

## 1 INTRODUÇÃO

A descoberta do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) aconteceu no início da década de 80, mais precisamente em 1981, porém observa-se que a quantidade de portadores tem aumentado significativamente nos últimos anos (SABINO; BARRETO; SANABANI, 2005).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) diariamente aproximadamente 14 mil pessoas são infectadas pelo HIV, porém desde o princípio da epidemia 20 milhões de pessoas já vieram a óbito em decorrência das complicações da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e até o ano de 2010 a doença deixou órfã cerca de 25 milhões de crianças no mundo. A perspectiva da OMS para os próximos 20 anos é a de que se as políticas públicas e ações eficazes de controle não forem bem implementadas, 70 milhões de indivíduos estarão contaminados com o vírus (ROCHA, 2003).

O HIV é um retrovírus que provoca uma redução imunológica crônica e que tem comportamento progressivo, essas características estão relacionadas ao decréscimo nos níveis dos linfócitos CD4, que atuam como mensageiros de ataque para diversos leucócitos a fim de que se inicie o combate imunológico contra o agente agressor, com o ataque aos linfócitos CD4 esta defesa do organismo fica deficitária, o que muitas vezes ocasiona a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) como consequência (CANINI et al., 2004).

Segundo Brasil (2010), a incidência da AIDS no Amapá no período de 2003 a 2009 mostra que não ocorreu um equilíbrio nas notificações como aconteceu na maior parte do Brasil, em 2003, no Amapá, observou-se uma incidência de 8,6/100.000 casos/habitantes, em 2009 essa taxa aumentou para 20,6/100.000 casos/habitantes, este aumento de mais de 200% colocou o Amapá na terceira posição da região norte quanto a taxa de incidência de AIDS, um aumento superior ao nacional.

Apesar das constantes pesquisas, a nível nacional, sobre a situação do HIV/AIDS, o Amapá ainda não dispõe de um estudo completo sobre as características do perfil dos portadores, o que torna fundamental explanar esta temática abordando fatores como: as taxas de incidência, mortalidade e gênero.

Os casos diagnosticados e notificados de HIV estão se tornando cada vez maiores, apesar do grande esforço feito pelos governos federal, estadual e municipal

através dos programas de combate ao HIV/AIDS. A testagem rápida encontra-se, atualmente, disponível em 13 municípios dos 16 que compõem o Estado do Amapá, porém, há apenas um Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) que funciona vinculado ao Centro de Doenças Tropicais (CRDT) na capital Macapá, que coordena e organiza todas as informações advindas dos demais.

No Amapá, observa-se este aumento tanto em Macapá, quanto nos municípios cobertos pela testagem rápida e notificação de casos. O município de Oiapoque está localizado no extremo norte do Amapá e faz fronteira com a Guiana Francesa, o que acredita-se ser um grande influenciador do crescimento constante de casos notificados neste município, pelo intenso fluxo de pessoas e costumes na região.

O Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima é a referência à assistência dos portadores de HIV/AIDS e no Amapá dos 16 municípios, apenas Macapá realiza a sorologia para o diagnóstico do HIV, apesar de 13 destes municípios já terem implantada a testagem rápida para o HIV I e II.

O município de Oiapoque ainda não dispunha de um estudo científico que fizesse uma análise dessa trajetória da Imunodeficiência Adquirida, dificultando desta forma o acesso a materiais e informações sobre a situação. O conhecimento deste perfil e sua comparação com os outros municípios proporcionará um melhor entendimento sobre as situações que possam estar envolvidas no aumento de casos a cada ano e não a diminuição como seria o esperado diante de tantas campanhas e sensibilizações feitas pelos programas de combate e profissionais de saúde. Por ser um município de fronteira, com presença de área de garimpo e histórias obscuras sobre intensa prostituição tornou-se um atrativo no que se refere ao estudo de doença sexualmente transmissível, especialmente a AIDS pela problemática mundial.

Desta forma, este estudo veio fazer uma análise do comportamento destes casos diagnosticados e notificados de HIV/AIDS na trajetória histórica específica delimitada, com a finalidade de traçar o perfil epidemiológico da população em estudo.

No Amapá observa-se que o traçado de notificações de HIV/AIDS dos últimos anos vem se apresentando em constante aumento. Acredita-se que essa característica se deva à notificação dos casos estar sendo feita de maneira mais otimizada nos 13 municípios, que de testagem rápida para diagnóstico de HIV,

porém esta situação de saúde-doença ainda é marcante na população amapaense, carecendo de pesquisas voltadas para a análise do perfil destes portadores para que políticas públicas de saúde possam ser implantadas de forma mais efetiva e /ou implementada, baseado nesta premissa questiona-se: como se apresenta a trajetória histórica e o perfil epidemiológico dos portadores de HIV/AIDS do município de Oiapoque/AP no período de 2001 a 2011?

No Amapá, observa-se um crescimento no número de notificações desse agravo, em função da ampliação dos serviços e das ações ofertadas à população. Vale ressaltar que o serviço de testagem rápida para diagnóstico de HIV/AIDS foi implementado em 13 municípios do Estado, inclusive no município de Oiapoque, juntamente com o SIS-fronteira, em 2005, após capacitação dos profissionais responsáveis pela atenção básica em saúde.

Acredita-se que as taxas de incidência apresentarão uma crescente importante, sem grandes estabilizações de um ano para o outro e no período como um todo, já que há notificação eficiente e cada vez mais constante da situação no presente município.

Espera-se, ainda, encontrar uma prevalência de indivíduos adultos jovens, solteiros, heterossexuais, do sexo masculino, com escolaridade até ensino médio incompleto, porém acredita-se que o aumento dos casos no sexo feminino será um achado importante na análise.

O Amapá é um Estado carente de publicações científicas, especialmente aquelas voltadas para a avaliação de perfil epidemiológico das populações regionais, desta forma é necessário que se amplie os estudos epidemiológicos relacionados aos principais agravos à saúde que acometem a população.

A situação do HIV/AIDS no Amapá ainda é obscura, visto que poucos são os estudos com essa abordagem globalizada o que acaba prejudicando as avaliações epidemiológicas, principalmente ao que se refere à fatores econômicos e sociais desta população.

Este estudo vem contribuir para o cenário científico do Brasil que se apresenta entre os países que mais desenvolve e publica pesquisas científicas na área da saúde e este é um grande benefício ao que se refere às melhorias da saúde pública, já que estas só são possíveis através de estudos detalhados sobre a situação individualizada de cada região, as pesquisas relacionadas ao HIV tiveram início no ano de 1987, quando o vírus foi descoberto e estudado, desde então

pesquisadores tem disponibilizado maior atenção para este problema. As estatísticas alcançadas auxiliam os profissionais de saúde e gestores públicos a intensificar medidas de prevenção e controle com o intuito de que futuramente possamos estar reduzindo a incidência de HIV/AIDS e melhorando, conseqüentemente, a qualidade de vida da população.

Esse perceptível aumento nas pesquisas relacionadas ao HIV/AIDS permite ainda que indivíduos que desconhecem a situação deste agravo possam estar em contato com os avanços da ciência. A educação em saúde provoca uma maior sensibilização quanto ao autocuidado o que acarreta em maior procura pelos diagnósticos precoces, incluindo os de HIV, o diagnóstico precoce favorece o acesso ao tratamento e melhora significativamente o prognóstico dos portadores.

As faixas de fronteira no Brasil frequentemente estão associadas à conflitos sociais especialmente os relacionados à ocupação e disputa por terras indígenas, exploração ilegal de produtos naturais, atividade de garimpo, prostituição, comércio de populações flutuantes, entre outros. O fluxo migratório de curto prazo (populações flutuantes), juntamente com o alto índice de prostituição presentes no município de Oiapoque-AP motivaram a escolha do mesmo para o estudo.

Para que se possa desenvolver políticas públicas de saúde de qualidade, propor medidas de prevenção e sensibilizar a população para a necessidade de se proteger contra o vírus e desta forma diminuir a incidência de casos, é fundamental que se desenvolva estudos descritivos da real situação deste agravo, delimitando suas projeções.

Este estudo foi motivado pela constante leitura de periódicos científicos que apresentam um aumento de pesquisas da área epidemiológica das doenças crônicas transmissíveis e pelo interesse de entender as relações fronteiriças com a presença e constância do HIV no município de Oiapoque - AP, bem como ao apelo científico de estudos desta região. A pesquisadora teve a possibilidade de conviver com técnicos da coordenação Estadual do programa de atenção aos portadores de HIV/AIDS e Hepatites virais do Estado e estar em contato com essa problemática e conseqüentemente sensibilizada em entender este cenário de pesquisa.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Traçar as características epidemiológicas dos portadores de HIV/AIDS notificados do município de Oiapoque-AP no período de 2001 a 2011.

### **2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Analisar o perfil epidemiológico dos portadores de HIV/AIDS do município de Oiapoque anualmente, definindo as seguintes variáveis: mortalidade, incidência, gênero, tipo de exposição, raça e escolaridade.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 TRAJETÓRIA DO HIV/AIDS NO BRASIL E NO MUNDO.

Grandes problemas afligem o planeta, dentre eles destacam-se a luta pelos direitos humanos, qualidade de vida, políticas de medicamentos, porém a pandemia da AIDS passou a fazer parte deste cenário de maneira muito intensa, já que está presente em diferentes regiões do mundo e sempre de maneira muito característica, configurando epidemias regionais constantes (PARKER; CAMARGO000).

O Programa Nacional de AIDS relata que a infecção pelo HIV foi observada pela primeira vez em meados do século XX, onde os relatos mostram que a doença surgiu na África Central e possivelmente através da mutação do vírus do macaco, principalmente do macaco verde. Há experiências que comprovam que essa transmissão se dava através da manipulação de carnes de chimpanzés infectados neste continente, outros relatos confirmam a transmissão através do contato direto homem-macaco, através de arranhaduras e mordidas, ou mesmo pelo hábito que estas comunidades tinham de comer carne de macaco mal cozida que continham fluidos e tecidos com o vírus. Posteriormente a doença foi disseminada para as pequenas comunidades e para o mundo através dos efeitos da globalização (PINTO *et al.*, 2007).

Conforme Pinto *et al.* (2007) a AIDS foi reconhecida nos Estados Unidos da América (EUA), no ano de 1981, quando identificou-se uma grande quantidade de homens adultos, com comportamento homossexual e residentes da cidade de São Francisco, com a tríade: “Sarcoma de Kaposi”, associado a pneumonia por *Pneumocystis carinii* e deficiência do sistema imunológico, posteriormente essa tríade foi considerada a característica típica da doença.

Segundo Galvão (2000) apesar de os primeiros casos de HIV terem sido detectados em maio de 1981 em Los Angeles e São Francisco (EUA), ao se fazer uma análise retrospectiva pode-se reconhecer o agravo na África Equatorial, a partir do ano de 1960, em Símios e cinco anos mais tarde em nativos africanos, supondo portanto que o HIV tenha sua verdadeira origem na África.

Após semanas de infecção pelo HIV, algumas pessoas podem desenvolver sintomas parecidos aos de uma gripe comum e que tem duração de uma a duas semanas, enquanto que uma parcela dos infectados permanece assintomático, podendo permanecer sem sintomas por vários anos. Porém, apesar da sensação de

saúde dos indivíduos assintomáticos, o vírus interage com o organismo do hospedeiro (ALEXANDRE, 2012).

Silva e Gonçalves (2009) apontam que em indivíduos infectados pelo HIV ocorre disfunção dos linfócitos CD4+e conseqüente diminuição da imunidade celular. Canini *et al.* (2004) descrevem o HIV como um retrovírus que provoca uma disfunção imunológica crônica no organismo pelo declínio dos linfócitos CD4, sendo que quanto menores forem as taxas dos mesmos, maior será a possibilidade do indivíduo de evoluir para AIDS.

De acordo com Belda Junior (2009) foram descrito até então dois tipos de retrovírus causadores da AIDS, sendo eles o HIV-1 e o HIV-2, que apresentam diferenças estruturais, epidemiológicas e fisiopatológicas entre si, porém no Brasil só tem-se descrição e comprovação de infecções por HIV-1. Entre as características principais deste vírus está a seletividade pelos linfócitos T, responsáveis pela defesa do organismo, esses linfócitos possuem em sua membrana celular receptores específicos para o HIV, chamados CD4.

Apesar de outras células do organismo também apresentarem receptores CD4 (macrófagos, células do intestino delgado e do sistema nervoso), a fisiopatologia da síndrome de fundamenta na redução do número e disfunção de linfócitos T-CD4, elementos básicos do sistema imunológico humano (BELDA JUNIOR, 2009).

Posteriormente a esta penetração do vírus no organismo do hospedeiro, ocorre o reconhecimento do mesmo pelo sistema imunológico, que imediatamente responde com a produção de anticorpos, porém as frequentes mutações que este vírus sofre limitam a efetividade desta resposta humoral ao longo do tempo. As constantes mutações alteram ainda a capacidade que o HIV tem de resistir aos antirretrovirais e impossibilita a produção de uma vacina efetiva baseada apenas na produção de anticorpos. A defesa imunológica do portador da infecção fica comprometida quando da destruição dos linfócitos, já que a replicação viral acomete e destrói novos linfócitos (BELDA JUNIOR, 2009).

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS descreve esta epidemia como um fenômeno único na história de toda a humanidade, isso se deve a rápida propagação, alcance e impacto do vírus, que vem comprometendo de maneira mais intensa os jovens de forma geral, principalmente os da faixa etária entre 15 e 24 anos, que já representam a metade dos novos casos de AIDS no mundo (SERAFINI; BANDEIRA, 2009).

Maliska *et al.* (2009) ressaltam ainda que além de homossexuais estavam inseridos neste contexto inicial da AIDS os indivíduos de comportamento bissexual. Anos mais tarde observou-se que os profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos que faziam uso de componentes sanguíneos também estavam sendo contaminados em grande escala, o que confirmou as pesquisas americanas quanto à forma de transmissibilidade estar associada a derivados de sangue e agulhas contaminadas.

Concordando com Pinto *et al.* (2007) e Maliska *et al.* (2009), Vieira e Padilha (2008) acrescentam aos indivíduos mais frequentemente expostos os heterossexuais que tinham relacionamento com pessoas infectadas e os profissionais de saúde que eram sujeitos a partir da exposição ocupacional com perfurocortantes contaminados. Silva *et al.* (2010) faz referência à questão escolaridade destes homens dando destaque a um público com maior escolaridade e residente em grandes centros urbanos.

Goldani *et al.* (2003); Oliveira *et al.* (2007); Brasil (2007) destacam a mudança do perfil epidemiológico da AIDS com a disseminação do vírus, passando a mostrar sua feminização, heterossexualização, pauperização e envelhecimento. Essa mudança trouxe consigo outra alteração, a do conceito “grupos de risco” que passou a ser entendido como “comportamentos de risco” trazendo a compreensão de que a infecção não era restrita a grupos, mas sim a condutas arriscadas que aumentariam as possibilidades de transmissão, como por exemplo, relações sexuais sem uso de preservativos e compartilhamento de seringas e agulhas.

A AIDS trouxe consigo novos desafios para a sociedade científica, apresentou atores até então não descobertos para os movimentos sociais e afeta de maneira geométrica e progressiva a população, sem que haja distinção social, de setor econômico, racial, político ou cultural (PINTO *et al.*, 2007).

De acordo com Pereira e Nichiata (2011) o surgimento da AIDS no Brasil em meio a redemocratização do país e conseqüente queda da ditadura militar possibilitou a formação e consolidação desses grupos sociais, que se tornaram uma grande ferramenta no combate ao HIV/AIDS e na luta por uma sociedade mais burocrática. Esses grupos se organizaram na década de 70 para que houvesse a possibilidade de uma renovação do pensamento político e, por conseqüente, a construção do que chamaram de “nova noção de cidadania”, que visava entender os processos democráticos como originários de uma estratégia política não excludente.

Facchini (2005) destaca o aparecimento dos movimentos homossexuais, também neste contexto de mobilização social, que acabaram por se tornar um dos mais importantes atores sociais na luta contra a epidemia, exigindo de maneira intensa as respostas governamentais com relação às ações de combate e enfrentamento do agravo. O movimento homossexual teve significativa expressão social na década de 80, quando através de políticas de democratização puderam ter maior participação na sociedade civil, inclusive com a formação de conselhos, fóruns de discussão, seminários, conferências e finalmente através das Organizações Não Governamentais (ONGs).

O grupo Gay Men's Health Crisis foi pioneiro nessa proposta. Fundado pelo escritor Larry Krumer, aglutinava forças dos diferentes movimentos e buscava de inserir nos mais diversos espaços de discussão sobre a questão [...] membros do grupo invadiam eventos científicos; realizavam protestos de rua em frente às sedes governamentais e tornavam pública a situação de discriminação a que vinham sendo alvos, distribuindo panfletos informativos que combatiam o preconceito e a desmoralização dos homossexuais (PEREIRA; NICHATA, 2011).

As ONGs, na década de 80 e mesmo atualmente, passaram a tomar para si a posição central das discussões, planejamento e ações contra a AIDS, o que não era até então uma realidade, já que estas organizações apenas davam suporte financeiro e pedagógico aos movimentos sociais. A partir deste momento o Estado passa a ser o financiador principal dos projetos, propostas de soluções, planos e estratégias desenvolvidos pelas ONGs e torna o processo de combate ao HIV menos vulgarizado (GOHN, 2007).

De acordo com Pinto *et al.* (2007); Maia; Guilhem; Freitas (2008) os primeiros casos registrados no Brasil foram no ano de 1982, provenientes do Estado de São Paulo, a partir de então estudos começaram a ser desenvolvidos e identificaram três direções fundamentais. A primeira delas foi a tendência que a doença apresentou de acometer as camadas de baixo padrão social (renda e escolaridade baixas), que acabou conhecida como “pauperização” da epidemia brasileira. Segundo momento os registros de casos começaram a se estender para o interior, modificando o perfil de doença exclusivamente urbano e mostrando a disseminação da AIDS para municípios de pequeno e médio porte. Finalmente a última direção que o HIV tomou e também considerada a mais importante e preocupante foi a feminização da epidemia, aumentando expressivamente o número de mulheres infectadas.

É possível observar que a disseminação da epidemia de HIV/AIDS no Brasil não apresenta características epidemiológicas fixas e padronizadas, assumindo um

comportamento multifacetado, sem padrão epidemiológico único em todas as regiões do país, mostrando um mosaico de subepidemias regionais diretamente ligadas às desigualdades socioeconômicas (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000).

Para Araújo (2012) nos países desenvolvidos a melhoria das condições de saúde da população deu-se de maneira gradual e descontínua acarretando num declínio lento do aparecimento de doenças infecciosas que foi intensificado com o começo da era dos antibióticos e do progresso da medicina moderna, que proporcionou uma queda rápida nas taxas de mortalidade populacional, passando para as doenças crônico-degenerativas o novo paradigma de saúde-doença. Entretanto, este modelo não pode ser observado nos países em desenvolvimento, tendo ainda as doenças altas taxas de morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias. No que se refere a doenças infecciosas e parasitárias, apesar do declínio na mortalidade proporcional, o que se observa no Brasil é uma taxa de 33/100.000 casos/habitantes, mais do que o dobro no Chile e quatro vezes a mortalidade de Cuba, o que remete à conjectura apresentada por Silva et al. (2010) de que a AIDS é considerada um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo.

Esta difusão da epidemia da AIDS para públicos cada vez mais diferenciados foi simultânea aos progressos no tratamento da doença, principalmente a distribuição sem ônus da terapia antirretroviral de alta potência pelo Ministério da Saúde, no ano de 1997, que reduziu a mortalidade por AIDS em aproximadamente 50%, reduzindo também a ocorrência de doenças oportunistas (REIS et al., 2008).

De acordo com Silva *et al.* (2010) apesar de o Brasil ter medidas de controle e prevenção bem evidentes capazes de aumentar a sobrevivência e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos portadores de HIV/AIDS, as mesmas não foram suficientes na interrupção da disseminação da epidemia, visto que o número de casos triplicou nos últimos 12 anos, com destaque para o período entre 2002 e 2005.

O Brasil vem sendo reconhecido por possibilitar, desde 1996, a distribuição gratuita e universal dos antirretrovirais para portadores de HIV no país, o que acarretou na significativa diminuição nas taxas de mortalidade, morbidade e também a quantidade de internações em decorrência das complicações da infecção, foi possível observar ainda uma redução importante na quantidade de infecções

oportunistas associadas ao HIV-1, mostrando a mudança no caráter da doença que passou a assumir características de menor letalidade e maior cronicidade (SANTOS; FRANÇA JUNIOR; LOPES, 2007; GRECO, 2008).

A distribuição dos medicamentos antirretrovirais permitiu a redução em cerca de 50% da mortalidade por AIDS no Brasil, e aumentou em 80% o tratamento com bons resultados para as doenças oportunistas, o que demonstra um grande ganho na qualidade de vida dos indivíduos que convivem com HIV/AIDS. Pode-se comemorar então um excelente resultado que se obteve com relação à sobrevivência dos pacientes que passaram a ser tratados com antirretrovirais, que no ano de 1995 era de 18 meses após o diagnóstico, passando para 56 meses, em adultos, e 67 meses em menores de 13 anos (PINTO *et al.*, 2007; ).

O coquetel usado para o tratamento da infecção causada pelo HIV é composto de uma associação de três retrovirais que contém Inibidor de Protease e mais recentemente o inibidor de fusão (Efuvantina) que tem a função de diminuir significativamente a morbimortalidade pela AIDS juntamente com os medicamentos profiláticos para as infecções oportunistas ocasionando um aumento na expectativa de vida e conseqüentemente uma melhoria na qualidade de vida dos portadores (PIERI; LAURENTI, 2012).

Segundo os autores supracitados a terapia antirretroviral combinada estimula o aumento dos níveis de linfócitos T CD4, passando em média de 90 células/mm<sup>3</sup> antes do início do tratamento para 753 células/mm<sup>3</sup> quando há a iniciação precoce do tratamento, esse aumento na quantidade de células de defesa faz com que haja um declínio rápido e importante na carga viral após 6 meses de tratamento em cerca de 72% dos casos o que promove esse ganho na expectativa e qualidade de vida.

Reis *et al.* (2008) abordam a necessidade que tem o paciente em tratamento com essas medicações de manter anualmente uma regularidade de consultas e exames, já que o acesso universal ao antirretroviral só torna-se possível através do contexto de integralidade das ações de controle e diagnóstico do agravo. É importante estar atento quanto às estratégias de prevenção, aconselhamento e testagem, e adesão em massa dos pacientes ao tratamento, pois estas são as maneiras de sustentação da universalidade do acesso à terapia.

A partir dos estudos de Canini *et al.* (2004) é possível observar uma outra dimensão quanto ao tratamento com base em antirretrovirais, baseada nos altos custos e grandes efeitos colaterais que este tratamento proporciona aos portadores

de HIV/AIDS. Os autores enfocam a necessidade de um acompanhamento psicossocial a estes indivíduos, já que mesmo com todos os benefícios no aumento da sobrevivência e redução das patologias oportunistas, ainda é uma terapia que oferece grandes desconfortos, não somente na dimensão física, mas no âmbito psicológico, social e emocional. Abordar o paciente observando o organismo de uma forma global possibilita a adoção de estratégias capazes de atuar nas fragilidades destes e melhorar ainda mais a qualidade de vida.

Estudos demonstram que alterações fisiológicas relacionadas ao estresse e depressão, ou ambos, podem influenciar a evolução da AIDS e aumentar a vulnerabilidade do organismo a doenças oportunistas (THOMPSON; NANNI; LEVINE, 1996). Nos achados de Kanai e Camargo (2002) a terapia provoca além dos efeitos colaterais já discutidos uma frequência e rotina incompatíveis com a disponibilidade do paciente frente às suas atividades diárias, além de ingestão de grande quantidade de comprimidos, líquidos e restrições alimentares, sendo estes considerados também como entraves para o sucesso do tratamento em função de não adesão ou negligência com o regime terapêutico (falha nas doses, falta de precisão no tempo ou acréscimo de medicamentos por contra própria).

Porém, no novo consenso de tratamento de HIV/AIDS proposto pelo Ministério da Saúde, no ano de 2013 há uma nova discussão no que diz respeito à quantidade e frequência de administração de comprimidos, bem como aos efeitos colaterais que os mesmos provocam, apresentando uma nova vertente de abordagem ao paciente, frente às tecnologias farmacêuticas disponíveis no mercado, oportunizando ao cliente uma qualidade de vida melhor, administração de medicação mais acessível e de fácil entendimento e reações adversas mais controladas, o que tende a ser um fator importante para a adesão ao novo protocolo (BRASIL, 2013).

### 3.2 SINAN: O controle epidemiológico através das notificações compulsórias.

Conforme Risi Júnior (2003) no Brasil a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 1971, foi um acontecimento fundamental para o desenvolvimento de um sistema de informações sobre notificações de doenças. O PNI foi criado com inspiração no Programa Nacional de Controle da Poliomielite, também em 1971, que por sua vez foi estimulado pelo sucesso da Campanha de erradicação da Varíola na década de 60. Neste período eram consideradas doenças

de notificação compulsória as imunopreveníveis, transmitidas por vetores, tuberculose e hanseníase, posteriormente a raiva humana e a doença meningocócica foram inseridas a esta lista. Os dados eram lançados no Boletim Epidemiológico da Fundação dos Serviços de Saúde Pública (FSESP), que recebia e consolidava esses dados encaminhados pelas secretarias estaduais de saúde que recebiam de suas unidades de vigilância epidemiológica.

Em 1989, a FSESP foi então transferida para Brasília e, em 1990, foi proposta a concepção da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) como produto da junção da FSESP com a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. A FUNASA foi criada através da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, porém só foi regulamentada um ano após, com o Decreto de lei nº 100, de 16 de abril de 1991 (SOUZA; DOMINGUES, 2009).

O Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN-DOS) foi desenvolvido na década de 90 com a finalidade de coletar e processar dados a respeito dos agravos de notificação compulsória em todo o Brasil, disponibilizando informações sobre as taxas de morbidade e colaborando nas decisões políticas nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal (LAGUARDIA *et al.*, 2004).

O sistema deveria ser utilizado como a principal fonte de informação para estudar a história natural de um agravo ou doença e estimar a sua magnitude como problema de saúde na população, detectar surtos ou epidemia, bem como elaborar hipóteses epidemiológicas a serem testadas em ensaios específicos (LAGUARDIA *et al.*, 2004).

De acordo com Laguardia *et al.* (2004) em 1993 a implantação do sistema foi iniciada, primeiramente como um teste-piloto nos Estados de Santa Catarina e Pernambuco, os resultados obtidos destes testes não foram divulgados para os usuários e nem disponibilizados em documentos oficiais. A implantação deste sistema foi feita gradualmente, pelo fato de que a adesão a ele não era obrigatória, mas sim voluntária por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, essa liberdade de adesão ou não ocorreu em função da ausência de regulamentação oficial do Ministério da Saúde que estabelecesse normas específicas sobre o estabelecimento e manutenção de um sistema de informação com alimentação feita pelos Estados e Municípios sobre as notificações de doenças de notificação compulsórias nacionais. No ano de 1998 a adesão obrigatória ao SINAN-DOS foi regulamentada por meio de uma portaria ministerial, exigindo dos Estados, municípios e Distrito Federal que alimentassem regularmente a base nacional de dados e posteriormente instituindo a FUNASA através do já extinto Centro Nacional

de Epidemiologia (CENEPI), hoje a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, como gestora nacional do SINAN-DOS.

[...] o Cenepi nasceu com o propósito de diminuir o distanciamento existente entre os epidemiologistas da área acadêmica e os dos serviços, incentivando o uso de técnicas e recursos da epidemiologia na esfera do SUS (SOUZA; DOMINGUES, 2009).

O SINAN-DOS foi desenvolvido, primeiramente, para armazenar, por instrumentos e códigos padronizados nacionalmente, as informações dos agravos de notificação compulsória, com suas fichas de notificação e investigação, podendo ser adicionados ainda, pelas unidades federativas, notificações de outras doenças de forma a adequar o sistema a realidade do perfil epidemiológico da população estudada. A inclusão de novas doenças e novos instrumentos de coleta ao sistema era feita sem que houvesse controle ou mesmo critérios específicos para tal, ocasionando uma importante sobrecarga de dados e prejuízos quanto a operacionalização do aplicativo (LAGUARDIA *et al.*, 2004).

Nos estudos de Carvalho (1997) são apontados alguns problemas com relação ao SINAN-DOS, entre eles, obscuridade com relação ao objetivo do programa acarretando um mau desempenho global, diversas informações de diferentes naturezas sendo disponibilizadas ao mesmo tempo, gestão múltipla do sistema, falta de padronização de tabelas, não utilização das fichas de notificação pré-numeradas, invalidação dos dados, entre outros.

Percebendo os problemas que estavam dificultando a boa utilização do SINAN-DOS, a FUNASA formou, através da publicação do boletim de serviço N°12, de 20 de março de 1998, a Comissão de Desenvolvimento e Aperfeiçoamento, que tinha por objetivo atualizar o sistema de forma a atender as demandas dos usuários e também desenvolver um novo sistema para o aumento da capacidade de execução das ações de vigilância e das análises de situação nas três esferas de governo. Nesta comissão estavam presentes as áreas técnicas usuárias do sistema em nível nacional e o Departamento de Informação do SUS (DATASUS). Este projeto recebeu o nome de *Sinan-Windows* e trabalhou com a parceria CENEPI/FUNASA e DATASUS, sendo que o CENEPI se responsabilizou pela elaboração do desenho do programa tendo em vista a perspectiva da vigilância epidemiológica, padronizando conceitos, definindo fluxos, instrumentos e relatórios gerenciais; e o DATASUS ficou responsável pela elaboração de um *software* que se

adequasse aos diferentes níveis de complexidade do SINAN (LAGUARDIA et al., 2004).

Souza e Domingues (2009) enfatizam os grandes benefícios advindos da versão SINAN-*Windows* quando comparado com o SINAN-DOS, entre eles, a inclusão das doenças agudas e crônicas em um banco de dados único e geração de arquivos separados para os dados de investigação de cada doença, possibilidade de identificar as maiores inconsistências na base de dados, melhor rotina de conferência, descentralização da base de dados, melhora nas rotinas de consulta, transferência e recebimento de dados, entre outros.

Uma década após a implantação do SINAN, o CENEPI foi extinto e a Secretaria de Vigilância em Saúde (CVS/MS) foi criada, em junho de 2003 e funcionava vinculada ao Ministério da Saúde. A CVS tonou para si as atribuições do CENEPI, suas experiências e um conjunto de novas concepções que direcionam o conceito de vigilância em saúde, passando a ser a gestora do SINAN, do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Atualmente, o SINAN é alimentado, especialmente, pela notificação e investigação de doenças e agravos que estão na lista nacional de doenças de notificação compulsória (LDNC), de acordo com a Portaria MS/SVS nº 05, de 21 de fevereiro de 2006, porém é de obrigação dos estados e municípios adicionar outros problemas de saúde pública que julguem importantes para a sua região (SOUZA; DOMINGUES, 2009).

De acordo com os mesmos autores, na ficha de notificação encontra-se informações sobre a identificação e a localização do estabelecimento notificante, bem como a identificação, dados socioeconômicos e local de residência do paciente e identificação do agravo notificado. Enquanto que na ficha de investigação, além dos dados da notificação, pode-se encontrar também os antecedentes epidemiológicos, dados clínicos e laboratoriais específicos de cada agravo e as conclusões da investigação. As unidades que oferecem atendimento pelo SUS são, normalmente, as que fazem as notificações dos agravos. Porém, todos os profissionais de saúde em exercício da profissão, bem como responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, têm obrigação de informar aos gestores do SUS o aparecimento de casos suspeitos e/ou confirmados das doenças previstas na lista nacional de doenças de notificação compulsória.

### 3.3 OIAPOQUE: A região em questão

Em 1492, no período das grandes navegações, Vicente Pinzón, um navegador espanhol, integrou a primeira armada de Cristovão Colombo. Pinzón fez descobertas que culminaram com o início da concepção e concretização do limite de fronteira entre Brasil e França. Não há dados oficiais, porém conta a história que Vicente Pinzón navegou apenas por um único rio, dando a este o seu próprio nome. O Rio Pinzón era conhecido pelos portugueses como Rio Oiapoque, desta forma, todas as discussões a respeito do início da formação desta fronteira se criam em torno do nome e da localização deste rio, já que os franceses alegavam que o Rio Oiapoque estava localizado mais à sul para que pudessem com isso ganhar mais terras, e os portugueses alegavam que o rio era o mesmo e mudava apenas o nome. Esses conflitos foram aumentando em função do grande interesse do mercado europeu pela madeira do Pau-Brasil e exacerbou o interesse das coroas em ficar com as terras que se encontravam entre as margens direita do rio Pinzón/Oiapoque e a esquerda do rio Dulce, hoje rio Amazonas (FERNANDES, 2010).

De acordo com Rodrigues, J. ; Seitenfus e Rodrigues, L. (1995) em 1529 deu-se início as primeiras negociações envolvendo o Brasil (na época ainda colônia de Portugal) e envolviam também a França. A primeira delas deu-se em 1529, com a França, e seus acordos preliminares foram assinados em Fontainebleau em 4 de Agosto de 1531. A segunda negociação foi feita com a Espanha e definiu alguns pontos de colonização do Rio Prata, já que o descobrimento era dos portugueses. A terceira negociação foi novamente com a França, em 1536 e ficou determinado que os franceses não poderiam mais vir às terras brasileiras. Em 1537 e 1542 a quarta negociação teve como finalidade a defesa do Brasil das invasões francesas. Percebendo a intensão da França nas terras brasileiras, Portugal resolve então intensificar as defesas do Brasil através da construção de fortes em Araguari, Macapá e no Pará.

A “questão do Oiapoque”, como ficou conhecida a definição do limite exato da fronteira, foi um assunto prolongado de discussões e que finalizou com a assinatura de vários tratados e acordos. As terras que estavam entre os rios foram declaradas em suspensão de posse, a partir de então portugueses e franceses passaram a reunir materiais que pudessem provar as posses dessas terras. Em 1701 assinou-se

o Tratado de Lisboa e a partir dele manteve-se o acordo que estava vigente até o momento, tornando esta situação insustentável, legal. Em 11 de abril de 1713 foi assinado o Tratado de Utrecht, que veio finalmente por fim nesta situação, definindo que o domínio das terras brasileiras na margem do Rio Oiapoque seria de Portugal, com a proteção da Inglaterra, Portugal consegue tomar posse também das terras sobre a margem esquerda do Rio Amazonas e a França então renunciou ao Amapá (MAGNOLI, 1997).

Conforme Silva (2008) sendo uma fronteira, o Oiapoque é concebido pelo Governo Federal como um espaço de defesa militar, em função disso o governo resolve implementar um núcleo de defesa nesta região, designando-o como Centro Agrícola *Cleveland*, posteriormente passando a ser denominada Clevelândia do Norte, um destacamento do exército para a área, que passou então a ser protegida por este. Na frente da cidade de Oiapoque, hoje, encontra-se um monumento que reforça os limites da fronteira, onde lê-se de um lado a frase “Aqui começa o Brasil” e do outro lado trechos do Hino Nacional Brasileiro. Além deste monumento representativo de nacionalidade, o Oiapoque conta ainda com um monumento que comemora o centenário do Laudo Suíço, construído em homenagem ao Barão do Rio Branco, no ano de 2000.

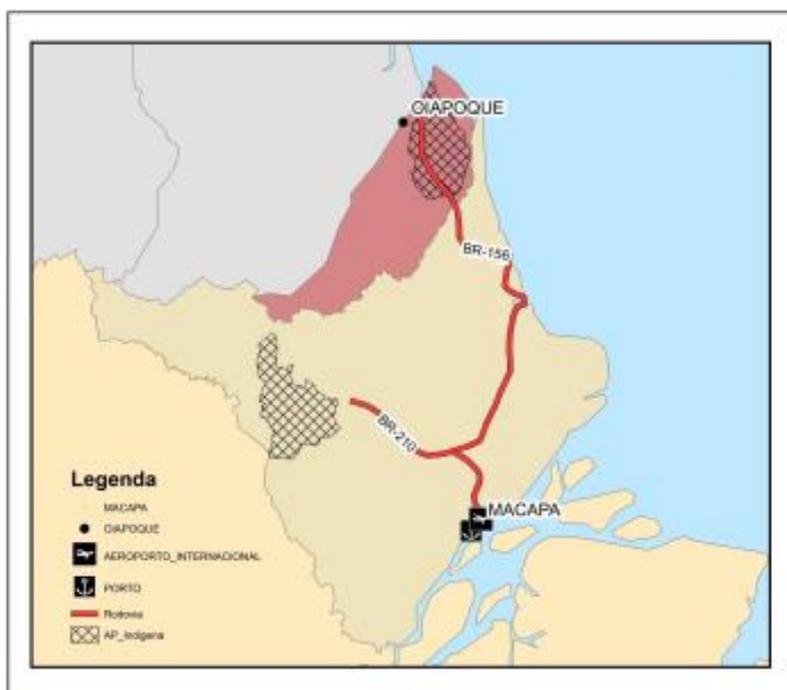
Segundo Fernandes (2010) através do Laudo Suíço, em 1º de dezembro de 1900, os conflitos foram definitivamente resolvidos e fixaram-se definitivamente os limites das fronteiras entre Guiana Francesa e Brasil, onde o rio Vicente Pinzón ficou definido como sendo Oiapoque, que desagua no oceano a oeste do Cabo Orange e seu ponto mais profundo (*thalweg*) forma a linha da fronteira. Desde a nascente do rio Oiapoque até a fronteira holandesa, a linha de divisão das águas do Amazonas é constituída na sua quase totalidade pela linha da cumeada da serra do Tumucumaque e forma o limite inferior.

Silva (2008) ressalta que após o término dos conflitos, a partir do Laudo Suíço, as relações políticas relacionadas à fronteira do Amapá com a Guiana francesa, ficaram indiferentes. Porém, em 2006, assinaram o Acordo-Quadro que prevê o empenho de ambos os países para que os contatos políticos possam ser estabelecidos em todos os níveis, além de cooperação econômica, científica, técnica e cultural, o que é perceptível com a construção da ponte binacional que comunica o Oiapoque, no Brasil a Saint-Georges, na Guiana Francesa.

A cidade de Oiapoque está localizada ao extremo norte do Estado do Amapá, tem como limites a norte a Guiana Francesa, a sul Pedra Branca do Amapari, Calçoene e Serra do Navio, a leste o Oceano Atlântico e a oeste com Laranjal do Jari. Está no setor Arco Norte da faixa de fronteiras do Brasil, se caracterizando por uma cidade de posição extremamente favorável no cenário nacional, já que é a única que tem “contato” com a comunidade europeia, uma vez que a Guiana é território da França. A autora ressalta ainda que esses locais de fronteira são favoráveis a atividades ilícitas que devem ser combatidas através de planos de ação de ambos os países que limitem a ilegalidade, esse controle é feito nesta região pela Delegacia da Polícia Federal no Oiapoque, porém não é eficaz pela facilidade que o rio Oiapoque pode ser atravessado pelas catraias, de maneira especial no período noturno, quando há uma diminuição da fiscalização. O tráfico é bastante comum nesta região, destaque para o tráfico de ouro, e a travessia para busca de melhor qualidade de vida na Guiana também é uma constante, acredita-se que após o término da construção da ponte binacional este cenário tende a modificar em função do aumento da fiscalização pela construção dos postos de controle em ambos os países (FERNANDES, 2010).

A BR-156 é a rodovia responsável pela ligação da cidade do Oiapoque à Capital Macapá e ao porto de Santana, no entanto não apresenta em todo seu trecho boas condições de circulação. São 590 km que separam o Oiapoque da Capital, onde 209 km não possuem pavimentação apresentando péssimas condições de uso principalmente durante o inverno chuvoso quando a rodovia torna-se intransitável até para veículos com tração e tratores (FERNANDES, 2010, p.40).

**Figura 1: Localização de Oiapoque-AP e suas rodovias.**



O garimpo (do qual o município é financeiramente dependente), pesca, turismo e artesanato indígena são atualmente as principais atividades econômicas municipais. A população é predominantemente masculina e jovem e observa-se como problemas sociais de constância o alcoolismo e a prostituição, destacando inclusive os menores de idade neste cenário, problema este relacionado à falta de emprego formal na região. A intensa presença de populações flutuantes (formada por garimpeiros, prostitutas e emigrantes, vindos de todo o território nacional, porém em sua maioria dos Estados do Pará e Maranhão) é um fator de aumento da vulnerabilidade à AIDS nesta cidade (PEITER, 2005).

Leonardi (2000) abordam a população indígena como sendo altamente vulnerável ao HIV/AIDS, estando as terras indígenas Uaçá e Juminá, com aproximadamente 27,65% da população do município, bem próximas à cidade de Oiapoque (30 quilômetros), bem como a vila São João de Caciporé e Velha e a região do Lourenço (de intensa prática de garimpo). Para o autor a contaminação da população indígena era apenas uma questão de tempo, o que pode ser comprovado em 2001 com o primeiro caso de HV registrado em indígena no Oiapoque.

Segundo Peiter (2005) a saúde no Oiapoque é precária, especialmente no que se refere a DSTs e AIDS, cujas prevalências são elevadas, estando estes pacientes sendo atendidos e assistidos pelo SAE na capital Macapá. Leonardi

(2000) ressaltam a importância de se atentar para o fato de que a epidemia de AIDS no Oiapoque pode por três vias distintas, o Suriname, a Guiana Francesa e o próprio Brasil.

Nas regiões de fronteira, percebe-se enormes dificuldades no que se refere aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS) implementou, em 2005, o Sistema Integrado de Saúde na faixa de fronteira brasileira (SIS-fronteira), com o objetivo de contribuir na melhoria, organização e planejamento dos serviços, especialmente a vigilância em saúde. Neste sistema a Secretaria de Vigilância em Saúde, do MS, implementou a Rede de Laboratórios da Fronteira, na busca de mais rapidez para o diagnóstico de doenças, inclusive a AIDS, presentes no Oiapoque-AP (RODRIGUES-JUNIOR; CASTILHO, 2010).

A causalidade da transmissão do HIV e da AIDS, nas sub-regiões consideradas neste estudo, numa visão ecológica, é condicionada pelas características sociais, econômicas e culturais, além da infraestrutura e do acesso aos serviços de saúde das comunidades localizadas na faixa de fronteira brasileira. O aperfeiçoamento dos serviços de saúde pode ser uma estratégia de integração, considerando que a garantia constitucional de suporte à saúde das pessoas, mediante políticas públicas, revela a ação do Estado e a ocupação efetiva do território. O enfrentamento da epidemia de AIDS na faixa de fronteira brasileira é um tema complexo e sensível, porque requer a exposição de iniquidades, de violências e de práticas ilegais, principalmente nas áreas mais distantes do eixo político administrativo do país (RODRIGUES-JUNIOR; CASTILHO, 2009)

De acordo com Rodrigues-Junior e Castilho (2009) esses serviços vêm desenvolver a infraestrutura da saúde local, melhorar o acesso e utilização aos serviços de atenção, identificar os fluxos migratórios, avaliar as ações de saúde em escala local, aprimorar os sistemas de informações e facilitar a participação nos pactos de gestão de saúde, especialmente das atividades relacionadas a vigilância em saúde.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 LOCAL DA PESQUISA

O Estado do Amapá fica localizado na região Norte do Brasil, quase que totalmente no hemisfério Norte, ocupando uma área de aproximadamente 143.453 km<sup>2</sup>, limitada ao Norte pela Guiana Francesa, Noroeste pelo Suriname, a Leste pelo Oceano Atlântico e ao Sul e Oeste pelo Estado do Pará, separado do mesmo pelo Rio Amazonas. Este Estado tem como capital a cidade de Macapá, localizada ao Sul e banhada pelo braço norte do Rio Amazonas. Sua população é composta de cerca de 668.669 habitantes, segundo o censo do ano de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), destes aproximadamente 499.166 residem em Macapá e município de Santana (IBGE, 2010a).

O município de Oiapoque fica localizado no extremo norte do Amapá, limitado ao norte pela Guiana Francesa, ao sul pelos municípios amapaenses Serra do Navio, Calçoene e Pedra Branca do Amapari, a oeste por Laranjal do Jari e a leste é banhado pelo Oceano Atlântico, possui uma área total de 22.625 km<sup>2</sup>, contando, segundo Brasil (2010a) com uma população de 20.509 habitantes.

### 4.2 TIPO DE PESQUISA

Esta é uma pesquisa retrospectiva, exploratória descritiva, quantitativa (SELLTIZ *et. al.*, 2007; LEITE, 2008; MARKONI; LAKATOS, 2010; TEIXEIRA, 2007; CRESWELL, 2007) das características sócio epidemiológicas dos portadores de HIV/AIDS originários do município de Oiapoque/AP.

Para Selltiz *et al.* (2007) a pesquisa retrospectiva oferece uma melhor familiaridade ao pesquisador com relação ao problema, de forma a torna-lo mais explícito ou a desenvolver hipóteses, este tipo de pesquisa tem como finalidade otimizar ideias ou descobertas de intuições, seu desenvolvimento não pode ser estático, para que o mesmo viabilize a observação dos mais diferenciados aspectos relacionados a temática estudada.

Com relação à pesquisa descritiva, Leite (2008) considera como:

[...] a pesquisa que se usa para descrever e explicar determinados fenômenos socioeconômicos, político-administrativos, contábeis e psicossociais, matemático-estatísticos e técnico-linguísticos. As pesquisas descritivas, quando utilizadas pelas ciências naturais, biológicas, físico-

químicas, astro-meteorológicas, usando ou não “experimentos”, são denominadas de experimentais, exploratórias, explicativas.

Segundo Markoni e Lakatos (2010) a pesquisa exploratória visa a formulação de questionamentos, com os objetivos de desenvolver hipóteses, ampliar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno pesquisado, de forma a modificar ou esclarecer conceitos. É um tipo de pesquisa que consegue comumente descrições tanto quantitativas quanto qualitativas da situação estudada, dando ao pesquisador a possibilidade de discutir as inter-relações entre as propriedades do fenômeno, fato ou ambiente estudado. Normalmente este tipo de estudo não requer utilização de técnicas de amostragem.

Conforme Teixeira (2007) a pesquisa quantitativa usa a descrição matemática como uma forma de linguagem, utilizando os dados matemáticos para delinear as causas de um acontecimento e as relações entre variáveis. Creswell (2007) afirma ainda que este tipo de análise permite uma definição de tendências, atitudes ou opiniões de uma população ao fazer-se análise com parte dela.

#### 4.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Os dados necessários foram coletados a partir do SINAN, que corresponde a um sistema do Ministério da Saúde, que contém as informações referentes às doenças e agravos à saúde da lista nacional de doenças de notificação compulsória. A análise dos dados do SINAN permitem a identificação, diagnóstico e explicação de um determinado agravo dentro de uma população, bem como os riscos a que esta população estudada está exposta, proporcionando finalmente uma análise real da situação epidemiológica da região.

Foram utilizados ainda os dados contidos no Sistema de Vigilância Epidemiológica de DST/AIDS e Hepatites Virais do Estado do Amapá, que atualmente funciona vinculado à Coordenação Estadual de DST/AIDS e Hepatites Virais do Estado do Amapá, onde pode-se ter maiores informações sobre como estes agravos estão se apresentando em cada município do Estado. Todos os dados coletados foram correspondentes ao período de 2001 a 2011, utilizou-se a totalidade de casos deste período disponibilizada pelo sistema.

Os dados coletados em ambos os sistemas estarão relacionados às variáveis de incidência, número total de casos, gênero, escolaridade, raça, tipo de exposição, idade e mortalidade por HIV/AIDS no município de Oiapoque/AP.

A análise dos dados foi feita através do *Software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), onde sofreu tratamento necessário para a tabulação.

Para complementar a análise da tendência da AIDS fez-se o Diagrama de Controle, que de acordo com Alves (2004) é um método que identifica epidemias embasado nos serviços de vigilância em saúde pública, de maneira especial nas doenças infecciosas. É a ferramenta utilizada pelo Ministério da Saúde neste tipo de análise, sendo considerado o melhor método de escolha no Brasil e um instrumento auxiliar na investigação e acompanhamento de ocorrência dos casos.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Esta pesquisa atendeu à Resolução Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) 466/2012 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos solicitando isenção já que nenhum indivíduo foi envolvido diretamente, visto que todos os dados necessários estão disponíveis em sistemas alimentados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde juntamente com os governos estadual e municipal. A mesma foi encaminhada à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, recebendo a solicitada isenção (ANEXO 1). A consulta e utilização dos dados contidos no SINAN são de domínio público e permitidos a todo e qualquer cidadão que os queira conhecer, desde que não infrinja a bioética em saúde. A pesquisadora se responsabilizou por toda e qualquer informação colhida durante o estudo.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 ANÁLISE GLOBAL

Na tabela 1 apresentam-se os valores do total da população, o número total de casos de HIV/AIDS notificados, a incidência (casos por 10.000 habitantes) e o número total de óbitos ocorridos no município de Oiapoque-AP, entre os anos de 2001 e 2011.

**Tabela 1** – população, número de casos de HIV/AIDS notificados, incidência (casos por 10.000 habitantes) e número de óbitos no município de Oiapoque-AP, no período de 2001 a 2011.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
População	13.551	14.009	14.528	15.046	16.224	16.827	17.423	20.226	20.966	20.509	21.095
Nº casos notificados	3	1	1	2	4	7	9	11	7	9	5
Incidência (casos/10.000 hab)	2,2	0,7	0,7	1,3	2,5	4,2	5,2	5,4	3,3	4,4	2,4
Nº óbitos	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1

**Fonte:** Organização da autora, fundamentado na base de dados do SINAN (2011-2011).

A partir da tabela é possível observar que o número mínimo de casos ocorreu em 2002 e 2003, com apenas um caso notificado por ano, verificando-se uma tendência de aumento do número de casos até 2008, ano em que foram notificados 11 casos. A partir desse ano o número de casos notificados voltou a diminuir. No total dos 11 anos analisados foram notificados 59 casos.

Grageiro; Escuder; Castilho (2010) observaram a incidência média de casos do Brasil como um todo aumentando no período de 2002 a 2006, nota-se que o Município de Oiapoque acompanha esta crescente, porém tendo este avanço continuado nos anos de subsequentes com pequena redução no ano de 2011. Ainda de acordo com os estudos dos autores citados os municípios brasileiros foram divididos segundo a figura a seguir (**Figura 2**), estando o Oiapoque entre os municípios que apresentam pequena magnitude (de 1 a 19 casos no período). Reforçando a tese de interiorização da epidemia Packer; Carmargo Júnior (2000)

concordam com a expectativa de que municípios menores e mais pobres estejam sendo os de maior preocupação nos últimos anos no que se refere a nova tendência.

**Figura 2: Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios brasileiros, 2002-2006.**



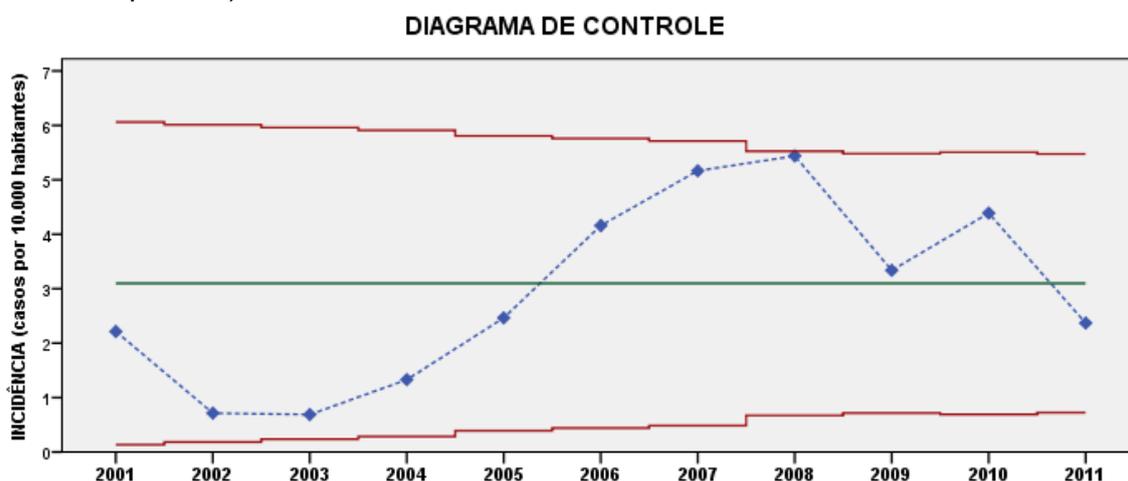
Fonte: Grageiro; Escuder; Castilho (2010, p. 2359)

Quanto ao número de óbitos, ocorreram 3 durante os 11 anos analisados: um em 2002, um em 2007 e um em 2011. Pode-se perceber através dos óbitos notificados que o Oiapoque apesar de estar com uma tendência crescente comparado a média nacional, segue os achados pelos estudos de Pieri e Laurenti (2012) onde a mortalidade por AIDS apresenta-se em diminuição progressiva, com uma probabilidade de sobrevivência de mais de 80% em pacientes submetidos a tratamento adequado.

O aumento do número de casos notificados entre 2004 e 2008 foi acompanhado pelo crescimento populacional, o que é importante a análise da incidência da doença. Para isso foi construído um diagrama de controle de Shewhart (**Figura 1**) com o número de casos por 10.000 habitantes (incidência), com os limites de controle inferior e superior calculados a partir da incidência média do período (2,9) subtraindo 1,96 vezes o desvio-padrão (limite inferior) e somando 1,96 vezes o desvio-padrão (limite superior). Desta forma garante-se um grau de confiança de 95%.

A análise do diagrama de controle (**Gráfico 1**) permite verificar que a incidência da doença se manteve dentro dos limites de controle no período estudado. No entanto, observou-se um aumento da incidência da HIV/AIDS no município de Oiapoque-AP durante 5 anos consecutivos, entre 2004 e 2008, atingindo o máximo da série em 2008, ficando muito próximo do limite superior de controle. Nos anos seguintes a incidência voltou a diminuir, ficando abaixo da média em 2011.

**Gráfico 1** – Diagrama de controle com a incidência (casos por 10.000 habitantes) no município de Oiapoque-AP, entre 2001 e 2011 (Média = 2,9; Limites = média  $\pm$  1,96 x desvio-padrão).



**Fonte:** Organização da autora, fundamentado na base de dados do SINAN (2011-2011).

Silva *et al.* (2010) enfatizam que no Brasil ocorre a diminuição no número de casos de HIV/AIDS a partir do ano de 2002, ressaltando que as regiões Norte e Nordeste não acompanharam esta redução, ao contrário, mostraram um aumento de casos após este ano, um fato considerado preocupante e merecedor de vigilância e

intervenção por parte das secretarias de saúde e vigilância sanitária desses Estados.

## 5.2 ANÁLISE POR GÊNERO

Dos 59 casos notificados no período 2001 e 2011, 36 (61%) foram do sexo masculino e 23 (39%) do sexo feminino. Quanto aos óbitos, dos 3 casos em que os pacientes morreram, 1 (33,3%) era do sexo masculino e 2 do sexo feminino (**Tabela 2**)

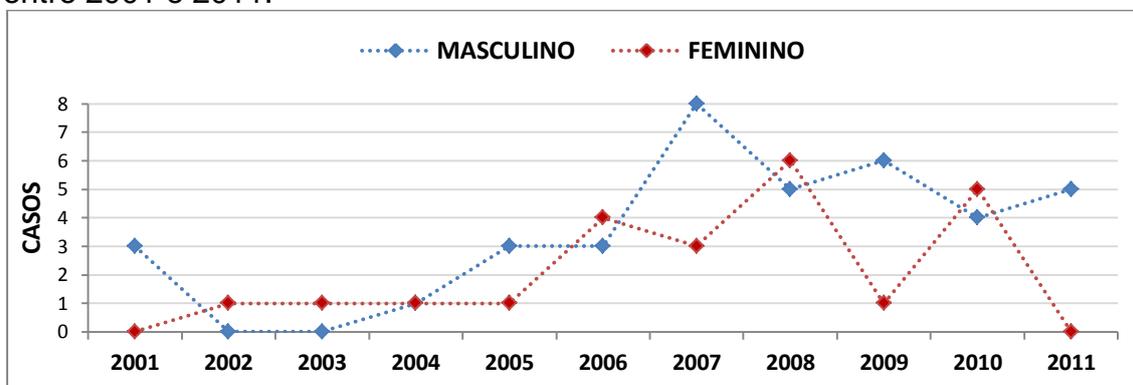
**Tabela 2** – Número de casos de HIV/AIDS notificados e de óbitos, por gênero, no município de Oiapoque-AP no período de 2001 a 2011.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
<b>CASOS NOTIFICADOS</b>												
<b>Masculino</b>	3	0	0	1	3	3	6	5	6	4	5	<b>36</b> 61%
<b>Feminino</b>	0	1	1	1	1	4	3	6	1	5	0	<b>23</b> 39%
<b>ÓBITOS</b>												
<b>Masculino</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b> 33,3%
<b>Feminino</b>	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	<b>2</b> 66,7%

**Fonte:** Organização da autora, fundamentado na base de dados do SINAN (2011-2011).

Não se verificou uma tendência uniforme no número de casos notificados por sexo, entre 2001 e 2011, existindo anos em que se verificou mais casos do sexo masculino e outros com mais casos do sexo feminino, como se pode observar também no **gráfico 2**.

**Gráfico 2** – Número de casos notificados, por sexo, no município de Oiapoque-AP, entre 2001 e 2011.



**Fonte:** Organização da autora, fundamentado na base de dados do SINAN (2011-2011).

A relação homem:mulher da infecção por HIV/AIDS vem sendo muito discutida nas literaturas e percebe-se que as mesmas concordam com a ideia de que esta relação vem sofrendo mudanças ao longo da história, Gir *et al.* (2004) já demonstrava que em 1983 esta relação era de 40:1, em 2007 diminuiu para 1,4:1 apresentando uma mudança significativa em 24 anos de epidemia. Souza *et al.* (2013) obtiveram resultados semelhantes a este estudo no que diz respeito a equivalência de contaminação por gênero, sendo os indivíduos do sexo masculino aparecendo ainda com maior notificação, porém sem significância estatística, remetendo a tese de feminização da epidemia.

No estudo de Campos e Ribeiro (2011) é possível perceber o sexo feminino como sendo o de maior número de contaminados num universo de 65 pacientes portadores, com uma taxa de 58% do número de casos (38 casos), situação esta incomum nos primeiros anos da história do HIV/AIDS concordando com o presente estudo, com Graneiro; Escuder; Castilho (2010); Gonçalves *et al.* (2009) com o enfoque do aumento de casos em mulheres em todos os perfis socioepidemiológicos.

Macklin (2003) entende a mulher como estando numa situação de vulnerabilidade devido à posição social em que ainda se encontra, ficando, por vezes, impedida de negociar o uso do preservativo, debater fidelidade e abdicar de relações que a coloquem em risco.

### 5.3 ANÁLISE POR RAÇA DECLARADA

A maior parte dos 59 casos notificados ocorreram em indivíduos de raça negra (35 casos - 59,3%), seguindo-se os de raça branca (7 casos – 11,9%), de raça parda (6 casos – 10,2%) e de raça indígena (2 casos – 3,4%). Existiram ainda 9 casos (15,3%) cuja raça não foi possível identificar. Dos 3 pacientes que faleceram de HIV/AIDS, 1 (33,3%) era de raça parda, 1 (33,3%) de raça indígena e 1 (33,3%) sem raça identificada (**Tabela 3**).

Não foi encontrado na literatura correlação entre infecção por HIV e raça, o que faz-se pensar que a predominância pela presença do vírus em indivíduos declarados negros deve-se ao fato da característica de miscigenação da região

Norte, particularmente do Amapá, onde a população é predominantemente negra e parda, como refere Brasil (2010).

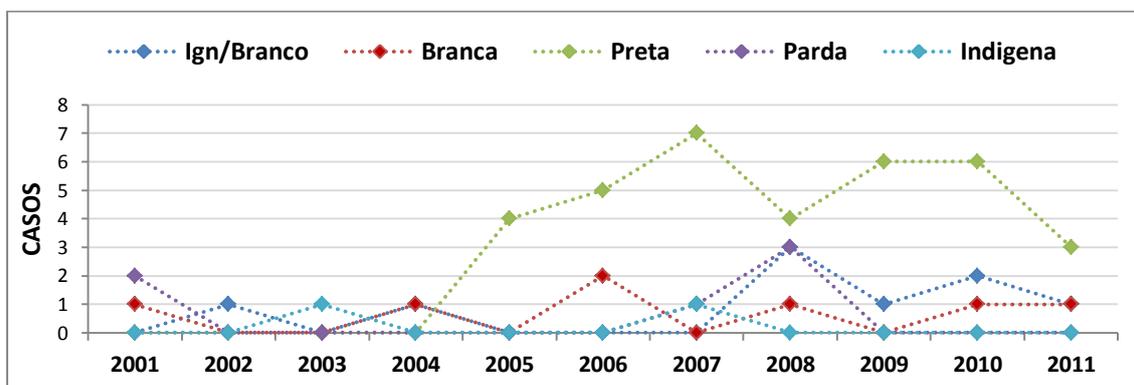
**Tabela 3** – número de casos de HIV/AIDS notificados e de óbitos, por raça declarada, no município de Oiapoque-AP no período de 2001 a 2011.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
<b>CASOS NOTIFICADOS</b>												
Ign/Branco	0	1	0	1	0	0	0	3	1	2	1	<b>9</b> 15,3%
Branca	1	0	0	1	0	2	0	1	0	1	1	<b>7</b> 11,9%
Preta	0	0	0	0	4	5	7	4	6	6	3	<b>35</b> 59,3%
Parda	2	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	<b>6</b> 10,2%
Indigena	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	<b>2</b> 3,4%
<b>ÓBITOS</b>												
Ign/Branco	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>1</b> 33,3%
Branca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b> %
Preta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b> %
Parda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b> 33,3%
Indigena	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	<b>1</b> 33,3%

Fonte: Organização da autora, fundamentado na base de dados do SINAN (2011-2011).

No **gráfico 3** apresenta-se a evolução do número de casos notificados entre 2001 e 2011, no município de Oiapoque-AP, por raça declarada.

**Gráfico 3** – Número de casos notificados, por raça declarada, no município de Oiapoque-AP, entre 2001 e 2011.



Fonte: Organização da autora, fundamentado na base de dados do SINAN (2011-2011).

Segundo Carvalho; Wood; Andrade (2003) a miscigenação é um traço marcante da sociedade brasileira, o que gera uma gama de cores que não se adaptam claramente a nenhum esquema de categorias de cor, sendo vinculada mais à aparência do indivíduo e sua inserção na sociedade do que a carga hereditária de fato. A informação sobre a cor é obtida através da auto definição do indivíduo ou de informações de terceiros, podendo ser consideradas através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) as cores branca, preta, parda, amarela e outra. O autor remete a característica peculiar do Brasil de os indivíduos brancos e pretos se declararem pardos, o que acredita ser em decorrência do estigma sobre as cores mais escuras, cenário este que desde a década de 90 vem se modificando, o que pode estar acontecendo em função da marcante presença do movimento negro pela valorização da cultura negra e redução no estigma de ser preto.

#### 5.4 ANÁLISE POR CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO

Na **tabela 4** pode observar-se que a maioria dos casos notificados ocorreram em indivíduos heterossexuais (41 casos – 69,5%), seguindo-se os bissexuais ou homossexuais (4 casos – 6,8%) e heterossexuais com parceiro(a) de risco indefinido (2 casos – 3,4%). Existiram ainda 12 casos (20,3%) cuja categoria de exposição não foi possível identificar. Todos os 3 indivíduos que faleceram entre 2001 e 2011 eram heterossexuais.

Concordando com os achados do presente estudo, Gomes; Silva; Oliveira (2011) discutem a modificação de perfil epidemiológico ocorrido com a infecção por HIV, apresentando características atuais para a heterossexualização da doença vista nessas três primeiras décadas de epidemia, descaracterizando a imagem errônea de doença de homossexuais que ainda se mantém ancorada na cultura e memória da sociedade brasileira, especialmente nas classes mais baixas e de menor escolaridade. Pode-se observar na **tabela 4** a discrepância de percentuais entre os contaminados heterossexuais (69,5%) contra os que possuem comportamento homossexual ou bissexual (6,8%).

Campos e Ribeiro (2011) destacam que 83,1% dos achados de casos por HIV do seu estudo estavam presentes em indivíduos heterossexuais do sexo feminino, sendo que 86,9% dessas mulheres tinham parceiro fixo, 92% tinham apenas relação heterossexual, destas 60,5% declararam usar preservativo antes da contaminação,

porém apenas 7,9% afirmaram sempre utilizar a camisinha após o diagnóstico, o que nos remete a um sério problema no que se refere ao perigo da continuação de transmissão mesmo após a confirmação da positividade para o vírus.

Silva *et.al* (2010) mostra 48,7% dos casos notificados pelo SINAN no Brasil no período de 1980 a 2007 sendo de comportamento heterossexual, o que mostrou uma diminuição na estigmatização dos homossexuais em relação à AIDS e consequente aumento de casos em mulheres heterossexuais casadas ou em união estável.

“As pessoas soropositivas apresentam, como estratégia de sobrevivência social, o ocultamento da doença. Assim, podem continuar a vida como pessoas normais, sem serem acusadas e discriminadas, seja no âmbito familiar, social ou no trabalho” (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011)

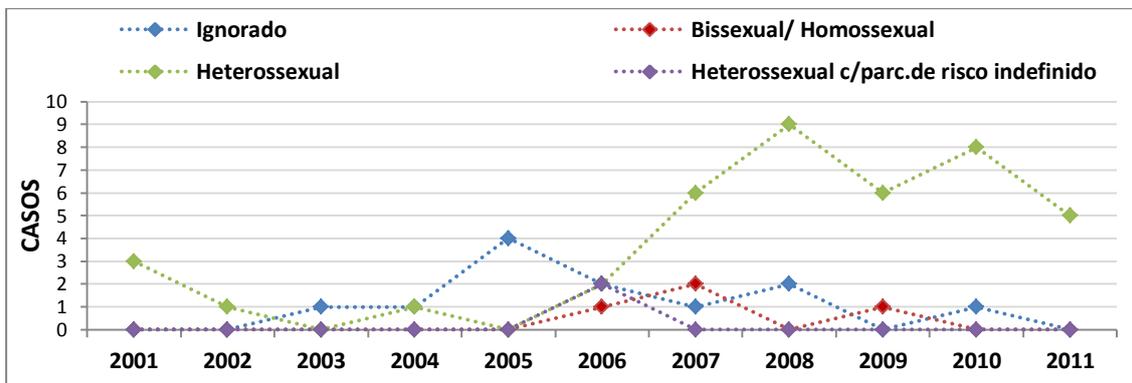
**Tabela 4** – número de casos de HIV/AIDS notificados e de óbitos, por categoria de exposição, no município de Oiapoque-AP no período de 2001 a 2011.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
<b>CASOS NOTIFICADOS</b>												
Ignorado	0	0	1	1	4	2	1	2	0	1	0	<b>12</b> <b>20,3%</b>
Bissexual/ Homossexual	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	<b>4</b> <b>6,8%</b>
Heterossexual	3	1	0	1	0	2	6	9	6	8	5	<b>41</b> <b>69,5%</b>
Heterossexual c/parc.de risco indefinido	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	<b>2</b> <b>3,4%</b>
<b>ÓBITOS</b>												
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b> <b>%</b>
Bissexual/ Homossexual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b> <b>%</b>
Heterossexual	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	<b>3</b> <b>100%</b>
Heterossexual c/parc.de risco indefinido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b> <b>%</b>

**Fonte:** Organização da autora, fundamentado na base de dados do SINAN (2011-2011).

No **gráfico 4** apresenta-se a evolução do número de casos notificados entre 2001 e 2011, no município de Oiapoque-AP, por categoria de exposição.

**Gráfico 4** – Número de casos notificados, por categoria de exposição, no município de Oiapoque-AP, entre 2001 e 2011.



**Fonte:** Organização da autora, fundamentado na base de dados do SINAN (2011-2011).

### 5.5 ANÁLISE POR ESCOLARIDADE

Quanto à escolaridade, dos 59 casos notificados, 11 (18,6%) são de indivíduos com 4 a 7 anos de escolaridade (4ª a 8ª série incomp. E.F), 11 (18,6%) de 8 a 11 anos (E.F compl. e E.M Incompl.), 9 (15,3%) de 1 a 3 anos (1ª a 4ª série incomp E.F), 8 (13,6%) com 12 ou mais anos (E.M compl. Educ. Sup. Incomp e Compl.) e 1 (1,7%) analfabeto. Existiram ainda 19 casos (32,2%) cuja escolaridade não foi possível identificar. Quanto aos óbitos, 1 (33,3%) tinha entre 4 e 7 anos de escolaridade, 1 (33,3%) tinha de 8 a 11 anos e 1 (33,3%) sem escolaridade identificada (**Tabela 5**).

Corroborando com presente estudo, Pieri e Laurenti (2012) apoiam o achado de que a maior parte dos soropositivos possuem nível de escolaridade baixo, sobre a situação os autores detectaram que, de uma amostra de 497 portadores, 55,33% não completaram o Ensino Fundamental e apenas 2,62% completaram o Ensino Médio. Entende-se então que o nível de escolaridade mais baixo é fator relevante no que tange a sensibilização sobre a problemática da doença que demanda um nível satisfatório de escolaridade, é plausível que as populações com mais anos de estudo tenham mais acesso à informação, métodos preventivos e consciência de sua responsabilidade sobre um impacto positivo na evolução epidemiológica da AIDS.

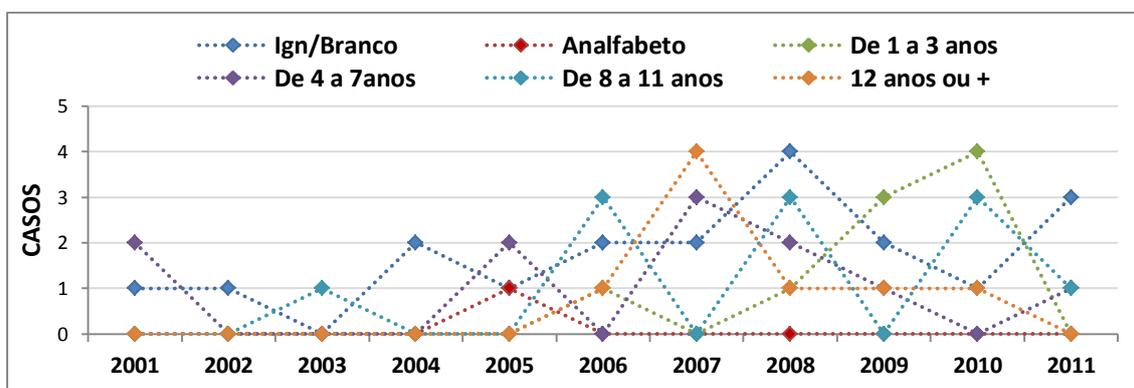
**Tabela 5** – número de casos de HIV/AIDS notificados e de óbitos, por escolaridade, no município de Oiapoque-AP no período de 2001 a 2011.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
<b>CASOS NOTIFICADOS</b>												
Ign/Branco	1	1	0	2	1	2	2	4	2	1	3	<b>19</b> 32,2%
Analfabeto	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	<b>1</b> 1,7%
De 1 a 3 anos	0	0	0	0	0	1	0	1	3	4	0	<b>9</b> 15,3%
De 4 a 7anos	2	0	0	0	2	0	3	2	1	0	1	<b>11</b> 18,6%
De 8 a 11 anos	0	0	1	0	0	3	0	3	0	3	1	<b>11</b> 18,6%
12 anos ou +	0	0	0	0	0	1	4	1	1	1	0	<b>8</b> 13,6%
<b>ÓBITOS</b>												
Ign/Branco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b> 33,3%
Analfabeto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b> %
De 1 a 3 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b> 0%
De 4 a 7anos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>1</b> 33,3%
De 8 a 11 anos	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	<b>1</b> 33,3%
12 anos ou +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b> 0%

Fonte: Organização da autora, fundamentado na base de dados do SINAN (2011-2011).

No **gráfico 5** apresenta-se a evolução do número de casos notificados entre 2001 e 2011, no município de Oiapoque-AP, por escolaridade.

**Gráfico 5** – Número de casos notificados, por escolaridade, no município de Oiapoque-AP, entre 2001 e 2011.



Fonte: Organização da autora, fundamentado na base de dados do SINAN (2011-2011).

Souza *et al.* (2013) encontraram dados semelhantes com portadores apresentando em sua maioria (37,2% - 58 casos) o ensino fundamental incompleto, reforçando a tendência de pauperização.

Silva *et al.* (2010) reforçam que as principais fontes de informação dos jovens sobre HIV/AIDS são: a escola (44,8%), televisão (41,5%), folhetos (36,6%) e a família (34,1%) concordando com Pieri; Laurenti (2012) no que se refere ao acesso à informação estar diretamente ligado a quantidade de anos escolares.

Dando enfoque ao processo de informação é conveniente que se faça uma reflexão sobre as estratégias de prevenção através de multiplicadores de conhecimento, reforçando o importante papel das escolas e universidades e principalmente estimulando a presença mais intensa da família como aliada no controle e prevenção desta problemática. Araújo (2012) afirma que as desigualdades de renda, alimentação, saneamento, educação e dificuldades de acesso aos serviços de saúde são fatores preponderantes no controle de agravos à saúde.

## 5.6 ANÁLISE POR FAIXA ETÁRIA

Dos 59 casos notificados entre 2001 e 2011, mais da metade (34 casos – 57,6%) ocorreram na faixa etária dos 20 aos 34 anos, seguiram-se os da faixa etária dos 35 a 49 anos (16 casos – 27,1%), dos 50 aos 64 anos (6 casos – 10,2%), dos 65 aos 79 anos (2 casos – 3,4%) e dos 15 aos 19 anos (1 caso – 1,7%). Quanto ao número de óbitos, dos 3 indivíduos que faleceram, 1 (33,3%) tinha entre 15 e 19 anos e 2 (66,7%) entre 20 e 34 anos (**Tabela 6**).

Nos achados de Silva *et al.* (2010) foi observado que apesar de a AIDS se fazer presente em todas as faixas etárias e principalmente em adultos jovens (20 a 29 anos de idade) esse cenário vem continuamente se modificando e atingindo cada vez mais os indivíduos a partir dos 30 anos. Os mesmos ressaltam o aumento progressivo dos casos da doença em pessoas a partir dos 50 anos.

No estudo de Araújo *et al.* (2013) teve-se como faixa etária mais acometida pelo HIV de 30 a 49 anos de idade, o que representou 76% do total de casos do estudo. Nos achados de Souza *et al.* (2013) a idade dos pacientes variou entre 19 e 49 anos de idade, sendo 13% pertencentes a faixa etária entre 19 e 29 anos. Segundo Brasil (2012) de 1989 a 2011 a prevalência média dos casos nacionais

aconteceu na faixa etária entre 13 e 19 anos de idade, sendo que observou-se um aumento na faixa etária dos 17 a 20 anos nos últimos 5 anos, passando de 0,09% para 0,12% dos casos totais.

O ano de 2009 foi marcado pela notificação de 2 casos em indivíduos idosos, concordando com Cruz e Ramos (2012) que descrevem a mudança do perfil epidemiológico do HIV direcionando um aumento significativo nos indivíduos acima de 60 anos de idade, mostrando um efeito no curso da doença entre os idosos, porém os autores enfatizam a carência de dados que abranjam diretamente esta problemática.

Para Garcia *et al.* (2012) esse aumento de casos em indivíduos idosos tem fatores determinantes para tal como: existência de tabus referentes à sexualidade e envelhecimento (mito do idoso assexuado) e o pouco conhecimento que estes indivíduos tem sobre a AIDS, desta forma a sociedade e mesmo os profissionais de saúde raramente acreditam que esse público possa ser contaminado com uma doença sexualmente transmissível (DST). Os idosos participantes dos estudos relatam que recebem poucas informações sobre DST's por parte dos profissionais habilitados para tal, tendo a televisão, rádio e jornais como forma de adquirir conhecimento.

A não adoção de medidas de prevenção por parte dos idosos não provoca grandes estranhezas já que estes vêm sendo negligenciados tanto no que diz respeito a acesso à informação quanto a atendimento diferenciado, desta forma a AIDS associada ao envelhecimento precisa de maior aprofundamento no que tange a cuidados, prevenção direcionada aos locais de maior frequência de pessoas idosas com a utilização de linguagem específica para o grupo e desenvolvimento de ações e políticas públicas específicas (CAMBRUZZI; LARA, 2012), concordando com Serra *et al.* (2013) onde pode-se confirmar a ausência de informação, o tabu social, a discriminação, o medo, a vergonha e as diversas maneiras que os indivíduos idosos encaram a vivência como soropositivos.

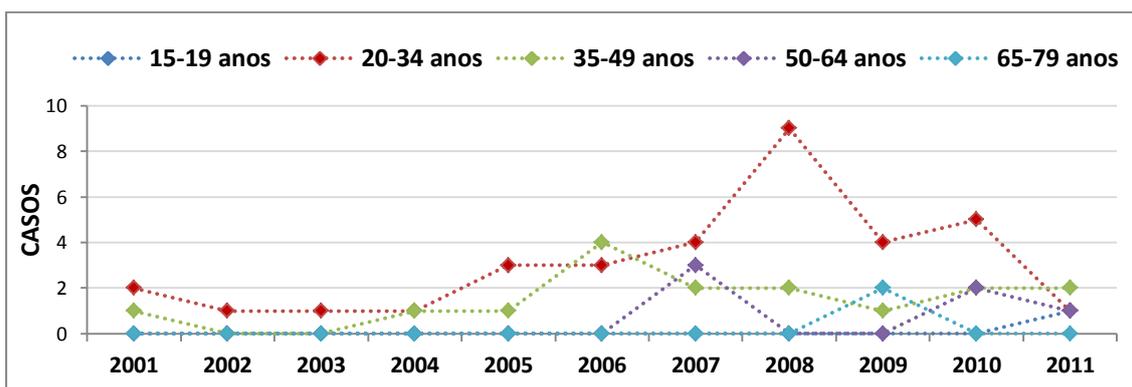
No gráfico 6 apresenta-se a evolução do número de casos notificados entre 2001 e 2011, no município de Oiapoque-AP, por faixa etária.

**Tabela 6** – número de casos de HIV/AIDS notificados e de óbitos, por faixa etária, no município de Oiapoque-AP no período de 2001 a 2011.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
<b>CASOS NOTIFICADOS</b>												
15-19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1 1,7%
20-34 anos	2	1	1	1	3	3	4	9	4	5	1	34 57,6%
35-49 anos	1	0	0	1	1	4	2	2	1	2	2	16 27,1%
50-64 anos	0	0	0	0	0	0	3	0	0	2	1	6 10,2%
65-79 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2 3,4%
<b>ÓBITOS</b>												
15-19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1 33,3%
20-34 anos	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 66,7%
35-49 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 0%
50-64 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 0%
65-79 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 33,3%

Fonte: Organização da autora, fundamentado na base de dados do SINAN (2011-2011).

**Gráfico 6** – Número de casos notificados, por faixa etária, no município de Oiapoque-AP, entre 2001 e 2011.



Fonte: Organização da autora, fundamentado na base de dados do SINAN (2011-2011).

## 5.7 ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE AS CRIANÇAS

Relativamente às crianças, foram notificados 3 casos no município de Oiapoque-AP, entre 2001 e 2011, todos em crianças do sexo masculino. Foi

notificado um caso em 2007 numa criança do escalão etário de 1 a 4 anos, um caso em 2008 e outro em 2010, ambos em crianças entre os 5 e os 9 anos – **Tabela 7**.

**Tabela 7** – número de casos de HIV/AIDS notificados em crianças, por faixa etária e gênero, no município de Oiapoque-AP no período de 2001 a 2011.

	2007	2008	2010	TOTAL
De 1 a 4 anos	1	0	0	1
De 5 a 9 anos	0	1	1	2
Masculino	1	1	1	3
Feminino	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

**Fonte:** Organização da autora, fundamentado na base de dados do SINAN (2011-2011).

Para Machado *et al.* (2010); Dias *et al.* (2012) é perceptível o número de crianças infectadas com HIV/AIDS, especialmente nos países mais atingidos pela epidemia, no Brasil esta situação tem aumentado especialmente em regiões mais pobres e com menos características de desenvolvimento socioeconômico, o que acaba sendo um impasse nas ações de prevenção e controle. Para melhorar esse cenário o Sistema Único de Saúde oferece o projeto Nascer-Maternidades, que preconiza o diagnóstico precoce da transmissão vertical, dando a oportunidade de tratamento adequado e antecipado a esta criança. Os autores enfatizam a quantidade reduzida de estudos epidemiológicos sobre a situação do HIV nas crianças.

Bragheto e Carvalho (2013) destacam a necessidade de estar trabalhando, muito além do tratamento sintomatológico, a inserção destas crianças da sociedade e na escola, observara, em seu estudo que crianças soropositivas tem desempenho escolar exatamente igual aos não portadores, apresentando dificuldades de socialização possivelmente em função das frequentes faltas na escola para acompanhamento, tratamento e internações, porém quando possível mostram-se muito participativos nas habilidades sociais grupais, dando enfoque ao cuidado e restrição em atividades que os exponham à contaminação com doenças oportunistas ou que resultem em danos físicos a estes. O estigma da família e da própria criança e/ou adolescente acaba sendo o maior empecilho nas trocas de experiências e no fechamento para novas relações.

Fazendo uma análise geral dos resultados encontrados em confronto com a prática clínica observada no Centro de Doenças Transmissíveis (CDT) localizado como anexo do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima e no CRDT pode-se perceber a frequente subnotificação dos casos de HIV/AIDS do município de Oiapoque-AP, acompanhando a problemática nacional com a alimentação dos sistemas de informação dos agravos, o que requer estudo futuro e diferenciado sobre a estatística das subnotificações da região.

De acordo com Carvalho; Dourado e Bierrenbach (2011) a subnotificação de um agravo de notificação compulsória acontece quando um caso não é notificado ao sistema de informação ou mesmo quando isto é feito fora do período estabelecido. A não alimentação dos sistemas gera estimativas equivocadas da magnitude das doenças, fato que culmina com a dificuldade no planejamento de estratégias de prevenção e controle e pode levar à sublocação de ações e recursos, prejudicando o tratamento e controle do agravo.

Oliveira *et al.* (2004) ressaltam que o sistema de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis no Brasil é frequentemente passivo, algumas situações favorecem tal realidade: o desconhecimento dos agravos a notificar e o fluxo de notificação, as mudanças na definição de caso e a crença de que outro profissional já notificou, podem estar colaborando para a subnotificação de casos. A solicitação de sigilo de diagnóstico, pelo paciente ou familiar, mesmo sabendo da importância da informação para fins oficiais, também pode estar sendo um empecilho para que a informação chegue ao sistema (SINAN).

Para Gonçalves *et al.* (2008) a subnotificação de casos de AIDS é um dos principais problemas da vigilância epidemiológica da doença, já que a vigilância desenvolve suas ações de acordo com a notificação universal dos casos. Para os autores esta baixa qualidade de informação investigativa pode ser comprovada pelo número de inconsistências encontradas no SINAN, como também através da quantidade de informações ignoradas, fatos que comprometem a análise epidemiológica. Estes autores reforçam que:

[...] apesar dos avanços por melhor qualidade e maior cobertura das informações em saúde e da implementação da vigilância epidemiológica, ainda existe subnotificação significativa dessa doença. Esses resultados reforçam a necessidade de a vigilância epidemiológica utilizar, rotineiramente, outros sistemas de informações complementares.

Ferreira *et al.* (2000) destacam o elevado montante de recursos financeiros destinados para o controle e assistência da AIDS, porém os mesmos requerem racionalidade de alocação para que alcancem o impacto desejado e esta alocação é feita através dos dados das notificações, mais uma vez esbarrando na dificuldade de dados fidedignos e que permitam que estes pacientes e portadores de HIV/AIDS sejam assistidos corretamente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa pode-se observar que a trajetória histórica do HIV/AIDS no Oiapoque-AP de fato encontra-se obscura e mesmo com os dados obtidos através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) não pode-se dizer que estas estejam fidedignas com a realidade clínica do município, o que acabou sendo uma dificuldade diante das análises estatísticas.

Os resultados acompanharam a tendência nacional de evolução em municípios pequenos, apresentando algumas divergências nos últimos anos de análise, o que acredita-se que seja efeito da subnotificação muito intensa e ainda não estudada, ficando como proposta para um futuro estudo, não apenas no município em questão, mas na história da AIDS no Estado do Amapá como um todo, porém pode-se perceber a interiorização, pauperização, feminização e juvenilização como perspectivas futuras o que acontece na maior parte dos estudos encontrados. Em 2001 e 2002 foram descritos 2 casos (1 em cada ano) em indivíduos índios, comunidade esta que deve ser estudada de maneira singular por apresentar grande possibilidade de ser propensa de epidemia em função da sua condição cultural e dificuldade de implementação das medidas de ação e controle.

Durante a coleta de dados na Central de Vigilância Epidemiológica encontrou-se importantes inconsistências nos dados apresentados em diversas planilhas consultadas, onde os dados se cruzavam e alguns dados não coincidiam, o que também dificultou a análise estatística, quando precisou-se optar pela planilha que apresentava a maior quantidade de dados descritos.

O estudo será remetido à coordenação de HIV/AIDS e Hepatites Virais, bem como à Secretaria Municipal de Saúde do Oiapoque-AP como forma de sensibilização quanto a importância de alimentação dos Sistemas de Informação para o planejamento e execução de ações de saúde dentro da problemática estudada, especialmente pelo setor primário de saúde, onde percebeu-se um melhor e maior alcance populacional, dando destaque às ações de saúde escolares, muito abordadas nos estudos consultados e entendidas como foco da prevenção deste agravo e de muitos outros.

Ao final deste estudo ficaram alguns questionamentos e inquietações para o futuro: será que realmente acontece a real inexistência de incidência casos de HIV/AIDS no Oiapoque-AP? O reduzido número de casos notificados neste município se deve a fatores como cultura, estigmatização, notificação na capital

Macapá-AP, não diagnóstico apesar das políticas públicas implementadas? Ocorre o diagnóstico porém este não está sendo registrado nos bancos nacionais de informação? Os casos assintomáticos não buscam diagnóstico?

Ainda existem muitas abordagens a serem feitas sobre as doenças sexualmente transmissíveis no Estado do Amapá, especialmente no que tange ao conhecimento da situação da AIDS, que foi o enfoque deste estudo, apesar de todas as dificuldades encontradas para este e possivelmente para estudos futuros, esta temática não deve ser negligenciada visto a sua importância social e coletiva, ficando como proposta a continuidade deste para os próximos anos para que possamos oferecer aos soropositivos a oportunidade de uma abordagem mais humana, mais concreta e focada em informações sólidas da situação problema para alocação de recursos e planejamento e execução de políticas públicas de saúde eficazes, como também uma melhor condição de trabalho aos profissionais que arduamente se dedicam a este público.