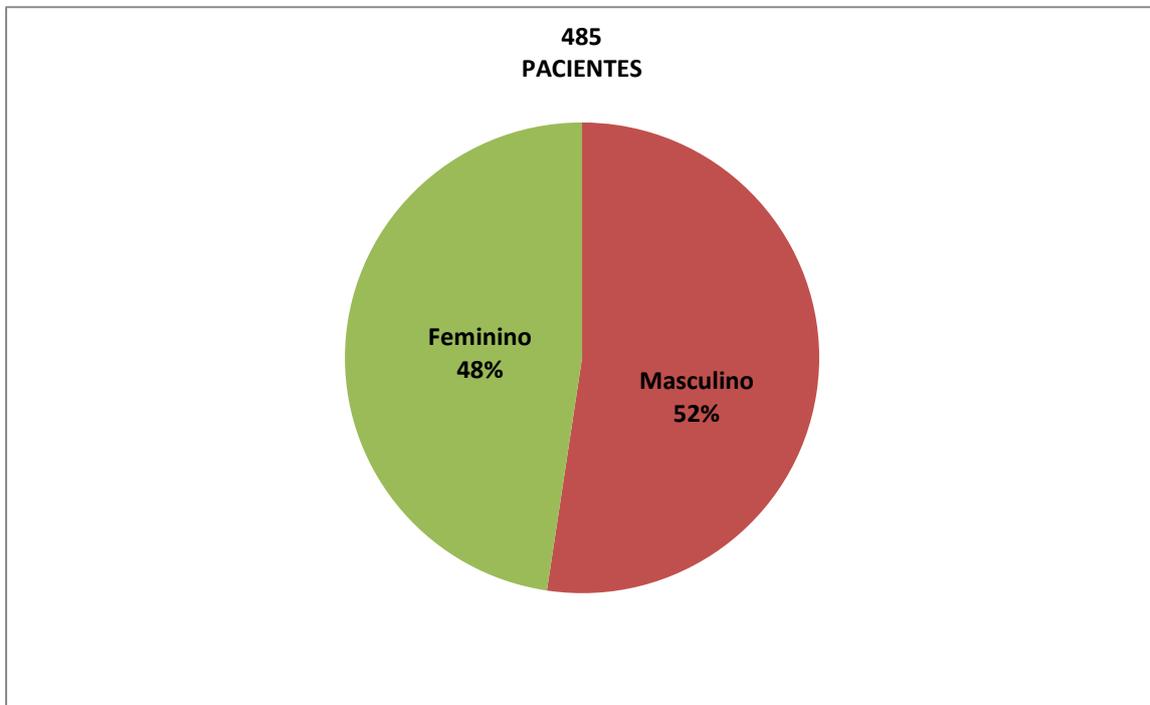


Gráfico 1 – Ilustra a prevalência da infecção quanto ao gênero.

Fonte: Próprio autor.

A pesquisa em destaque apresenta similaridade com a de Da Silva et al. (2015) que relata em seu estudo realizado no estado do Rio Grande do Norte que o sexo masculino representa 66,6% dos casos de notificações de infecções por HIV, enquanto, que indivíduos do sexo feminino representam 33,4%, havendo portando, uma predominância do sexo masculino.

A prevalência no sexo masculino também foi evidenciada por Silva et al. (2014) que demonstra que indivíduos masculinos representam 60,5 % dos

portadores de HIV/AIDS atendido em um hospital na cidade de João Pessoa no estado da Paraíba.

Uma possível explicação é descrita no estudo de Gomes (2014), o qual relata que indivíduos homossexuais masculinos estão altamente susceptíveis a infecções pelo vírus HIV, pois a prática do sexo anal sem preservativo aumenta a probabilidade da transmissão.

Outro fator observado, desta vez por Marques Junior et al. (2012) é que homens heterossexuais, anteriormente não vulneráveis às infecções pelo HIV, estão atualmente mais susceptíveis, em virtude da conduta sexual desenfreada, baseada nos moldes da sociedade contemporânea.

Quanto à faixa verificou-se uma predominância de indivíduos de idade entre 31 a 44 anos, correspondendo a 40% da amostra total, com uma média estimada de 37,5 anos, ficando o estudo assemelhado com o realizado por Coelho et al. (2015) no estado de Minas Gerais que aponta a maior prevalência entre pessoas de 40-49 anos, com um média estimada de 39,5 anos, conforme o gráfico 2.

Os dados encontrados podem ser julgados como verdadeiros, uma vez que foram realizados os testes de Qui-Quadrado, considerado o nível de significância de $p=0,05$ (5%), evidenciou a prevalência de 31-44 anos, pois os desvios observados não foram significativos, validando assim a hipótese observada.

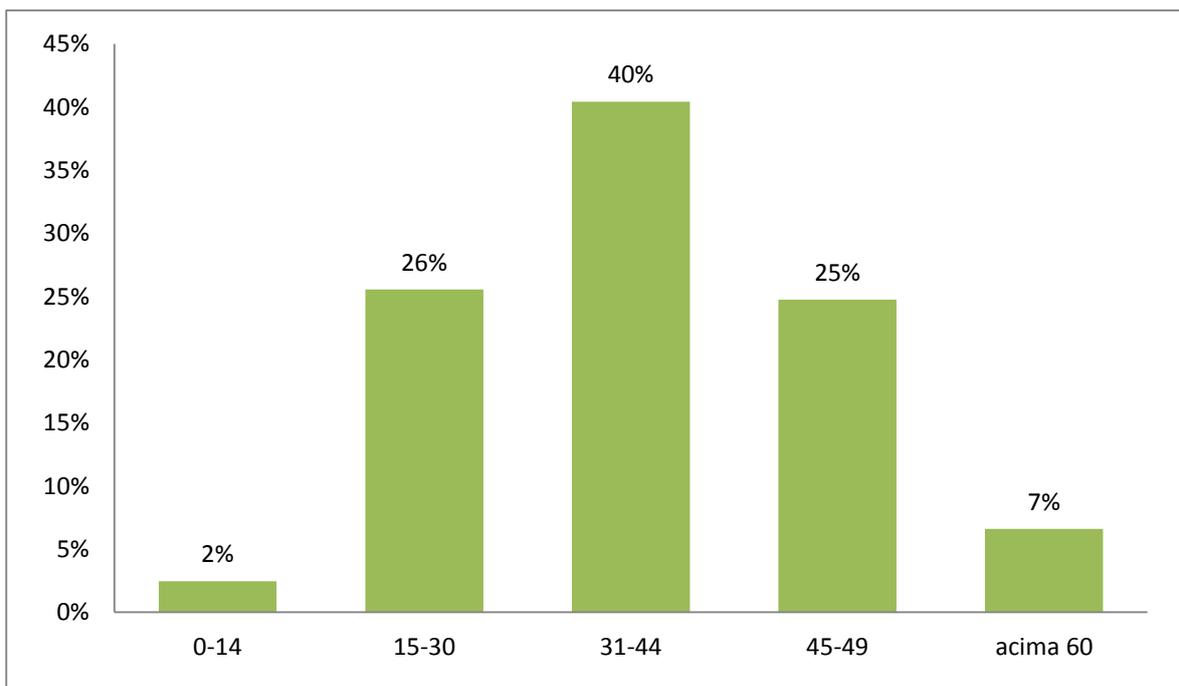


Gráfico 2 – Ilustra a prevalência de infecções por HIV quanto à faixa etária.

Fonte: Próprio autor.

Quando analisamos a faixa etária quanto ao gênero, temos que para o sexo masculino a maior prevalência é observada em indivíduos de idade entre 31-44 anos (38,58%), seguido de indivíduos entre 45-49 anos (29,92%). Quanto ao sexo feminino, indivíduos de idade entre 31-44 anos correspondem há 42,2%, e a segunda faixa etária de maior prevalência para o sexo feminino é em pessoas de 15-30 anos, correspondendo há 28,1%. Havendo, portanto uma pequena diferença, ficando evidenciada a maior prevalência em homens mais velhos e mulheres mais novas, de acordo com o gráfico 3.

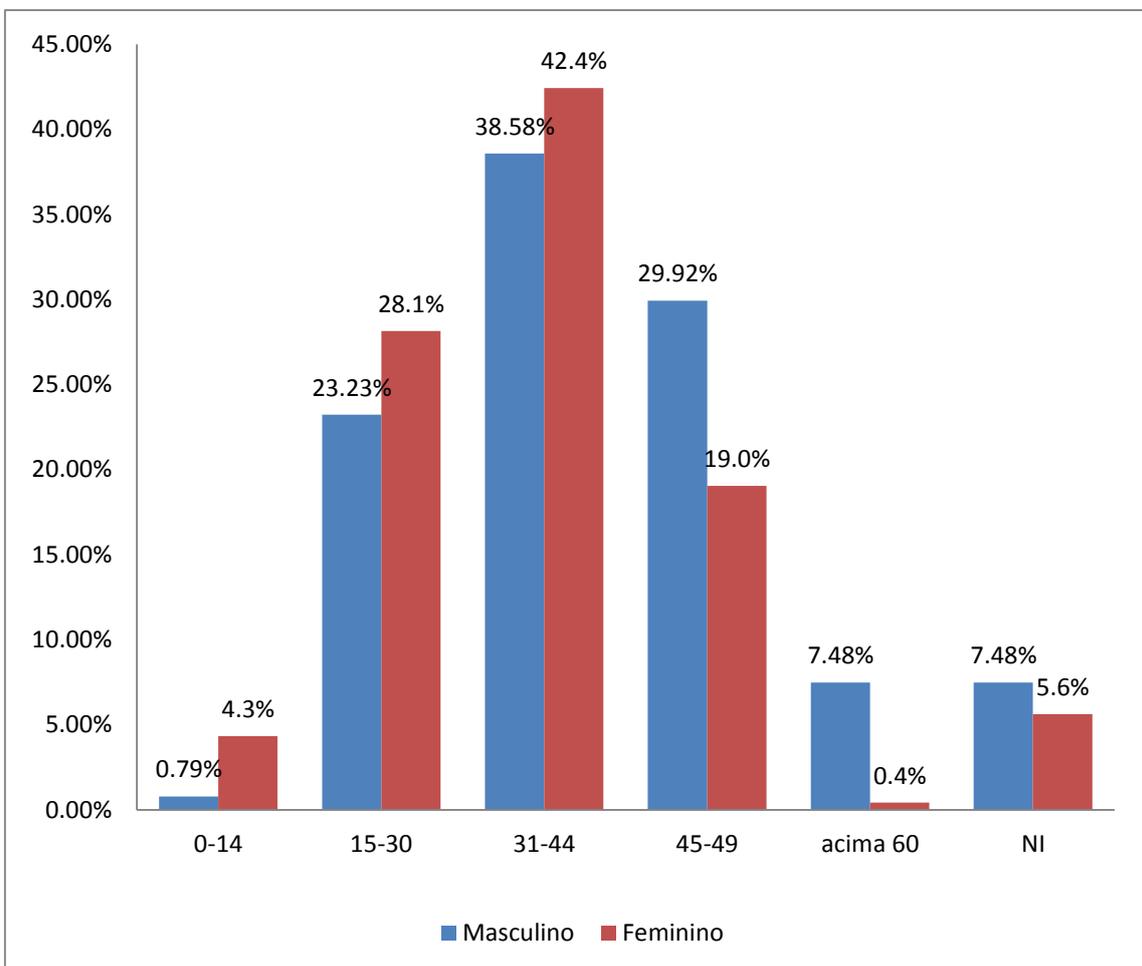


Gráfico 3 – Ilustra a prevalência da faixa etária quanto ao gênero.

Fonte: Próprio autor.

Pereira et al. (2014), descreve que 73,1% dos indivíduos portadores do vírus HIV elencados em seu estudo são mulheres jovens, de faixa etária entre 13-24 anos, enquanto que os homens da mesma faixa etária correspondem a apenas 26,9%, demonstrando assim maior prevalência em indivíduos jovens do sexo feminino.

Dados estes evidenciados também por Nunes et al. (2015), o qual demonstra que a prevalência em indivíduos do sexo feminino é maior em pessoas jovens de faixa etária entre 0-20 anos, enquanto que os indivíduos do sexo masculino, correspondem a um público com idade um pouco mais elevada com relação ao sexo feminino, sendo faixa etária prevalente para homens superior a 21 anos.

Inferese ainda do gráfico a diferença de idade dos indivíduos com relação ao gênero, pois os homens com idade superior a 60 anos correspondem a 7,48% dos indivíduos do sexo masculino, enquanto que os homens de idade entre 0-14 anos correspondem a menos de 1% dos pacientes masculinos. Em contrapartida, mulheres acima de 60 anos correspondem a menos de 1% do público feminino, já mulheres de 0-14 anos correspondem a quase 5%. Ficando o estudo equiparado ao de Affeldt, Silveira e Barcelos (2015), quando relatam que a população masculina com idade superior a 60 apresenta maior prevalência para infecções por HIV com relação à população feminina da mesma faixa etária.

No que se refere à cor dos pacientes verificou-se que os prontuários apresentam as seguintes classificações: branco, negro, pardo, amarelo, indígena, e não informado.

Que após análise se teve como resultado que a cor predominante nos pacientes atendidos pelo SAE corresponde em sua maioria a indivíduos de cor parda, com um total de 343 indivíduos, o que equivale a 68,9 % do total, de acordo com o gráfico 4.

Fato também observado por Soares et al (2015) que evidenciou em seu estudo a predominância de indivíduos de cor parda, corresponde do mais de 61,6 % dos portadores de HIV/AIDS na cidade de Vitória no estado do Espírito Santo.

Pereira et al (2014) observa que na cidade de Feira de Santana no estado da Bahia, em média 75% dos pacientes que passaram pelo Centro de Aconselhamento de DST/AIDS de 2007 a 2011, eram de cor parda.

Vale ressaltar que de acordo com dados do IBGE, a população do estado de Rondônia é composta em sua maioria por pessoas de cor parda, portanto, os dados revelados na pesquisa são diretamente proporcionais a característica da população regional.

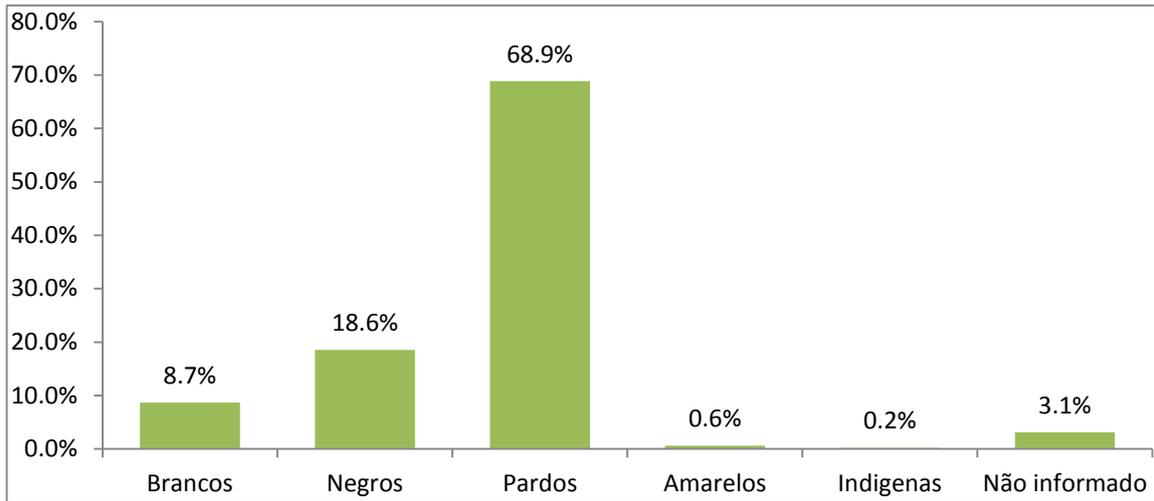


Gráfico 4 – Ilustra a prevalência quanto à cor.

Fonte: Próprio autor.

Ao fracionarmos os dados de cor quanto ao gênero verifica-se a prevalência entre homens e mulheres conforme o gráfico 5:

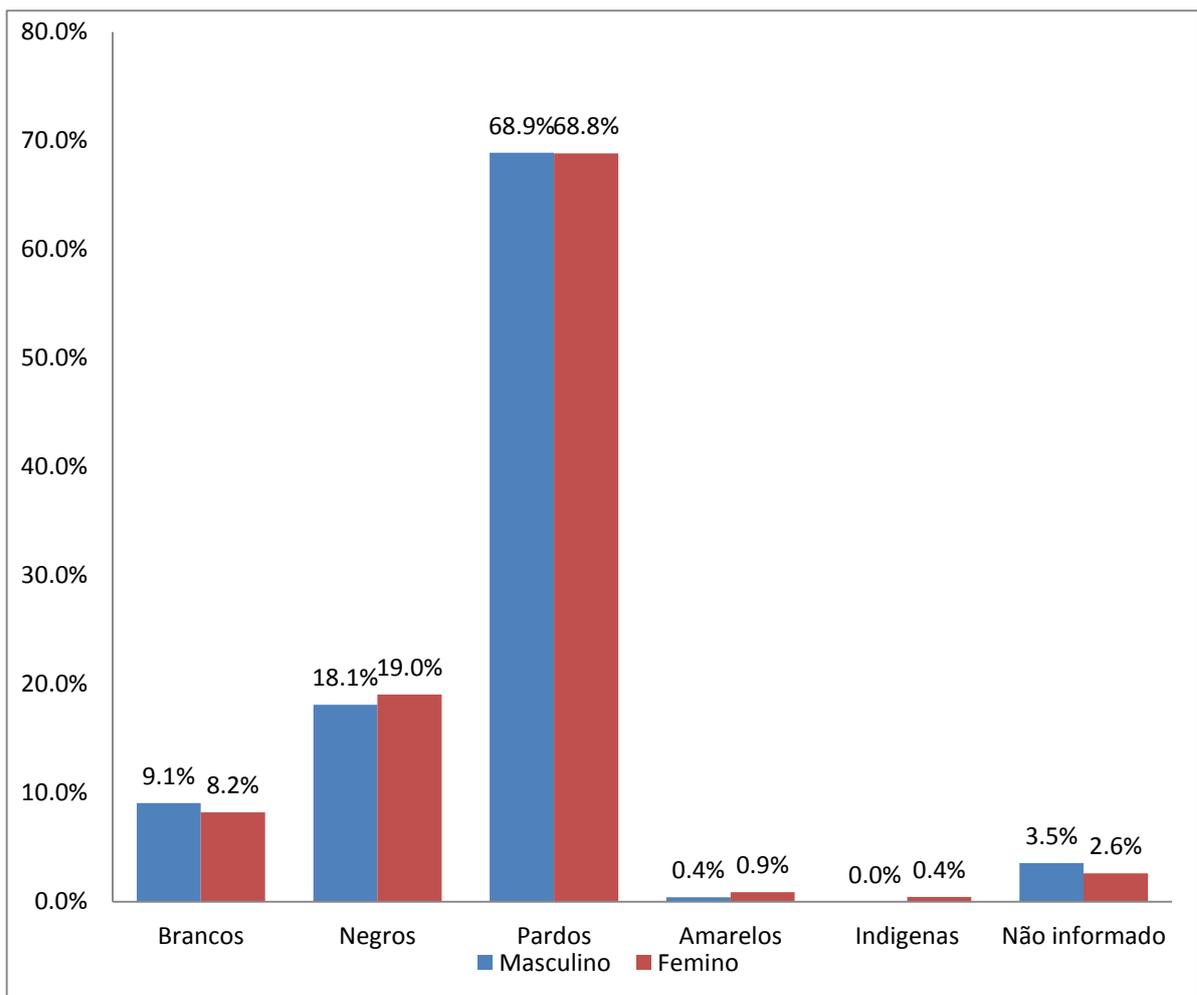


Gráfico 5 - Ilustra a prevalência quanto à cor em relação ao gênero.

Fonte: Próprio autor.

Observa-se ainda que, os negros compunham a segunda cor de maior prevalência, com destaque para indivíduos do sexo feminino, embora a diferença seja pequena, porém superior com relação aos homens, dados estes evidenciados também por Lopes; Buchalla; Ayres (2007) que apontam que em São Paulo mulheres negras possuem maior vulnerabilidade em relação as mulheres brancas, principalmente por apresentarem menores índices socioeconômicos, embora a raça ou cor do indivíduo não seja fator indicativo.

Quanto à situação familiar os indivíduos foram classificados em: casados (união estável, amasiados, convivência marital), solteiros (divorciados, viúvos, desquitados), foi adotada a classificação “não se aplica” para de crianças e recém-nascidos, e não informado, para aqueles não traziam a informação.

Durante a análise de dados observou-se a paridade entre solteiros e casados, pois cada grupo compôs o índice 45% da população estudada, conforme o gráfico 6:

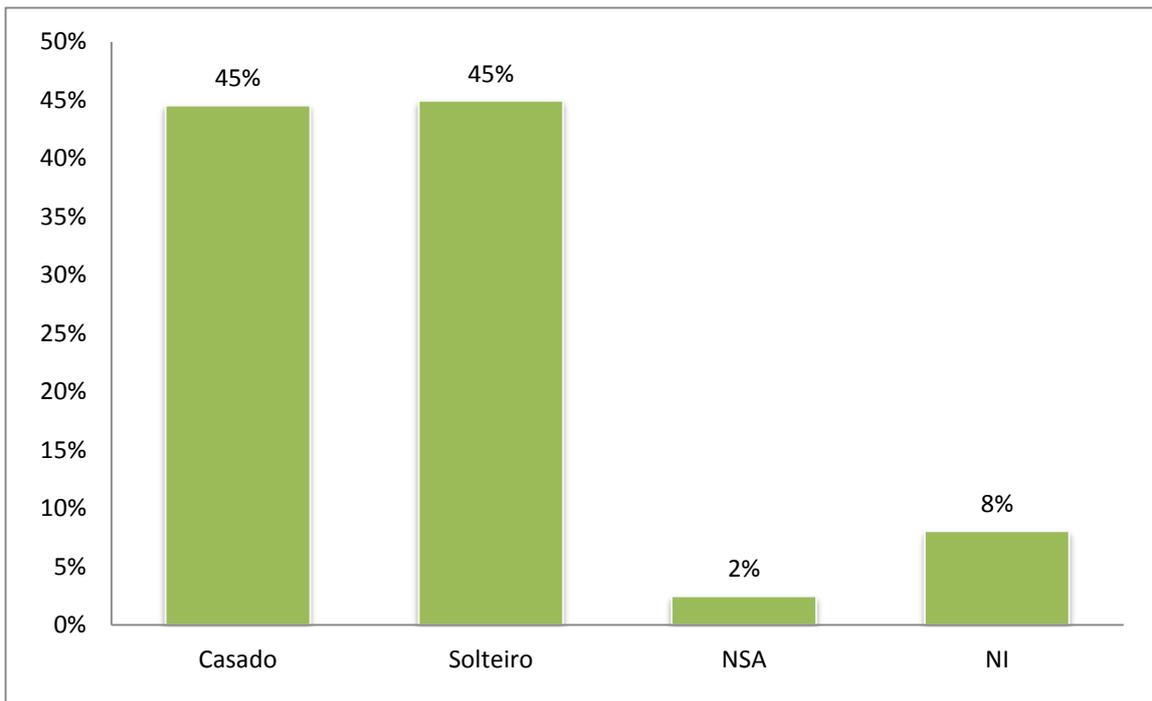


Gráfico 6 – Ilustra a prevalência quanto à situação familiar.

Fonte: Próprio autor.

Quanto ao gênero observa-se a prevalência no sexo masculino para indivíduos solteiros, enquanto que para o sexo feminino a maior prevalência está em indivíduos casados, conforme gráfico 7:

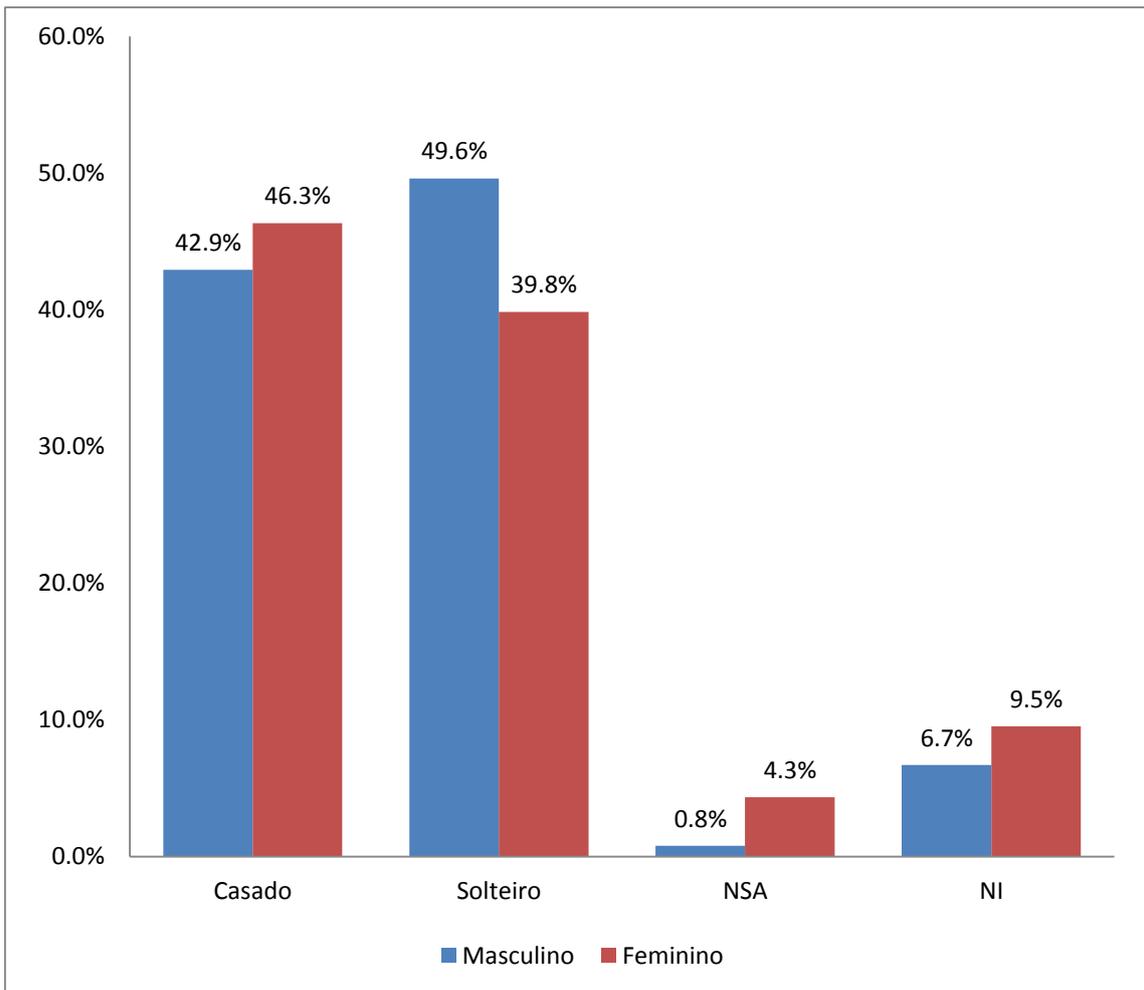


Gráfico 7 – Ilustra a prevalência correlacionando situação familiar e gênero.
Fonte: Próprio autor.

Soares et al. (2015) também observou que os indivíduos em relacionamento estável estão em situação de paridade com indivíduos solteiros, ficando evidenciado portanto, que a situação conjugal não interfere nos fatores de risco, bem como, o fato de um indivíduo ser portador de HIV/AIDS não será um empecilho para a vida conjugal.

Submetendo as variáveis obtidas ao teste de Qui-quadrado verifica-se que a hipótese observada possui grau de confiabilidade, uma vez que considerando o grau de liberdade 3 em relação ao nível de significância $p=0,05$ (5%) o resultado está inserido dentro limites padrões, concluindo-se que a situação conjugal não determina fator de risco.

O que chama a atenção sobre a diferença entre casados e solteiros é quando a comparação é feita com relação ao gênero, se observa maior prevalência em mulheres casadas e homens solteiros.

Fato este explicado por Gomes (2014), pois indivíduos masculinos homossexuais pertencerem ao maior grupo de risco, principalmente pela multiplicidade de parceiros sexuais.

Já a explicação possível para maior prevalência em mulheres casadas foi evidenciada por Nasser; Nemes (2016) após verificar que a maioria das mulheres portadoras de HIV/AIDS relata ter adquirido a contaminação de seus parceiros fixos durante relacionamento conjugal. E evidenciado também por De Paiva et al. (2014), que afirma que aproximadamente 61,9% envolvidas em seu estudo nunca participaram de nenhuma atividade de educação em saúde voltada a prevenção de DST/AIDS.

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto que:

- ✓ 0,2% da população da Região do Vale do Jamari recebe assistência do SAE do município de Ariquemes, por serem portadores do vírus HIV;
- ✓ A região do Vale do Jamari está abaixo da média nacional para casos de infecções por HIV;
- ✓ Contudo, estes índices podem ser considerados maiores, uma vez que há indivíduos que são portadores do vírus, no entanto, ainda não apresentam sintomas clínicos ou sinais sorológicos, bem como, supõem-se que existam aqueles que sabem que são portadores, porém não realizam o devido tratamento.
- ✓ Quanto ao perfil dos portadores conclui-se que a prevalência esta em indivíduos do sexo masculino, com faixa etária entre 31-49 anos, de cor parda, podendo ser tanto casado quanto solteiro. Vale frisar que estes resultados observados não são determinantes para a infecção e sim uma variável entre comportamentos de risco, fatores socioeconômicos e culturais;
- ✓ Os resultados obtidos foram observados similaridade com diversos outros estudos realizados em outras regiões dos pais, quanto ao perfil dos portadores, principalmente no que diz respeito ao gênero, faixa etária e cor;
- ✓ Infere-se do trabalho a importância da implantação de políticas públicas voltadas à educação em saúde com foco na prevenção primária de DST/AIDS, principalmente aos grupos de risco, uma vez que embora os índices na Região Norte do país, a qual o Vale do Jamari esta inserido sejam considerados baixos, há projeções futuras para o aumento destes índices.
- ✓ Vislumbra-se também a necessidade de um estudo mais específico para evidenciar o comportamento de risco dos portadores, com intuito de traçar medidas profiláticas visando abrangência integral aos

grupos de risco, uma vez que os fatores observados neste estudo necessitam de complementação para conhecer integralmente os fatores de risco relacionados à região do Vale do Jamari.

REFERÊNCIAS

AFFELDT, Ângela Beatriz; SILVEIRA, Mariângela Freitas da; BARCELOS, Raquel Siqueira. Profile of elderly people living with HIV/AIDS in Pelotas, Southern Brazil, 1998-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 79-86, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222015000100079&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 05/11/2016.

AGUIAR, Z. Neto; RIBEIRO S. C. Soares. **Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis**. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 2006.

ARAÚJO, Maria Alix Leite et al. Sexually transmitted diseases in primary health care unit in Northeastern Brazil. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, p. 347-353, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2015000400347&script=sci_arttext >. Acesso em: 04/09/2016.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; SILVEIRA, Claudia Bastos da. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível-DST. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 11, n. 3, p. 479-486, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715309013.pdf>>. Acesso em: 02/06/2016.

BARBARÁ, Andréa; SACHETTI, Virginia Azevedo Reis; CREPALDI, Maria Aparecida. Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. **Interação em Psicologia (Qualis/CAPES: A2)**, v. 9, n. 2, 2005. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewArticle/4783> >. Acesso em: 28/05/2016.

BENZAKEN, Adele S. et al. Baixa prevalência de DST em profissionais do sexo no município de Manacapuru-interior do Estado do Amazonas, Brasil. **J Bras Doenças Sex Transm**, v. 14, n. 4, p. 9-12, 2002. Disponível em: < <http://www.dst.uff.br/revista14-4-2002/06%20Baixa%20prevalencia%20de%20DST.pdf> >. Acesso em: 01/06/2016.

BENZAKEN, Adele Schwartz et. al. Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/Aids na região amazônica, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. Supl 2, p. 118-26, 2007. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41s2/5959.pdf> >. Acesso em: 01/06/2016.

BESERRA, Eveline Pinheiro; PINHEIRO, PN da C.; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 12, n. 3, p. 522-28, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a19> >. Acesso em 01/06/2016.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm >. Acesso em 02/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Brasília, 2015. 95 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais**. 2016. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais> >. Acesso em 08/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso**. 8.ed. Brasília, 2010a. 223 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS**. Brasília, 2010b. 95 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV**. Brasília, 2000. 129 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 34, de 28 de julho de 2005. **Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico de infecção pelo HIV em situações especiais**. Disponível em: <

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo_3_4_002.pdf >. Acesso em 02/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.104, de 19 de novembro de 2002. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS o projeto, nascer-maternidade e dá outras providências.** Disponível em: < <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1631> >. Acesso em 02/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.376, de 19 de novembro de 1993. **Regulamenta as normas técnicas destinadas a disciplinar a coleta, o processamento e a transfusão de sangue total, componentes e derivados em todo o território nacional.** Disponível em: < <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1631> >. Acesso em 02/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 343, de 13 de dezembro de 2002. **Dispõe sobre o regimento técnico de serviços de hemoterapia.** Disponível em: < http://www.aeap.org.br/doc/resolucao_rdc_343_de_13_de_dezembro_de_2002.pdf >. Acesso em 02/11/2016.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Aids e a Aids das ciências. **História, ciência, saúde - Manguinhos**, v. 1, n. 1, p. 35-60, Outubro 1994. Disponível em: < https://www.researchgate.net/profile/Cristiana_Bastos/publication/250028591_As_cincias_da_Aids_e_a_Aids_das_cincias_o_discurso_medico_e_a_construcao_da_Aids/link/s/53fb7f6f0cf22f21c2f331ca.pdf >. Acesso em: 31/05/2016.

CAMURÇA, Valeska Vieira et al. SAÚDE BUCAL NA AGENDA DA POLÍTICA DE DST/AIDS NO BRASIL, CEARÁ E FORTALEZA. **Revista de APS**, v. 16, n. 4, 2013. Disponível em: < <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1824> >. Acesso em: 21/07/2016.

CARDOSO, Luciana Roberta Donolaet al. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. suppl 1, p. 70-75, 2008. Disponível em:< http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/7798/art_CARDOSO_O_consumo_de_alcool_como_fator_de_2008.pdf?sequence=1 >. Acesso em 21/08/2016.

CARRET, Maria Laura Vidal et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 76-84, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v38n1/18455.pdf> >. Acesso em 31/05/2016.

CARVALHO, Newton Sergio. Bioética e doenças sexualmente transmissíveis. **DST- J bras Doenças Sex Transm**, v. 15, n. 2, p. 57-61, 2003. Disponível em: < <http://www.dst.uff.br/revista15-1-2003/carta%20ao%20editor.pdf> >. Acesso em 31/05/2016.

CASTRO, Eneida Lazzarini de et al. O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 6, p. 1975-1984, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601975&lng=pt&tlng=pt >. Acesso em 20/08/2016.

COELHO, Mânia de Qaudroset al. Perfil de pessoas que vivem com HIV/Aids e prevalência de manifestações bucais nesses indivíduos. **Unimontes Científica**, v. 16, n. 2, p. 28-37, 2015. Disponível em:< <http://ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/270> >. Acesso em 05/11/2016.

CRUZ, Elizabete Franco. Infâncias, adolescências e AIDS. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, n. 46, p. 363-384, 2007. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982007000200015 >. Acesso em 22/09/2016.

CUNHA, Cláudia Carneiro da. Revelando vozes, desvendando olhares: os significados do tratamento para o HIV/AIDS. 2004. Disponível em:< <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/4713/610.pdf?sequence=2> >. Acesso em 22/09/2016.

DA SILVA, Ilisdayne Thallita Soares et al. Perfil dos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em um estado do nordeste do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 4, p. 727-738, 2015. Disponível em:< <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/15207> >. Acesso em 05/09/2016.

DE MELO, Eduardo Borges; BRUNI, Aline Thaís; FERREIRA, Márcia Miguel Castro. Inibidores da HIV-integrase: potencial abordagem farmacológica para tratamento da AIDS. **Quim. Nova**, v. 29, n. 3, p. 555-562, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/qn/v29n3/29287.pdf> >. Acesso em 08/06/2016.

DE OLIVEIRA, Ana Cristina et al. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 994-1000, 2014. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/99979> >. Acesso em 06/11/2016.

DE OLIVEIRA, João Batista Alves. **Exames Laboratoriais para o Clínico**. Rio de Janeiro: MedSi, 2003.

DE PAIVA, Elenir Pereira et al. Conhecimento, atitudes e práticas das mulheres acerca da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **HU Revista**, v. 39, n. 1 e 2, 2014. Disponível em: < <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2112> >. Acesso em 06/11/2016.

DORETO, Daniella Tech; VIEIRA, Elisabeth Meloni. O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil Knowledge on sexually transmitted diseases among low-income adolescents in Ribeirão. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 10, p. 2511-2516,

2007. Disponível em: < https://www.researchgate.net/profile/Elisabeth_Vieira/publication/5953547_Knowledge_on_sexually_transmitted_diseases_among_low-income_adolescents_in_Ribeirao_Preto_Sao_Paulo_State_Brazil/links/0a85e53a7345924416000000.pdf > . Acesso em: 01/06/2016.

DUARTE, Geraldo et al. Teste rápido para detecção da infecção pelo HIV-1 em gestantes. **Ver. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 23, n. 02, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v23n2/11374.pdf> > . Acesso em: 08/06/2016.

EUSTÁQUIO, J. M. et al. Ocorrência de doações de sangue com sorologia positiva para o vírus HIV no Hemocentro Regional de Uberaba (MG)-Fundação Hemominas no período de 1995 a 2006. **Ver. Patol. Trop.**, v. 38, n. 2, p. 73-81, 2009. Disponível em: < https://revista.iptsp.ufg.br/up/63/o/2009_38_2_73_81.pdf > . Acesso em: 08/06/2016.

FABBRO, Márcia Maria FerrairoJanini Dal et al. Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 14, n. 2, p. 105-110, 2005. Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000200006 > . Acesso em: 08/08/2016.

GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhaes. Conhecimento sobre HIV/Aids entre homens que fazem sexo com homens em 10 cidades brasileiras. 2014. Disponível em: < <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-9MRGQF> > . Acesso em: 08/08/2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=11&search=rondonia&lang=> > . Acesso em: 06/11/2016.

LEAL, Noêmia Soares Barbosa; COÊLHO, Angela Elizabeth Lapa. Representações sociais da AIDS para estudantes de Psicologia. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.

28, n. 1, p. 9-16, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1553.pdf>>. Acesso em: 03/09/2016.

LIBMAN, Howard; WITZBURG, Robert A. **Infecção pelo HIV: Um manual clínico**. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995.

LOMAR, André Villela; DIAMENT, Décio. Tratamento Anti-retroviral. In: FOCACCIA, Roberto. **Tratado de Infectologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p 235-242.

LOPES, Fernanda; BUCHALLA, Cassia Maria; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. suppl. 2, p. 39-46, 2007.

LORENZI, Therezinha F. **Manual de Hematologia Propedêutica e Clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MARTINS, Laura B. Motta et al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. **Cad saúde pública**, v. 22, n. 2, p. 315-23, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/09> >. Acesso em: 04/06/2016.

MARTINS, Telma Alves et al. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 3, n. 1, p. 4-7, 2014. Disponível em: < <http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/425/pdf> >. Acesso em: 04/06/2016.

MASSAD, Maria Fernanda. PORTADORES E NAO PORTADORES DE HIV. Disponível em: < <http://tcconline.utp.br/wp-content/uploads/2013/12/NIVEL-DE-APTIDAO-FISICA-EM-PRE-ADOLESCENTES.pdf> >. Acesso em: 26/05/2016.

MARQUES JUNIOR, Joilson Santana; GOMES, Romeu; NASCIMENTO, E. Ferreira. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. **Ciências &**

Saúde Coletiva, v. 17, n. 2, p. 511-520, 2012. Disponível em: < <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8891> >. Acesso em: 04/11/2016.

MIRANDA, Angélica Espinosa et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. **RevSocBrasMedTrop**, v. 42, n. 4, p. 386-391, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n4/a06v42n4> >. Acesso em: 24/09/2016.

NASSER, Ana Cristina Arantes; NEMES, Maria Ines Battistella. Representações dos participantes de uma intervenção psicossocial para melhoria da adesão ao tratamento da AIDS. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 58, p. 661-77, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n58/en_1807-5762-icse-1807-576220150149.pdf >. Acesso em: 05/11/2016.

NUNES, AltacílioAparecido et al. Profile analysis of patients with HIV/AIDS hospitalized after the introduction of antiretroviral therapy. **Ciencia&saude coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3191-3198, 2015. Disponível em: < http://www.scielosp.org/article_plus.php?pid=S1413-81232015001003191&tlng=pt&lng=en >. Acesso em: 05/11/2016.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de et al. Resultado do teste rápido anti-HIV após o parto: uma ameaça à amamentação ao nascimento. **Rev. Saúde Pública**v. 44, n.1, p. 60-9, 2010. Disponível em: < <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9532/2/Resultado%20do%20teste%20r%C3%A1pido%20anti-HIV%20ap%C3%B3s%20o%20parto%20uma%20amea%C3%A7a%20%C3%A0%20amamenta%C3%A7%C3%A3o%20ao%20nascimento.pdf> >. Acesso em: 08/09/2016.

OLIVEIRA, Viviane Matoso de; VERDASCA, Izabel Cristina; MONTEIRO, Marta Chagas. Detecção de sífilis por ensaios de ELISA e VDRL em doadores de sangue do Hemonúcleo de Guarapuava, Estado do Paraná. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 41, n. 4, p. 428-430, 2008. Disponível em: <

[http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37328504/VDRL_E_SIFILIS.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1476722790&Signature=O%2BKI2yZBMHXFC9%2B65h%2BFmSilxyl%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDeteccao de sifilis por ensaios de ELISA.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37328504/VDRL_E_SIFILIS.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1476722790&Signature=O%2BKI2yZBMHXFC9%2B65h%2BFmSilxyl%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDeteccao+de+sifilis+por+ensaios+de+ELISA.pdf)>. Acesso em: 12/09/2016.

PACHECO, Bruna Peres et al. Dificuldades e facilidades da família para cuidar a criança com HIV/Aids. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 378-383, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0378.pdf> >. Acesso em: 05/09/2016.

PASCHOAL, Eduardo Pereira et al. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 18, n. 1, p. 32-40, 2014. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127730129004.pdf> >. Acesso em: 08/10/2016.

PASSOS, Afonso Dinis Costa; FIGUEIREDO, JF de C. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 2, p. 95-101, 2004. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n2/22243.pdf> >. Acesso em: 03/05/2016.

PEREIRA, Bianca de Souza et al. Factors associated with HIV/AIDS infection among adolescents and young adults enrolled in a Counseling and Testing Center in the State of Bahia, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 747-758, 2014. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000300747&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 05/11/2016.

POSSOLLI, Glaucia T.; DE CARVALHO, Márcia L.; DE OLIVEIRA, Maria Inês C. Testagem anti-HIV na maternidade e o início do aleitamento materno: uma análise de sobrevivência. **Jornal de Pediatria**, v. 91, n. 4, p. 397-404, 2015. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/3997/399741524015/> >. Acesso em: 19/09/2016.

RIBEIRO, Cristiane G. et al. A AIDS e suas contradições: representações sociais de seu atendimento e tratamento pelos profissionais e pacientes. **Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 17, n. 2, p. 127-132, 2005. Disponível em: < <http://www.uff.br/ufferrorpages/503/index.html> >. Acesso em: 29/09/2016.

ROSSETI, M. L.; DA SILVA, C. M. D.; RODRIGUES, J. J. S. In: FOCACCIA, Roberto. **Tratado de Infectologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p 235-242.

SABINO, Ester Cerdeira; BARRETO, Claudia Cortese; SANABANI, Sabri. Etiologia e Subtipos do HIV. In: FOCACCIA, Roberto. **Tratado de Infectologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p 111-17.

SALOMÃO, Reinaldo; PIGNATARI, A. C. Campos. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de infectologia**. Barueri: Manole, 2004.

SEGURADO, Aluisio Cotrim; CASSENOTE, Alex Jones; LUNA, Expedito de Albuquerque. Saúde nas metrópoles-Doenças infecciosas. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, p. 29-49, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n86/0103-4014-ea-30-86-00029.pdf> >. Acesso em: 07/09/2016.

SANTOS, Norma S. de Oliveira; ROMANOS, Maria Teresa Villela; WIGG, Marcia Dutra. **Introdução à Virologia Humana**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SILVA, Ana Cristina de Oliveira et al. Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/AIDS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 994-1000, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000600994&script=sci_arttext&tlng=es >. Acesso em: 09/11/2016.

SILVA, Welington dos Santos et al. Factors associated with condom use in people living with HIV/AIDS. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 28, n. 6, p. 587-592, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/en_1982-0194-ape-28-06-0587.pdf >. Acesso em: 03/07/2016.

SOARES, Gabriella Barreto et al. Quality of life of people living with HIV/AIDS treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1075-1084, 2015. Disponível em: <
http://www.scielo.org/article_plus.php?pid=S1413-81232015000401075&tlng=pt&lng=en>. Acesso em: 03/07/2016.

TELES, Sheila Araujo et al. Comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis em caminhoneiros no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 1, p. 25-30, 2008. Disponível em: <
<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v24n1/v24n1a03.pdf>>. Acesso em: 02/06/2016.

VILLARINHO, Mariana Vieira; PADILHA, Maria Itayra. Sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente à epidemia da AIDS (1986-2006). **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e0010013, 2016. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100302&lang=pt>. Acesso em: 04/08/2016

ANEXO