

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

Curso de medicina

Lara Luísa Modesto Lima

João Ricardo Sousa Vasconcellos

Gabriella Andrade Viegas de Arruda

Ana Clara Ramos Silva

Luana Freitas de Oliveira

Gabriella Pereira Ribeiro de Araújo

Perfil clínico epidemiológico do HIV/AIDS em Anápolis-Goiás: uma análise retrospectiva

Anápolis – Goiás

2023

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

Curso de medicina

Perfil clínico epidemiológico do HIV/AIDS em Anápolis-Goiás: uma análise retrospectiva

Trabalho de curso apresentado a subárea de iniciação científica do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Constanza Thaise Xavier Silva.

Anápolis – Goiás

2023

**ENTREGA DA VERSÃO FINAL
DO TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À Coordenação de Iniciação Científica Faculdade de Medicina -UniEVANGÉLICA

Eu, Prof (ª) Orientador(a) Constanza Thaise Xavier Silva venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as) Lara Luísa Modesto Lima, João Ricardo Sousa Vasconcellos, Gabriella Andrade Viegas de Arruda, Ana Clara Ramos Silva, Luana Freitas de Oliveira e Gabriella Pereira Ribeiro de Araújo, estão com a versão final do trabalho intitulado Perfil Clínico Epidemiológico do HIV/AIDS em Anápolis-Goiás: uma análise retrospectiva pronta para ser entregue a esta coordenação.

Declara-se ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da UniEVANGÉLICA.

Observações:

Anápolis, 13 de novembro de 2023.

Assinatura do Orientador: _____

RESUMO

A síndrome da Imunodeficiência Adquirida causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que é um retrovírus, transmitido principalmente por relações sexuais desprotegidas, por via sanguínea ou por objetos perfurocortantes contaminados, é um problema de saúde pública. O HIV ataca os linfócitos TCD4+, gerando o quadro de imunossupressão. O estudo tem por objetivo descrever o perfil clínico epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS na cidade de Anápolis – Goiás. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal e retrospectivo. Foi realizado no município de Anápolis-GO, tomando como fonte de informação os casos de HIV/AIDS a partir da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referente ao período de 2017 a 2022. As características sociodemográficas avaliadas foram: sexo, faixa etária, etnia, nível de escolaridade. As variáveis clínico-epidemiológicas foram: provável modo de transmissão, condições de saúde, Critérios CDC e analisar os grupos considerando as situações de evolução descritas no SINAN. Como resultado, observa-se que a maioria afetada pela síndrome é do sexo masculino, entre 23 e 32 anos (41,3%, $p < 0,001$) e com escolaridade maior ou igual a 8 anos (93,9%, $p < 0,007$), transmitido pela via sexual com relações sexuais com mulheres (60,9%, $p < 0,000$), com teste de triagem e confirmatório positivo na maioria dos casos (97,8% $p = 0,444$ e 99% $p = 0,997$, respectivamente), sem infecções oportunistas ao longo da aquisição da síndrome (96,2%, $p = 0,701$ para tuberculose; 94,4%, $p = 0,994$ para candidose; 96,8%, $p = 0,871$ para herpes; 94,6%, $p = 0,221$ para toxoplasmose cerebral e 95,9%, $p = 0,431$ para pneumonia por *Pneumocystis carinii*) e vivo (94,5%, $p = 0,997$). Conclui-se que, a partir dos dados coletados e da delimitação do público mais acometido pela síndrome, que o perfil do paciente infectado por HIV no município de Anápolis é homem, tem entre 23-32 anos, com relações heterossexuais, mais de 8 anos de escolaridade, pardo, sem a ocorrência de infecções oportunistas e vivo, dessa forma, o presente trabalho contribui para a elaboração de políticas públicas de prevenção e conscientização mais efetivas e direcionadas.

Palavras chave: HIV. AIDS. Síndrome da imunodeficiência adquirida.

ABSTRACT

Acquired Immunodeficiency Syndrome caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV), which is a retrovirus, transmitted mainly by unprotected sexual relations, by blood or by contaminated sharp objects, is a public health problem. HIV attacks TCD4+ lymphocytes, generating immunosuppression. The study aims to describe the epidemiological clinical profile of HIV/AIDS patients. This is an epidemiological, descriptive, cross-sectional and retrospective study. It will be carried out in the municipality of Anápolis-GO, taking as a source of information the cases of HIV/AIDS from the *Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)* database from 2017 to 2022. The socio-demographic characteristics evaluated will be: gender, age group, ethnicity, level of education. The clinical and epidemiological variables will be: probable mode of transmission, health conditions, CDC criteria and analyze the groups considering the evolution situations described in SINAN. As a result, it is observed that the majority affected by the syndrome is male, between 23 and 32 years old (41,3%, <0,001) and with schooling greater or equal to 8 years (93,9%, p<0,007), transmitted sexually through sexual intercourse with women (60,9%, p<0,000), with trial and confirmatory testing for most cases (97,8% p=0,444 and 99% p=0,997, respectively) and without opportunistic infections throughout the acquisition of the syndrome (96,2%, p= 0,701 for tuberculosis; 94,4%, p= 0,994 for candidosis; 96,8%, p= 0,871 for herpes; 94,6%, p= 0,221 for cerebral toxoplasmosis and 95,9%, p= 0,431 for *Pneumocystis carinii* pneumonia) and alive (94,5%, p=0,997). It is concluded that, from the data collected and the delimitation of the public most affected by the syndrome, that the profile of the HIV-infected patient in the municipality of Anápolis-GO is male, between 23-32 years, with heterosexual relations, above 8 years of schooling, brown, without opportunistic infections and living. In this way, the present work contributes to the elaboration of more effective and targeted public policies of prevention and awareness.

Keywords: HIV. AIDS. Acquired immunodeficiency syndrome.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 Definição	8
2.2 Epidemiologia	10
2.3 Histórico da AIDS	11
2.4 Quadro Clínico	13
2.5 Diagnóstico	14
2.6 Tratamento	15
2.7 Infecções Associadas	16
2.8 Desfecho no tratamento	18
3. OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos Específicos	19
4. METODOLOGIA	20
4.1 Tipo de estudo	20
4.2 População de estudo	20
4.3 Critérios de inclusão e exclusão	20
4.4 Aspectos éticos	20
4.5 Análise de dados	21
5. RESULTADOS	22
6. DISCUSSÃO	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	39
Anexo I	39
Anexo II	41
APÊNDICES	45
Apêndice I	45

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, AIDS) é decorrente de um quadro de imunodeficiência causado pelo vírus da imunodeficiência humana (do inglês *Human Immunodeficiency Virus*, HIV), que pode ser classificado como um retrovírus adquirido principalmente por via sexual sem proteção, por via sanguínea ou por objetos perfurocortantes que estejam contaminados. O HIV ataca principalmente os linfócitos T CD4+, células de defesa do organismo, tornando o corpo vulnerável à infecção por doenças oportunistas. Além disso, o HIV altera o ácido desoxirribonucleico (do inglês *Desoxyribonucleic Acid*, DNA) da célula, criando um ciclo de infecção em que continuamente se multiplica e rompe os linfócitos em busca de outros para infectar, o que torna uma patologia crônica e potencialmente letal. Por ser uma doença infecciosa grave, se torna na sociedade um grande problema de saúde pública (SOUZA; SILVA; CHIACHIO, 2021).

É importante ressaltar que o surgimento, a manutenção e a disseminação do HIV são dependentes da eficácia de transmissão, da variação de parceiros sexuais e da duração da infecção. Esses fatores estão relacionados a aspectos socioeconômicos, culturais, estruturais, qualidade da rede de saúde e acesso à rede de saúde e à informação, afetando com maior frequência grupos específicos, como trabalhadores do sexo, homossexuais, transexuais e usuários de droga (BRASIL, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o vírus da imunodeficiência humana já acometeu 77 milhões de pessoas de todo o mundo e levou 36 milhões de pessoas à óbito. No Brasil, durante o período de 2010 a 2019 foram registrados 338.966 casos de internação por HIV. Já em Goiás, no período de 2015 a 2019, houveram 575 notificações para HIV, sendo 79,2% homens, 71,1% entre 20 e 39 anos e 42% naturais de Goiânia e teve como o grupo mais importante na transmissibilidade os homossexuais. Dos casos analisados, apenas 2.598 (34%) eram sintomáticos (AMORIM; DUARTE, 2021; LUSTOSA, 2022).

O diagnóstico da infecção pelo vírus HIV baseia-se em exames laboratoriais que detectam marcadores específicos, sendo estes: ácido ribonucleico (do inglês *Ribonucleic Acid*, RNA) viral, antígenos (exemplo: p24) e anticorpos anti-HIV (IgM e IgG). Para detecção dos marcadores específicos em amostras biológicas podem ser utilizados diferentes testes diagnósticos, sendo eles: testes moleculares, imunoenaios e testes rápidos (BRASIL, 2021).

Após o diagnóstico de infecção pelo vírus HIV é necessário realizar um segundo diagnóstico baseado na quantificação da carga viral e de contagem de linfócitos T CD4⁺ antes

de se iniciar o tratamento (BRASIL, 2021). O tratamento do HIV/AIDS tem como objetivos principais melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevivência do paciente, à vista de uma redução da carga viral e reestruturação do sistema imunológico (BRASIL, 2021).

Atualmente, no Brasil existem mais de 20 princípios ativos e 38 apresentações farmacêuticas disponibilizadas para constituírem a terapia antirretroviral (TARV), a escolha acerca do esquema farmacológico a ser utilizado é feita de maneira individualizada para cada paciente e baseando-se em características clínicas, laboratoriais e farmacológicas dos fármacos antirretrovirais. A terapia inicial é constituída de no mínimo dois inibidores de transcriptase reversa análogos do nucleotídeo, podendo-se associar a um inibidor da transcriptase reversa não análogo do nucleotídeo ou a um inibidor da protease viral. É válido ressaltar que a monoterapia não é efetiva para a terapia antirretroviral. Em consequência ao início da TARV, tem-se inibição da replicação viral e aumento da concentração de linfócitos T CD4⁺ circulantes (CASSEB; DUARTE, 2016; BRASIL, 2021).

A notificação dos casos de HIV passou a ser obrigatória a partir de 2014 quando o Ministério da Saúde adicionou a doença na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública através da Portaria nº 1271, de 06/06/2014. Anteriormente, a obrigatoriedade da notificação era apenas em casos de infecção em gestantes, parturientes, puérperas e crianças expostas ao risco de transmissão vertical do vírus. A necessidade de notificação segue os critérios de sigilo definidos na Lei de Acesso à Informação (12527/2011). Os profissionais de saúde devem notificar todos os casos de AIDS em adultos e crianças, assim como os portadores de HIV. A notificação passa a ser imediata em até 24 horas às secretarias de saúde estaduais e municipais, a inclusão de HIV/AIDS na lista permite um acompanhamento dos casos e surto. Todos os casos notificados são armazenados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o sistema é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que consta na lista supracitada, seu uso possibilita a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população (BRASIL, 2014; SBPC, 2014; SINAN, 2016).

Desta forma, tem-se como problemática do presente estudo saber qual o perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS em Anápolis- Goiás, que estão descritos no banco de dados do SINAN no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2022. Portanto, o objetivo do estudo é descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS na cidade de Anápolis-Goiás, descritos no banco dados do SINAN, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2022.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Definição

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é classificado como retrovírus: um vírus de RNA de fita simples, que transcreve RNA em DNA no seu hospedeiro, processo conhecido como transcrição reversa, integrando ao núcleo celular das células alvos. O HIV tem como foco principal infectar linfócitos e macrófagos, que tenham em sua superfície o marcador CD4, mas podem infectar células dendríticas. Ao ligarem aos linfócitos TCD4+, organizadores da resposta imune adaptativa, leva a desorganização do sistema imune aumentando a susceptibilidade a infecções e processos neoplásicos. Portanto, além da doença causada diretamente pelo HIV decorrente da ativação inflamatória e processos degenerativos que contribuem para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares ocorre a AIDS, decorrente da debilitação linfocitária (ROSA *et al.*, 2016).

Após duas horas do contato do vírus com uma das mucosas relacionadas (anal, vaginal ou peniana), o HIV atravessa a barreira mucoepitelial protetora e pode entrar em contato com os macrófagos teciduais, células dendríticas, linfócitos com a intenção de ser apresentado ao grupo linfóide mais próximo, o vírus é apresentado ao linfócito TCD4+ virgem pelo linfonodo, ou seja, O HIV encontra o seu alvo sem ser identificado pelo sistema imune, operação conhecida como “cavalo de troia”, levando o vírus para o quartel general do exército protetor do nosso organismo. Começa, portanto, a replicação viral no linfonodo até atingir toda subpopulação de linfócitos TCD4+ presentes, fase conhecida como “fase eclipse”, de duração aproximada de 7 a 21 dias, onde não é possível identificar o RNA viral no sangue do paciente (SABINO *et al.*, 2015; DIAZ *et al.*, 2017).

Os linfócitos contaminados carregarão o vírus pelas próximas 2 a 3 semanas a todo organismo, principalmente aos tecidos linfóides associados as mucosas (MALT) intestinais. A replicação no MALT é exacerbada e leva a significativa depleção nessa subpopulação de linfócitos, essa depleção permite o rompimento da barreira mucosa de permitindo, assim, a penetração bacteriana do intestino para a corrente sanguínea, ocorrendo a liberação de lipopolissacarídeos (LPS) bacterianos na corrente sanguínea, ativando a resposta imune aumentando assim, a ativação de linfócitos circulantes, pois, quanto maior o nível de LPS, maiores os níveis de ativação celular e, então, facilitando ainda mais a disseminação do HIV. Essa disseminação intensa do vírus pelo sangue é responsável pela queda abrupta de linfócitos e alta viremia na fase aguda, e pela baixa contagem de linfócitos circulantes durante a infecção crônica. Quando a viremia está alta, ocorre os sintomas inespecíficos da infecção aguda, como: febre, anorexia, mal-estar, Linfadenomegalia generalizada, hepatoesplenomegalia, icterícia,

rash cutâneo, plaquetopenia, sudorese noturna, além da diarreia que pode vir acompanhada de muco e é um dos sintomas mais frequentes (DIAZ *et al.*, 2017).

A doença do HIV é subdividida em três fases: aguda, crônica assintomática e crônica sintomática. A evolução entre essas fases é de ampla variabilidade, entretanto a fase aguda tem resolução espontânea, em média, de 14 a 21 dias. Após cessar a fase aguda, o paciente entra na fase clinicamente assintomático, com tempo médio de duração de 3 a 7 anos, em pacientes com ausência de tratamento. O período clínico sintomático é dividido em 2 fases, não obrigatoriamente contíguas, sendo elas: a doença causada pelo HIV (não AIDS) e a imunodeficiência (AIDS). A infectado pode manifestar a doença definidora de imunodeficiência antes de apresentar algum sintoma relacionado a contaminação pelo HIV (SABINO *et al.*, 2015).

Marcadores como: reação em cadeia da polimerase (PCR) ultrasensível, dosagem de interleucina 6 e dímero D estão elevados em pessoas infectados pelo vírus do HIV correlacionando diretamente com a gravidade da doença. A inflamação crônica proporcionada pelo HIV ocasiona lesão a vários órgãos do organismo, como exemplo, a deterioração acelerada no sistema nervoso central, levando a atrofia encefálica com surgimento de alterações cognitivas e depressão (DIAZ *et al.*, 2017).

A evolução da doença em um indivíduo depende de como será a interação do sistema imune com o vírus. Respostas exageradas podem se manifestar com doenças oportunistas ainda na fase aguda, e respostas bem moduladas mantêm a infecção latente por longo período de tempo (REIS *et al.*, 2007).

A contagem de linfócitos CD4+ foi o primeiro marcado utilizado no acompanhamento da infecção pelo HIV. Contagem absoluta, porcentagem de CD4 e taxa de declínio são Preditores para a progressão para AIDS e o risco de infecções oportunistas pode ser definido através da quantificação de células CD4. A carga viral e a contagem de linfócitos CD4 tem padrão de comportamento específico em cada uma das três fases evolutivas sendo utilizados para avaliação da evolução da infecção (carga viral) e do sistema imunológico (Células CD4). A carga viral, é alta na fase aguda, está em declínio na fase crônica assintomática, e em aclave na fase de imunodeficiência (SANTOS *et al.*, 2010).

As causas de mortes em pacientes contaminados pelo HIV foram alteradas nos que estão sob terapia de esquema antirretroviral aumentando a expectativa de vida dos portadores de HIV além de diminuir o índice de doenças oportunistas, através de prevenção e tratamentos precoce dessas informações, além da intensificação das estratégias de adesão ao tratamento, mas aumentando o índice de eventos sérios não relacionados a AIDS, mas relacionados a

infecção crônica causada pelo HIV, como, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (REIS *et al.*, 2007).

2.2 Epidemiologia

No Brasil os primeiros casos de HIV/AIDS confirmados foram em 1982, mas é possível afirmar que o vírus tenha chegado ao Brasil na década de 1970 devido ao tempo desde a infecção pelo vírus até a evolução para AIDS. Prioritariamente os casos ocorreram nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, na maioria em homens homossexuais, bissexuais, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e poli transfundidos (ANJOS, 2017).

Traçando um perfil epidemiológico da AIDS no Brasil, no período de 2015 a junho de 2020 observa-se que o número total de notificações foi de 118.228 casos, e o maior número foi registrado na região Sudeste (37,5%), a região Nordeste (23,3%) é a segunda colocada, em seguida a região Sul (21,8%), região Norte (9,9%) e o Centro-Oeste ficou em último lugar (7,5%). No entanto, é importante ressaltar que a população estimada da região Sudeste, em 2021, é de 213.317.639 pessoas, uma das mais populosas do Brasil, o que contribui para os achados (TEIXEIRA *et al.*, 2022).

Percebe-se que dentre os casos notificados no Brasil no período de 2009 a 2019, estão associados em geral a indivíduos entre 20 e 40 anos, de cor/raça branca a parda, com nível de escolaridade compatível desde o ensino fundamental incompleto ao ensino médio completo e nível de exposição está associado principalmente a indivíduos com práticas heterossexuais e homossexuais (FIGUEIRÊDO JÚNIOR *et al.*, 2020).

Em 2021 foram registrados 13.501 novos casos de HIV/AIDS no Brasil, e desses casos o sexo masculino foi o mais acometido com 71,8% e o sexo feminino registrou 28,6%. Em relação a orientação sexual da população acometida pelo HIV/AIDS tem a maior proporção entre os heterossexuais com percentual de 18,7%, e em segundo lugar cerca de 10,5% dos homossexuais foram infectados pela epidemia (AGUIAR *et al.*, 2022).

Os dados também apontam que entre os anos de 2009 e 2019 foram notificados um total de 283.188 casos de AIDS no Brasil, e de 2009 a 2013 esses números foram crescentes a cada ano e em 2013 foi o ano com o maior número de notificações (11,03%), dentre o total de notificações entre os períodos avaliados, e a partir de 2014 constatou-se uma redução progressiva no número de casos notificados, com exceção do ano de 2017, no qual observou-se um aumento do número de casos em relação ao ano de 2016. Entre 2009 e 2019, o menor número de casos notificados foi observado no ano de 2019 (FIGUEIRÊDO JÚNIOR, *et al.*, 2020).

Os índices de escolaridade apontam uma maior ocorrência de casos de AIDS em indivíduos com o ensino médio completo (26,4%), seguido por indivíduos que realizaram a 5-8° série completa (19%) e o menor número de caso registrado foi entre os analfabetos (2.375 casos; 2,6%). A respeito da raça/cor há predominância de HIV/AIDS em pessoas pardas, com 51.681 casos (46,8%) no qual os índices de mortalidade nesse grupo demonstram ser crescente, enquanto são decrescentes em pessoas brancas, que estão em segundo lugar com 45.450 casos (41,2%) e o menor número foi entre os indígenas com 383 casos (0,4%) no período considerado de 2015 a junho de 2020. Além disso, o Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, aponta que, desde 2012, o número de casos de AIDS no Brasil vem diminuindo em comparação com os anos anteriores (TEIXEIRA *et al.*, 2022).

É possível analisar também a diminuição na transmissão de HIV/AIDS pela via vertical, já que no ano de 2021 somente 0,6% dos casos foram por esse contato, o que é uma porcentagem pequena em relação a todo o Brasil. Essa redução nos casos de HIV/AIDS pela transmissão vertical se dá pela “testagem anti-HIV, em decorrência da política de rastreamento e do tratamento de gestantes portadoras do vírus. Esta estratégia reduz a possibilidade da transmissibilidade, permitindo identificar o perfil sorológico” (AGUIAR *et al.*, 2022).

2.3 Histórico da AIDS

Os casos pioneiros de AIDS foram exibidos em indivíduos do sexo masculino e homossexuais nos Estados Unidos em meados de 1981. Após a descrição de casos em homossexuais constatou-se a existência da síndrome em hemofílicos, hemotransfundidos, usuários de drogas injetáveis, crianças nascidas de mães infectadas e parceiros sexuais de indivíduos infectados (SABINO *et al.*, 2015).

As primeiras investigações acerca do agente etiológico se deram no início da década de 1980, com três pesquisadores: Santos em 1999, Forattini em 1993 e Duarte em 1995, que apesar não identificarem ao certo qual seria o agente em questão, suas descobertas foram de grande importância emitirem algumas respostas iniciais (FERNANDES; BRUNS, 2021).

Em 1983, um avanço em pesquisas científicas indicou que a AIDS seria causada por um retrovírus, por meio de um estudo que isolou um vírus com atividade de transcriptase reversa em um linfonodo de um paciente com linfadenopatia persistente e em um paciente com AIDS. Posteriormente a descoberta de que existiria um estado de portador do vírus também foi demonstrada a partir do isolamento do mesmo agente em uma população assintomática. Nesse contexto, dois grandes pesquisadores tiveram destaque na descoberta do retrovírus etiológico da AIDS, o médico e pesquisador Robert Charles Gallo, do *National Cancer Institute*, nos

Estados Unidos da América, e o médico e pesquisador Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, em Paris, na França (SABINO *et al.*, 2015; FERNANDES; BRUNS, 2021).

Inicialmente o retrovírus foi denominado Vírus associado a linfadenopatia (do inglês *Lymphadenopathy-associated virus*, LAV), depois a nomenclatura converteu-se para Vírus linfotrópico de células T humanas tipo 3 (do inglês *Human T cell leukemia/lymphotropic virus type III*, HTLV-III) e Síndrome da imunodeficiência associado ao retrovírus (do inglês, ARV); e finalmente em 1986, o Comitê Internacional de Taxonomia viral designou o nome para vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1). Adicionalmente em 1986, um retrovírus diferente foi identificado em dois pacientes com AIDS, provenientes da África Ocidental, denominado então de vírus da imunodeficiência humana tipo 2 (HIV-2) (SABINO *et al.*, 2015).

A denominada segunda década da epidemia da AIDS, período compreendido entre 1990 e 2000, ficou reconhecido pelo aprimoramento das condutas terapêuticas. Esse aprimoramento consistia na substituição do então tratamento anti-HIV monoterápico, para uma terapia combinada baseada na associação de vários fármacos que bloqueavam a multiplicação e a entrada do vírus no corpo humano (FERNANDES; BRUNS, 2021).

É importante ressaltar que desde o início da descoberta da síndrome da imunodeficiência adquirida estabeleceu-se um estigma sobre o indivíduo infectado pelo vírus HIV, uma vez que os primeiros casos diagnosticados nos Estados Unidos da América se deu em jovens do sexo masculino e homossexuais dos grandes centros urbanos criou-se um estereotipo estigmatizado, baseado em preconceitos e ancorado a uma moral patriarcal e heteronormativa, de que ser HIV positivo era sinônimo de ser uma pessoa promíscua, impura e culpada pela condição clínica apresentada (FERNANDES; BRUNS, 2021).

No cenário brasileiro, a mídia foi principal fonte de informação acerca da AIDS, tal fato ocorreu em uma transmissão em um telejornal de renome nacional, O Fantástico, tendo um papel importante de apresentá-la à população antecedendo inclusive um posicionamento governamental, e que profissionais da área da saúde e pesquisadores tivessem conhecimentos certos da síndrome em questão (BARATA, 2006).

No cenário brasileiro, os meados de 1980 foram marcados por um grande descaso governamental acerca da epidemia da AIDS. No entanto, na década seguinte o Ministério da Saúde e o Programa Nacional de AIDS foram redirecionando algumas políticas no âmbito de prevenção ao HIV/AIDS, ao tratamento e serviços de saúde voltados às pessoas vivendo com HIV. Apesar desse aprimoramento, as políticas públicas ainda eram de caráter precário e concomitantemente a esse cenário tinha-se o crescimento de movimentos sociais e ativismos de organizações não governamentais (ONG's) destinadas à AIDS, que começaram a agir

ativamente afim de melhorar a epidemia da AIDS e direcionar críticas ao Estado brasileiro acerca de sua fraca resposta à epidemia em questão (VALLE, 2018).

Em 1987, fundou-se no Brasil a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), uma organização não governamental que ao longo dos anos 1990 tornou-se uma das principais instituições envolvidas no combate ao HIV/AIDS em território nacional. Dentre as finalidades da instituição estavam: a promoção da educação e da informação, a elaboração e implementação de campanhas de prevenção, o acompanhamento da formulação e da implementação de políticas públicas, o armazenamento e a interpretação de dados, e a reunião, sistematização e divulgação de informações sobre a epidemia. Além dessas finalidades compartilhadas por outras instituições não governamentais, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) ficou reconhecida por atuar ativamente no preconceito de que AIDS estava diretamente associada à homossexualidade (FRANCO; SILVA; NOGUEIRA, 2019).

Posteriormente, no início do século XXI as políticas públicas brasileira de enfrentamento a epidemia da AIDS passou a reconhecida como um modelo exemplar e elogiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Isso foi explicado pelo cenário político-epidemiológico da época, uma vez que a AIDS surgiu no Brasil em um período marcado por transformações políticas, o período pós-ditadura militar seguido nos anos de 1984-1985 com a transição democrática do poder, estruturas e alianças recém-chegadas. Essas novas estruturas políticas propiciaram a nomeação de grandes sanitaristas, fato este que possibilitou com uma reforma sanitária e posteriormente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, as políticas de saúde pública no combate à epidemia da AIDS alcançaram êxito por estabelecerem elos nos âmbitos médico, político, educacional e sociocultural (VALLE, 2018; FERNANDES; BRUNS, 2021).

2.4 Quadro Clínico

A infecção pelo HIV se apresenta de diversas formas, desde a fase aguda até um nível mais avançado da doença, e em casos não tratados, a fase entre o contágio e o aparecimento da doença pode levar até 10 anos (LOPES *et al.*, 2019).

A infecção aguda ocorre em 50%-90% dos pacientes, com diagnóstico retrospectivo na maioria das vezes e aumento no número de linfócitos T CD8+, com sintomas durante o pico da viremia e da ativação do sistema imunológico. Os principais sintomas são: febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, rash cutâneo maculopapular eritematoso, ulcerações mucocutâneas envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália, hiporexia, adinamia, cefaleia, fotofobia,

hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos, cefaleia, sudorese noturna, meningite asséptica, trombocitopenia, linfopenia e elevação dos níveis séricos de enzimas hepáticas (BRASIL., 2006; BRASIL, 2019).

A fase aguda ocorre após a infecção pelo vírus, enquanto este está se replicando de forma intensa no sistema linfoide. Nesse período, observa-se carga viral-HIV elevada e níveis decrescentes de linfócitos, principalmente LT-CD4+, período no qual o indivíduo torna-se altamente infectante. A infecção pelo HIV é acompanhada pela Síndrome Retroviral Aguda, cujos principais achados são: febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia. Os sintomas da SRA desaparecem de três a quatro semanas, por ser uma síndrome autolimitada, e por isso geralmente são atribuídos a outras etiologias. À medida que a infecção vai se desenvolvendo, nota-se o aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias, que são os definidores mais marcantes da AIDS. Dentre essas infecções, destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus (LOPES *et al.*, 2019).

Durante a fase assintomática (latência clínica), o estado clínico quase não é perceptível, sendo presente em alguns pacientes uma linfadenopatia generalizada persistente “flutuante” e indolor. Deve-se focar em outros diagnósticos do paciente que podem complicar ou ser agravantes para o quadro de HIV, tais como hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus, além de focar também no histórico pessoal e familiar do paciente para identificar outras vulnerabilidades. Já na fase sintomática inicial (ou precoce) o paciente irá apresentar sintomas inespecíficos e alguns processos oportunistas a partir do diagnóstico de HIV, tais como sudorese noturna, fadiga, emagrecimento e trombocitopenia. Outras doenças oportunistas também podem ser identificadas após uma alteração no sistema imune do portador de HIV, como pneumonias, meningites, tumores e alterações neurológicas, por isso é imprescindível um acompanhamento individualizado com o paciente (BRASIL, 2006).

Alguns dos achados mais frequentes são desconfortos no trato gastrointestinal, uma vez que o principal alvo do vírus é o sistema imune intestinal, no qual compromete sua estrutura e funções, de forma propícia ao avanço da doença. Também se encontra nos resultados laboratoriais uma contagem baixa de linfócitos T CD4+ (AIRES *et al.*, 2019).

2.5 Diagnóstico

O diagnóstico resume-se em 4 gerações, sendo elas: primeira geração: exame indireto, com presença de anticorpos específicos é detectada por um conjugado constituído por um anticorpo anti-IgG humano, mas é um ensaio pouco específico e menos sensível do que os

ensaios das gerações seguintes. Segunda geração: exame indireto, utilizando antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos derivados de proteínas do HIV. É um ensaio diretamente proporcional à quantidade de epítomos imunodominantes. Terceira geração: exame utilizando antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos na fase sólida e na forma de conjugado, permitindo detecção simultânea de anticorpos anti-HIV IgM e IgG. Uma vez que os antígenos se ligam apenas à valência livre do anticorpo que está no complexo imune, o teste torna-se de maior especificidade. Quarta geração: anuncia concomitantemente o antígeno p24 e anticorpos específicos anti-HIV, identificando todas as classes de imunoglobulinas contra proteínas recombinantes ou peptídeos sintéticos derivados das glicoproteínas gp41 e gp/160 (LOPES *et al.*, 2019).

Devido à apresentação da doença, o diagnóstico pelo HIV apresenta-se como um desafio, uma vez que depende de critérios médicos, psicológicos e sociais do paciente, além de esforços adaptativos às pessoas soropositivas. Por ser uma doença ainda sem cura, a AIDS ainda apresenta diversos aspectos que possibilitam tratamento e controle da doença e suas manifestações clínicas, mas ainda assim trazendo novos desafios para os profissionais da saúde que se associam à essa área (SEIDL, 2005).

No quesito hematológico, os pacientes apresentam alterações multifatoriais a depender do perfil de cada paciente. As principais alterações encontradas são anemias com perfil microcítico e hipercrômico, leucopenia e plaquetopenia, devido à inadequada produção decorrente da supressão medular pelo HIV. A anemia megaloblástica também está presente em grande parte dos pacientes infectados pelo HIV (LOPES *et al.*, 2019).

2.6 Tratamento

O surgimento da terapia antirretroviral (TARV) - cujo objetivo não é apenas alcançar, mas também manter níveis de carga viral indetectáveis -, transformou a AIDS em uma doença crônica, com possibilidades de controle. Mesmo não tendo cura, o tratamento medicamentoso possibilitou a diminuição da morbimortalidade relacionada ao HIV e uma maior qualidade de vida, dependendo apenas de adesão para obter uma boa eficácia (CARVALHO *et al.*, 2019).

O tratamento medicamentoso age inibindo a multiplicação do HIV no organismo e, conseqüentemente, evitando o enfraquecimento do sistema imunológico. Os fármacos atualmente disponíveis são classificados em 4 grupos: inibidores da enzima viral transcriptase reversa (inibidores nucleosídeos e nucleotídeos da transcriptase reversa ITRN; inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa - ITRNt); inibidores da enzima viral protease (inibidores

de protease); inibidores da enzima viral integrase (inibidores de integrase - INI); e fármacos que interferem com o acesso do vírus (inibidores de fusão; antagonistas do CCR5) (BRASIL, 2019).

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três ARV, sendo dois ITRN/ITRNt associados a uma outra classe de antirretrovirais (ITRNN, IP/ru INI). No Brasil, para os casos em início de tratamento, o esquema inicial preferencial deve ser a associação de dois ITRN/ITRNt – lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) – associados ao inibidor de integrase (INI) – dolutegravir (DTG) (BRASIL, 2019).

Além disso, é necessária a adoção de medidas facilitadoras para o diagnóstico e prevenção, como a testagem rápida, tanto teste via oral quanto teste via fluido oral, em grupos mais afetados, que tem como objetivo identificar indivíduos com sorologia positiva, promovendo um diagnóstico precoce e garantindo uma adesão ao tratamento. Esse cenário é possível existir caso haja políticas públicas e investimento nas unidades básicas de saúde, buscando a facilitação ao acesso, oferecendo segurança ao paciente e fornecendo informações para a prevenção (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Ademais, tem-se ainda a profilaxia pós-exposição sexual (do inglês, *post-exposure prophylaxis* PEP) é uma ferramenta utilizada para prevenção da infecção pelo HIV após exposição a situações de risco, como acidentes por perfurocortantes em profissionais da área de saúde ou contato sexual sem o uso de preservativos, sendo que seu início deve ser em até 72 horas da exposição e persistir por 28 dias. O esquema preferencial para PEP consiste em uma coformulação de tenofovir, lamivudina, atazanavir e ritonavir. E ainda a profilaxia pré-exposição (do inglês, *pre-exposure prophylaxis* PrEP) que consiste em um método de prevenir a infecção pelo HIV antes que ocorra a exposição de risco, sendo empregada em situações específicas, como profissionais do sexo e casais sorodiscordantes, a PrEP consiste em um comprimido diário de tenofovir associado a emitricitabina (SCHECHTER, 2016).

O aperfeiçoamento do tratamento de HIV propiciou benefícios indiscutíveis para os portadores, como aumento da sobrevida, diminuição das internações hospitalares e da ocorrência de complicações oportunistas e da mortalidade associada à doença. Dessa forma, é possível concluir que o tratamento somado à prevenção, são a chave para a diminuição de infectados (LENZI *et al.*, 2018).

2.7 Infecções Associadas

As infecções oportunistas (IO) associadas mais presente são a monilíase (oral e esofágica), em segundo a neurotoxoplasmose, depois vem a tuberculose, herpes zoster,

pneumonia e candidíase, dentre todos os pacientes, estando em uso de terapia antirretroviral (TARV) ou não. Já naqueles que não fazem a TARV, as infecções mais comuns foram a herpes zoster, tuberculose, pneumonia e ainda herpes genital, candidíase, monilíase e pneumocistose, dentro da população portadora de HIV. Os pacientes em uso da TARV registraram uma prevalência de 27,4% de IOs e apenas 4,7% dos pacientes que não fazem uso da TARV registraram IOs na cidade de Aracajú, em Sergipe (BRITO *et al.*, 2021).

As pneumonias bacterianas foram as principais infecções oportunistas associadas ao quadro de HIV, seguida pela infecção por cândida e depois pela pneumonia fúngica causada pelo *Pneumocystis jirovecii* e tuberculose. E foram registrados 259 casos de IO dentre os 125 pacientes que não faziam uso da TARV e 1344 casos dentre os 829 que faziam uso da TARV, na província de Sichuan, China (PANG *et al.*, 2018).

Os casos de HIV/AIDS se devem a mortalidade causa por infecções no sistema respiratório e dentre elas as principais são a pneumonia e a tuberculose. Outras infecções como candidíase orofaríngea, herpes a doenças causadas pelo próprio tratamento antirretroviral como a síndrome lipodistrófica também constitui complicações dos pacientes portadores de HIV/AIDS (MUNIZ *et al.*, 2018).

Monilíase ou candidíase oral é uma infecção oportunista na cavidade oral, é comum e subdiagnosticado dentre os idosos, é uma marca de doença sistêmica, como diabetes mellitus e é um problema comum dentre os pacientes com o sistema imune comprometido. Candidíase é causada por um supercrescimento ou infecção da cavidade oral por fungos do gênero *Candida*, sendo a espécie mais comum a *Candida albicans* (SHARMA, 2019).

A toxoplasmose é causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, gatos domésticos e outros felinos são hospedeiros finais desse parasita e o ser humano e outros vertebrados de sangue-quente são hospedeiros intermediários que podem se tornar infectados pela ingestão de oocistos. Em humanos saudáveis, a maioria das infecções primárias são assintomáticas ou oligossintomáticas. Em pacientes com imunodeficiências o parasita pode causar um quadro de neurotoxoplasmose (SHLÜTER, BARRAGAN, 2019).

A tuberculose é causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, é uma doença que pode afetar praticamente quase todos os órgãos, mas cause principalmente infecções pulmonares e é transmitida pelo ar, um dos fatores predisponentes para a infecção é coinfeção com HIV ou outros patógenos, comorbidades como diabetes e mal nutrição são fatores que dispõe a infecção (AZADI *et al.*, 2018; MIGLIORI *et al.*, 2021).

A herpes zoster ocorre por reativação do vírus varicela zoster e acontece mais frequentemente em adultos e imunocomprometidos. A apresentação clínica da doença é uma

erupção dermatológica unilateral que é inicialmente maculopapular em uma base eritematosa e evolui para uma vesícula pustulosa que em 7-10 dias começa a formação de uma crosta que leva a cura da ferida dentro de 2-4 semanas. A ferida pode estar delimitada a um único dermatomo como também pode ocorrer sobre dermatomos adjacentes dependendo da distribuição do gânglio sensitivos onde ocorreu a reativação. Pode se apresentar como: neurite craniana, dependendo do nervo craniano afetado; mielites; encefalites e meningites (JOHN; CANADAY, 2017).

A pneumonia por *Pneumocystis* tem sido descrita como uma séria complicação em pacientes portadores do HIV. *Pneumocystis jirovecii* é provavelmente transmitido via aerossóis gerados por pacientes infectados ou colonizados por esse fungo parasita com tropismo pelo epitélio alveolar do pulmão. O quadro se caracteriza por inflamação do trato respiratório inferior e que em pacientes com HIV ocorrer a presença de poucos neutrófilos no local da inflamação e muitos *Pneumocystis* (CILLÓNIZ *et al.*, 2019).

A lipodistrofia associada ao HIV (LAHIV) é um quadro clínico composto por alterações endócrino- metabólicas complexas que pode estar associado a significativo aumento de risco cardiovascular. Não há consenso sobre a forma de diagnóstico mais certa, mas os critérios são essencialmente clínicos e incluem o relato do paciente de alterações na distribuição de gordura corporal (DIEHL *et al.*, 2008).

2.8 Desfecho no tratamento

A partir do momento que se obtém o diagnóstico, complicações médicas, psicológicas e sociais surgem, podendo prejudicar de forma indireta o tratamento. Assim, o suporte social para indivíduos portadores da imunodeficiência adquirida é imprescindível, uma vez que há preconceito relacionado à soropositividade, podendo comprometer a adesão ao tratamento (LENZI, 2018).

Além disso, após o início do tratamento, deve sempre desenvolver o aperfeiçoamento desse através do acompanhamento médico e orientações, para que a sobrevida aumente e diminua as internações hospitalares em decorrência de complicações oportunistas.

Dessa forma, pode-se concluir que para o paciente não caminhar para uma via desfavorável (óbito e/ou complicações graves advindas de doenças oportunistas), o tratamento deve sempre ser individualizado, acompanhado de orientações ao paciente e seu parceiro sexual e manter um suporte social (CARVALHO, 2019).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS na cidade de Anápolis-Goiás, descritos no banco dados do SINAN, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2022.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever características sociodemográficas (sexo, faixa etária, etnia, nível de escolaridade) da população do estudo;
- Averiguar a prevalência de casos com infecção pelo HIV/AIDS na população estudada;
- Descrever variáveis clínico-epidemiológicas, Critérios CDC (do inglês, *Centers for Disease Control and Prevention*), sendo eles, toxoplasmose cerebral, pneumonia por *Pneumocystis carinii* da população do estudo;
- Analisar a prevalência do HIV/AIDS por ano de estudo;
- Analisar os grupos considerando a evolução do caso (vivo, óbito por AIDS, óbito por outras causas ou ignorado) descritas no SINAN.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo, transversal e retrospectivo. Realizado no município de Anápolis – GO, tomando como fonte de informação os casos soropositivos para o HIV a partir da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referente ao período de 2017 a 2022.

4.2 População de estudo

Compôs a população de estudo todas as pessoas inscritas SINAN, vinculados no Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2022. A quantidade de casos de soropositivos para HIV foi de 1021 casos notificados nos anos referidos em Anápolis, Goiás. A amostra foi de conveniência, visto que foram analisados os casos repassados pela secretaria, conforme facilidade de acesso, onde não esteve disponível nome e telefone de contato das notificações.

As características sociodemográficas avaliadas foram: sexo, faixa etária, etnia, nível de escolaridade. As variáveis clínico-epidemiológicas avaliadas foram: provável modo de transmissão: transmissão vertical, transmissão sexual, transmissão sanguínea (uso de drogas injetáveis, tratamento/hemofusão para hemofilia, transfusão sanguínea, acidente com material biológico posterior soroconversão até 6 meses), condições de saúde (tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada, herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos, candidose oral ou leucoplasia pilosa), Critérios CDC (Toxoplasmose cerebral, pneumonia por *Pneumocystis carinii*). E analisamos os grupos considerando as situações de evolução (vivo, óbito por AIDS, óbito por outras causas) descritas no SINAN (Apêndice I).

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram pacientes diagnosticados com AIDS, de ambos os sexos que foram notificados no SINAN na cidade de Anápolis-Goiás no período de 2017 a 2022. Já os critérios de exclusão foram indivíduos menores de 13 anos, baseado na ficha de notificação do SINAN.

4.4 Aspectos éticos

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa– UniEVANGÉLICA seguindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas com seres humanos.

A coleta de dados foi realizada a partir das Fichas de Notificação/Investigação do AIDS (Anexo I), no Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis/GO. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – UniEVANGÉLICA. Em hipótese alguma foram retirados das fichas de notificação nomes e endereço dos indivíduos. A secretaria de vigilância epidemiológica de Anápolis disponibilizou para os pesquisadores uma planilha no Excel sem identificação com os dados referentes do HIV/AIDS retirados na ficha de notificação.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa CEP/UniEVAGELICA sob: CAAE 64885922.6.0000.5076, com número de parecer 5.937.647 no 11 de março de 2023 (Anexo II).

4.5 Análise de dados

Os dados foram transcritos para planilha em Programa MS Excel Office XP. Posteriormente, os dados serão analisados através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0, para a realização da análise estatística descritiva, sendo expostos em frequência relativa (%) e absoluta (n), e utilizado o teste Qui-quadrado com critério de significância $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos nas fichas de notificação sobre casos de HIV/AIDS do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2022, o número de notificações foi de 1021, distribuídas ao longo desses 6 anos. Desta forma, a prevalência de novos casos de HIV no período de 2017 a 2022 é de 0,2%. O maior número de casos notificados ocorreu no ano de 2022, com 246 casos (24,09%). O ano de menor notificação foi o primeiro ano de análise, 2017, com 123 casos (12,04%) (Figura 1).

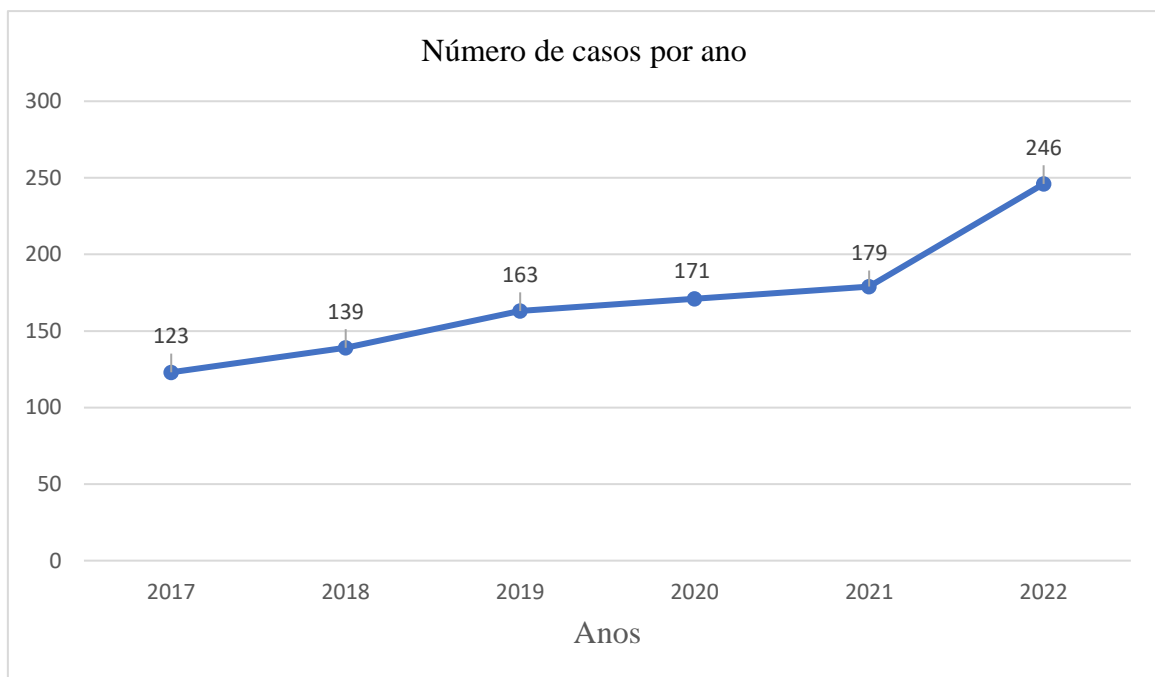


Figura 1: Número de casos de HIV/AIDS em relação aos anos de 2017 a 2022 no município de Anápolis – Goiás. Fonte: elaboração própria.

Dos 1021 casos avaliados, a faixa etária mais afetada foi a de 23 a 32 anos, com 422 (41,3%) casos notificados, seguida dos indivíduos de 33 a 42 anos, com 209 (20,5%), a faixa etária menos acometida foi a partir de 73 anos, com apenas 2 casos notificados (0,2%), evidenciando uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Ademais, observa-se a ausência de indivíduos amarelos e indígenas no grupo abrangido pela pesquisa, enquanto que a maioria é parda, sendo 172 mulheres (88,7%), 720 homens (87,2%) e 1 ignorado (100%) dentre os 893 (87,4%) que se consideram desta raça, não evidenciando diferença estatisticamente significativa ($p = 0,399$). Dos 1021 indivíduos notificados, 12 (1,2%) apresentam escolaridade menor que 8 anos, 959 (93,9%) apresentaram escolaridade maior ou igual a 8 anos, evidenciando uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,007$) (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas relacionadas ao gênero entre os anos de 2017 e 2022 em Anápolis – GO.

Características Sociodemográficas	Mulheres	Homens	Ignorado	Total	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
	194 (19,0)	826 (80,9)	1 (0,1)	1021 (100)	
Faixa etária					
13 – 22	20 (10,3)	140 (17)	0 (0)	160 (15,7)	<0,001
23 – 32	40 (20,6)	381 (46,1)	1 (100)	422 (41,3)	
33 – 42	55 (28,4)	154 (18,6)	0 (0)	209 (20,5)	
43 – 52	46 (23,7)	101 (12,2)	0 (0)	147 (14,4)	
53 – 62	24 (12,4)	37 (4,5)	0 (0)	61 (6,0)	
63 – 72	9 (4,6)	11 (1,3)	0 (0)	20 (1,9)	
≥73	0 (0)	2 (0,3)	0 (0)	2 (0,2)	
Raça/cor					
Branco	14 (7,2)	90 (10,9)	0 (0)	104 (10,2)	0,399
Preta	8 (4,1)	15 (1,8)	0 (0)	23 (2,3)	
Amarelo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Pardo	172 (88,7)	720 (87,2)	1 (100)	893 (87,4)	
Indígena	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Ignorado	0 (0)	1 (0,1)	0 (0)	1 (0,1)	
Escolaridade					
< 8 anos	5 (2,6)	7 (0,8)	0 (0)	12 (1,2)	<0,007
≥8 anos	177 (91,2)	781 (94,6)	1 (100)	959 (93,9)	
Ignorado	8 (4,1)	8 (1)	0 (0)	16 (1,6)	
Não respondido	4 (2,1)	30 (3,6)	0 (0)	34 (3,3)	

*Qui-quadrado de Pearson

A Tabela 2 representa o modo de transmissão dos casos estudados, comparando-os pelo sexo. Dentro do sexo feminino o principal modo de transmissão foi a via sexual com 186 casos (95,9%), sendo que a maioria mantinha relações sexuais com homens (94,9) e uma minoria com mulheres (0,5%) e com homens e mulheres (0,5%), evidenciando uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,000$). A transmissão pela via sanguínea se deu somente pelo

uso de drogas e apenas em 3 casos (1,5%), não evidenciando diferença estatisticamente significativa ($p = 0,865$). Já a transmissão pela via vertical no sexo feminino foi nula (0%), não evidenciando diferença estatística significativa ($p = 0,234$).

Os dados correspondentes ao modo de transmissão no sexo masculino indicam que a principal via foi a sexual com 784 casos (94,9%), sendo que 252 indivíduos mantinham relações com homens (30,5%), 503 mantinham relações com mulheres (60,9%) e 29 mantinham relações com homens e mulheres (3,5%), evidenciando diferença estatisticamente significativa ($p = 0,000$). O modo de transmissão subsequente se deu pela via vertical, com 10 casos relatados (1,2%) não evidenciando diferença estatística significativa ($p = 0,234$). Por fim, o modo de transmissão menos relevante no sexo masculino foi a via sanguínea, também somente pelo uso de drogas, com 7 casos (0,9%) não evidenciando diferença estatística significativa ($p = 0,865$). (Tabela 2).

Tabela 2: Modos transmissão relativos ao gênero, do HIV/AIDS, no período de 2017 a 2022 no município de Anápolis - GO.

Modo de transmissão	Mulheres n (%)	Homens n (%)	Ignorado n (%)	Total n (%)	p*
	194 (19,0)	826 (80,9)	1 (0,1)	1021 (100)	
Vertical					
Sim	0 (0,0)	10 (1,2)	0 (0,0)	10 (1,0)	0,234
Não	189 (97,4)	808 (97,8)	1 (100,0)	998 (97,7)	
Ignorado	5 (2,6)	8 (1,0)	0 (0,0)	13 (1,3)	
Sanguínea					
Drogas					
Sim	3 (1,5)	7 (0,9)	0 (0,0)	10 (1,0)	
Não	184 (94,8)	780 (94,4)	1 (100,0)	965 (94,5)	
Ignorado	7 (3,7)	39 (4,7)	0 (0,0)	46 (4,5)	
Tratamento/hemotransfusão para hemofilia					
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,865
Não	194 (100)	791 (95,8)	1 (100,0)	986 (96,6)	
Ignorado	0 (0,0)	35 (4,2)	0 (0,0)	35 (3,4)	
Transfusão sanguínea					
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não	189 (97,4)	791 (95,8)	1 (100,0)	981 (96,1)	
Ignorado	5 (2,6)	35 (4,2)	0 (0,0)	40 (3,9)	
Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses					
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não	188 (96,9)	791 (95,8)	1 (100,0)	980 (96,0)	
Ignorado	6 (3,1)	35 (4,2)	0 (0,0)	41 (4,0)	
Sexual					
Relações sexuais com homens	184 (94,9)	252 (30,5)	0 (0,0)	436 (42,7)	0,000
Relações sexuais com mulheres	1 (0,5)	503 (60,9)	1 (100,0)	505 (49,5)	
Relações sexuais com homens e mulheres	1 (0,5)	29 (3,5)	0 (0,0)	30 (2,9)	
Ignorado	8 (4,1)	42 (5,1)	0 (0,0)	50 (4,9)	

*Qui-quadrado de Pearson

A Tabela 3 mostra que os casos em sua maioria deu positivo no teste de triagem, 993 (97,2%), sendo estes 808 (97,8%) homens e 184 (94,9%) mulheres, sem relevância estatística ($p=0,444$). No teste confirmatório 1012 (99,1%) casos positivaram, dentre estes 818 (99%) homens e 193 (99,5%) mulheres, não sendo encontrada relevância estatística ($p=0,997$).

Tabela 3: Evidência laboratorial de infecção pelo HIV relacionadas ao gênero entre os anos de 2017 e 2022 no município de Anápolis – GO.

Evidência laboratorial de infecção pelo HIV	Mulheres n (%)	Homens n (%)	Ignorado n (%)	Total n (%)	p*
	194 (19)	826 (80,9)	1 (0,1)	1021 (100)	
Teste de triagem					
Positivo	184 (94,9)	808 (97,8)	1 (100)	993 (97,2)	
Negativo	1 (0,5)	3 (0,4)	0 (0)	4 (0,4)	0,444
Não realizado	8 (4,1)	14 (1,7)	0 (0)	22 (2,2)	
Ignorado	1 (0,5)	1 (0,1)	0 (0)	2 (0,2)	
Teste confirmatório					
Positivo	193 (99,5)	818 (99)	1 (100)	1012 (99,1)	
Negativo	0 (0)	1 (0,1)	0 (0)	1 (0,1)	0,997
Não realizado	1 (0,5)	6 (0,8)	0 (0)	7 (0,7)	
Ignorado	0 (0)	1 (0,1)	0 (0)	1 (0,1)	

*Qui-quadrado de Pearson

A Tabela 4 apresenta o número de infecções oportunistas no grupo pesquisado segundo o critério de Rio de Janeiro/Caracas. Em relação ao sexo feminino, a maioria das pacientes não apresentou casos de tuberculose (96,9%), de candidose (94,3%) e nem de herpes (97,4%). Observa-se que positivaram apenas uma minoria para a candidose (3,1%), enquanto as outras doenças não tiveram nenhum caso positivado. Já em relação ao sexo masculino, houve uma prevalência de negativados para a tuberculose (96%) e alguns casos positivos (1,1%); seguidos também de uma predominância negativa para a candidose (94,4%) e alguns casos positivos (2,7%); e uma porcentagem ainda maior negativa para os casos de herpes (96,6%), acompanhados de uma minoria positiva (0,6%). Não foram apresentadas diferenças estatísticas nos casos de tuberculose ($p=0,701$), candidose ($p=0,994$) e nem herpes ($p=0,871$).

Tabela 4: Infecções oportunistas segundo critério de Rio de Janeiro/ Caracas referentes ao gênero, no período de 2017 a 2022 no município de Anápolis-GO.

Critério Rio de Janeiro/Caracas	Mulheres n (%)	Homens n (%)	Ignorado n (%)	Total n (%)	p*
	194 (19)	826 (80,9)	1 (0,1)	1021 (100)	
Tuberculose					
Sim	0 (0)	9 (1,1)	0(0)	9 (0,8)	
Não	188 (96,9)	793(96)	1(100)	982 (96,2)	0,701
Ignorado	6 (3,1)	24 (2,9)	0 (0)	30 (3,0)	
Candidose					
Sim	6 (3,1)	22 (2,7)	0(0)	28 (2,7)	
Não	183 (94,3)	780 (94,4)	1 (100)	964 (94,4)	0,994
Ignorado	5 (2,6)	24(2,9)	0 (0)	29 (2,9)	
Herpes					
Sim	0(0)	5 (0,6)	0(0)	5 (0,5)	
Não	189 (97,4)	798 (96,6)	1(100)	988 (96,8)	0,871
Ignorado	5 (2,6)	23 (2,8)	0(0)	28 (2,7)	

*Qui-quadrado de Pearson

Dentre as infecções oportunistas segundo o Critério CDC, 17 indivíduos (1,7%) foram infectados com toxoplasmose cerebral, sendo 7 do sexo feminino (3,6%) e 10 do sexo masculino (1,2%), não evidenciando diferença estatística ($p = 0,221$). A Pneumonia por *Pneumocystis carinii* tiveram somente 6 indivíduos (0,6%) infectados, sendo 3 do sexo feminino (1,5%) e 3 do sexo masculino (0,4%), não evidenciando diferença estatística ($p = 0,431$) (Tabela 5).

Tabela 5: Infecções oportunistas segundo critério CDC adaptado em relação ao gênero no município de Anápolis – GO entre os anos de 2017 e 2022.

Critério CDC adaptado	Mulheres n (%)	Homens n (%)	Ignorado n (%)	Total n (%)	p*
	194 (19)	826 (80,9)	1 (0,1)	1021 (100)	
Toxoplasmose cerebral					
Sim	7 (3,6)	10 (1,2)	0 (0)	17 (1,7)	
Não	179 (92,3)	786 (95,2)	1 (100)	966 (94,6)	0,221
Ignorado	8 (4,1)	30 (3,6)	0 (0)	38 (3,7)	
Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>					
Sim	3 (1,5)	3 (0,4)	0 (0)	6 (0,6)	
Não	184 (94,8)	794 (96,1)	1 (100)	979 (95,9)	0,431
Ignorado	7 (3,6)	29 (3,5)	0 (0)	36 (3,5)	

*Qui-quadrado de Pearson

A Tabela 6 apresenta a evolução dos casos estudados, comparando entre os sexos. Dentre o sexo feminino, 180 (92,8%) permanecem vivas, 9 (4,6%) evoluíram para óbito por AIDS e 5 (2,6%) das mulheres faleceram por outras causas. Dentre o sexo masculino, 780 (94,5%) continuam vivos, 29 (3,5%) evoluíram para óbito por AIDS, 16 (1,9%) evoluíram para óbito por outras causas e 1 (0,1%) foi ignorado. Ademais, não foi evidenciada diferença estatística para evolução do caso ($p= 0,977$).

Tabela 6: Evolução dos casos de HIV em relação ao gênero no município de Anápolis – GO entre os anos de 2017 e 2022.

Evolução do caso	Mulheres n (%)	Homens n (%)	Ignorado n (%)	Total n (%)	p*
	194 (19)	826 (80,9)	1 (0,1)	1021 (100)	
Vivo	180 (92,8)	780 (94,5)	1 (100)	961 (94,1)	
Óbito por AIDS	9 (4,6)	29 (3,5)	0 (0)	38 (3,7)	0,977
Óbito por outras causas	5 (2,6)	16 (1,9)	0 (0)	21 (2,1)	
Ignorado	0 (0)	1 (0,1)	0(0)	1 (0,1)	

*Qui-quadrado de Pearson

6. DISCUSSÃO

A cidade de Anápolis é um município do estado de Goiás, localizada na região centro-goiano e tem a terceira maior população do estado, fazendo parte do eixo Goiânia-Anápolis-Brasília, a região mais desenvolvida do Centro-Oeste do Brasil e se firma como uma polo industrial regional (IBGE, 2023; LEMES, 2012).

Em relação a prevalência de HIV durante os anos de pesquisa foi possível perceber um aumento dos casos no município ao longo do 6 anos de estudo, com a maior prevalência no ano de 2022. O mesmo não ocorreu segundo os dados fornecidos pelo Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI), nos quais houveram quedas subsequentes dos casos de 2017 a 2020, seguido de um aumento do ano de 2020 para 2021, e depois disso uma grande queda para o ano de 2022, em âmbito nacional. Já tendo em perspectiva a prevalência de novos casos de HIV, onde no município em análise é de 0,2%, é possível perceber que em relação ao território nacional essa porcentagem é mais elevado, uma vez que no panorama nacional é obtido uma prevalência de novos casos notificados de 0,09%, e em relação aos dados estaduais também há essa discrepância, porcentagem estadual é de 0,08% (BRASIL, 2023)

No que tange o perfil sociodemográfico do HIV/AIDS, a faixa etária mais prevalente foi de 23 a 32 anos, sendo maioria homens em Anápolis-GO, de 2017 a 2022, diferenciando-se do cenário encontrado no interior do Amazonas, no período de 2005 a 2016, onde a faixa etária predominante são homens entre 20 a 24 anos e assemelhando-se a faixa etária encontrada no interior do Rio Grande do Sul, entre 2007 e 2018, são homens de 20 a 29 anos, portanto, percebe-se que em todo interior brasileiro a faixa etária mais prevalente é homens entre a segunda e terceira década de vida (GUERRERO *et al.*, 2019; KUHN, 2019).

Em relação a cor 87,4% dos infectados em Anápolis, se autodeclararam pardos, em Alagoinhas 48% pardos, e em Coari 91% pardos, portanto, a raça/etnia com maior incidência no Brasil de contaminação por AIDS é os pardos (GUERRERO *et al.*, 2019; CERQUEIRA *et al.*, 2020).

Ao analisar a escolaridade, percebe-se que em Anápolis-Go 93,9% dos casos notificados tinham mais de 8 anos de escolaridade, onde o gênero não influenciou na escolaridade, paralelo a esse achado, um estudo realizado no município de Alagoinha-BA no período de 2007-2017, verificou que indivíduos com menor escolaridade foram mais acometidos, percebendo assim, uma heterogeneidade sobre a escolaridade dos indivíduos infectados com AIDS, no Brasil (CERQUEIRA *et al.*, 2020).

No que se refere ao modo de transmissão do HIV/AIDS, a transmissão por via sexual foi a mais prevalente, tanto no sexo masculino quanto no sexo feminino, e dentro da transmissão por via sexual elucidou-se que a prática heterossexual tem sido a predominante, esse dado pode ser comparado com estudos que abordaram tal tema na perspectiva nacional recentemente e há duas décadas, no qual o cenário de Anápolis-GO se assemelha mais com o panorama do Brasil há duas décadas, em que o principal modo de transmissão do HIV/AIDS se dava pela via heterossexual, enquanto que estudos recentes do viés brasileiro mostram que predomina a transmissão pela via homossexual (VIEIRA *et al.*, 2000; LIOI *et al.*, 2023).

O segundo modo de transmissão do HIV/AIDS mais prevalente, com uma grande disparidade com o modo anterior, foi a via vertical, fato este que pode ser ratificado pelo estudo que demonstrou que o percentual de gestantes infectadas pelo HIV tem se mantido estável, e houve diminuição de crianças infectadas com HIV pela via vertical. Os dados acerca da transmissão do HIV/AIDS pela via sanguínea em Anápolis-GO, demonstrou um valor mínimo para essa via, e ocorrendo apenas pelo uso de drogas injetáveis, perspectiva concordante com o exposto por outro estudo no qual foi demonstrado uma redução dos casos de HIV pelo uso de drogas injetáveis em âmbito nacional (CUNGA *et al.*, 2022; FONSECA, BASTOS, 2007).

No que tange as evidências laboratoriais de infecção pelo HIV é de suma importância saber que os teste de triagem são teste de 4ª geração e os confirmatórios tratam-se de testes moleculares. O primeiro teste a ser realizado deve ser o mais sensível, seguido por um segundo teste mais específico, a fim de eliminar resultados falso-reagentes. O uso de teste complementares que detectam anticorpos não são considerados os mais adequados para confirmar a infecção, a confirmação deve ser realizada por um teste molecular. Diante disso, as evidências laboratoriais empregadas no diagnóstico de pessoas com HIV no município de Anápolis segue o preconizado pelo Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças de 2018 (BRASIL, 2016).

Em relação às infecções oportunistas analisadas sob o critério de Rio de Janeiro/Caracas no município de Anápolis-GO, a maioria dos pacientes de ambos os sexos que apresentaram alguma das infecções, foi diagnosticado com candidose, fator esse que difere dos resultados observados em outros dois estudos, em que a doença mais prevalente foi a diarreia, com 32,4% e 22%, respectivamente. Na análise nutricional realizada pela Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias na cidade de Belém-PA, observa-se que a tuberculose pulmonar foi a condição clínica mais prevalente entre os pacientes diagnosticados com AIDS, acometendo 32,4% dos pacientes (QUARESMA *et al.*, 2019; LEMOS-JORDÃO *et al.*, 2021; MIRANDA, *et al.*, 2022).

No presente estudo, com base nos resultados obtidos em relação as infecções oportunistas (IOs) segundo o Critério CDC, a infecção mais prevalente foi a toxoplasmose cerebral, seguida da Pneumonia por *Pneumocystis*, e esse resultado apresenta um cenário semelhante ao estudo feito em Palmas-TO, sobre a prevalência das infecções oportunistas, no qual a pneumonia por *Pneumocystis Carinii* foi a mais prevalente, seguido de candidose de esôfago e toxoplasmose cerebral, assim como as demais infecções não obtiveram registros. (MARTINS, 2017).

Dados de 2002 descreveram a tuberculose a infecção oportunista mais prevalente no Brasil, seguida por pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, e outro estudo feito no Município do Pará, no Centro de Testagem e Aconselhamento em 2020, trouxe a toxoplasmose cerebral como a IOs segundo o critério CDC mais prevalente, ratificando o cenário de Anápolis (ARAÚJO *et al.*, 2020; CHAVES *et al.*, 2020).

Ao compararmos a evolução dos casos do município de Anápolis-GO com o Estado de Goiás, é possível destacar que 7.575 indivíduos foram notificados para HIV, em que 7.141 (94,2%) permanecem vivos, 106 (1,4%) foram à óbito por AIDS, 46 (0,6%) evoluíram à óbito por outras causas e 282 (3,7%) não deram informações (AMORIM; DUARTE, 2021).

Comparando ainda o Município de Anápolis-GO com o município de Rio Verde-GO, em que de 382 indivíduos foram notificados para HIV, 29 (7%) foram à óbito por AIDS e 11 (3%) tiveram a causa da morte ignorada nos registros (FARIA, 2017).

Além disso, é possível concluir que o município de Jataí-GO também está em concordância com os dados do presente estudo, em que a taxa de mortalidade específica foi maior entre os homens (60,7%). Ademais, quase 60% dos óbitos decorreram devido HIV, demonstrando que a disponibilidade existente na cidade de TARV por si só não é suficiente para garantir a sobrevivência dos pacientes, mas também deve-se levar em conta que o diagnóstico tardio, as manifestações clínicas associadas e a fraca adesão ao tratamento podem ter um impacto negativo na incidência de mortes associadas a AIDS (DIAS, 2018).

Assim, é possível afirmar que nos municípios de Goiás e no Estado, a mesma tendência é seguida, com mais homens acometidos pelo HIV, com maior evolução para vida e com menos de 10% evoluem para óbito por AIDS ou por outras causas.

Além disso, presente estudo possui certas limitações, tais como o uso de dados secundários, visto que estão condicionados à qualidade dos registros, além de não permitirem estimar o quanto a frequência de subnotificações pode distorcer os resultados encontrados. No entanto, as bases de dados utilizadas, mesmo com suas limitações, são consideradas confiáveis e de boa qualidade com produção de informação fidedigna, e a grande quantidade de dados traz

relevância para os resultados, como também houve o preenchimento da ficha de notificação de forma incompleta, portanto, é sugestivo que ocorra uma reciclagem dos profissionais responsáveis pelo preenchimento da ficha, para otimizar o seu preenchimento e minimizar as falhas. As lacunas com dados incompletos interferem diretamente na evolução do estudo afetando o resultado final além de estar prejudicando a pesquisa no Brasil.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados, pode-se concluir que o maior número de casos de pessoas que vivem com HIV ocorreram em homens, na faixa etária de 23 a 32 anos, pardos, com escolaridade maior ou igual a 8 anos e o principal modo de transmissão foi por via sexual com relação sexual com mulheres, sem infecções oportunistas e vivos. As infecções oportunistas mais prevalentes foram a candidose seguida por toxoplasmose cerebral.

Contudo, o presente trabalho permite contribuir para o planejamento de políticas públicas de prevenção mais efetivas e direcionadas ao cenário epidemiológico da AIDS, orientadas aos públicos mais vulneráveis a essa patologia, e consequentemente possibilitando uma abordagem mais eficaz, com foco não só na prevenção, mas também na minimização das infecções oportunistas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, T., *et al.* Perfil epidemiológico do HIV/AIDS no Brasil baseado em dados do DataSUS no ano de 2021. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 3, p. 1-16, 2022.
- AIRES, I. O., *et al.* Aspectos clínicos e nutricionais em pessoas vivendo com HIV/AIDS: uma série de casos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 28, n. 28, p. e1077, 2019.
- AMORIM, T. F. DUARTE, L. S. Perfil epidemiológico de casos notificados de HIV no estado de Goiás. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás - "Cândido Santiago"**, n. 7, e. 7000043, 2021.
- AMORIM, T. F.; DUARTE, L. S. Perfil epidemiológico de casos notificados de HIV no estado de Goiás. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública "Cândido Santiago"**, v. 7, p. e 7000043, 2021.
- ANJOS, M. V. S. A origem do hiv/aids: aspectos hisótricos, políticos e sociais da epidemia no brasil e no mundo. **Revista Ensaios de História**, v. 18, n.1, p. 173-204, 2017.
- ARAÚJO B.D., *et al.* **Frequência de infecções oportunistas em indivíduos portadores de HIV/AIDS na proposta 90/90/90.** 2020. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Medicina, Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2020.
- AZADI, D., *et al.* Mycobacteriosis and Tuberculosis: Laboratory Diagnosis. **The Open Microbiology Journal**, v. 12, n. 1, p. 41-58, 2018.
- BARATA, F. G. **A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público**, 2006. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- BRASIL. Ministério da saúde. AIDS/HIV: O que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/aids-hiv>. Acesso em 1 de maio de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. HIV/AIDS, hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica** n. 18 Série A. Normas e Manuais Técnicos 1ª ed., 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf
- BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI). Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros. [Brasília]: Ministério da Saúde, [2023?]. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>. Acesso em: 24 de maio de 2023.
- 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. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças / 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. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Portaria Nº 1.271, de 6 de Junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

BRITO, F. P. G., *et al.* Perfil de infecções oportunistas em pacientes com HIV/AIDS em serviço de atendimento especializado do Município de Aracaju, SE, Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 10509-10525, 2021.

CARVALHO, P. P., *et al.* Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. **Ciências de saúde coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2543- 2555, 2019.

CASSEB, J.; DUARTE, A. J. S. Imunodeficiência adquirida. In: LOPES, Antônio Carlos. **Tratado de Clínica Médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016. cap. 310.

CERQUEIRA, C. S. *et al.* Perfil sociodemográfico e epidemiológico de pacientes com AIDS residentes na região de saúde que compreende o município de Alagoinhas – BA, no período de 2007-2017. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 78-84, 2020.

CHAVES L.L., *et al.* Prevalência de infecções oportunistas em pacientes HIV positivos atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em município do Pará, em 2015 e 2016. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 51, n. 51, p. e3554, 2020.

CILLÓNIZ, C.; *et al.* *Pneumocystis* pneumonia in the twenty-first century: HIV-infected versus HIV-uninfected patients. **Expert Review of Anti-infective Therapy**, v. 17, n. 10, p. 787-801, 2019.

CUNGA, I. V. A., *et al.* Tendência temporal e distribuição espacial dos casos de transmissão vertical do HIV em Santa Catarina, 2007-2017: um estudo ecológico. **Revista do SUS**, v. 31, n. 2, p. 1-12, 2022.

DIAS, R. F. G., *et al.* Epidemiological and clinical profile of HIV-infected patients from Southwestern Goiás State, **Brazil**. **Rev Inst Med Trop São Paulo**. v60:e34, 2018.

DIAZ, R. S., *et al.* Síndrome da imunodeficiência adquirida: Vírus e mecanismo da doença. In: SALOMÃO, Reginaldo. **Infectologia: Bases clínicas e tratamento**. 1. ed. Cap. 46 [S. l.]: GUANABARA KOOGAN LTDA., 2017.

DIEHL, L. A.; *et al.* Prevalência da Lipodistrofia Associada ao HIV em Pacientes Ambulatoriais Brasileiros: Relação com Síndrome Metabólica e Fatores de Risco Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 52, n. 4, p. 658-667, 2008.

FARIA, W. A. **Análise de casos de HIV e AIDS notificados no município de Rio Verde - Goiás**. Rio Verde, 2017. p.1-14 (Barachel em Biologia e Química) - Universidade de Rio Verde.

FERNANDES, I.; BRUNS, M.A.T. Systematic review of the national scientific literature about the history of hiv / aids. **Revista brasileira de sexualidade humana**, v. 32, n.1, p. 60-67, 2021.

FIGUEIRÊDO JÚNIOR, E. C., *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de Aids notificados no Brasil entre os anos de 2009 a 2019. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e302997233, 2020.

FONSECA, M. G. P.; BASTOS, F. I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 5333-5344, 2007.

FRANCO, S. P.; SILVA, S. S.; NOGUEIRA, A. L. L. **Artes em curar doenças em perspectiva**. 1 ed. Cap. 1 Espírito Santo, Milfontes, 2019.

GUERRERO A. F, S. L, OLIVEIRA R, SALES P, GUERRERO J. Perfil sociodemográfico e epidemiológico preliminar de pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Coari, Amazonas, Brasil, no período de 2005 a 2016. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 1, p 103-112, 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Anápolis. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/anapolis/panorama>. Acesso em: 23 de maio de 2023.

JOHN, A. R.; CANADAY, D. H. Herpes zoster in the older adult. **Infectious Disease Clinics of North America**, v. 31, n. 4, p. 811-826, 2017.

JORDÃO, A. J. J. M. L., *et al.* Infecções oportunistas em pacientes soropositivos para HIV assistidos no Hospital Universitário Alcides Carneiro. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 10 n. 3. <https://doi.org/10.35572/rsc.v10i3.491> 2021

KUHN, B. J. B. Perfil sociodemográfico dos casos de HIV e AIDS de residentes de Novo Hamburgo-RS, diagnosticados entre 2007 e 2018. Repositório Digital UFRGS, p. 12-35, 2019.

LEMES, C. O. As 20 maiores cidades do Centro-Oeste brasileiro em 2012. Redecol. Cristalina de Goiás, 2012. Disponível em: <https://www.redecol.com.br/2012/09/as-20-maiores-cidades-do-centro-oeste.html>. Acesso em: 23 de maio de 2023.

LENZI, L. *et al.* **Suporte Social e HIV: Relações Entre Características Clínicas, Sociodemográficas e Adesão ao Tratamento**. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, n. 0, e34, 2018.

LIQI, F. M., *et al.* Tratamento como prevenção na perspectiva de pessoas vivendo com HIV/aids. **Acta Paul Enfermagem**, v. 36, p. 1-11, 2023.

LOPES, A. O. L., *et al.* Aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes infectados por HIV. **Revista brasileira de Análises Clínicas**, v. 51, n. 4, p. 296-299, 2019.

LUSTOSA, F. D. D., *et al.* Epidemiologia dos Óbitos em Pacientes Vivendo com HIV/AIDS em Redenção, Pará. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. S1, n. 26, p. 54, 2022.

MARTINS, M.F. **Prevalência das infecções oportunistas e coinfeções em indivíduos com AIDS em Palmas-Tocantins**. 102 f, 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Concentração em Epidemiologia em Serviços de Saúde com Ênfase em Vigilância em Saúde), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

MELO, B. D. O. *et al.* Epidemiologia e aspectos imunopatológicos do vírus da imunodeficiência humana (HIV): revisão de literatura. **Revista Ceuma Perspectivas**, v. 31, n. 1, p. 86- 101, 2018.

MIGLIORI, G. B. *et al.* The definition of tuberculosis infection based on the spectrum of tuberculosis disease. **Breathe**, v. 17, n. 3, p. 1-12, 2021.

MIRANDA, R. N. A., *et al.* Impacto de uma ou mais doenças oportunistas no estado nutricional de pacientes com HIV internados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 15(6), e9986. <https://doi.org/10.25248/reas.e9986>. 2022

MONTEIRO, S. S., *et al.* Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Ciências de Saúde Coletiva**, v.24, n. 5, p. 1793-1807, 2019.

MUNIZ, F. C. O., *et al.* Pacientes Críticos Com HIV/AIDS: Fatores Associados Às Complicações. **Repositório Institucional – Escola Bahiana de Medicina**, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2018.

PANG, W., *et al.* Prevalence of Opportunistic Infections and Causes of Death among Hospitalized HIV-Infected Patients in Sichuan, China. **The Tohoku Journal of Experimental Medicine**, v.244, n. 3, p. 231-242, 2018.

QUARESMA, M. S. M., *et al.* Prevalência de doenças oportunistas em pacientes HIV positivos em uma unidade de referência da Amazônia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11 (5), e306. <https://doi.org/10.25>

REIS, Ana Cristina; SANTOS, Elizabeth Moreira dos e CRUZ, Marly Marques da. **A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal**. *Epidemiol. Serv. Saúde*, vol.16, n.3, p.195-205, 2007.

ROSA, M. C.; SILVA, N. M. O.; HORA, V. P. Patogênese do HIV - características do vírus e transmissão materno-infantil. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. v. 48, n. 4, p. 301-6, 2016.

SABINO, E. C., *et al.* Aids e infecção por HIV: Imunopatogênese da infecção pelo HIV/AIDS. *In*: FOCACCIA, Roberto. **Tratado de infectologia**. 5. ed. Cap. 9 [S. l.]: ATHENEU, 2015.

SANTOS, K. F., *et al.* Alterações laboratoriais encontradas em indivíduos co-infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pelo Vírus da Hepatite C (HCV). **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. v. 42, n. 1, p. 21-24, 2010

SCHECHTER, M. “Profilaxia pré e pós-exposição: o uso de drogas antirretrovirais para a prevenção da transmissão sexual da infecção pelo HIV.” **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**. v.2, n.4, p. 112-117, 2016.

SCHLÜTER, D., BARRAGAN, A. Advances and Challenges in Understanding Cerebral Toxoplasmosis. **Frontiers in Immunology**, v. 10, n. 242, p. 1-13, 2019.

SEIDL, E. M. F. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/Aids. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 421-429, 2005. NÃO ACHEI NO TRABALHO.

SHARMA, A. Oral candidiasis: An opportunistic infection: A review. **International Journal of Applied Dental Sciences**, v. 5, n. 1, p. 23-27, 2019.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (Sinan). **O Sinan**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>. Acesso em: 24 de maio de 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA (SBPC). **Notificação de casos de HIV positivo agora é obrigatória**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.sbpc.org.br/noticias-e-comunicacao/notificacao-de-casos-de-hiv-positivo-agora-e-obrigatoria/>. Acesso em: 01 de maio de 2022.

SOUZA, EB; SILVA, RC.; CHIACHIO, NCF. Perfil epidemiológico de pessoas vivendo com HIV-AIDS: um desafio social. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 16, pág. e561101624159, 2021.

TEIXEIRA, L.G., *et al.* O perfil epidemiológico da AIDS no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.5, n.1, p. 1980-1992, 2022.

VALLE, C.G. Memórias, histórias e linguagens da dor e da luta no ativismo brasileiro de HIV/Aids. **Sexualidad, Salud y Sociedad revista latino-americana**, n. 30, p. 153-182, 2018.

VIEIRA, E. M., *et al.* Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 997 -1009, 2000.

ANEXOS

Anexo I

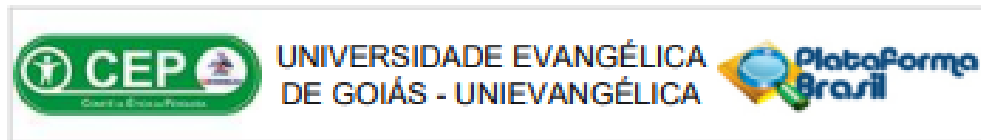
Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença AIDS	Código (CID10) B 24	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	Provável modo de transmissão			
	32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado	33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado		
	34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Uso de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia	Transfusão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses	
	Informações sobre transfusão/acidente			
35 Data da transfusão/acidente	36 UF	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	Código (IBGE)	
38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente Código				
39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica				
Dados do Laboratório	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado			
	Teste de triagem <input type="checkbox"/> Data da coleta		Teste confirmatório <input type="checkbox"/> Data da coleta	
Teste rápido 1 <input type="checkbox"/>		Teste rápido 2 <input type="checkbox"/>		
Teste rápido 3 <input type="checkbox"/>		Teste rápido 3 <input type="checkbox"/>		

Critérios de definição de casos de aids	41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10)		<input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)*		
	<input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10)		<input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)*		
<input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5)		<input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2)			
<input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5)		<input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2)			
<input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5)		<input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)*			
<input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5)		<input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2)			
<input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2)		<input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)* <i>*Excluída a tuberculose como causa</i>			
42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo		<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva			
<input type="checkbox"/> Candidose de esôfago		<input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas			
<input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão		<input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro			
<input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos)		<input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase			
<input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar		<input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>			
<input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês		<input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)			
<input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês		<input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide)			
<input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada		<input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral			
<input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês		<input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm ³			
43 Critério óbito -					
Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação			<input type="checkbox"/>		
			1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Trat.	44 UF	45 Município onde se realiza o tratamento	Código (IBGE)	46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento	Código
Evolução	47 Evolução do caso			48 Data do Óbito	
			1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		
Investigador	Nome		Função		
Assinatura					

Anexo II

Parecer do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil clínico epidemiológico do HIV/AIDS em Anápolis - Goiás: uma análise retrospectiva

Pesquisador: Constanza Thaise Xavier Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64885922.6.0000.5076

Instituição Proponente: Universidade Evangélica de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.937.647

Apresentação do Projeto:

De acordo com o parecer CAAE: 64885922.6.0000.5076

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Geral**

Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS na cidade de Anápolis-Goiás, descritos no banco dados do SINAN, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2022.

Objetivos Específicos

- Descrever características sociodemográficas (sexo, faixa etária, etnia, nível de escolaridade) da população do estudo;
- Averiguar a prevalência de casos com infecção pelo HIV/AIDS na população estudada;
- Descrever variáveis clínico-epidemiológicas, Critérios CDC (do inglês, Centers for Disease Control and Prevention), sendo eles, toxoplasmose cerebral, pneumonia por *Pneumocystis carinii* da população do estudo;
- Analisar a prevalência do HIV/AIDS por ano de estudo;
- Analisar os grupos considerando a evolução do caso (vivo, óbito por AIDS, óbito por outras causas ou ignorado) descritas no SINAN.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.063-915

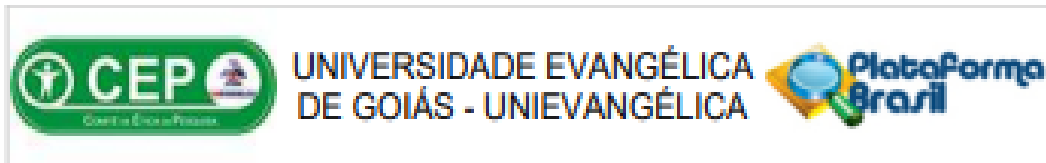
UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangélica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.637.647

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer CAAE: 64885922.6.0000.5076

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos apresentados foram analisados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PENDÊNCIA 1 - Quanto ao projeto e o preenchimento das informações na Plataforma Brasil.

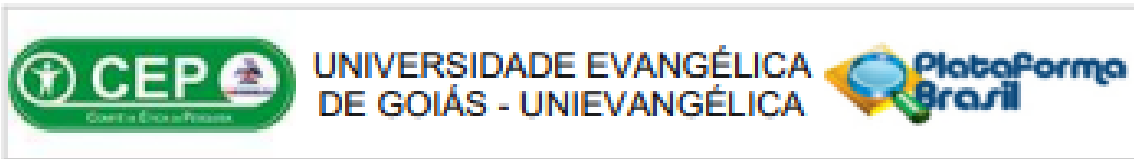
A) Na página 23 (item 6.2) lê-se: "A amostra será de conveniência." Os pesquisadores irão estudar o número de caso notificados? Explicar visto que os pesquisadores solicitaram dispensa do TCLE e o principal motivo seria a dificuldade em ter acesso aos pacientes (casos) no período de 2018-2022.

ANÁLISE: Os pesquisadores informaram na página 23 (item 6.2) do documento Projeto_TC_04_11.docx, "A amostra será de conveniência, visto que serão analisados os casos repassados pela secretaria, conforme facilidade de acesso, onde não estará disponível nome e telefone de contato das notificações." PENDÊNCIA ATENDIDA.

B) Na página 23 (1 parágrafo) lê-se: "A secretária de vigilância epidemiológica de Anápolis irá disponibilizar para os pesquisadores uma planilha no Excel sem identificação com os dados referentes ao HIV/AIDS retirados na ficha de notificação." E na mesma página (item 6.6 Riscos/Malefícios e como minimizá-los) lê-se: "...Com o objetivo de minimizar tal dano, os questionários serão isentos de identificação por nome, RG ou CPF." E "Após a coleta, os pesquisadores irão colocar os questionários em envelopes lacrados, sendo abertos apenas para análise e tabulação dos dados. Os dados só serão analisados em ambiente sob supervisão do grupo." Explicar se os pesquisadores receberão a planilha excel com os dados (o risco seria apenas de identificação) da Secretária Municipal de Saúde ou se terão acesso às fichas de notificação preenchidas do SINAN (os riscos seriam identificação e extravio).

ANÁLISE: Os pesquisadores informaram na página 23 (1 parágrafo) do documento

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-915
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-8636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.937.647

Projeto_TC_04_11.docx a informação sobre a forma como irão obter os dados epidemiológicos referentes ao HIV/AIDS na cidade de Anápolis, conforme especificado a seguir: "A secretária de vigilância epidemiológica de Anápolis irá disponibilizar para os pesquisadores uma planilha no Excel sem identificação com os dados referentes ao HIV/AIDS retirados das fichas de notificação, onde não estará disponível nome e telefone de contato das notificações". **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

PENDÊNCIA 3- Quanto a declaração coparticipante

A) Adequar conforme **PENDÊNCIA 1**, letra B.

ANÁLISE: Os pesquisadores informaram que os riscos envolvidos na pesquisa é a quebra do sigilo da identidade das fichas de notificação que serão minimizados com a descrição de apenas o número arábico na folha de coleta de dados (planilha no excel) e em sala reservada para os pesquisadores que irão manusear os dados contidos na planilha. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

PENDÊNCIA 4- Quanto ao Termo de Dispensa do TCLE

A) Adequar conforme **PENDÊNCIA 1**, letra B.

ANÁLISE: Os pesquisadores também adequaram o termo de dispensa do TCLE, conforme pendência 1 letra B. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

B) Quanto ao Cronograma: Atualizar o cronograma prevendo a coleta de dados após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo sistema CEP / CONEP. Considerar sempre 60 dias, para tramitação do protocolo. Considerando 30 dias para a primeira avaliação e mais 30 dias, caso existam pendências a serem respondidas (no projeto na íntegra e no resumo da plataforma brasil).

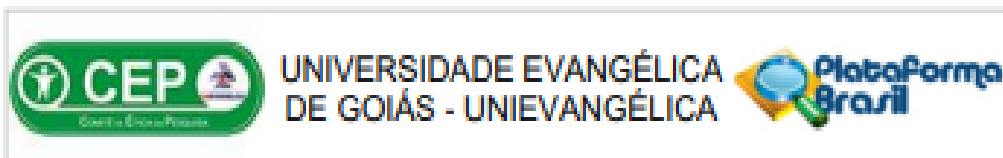
ANÁLISE: Os pesquisadores adequaram o cronograma. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador responsável atende todas as orientações da construção de um projeto de pesquisa e da Resolução CNS no. 466/2012 e complementares.

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do **RELATÓRIO FINAL** a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme o cronograma de execução apresentado.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-919
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.937.647

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2037659.pdf	10/03/2023 11:53:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoHIV2023atualizado.docx	10/03/2023 11:53:02	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEDISPENSAHIV2023.pdf	10/03/2023 11:49:50	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Outros	Cartarespostahiv2023.pdf	10/03/2023 11:49:08	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciaHIVsecretaria.pdf	10/03/2023 11:47:25	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Declaracao_do_pesquisador.pdf	07/11/2022 09:52:26	João Ricardo Sousa Vasconcellos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_do_orientador.pdf	04/11/2022 23:27:53	João Ricardo Sousa Vasconcellos	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/11/2022 23:20:10	João Ricardo Sousa Vasconcellos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPÓLIS, 11 de Março de 2023

Assinado por:
Lucimar Pinheiro
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.063-915
UF: GO Município: ANAPÓLIS
Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br

APÊNDICES

Apêndice I

Instrumento de Coleta de Dados

- Idade:
- Sexo:
- Gestante:
- Escolaridade:
- Provável modo de transmissão:
- Evidência laboratorial de infecção pelo HIV:
- Critério Rio de Janeiro/Caracas:
 - Tuberculose cavitária ou não especificada
 - Candidose oral ou leucoplasia pilosa
 - Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos
- Critério CDC adaptado:
 - Toxoplasmose cerebral
 - Pneumonia por *Pneumocystis carinii*
- Evolução do caso:
 - Vivo
 - Óbito por AIDS
 - Óbito por outras causas
 - Ignorado