



## Síndrome da imunodeficiência adquirida: incidência e perfil epidemiológico dos infectados notificados no hospital geral de Roraima

### Acquired immunodeficiency syndrome: incidence and epidemiological profile of infected patients reported at the general hospital of Roraima

Carolina S. Gomes\*, Giseli R. da Silva, José L. A. Filho, Matheus M. M. Conchy, Renan S. Bentes, Victor V. Abreu, Ramon F. Pinto, Roberto C. C. Carbonell

Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, Brasil.

#### RESUMO

**Introdução:** A síndrome da imunodeficiência adquirida humana ainda se constitui em um grave problema de saúde pública mundial. Atualmente, a estimação da incidência do vírus da imunodeficiência humana (HIV), em diferentes grupos da população brasileira é fundamental para subsidiar o desenvolvimento de estratégias de prevenção, monitorar intervenções em curso, e avaliar o impacto da terapia universal. **Objetivo:** Descrever a incidência e perfil dos pacientes com AIDS em Boa Vista- Roraima. **Métodos:** TAtravés da base de dados públicos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação de AIDS entre 2014 e 2018. **Resultados:** Foram notificados 1.670 novos casos de infecção pelo HIV no período, 70,8% homens. Modo de transmissão: 70% por transmissão sexual, sem referência à acidentes com material biológico ou hemotransfusão, 30% não informou a via. Quanto ao tipo de prática sexual, nos homens: 31,9% dos casos foram por relação homossexual, 29% afirmaram relação heterossexual, 5,6% relataram relação bissexual e 33,5% não quiseram informar; nas mulheres, 95% relatou relação sexual heterossexual e 5% não informaram. Manifestações clínicas: 53% caquexia e astenia, 41% febre persistente, 37,5% tosse, 32% diarreia crônica, 24,8% anemia, linfopenia e trombocitopenia, 22,6% candidose oral ou leucoplasia pilosa, 19,8% dermatite persistente, 11,3% neurotoxoplasmose, 10,6% disfunção do SNC, 4,9% linfadenopatia, 4,2% tuberculose pulmonar cavitária, 3,5% herpes zoster entre outras. **Conclusão:** Verificou-se que entre os pacientes infectados há predomínio de homens, pardos, baixo grau de escolaridade e via sexual como principal forma de infecção. As manifestações mais prevalentes foram caquexia, febre, tosse, diarreia e candidose oral.

**Palavras-chave:** Aids, transmissão, epidemiologia.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Human acquired immunodeficiency syndrome is still a serious global public health problem. Currently, estimation of the incidence of human immunodeficiency virus (HIV) in different groups of the Brazilian population is fundamental to subsidize the development of prevention strategies, to monitor ongoing interventions, and to assess the impact of universal therapy. **Objective:** To describe the incidence and profile of AIDS patients in Boa Vista-Roraima. **Methods:** Through the public database of the AIDS Reporting System between 2014 and 2018. **Results:** There were 1,670 new cases of HIV infection reported in the period, 70.8% men. Mode of transmission: 70% for sexual transmission, without reference to accidents with biological material or blood transfusion, 30% did not report the route. Regarding the type of sexual practice, in men: 31.9% of cases were for homosexual intercourse, 29% reported heterosexual intercourse, 5.6% reported bisexual intercourse and 33.5% did not want to report; in women, 95% reported heterosexual intercourse and 5% did not report. Clinical Manifestations: 53% cachexia and asthenia, 41% persistent fever, 37.5% cough, 32% chronic diarrhea, 24.8% anemia, lymphopenia and thrombocytopenia, 22.6% oral candidosis or hairy leukoplakia, 19.8% dermatitis persistent, 11.3% neurotoxoplasmosis, 10.6% CNS dysfunction, 4.9% lymphadenopathy, 4.2% cavitary pulmonary tuberculosis, 3.5% herpes zoster among others. **Conclusion:** It was verified that among the infected patients there is a predominance of men, pardos, low level of education and sexual pathway as the main form of infection. The most prevalent manifestations were cachexia, fever, cough, diarrhea and oral candidiasis.

**Keywords:** AIDS, streaming, epidemiology.

\*Autor correspondente (corresponding author): Carolina S. Gomes  
Curso de Medicina, Universidade Federal de Roraima.  
Avenida Capitão Ene Garcez, 2413, Aeroporto, Boa Vista, Roraima, Brasil.  
CEP 69310-000  
E-mail: gomescarolina1610@gmail.com  
Recebido (received): 14/03/2019 / Aceito (accepted): 27/04/2019

## 1. INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é a mais grave manifestação de um espectro clínico de doença causada por infecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV). A síndrome é definida com o desenvolvimento de infecções oportunistas graves, neoplasias ou outras manifestações com risco de vida resultantes do HIV progressivo induzindo imunossupressão (MANDEL, 2015). O sangue obtido em 1959 de um homem adulto bantu que vive na atual República Democrática do Congo representa o mais antigo caso de infecção por HIV-1 no mundo (ZHU, 1998). Em 1981, o CDC – Center for Disease Control and Prevention de Atlanta nos Estados Unidos – documentou os primeiros casos de AIDS. No Brasil, observou-se, de maneira retrospectiva, que o primeiro caso ocorreu em São Paulo, em 1980 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Mais de duas décadas após os estudos iniciais terem sido conduzidos para determinar as formas pelas quais o HIV é transmitido, a vigilância e os dados epidemiológicos em todo o mundo continuam a apoiar apenas três modos primários de transmissão: contato sexual, exposição ao sangue, principalmente através do uso de drogas injetáveis e, ocasionalmente, através de transfusão, e transmissão perinatal de mães infectadas para seus bebês (MANDEL, 2015). O diagnóstico procede da história, exame físico e estudos de laboratório. A detecção laboratorial do VIH é um processo sequencial de dois passos, utilizando um teste de rastreio altamente sensível, seguido de um teste confirmatório altamente específico (PASCUM, 2018).

Apesar de todos os avanços científicos alcançados desde o início da epidemia, esta síndrome ainda se constitui em um grave problema de saúde pública mundial. Os aspectos relacionados às suas formas de transmissão, o modo com que a epidemia tem se disseminado na população e as características de seu perfil epidemiológico sempre exigiram respostas rápidas, pelo governo e pela sociedade (ARAÚJO, 2016).

O surgimento da epidemia, grave e mortal, envolvendo diversos aspectos das relações humanas (sexo, morte, discriminação e preconceito) revelou a grande dificuldade de efetivar a prevenção, de se desenvolver medicamentos eficazes e de custo acessível e, ainda, de disponibilizar vacinas eficazes, além de escancarar as disparidades intra e interpaíses (CDC, 2006).

Atualmente, a estimativa da incidência de HIV (vírus da imunodeficiência humana), em diferentes grupos da população brasileira é fundamental para a compreensão da dinâmica recente da epidemia, possibilitando subsidiar o desenvolvimento de estratégias de prevenção, monitorar intervenções em curso, e avaliar o impacto da terapia universal (SZWARCOWALD, 2011).

Cerca de um terço de todas as pessoas com HIV na América Latina residem no Brasil (MANDEL, 2015; SESSÃO ESPECIAL DA ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 2008). No ano de 2005 o governo brasileiro desenvolveu metas específicas visando à prevenção e o controle do HIV, no âmbito de cada esfera de governo e nos seus respectivos territórios e de forma integrada. Os objetivos gerais desse plano estratégico foram fortalecer a efetividade e eficiência do Programa Brasileiro de DST (doença sexualmente transmissíveis) e HIV/Aids e garantir sua sustentabilidade a médio e longo prazos;

reduzir a incidência de DST e HIV e melhorar a qualidade de vida das pessoas que estão vivendo com HIV/aids (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Nos últimos 10 anos, no que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se nas faixas de 20 a 34 anos, com percentual de 52,5% dos casos (CDC, 2014).

Um estudo que teve como objetivo principal avaliar as estratégias do Ministério da Saúde para estimular as respostas municipais à epidemia de HIV/AIDS comprova que as estratégias, de fato, contribuíram para os avanços alcançados (SZWARCOWALD, 2011). O Brasil, de modo inusitado, se compararmos a outros programas de controle de doenças, enfrentou e continua enfrentando a Aids de frente, na defesa intransigente dos direitos humanos, com produção local e distribuição de preservativos e antirretrovirais (ARTV), com a implantação de rede pública de laboratórios e de serviços para cuidar das pessoas vivendo com HIV/AIDS e com financiamento para pesquisas (GRECO, 2016).

Ao prover acesso universal aos ARTVs e a cuidados de saúde adequados na Aids ficou demonstrado ser possível para um país em desenvolvimento, mesmo com tantas iniquidades, tratar as pessoas de maneira igual, independentemente de raça, gênero, orientação sexual ou poder econômico (GRECO, 2016).

Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS é o 90-90-90. Está se formando um movimento forte de construção de uma nova narrativa sobre o tratamento do HIV e uma nova meta definitiva e ambiciosa, porém alcançável: Até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus. Até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente. Até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral. Quando esta meta tríplice for alcançada, pelo menos 73% de todas as pessoas vivendo com HIV no mundo todo terão supressão viral – um número dois a três vezes maior que as atuais estimativas aproximadas de supressão viral. Modelos matemáticos sugerem que o alcance dessas metas até 2020 permitirá que o mundo ponha fim à epidemia de AIDS até 2030, o que por sua vez gerará grandes benefícios para a saúde e para a economia. A única maneira de se alcançar essa meta ambiciosa é por meio de estratégias alicerçadas em princípios de direitos humanos, respeito mútuo e inclusão (UNAIDS, 2015).

Em 2017, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) reportou que aproximadamente 36,9 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com HIV, 21,7 milhões de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral, 1,8 milhão de novas infecções pelo HIV. 940.000 de pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS. 77,3 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia e 35,4 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS desde o início da epidemia (UNAIDS, 2017).

De 2007 até junho de 2017, foram notificados no Sinan 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 96.439 (49,7%) na região Sudeste, 40.275 (20,7%) na região Sul, 30.297 (15,6%) na região Nordeste, 14.275 (7,4%) na região Norte e 12.931 (6,7%) na região Centro-Oeste. No ano de 2016, foram notificados 37.884 casos de infecção pelo HIV, sendo 3.912 (10,3%) casos na região Norte, 7.693

(20,3%) casos na região Nordeste, 15.759 (41,6%) na região Sudeste, 7.688 (20,3%) na região Sul e 2.832 (7,5%) na região Centro-Oeste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Historicamente, a notificação compulsória da Aids no território nacional, teve início com a publicação da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986 (SESAU, 2012). Em Roraima, a AIDS é uma doença que existe há 30 anos. Em 1988 foi registrado em Boa Vista o primeiro caso no estado, que era do sexo masculino, segundo dados do Núcleo de Controle de DST/HIV/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde do estado de Roraima. E segundo esse mesmo núcleo, em indígenas, o primeiro caso foi notificado em 2001 e em 2018 subiu para 105 casos notificados.

Os resultados dos primeiros estudos sobre a associação entre terapia anti-retroviral e mortalidade por Aids demonstraram que a prescrição da chamada Terapia Anti-Retroviral de Alta Potência (HAART), a partir de 1996, estava fortemente associada ao aumento da sobrevida e, conseqüentemente, à redução da mortalidade por essa causa (VITTINGHOFF, 1999; WONG, 2000). Entretanto, hoje, já estão consagrados os estudos e benefícios na qual deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais (ARV), sendo dois ITRN/ ITRNt associados a uma outra classe de antirretrovirais (ITRNN, IP/r ou 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). Exceção a esse esquema deve ser observada para os casos de coinfeção TB-HIV, MVHIV com possibilidade de engravidar e gestantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, os serviços especializados para atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS são: Serviço de Atenção Especializada (SAE), Hospital Dia (HD), Hospital Convencional (HC) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). O estado de Roraima conta para isso com o HGR (Hospital Geral de Roraima) para internação dos pacientes com doenças oportunistas e que precisem de cuidados emergenciais e o SAE (Serviço de Atenção Especializada) localizado na Clínica Especializada Coronel Mota (ALVES, 2013).

Uma reflexão preliminar sobre a importância de algumas políticas, voltadas ao controle da AIDS no estado e no desenvolvimento de ações assistenciais e preventivas, motivou a proposição deste estudo, orientado pelas seguintes perguntas de pesquisa: Quais as principais características epidemiológicas da história da AIDS em Boa Vista? Como aumentou a incidência dos portadores de IDS atendidos no principal hospital do estado?

Assim, neste estudo, investigamos as características epidemiológicas dos pacientes com AIDS, referentes aos casos incidentes, utilizando-se sete variáveis, realizado na capital do estado de Roraima, norte do Brasil, região de fronteira com a Venezuela e Guiana Inglesa.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado sobre a base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, obtidos na Unidade de Vigilância Epidemiológica do Hospital Geral de Roraima, principal hospital do estado, que incluiu 1670 novos pacientes portadores de AIDS no período de janeiro de 2014 a setembro de 2018. A pesquisa foi autorizada pela Direção

de Ensino, Pesquisa e Divulgação Científica (DEDIC) do Hospital Geral de Roraima.

As variáveis utilizadas foram: sexo, idade, forma de transmissão, escolaridade, apresentação clínica, e evolução. Deve-se ressaltar que os dados obtidos não continham identificação dos pacientes, pois eram exibidos os códigos do sistema de notificação de agravos de notificação presentes na ficha de notificação e investigação, dessa forma os códigos foram interpretados e os dados foram computados e calculados no Programa Microsoft Excel 2010, por meio de estatística descritiva.

## 3. RESULTADOS

Em Roraima, foram registradas 2088 notificações de AIDS nos últimos 5 anos, de acordo com o SINAN, desse total, 1.670 foram notificados no Hospital Geral de Roraima durante o período de estudo: janeiro de 2014 a setembro de 2018; a média de idade dos pacientes foi de 45 anos, com moda de 33 anos. Quanto ao sexo, 70,8% são homens e 29,2% são do sexo feminino. Com relação ao número de casos, em 2014 foram notificados 143 novos casos, em 2015, 360 novos casos, em 2016 o número de novas notificações foi de 307 casos, aumentando para 498 em 2017. Até setembro de 2018, foram notificados 362 casos. Em relação ao modo de transmissão, 70% dos pacientes afirmaram transmissão sexual, não houve referência à transmissão por acidentes com material biológico ou hemotransfusão, 30% dos pacientes não soube informar a via de transmissão. Quanto ao tipo de prática sexual, em relação aos homens, 31,9% dos casos foram por relação homossexual, 29% afirmaram relação heterossexual, 5,6% relataram relação bissexual e 33,5% não quiseram informar; em relação às mulheres, 95% relatou relação sexual heterossexual e 5% não informaram. Quanto à etnia dos pacientes, 81,5% eram pardos, 6,3% brancos, 6,3% negros, 2,8% indígenas e 3,1% não informaram. Em relação à escolaridade, 29,3% não informou, 29% são analfabetos ou têm ensino fundamental incompleto, 25,5% com ensino médio completo, 9,9% com ensino superior completo, 5,6% possuem ensino superior incompleto e 0,7% relatou ensino fundamental completo. Com relação às manifestações clínicas apresentadas: 53% apresentavam caquexia e astenia, 41% estavam com febre há mais de 1 mês, 37,5% apresentavam tosse persistente, 32% com relato de diarreia há mais de 1 mês, 24,8% dos pacientes estavam com anemia, linfopenia e trombocitopenia, 22,6% tinham candidose oral ou leucoplasia pilosa, 19,8% estavam com dermatite persistente, 11,3% apresentavam toxoplasmose cerebral, 10,6 estavam com disfunção do SNC, 4,9% tinham linfadenopatia, 4,2% possuíam tuberculose pulmonar cavitária, 3,5% estavam com herpes zóster, 1,4% com tuberculose disseminada, 0,7% com Sarcoma de Kaposi e 0,7% com criptococose extrapulmonar. Quanto à evolução, 73% estão vivos e 27% foram a óbito.

## 4. DISCUSSÃO

Quando relacionamos o estudo com outros realizados, observamos em alguns, perfil epidemiológico semelhante, e em outros, diferentes. Por exemplo, um estudo realizado no Maranhão considerou 287 indivíduos HIV positivo. Quanto ao sexo observou-se que 46,3% eram mulheres e 53,7% homens, correspondendo a uma proporção de 1:1 mulheres para 1:5 homens, com predominância a faixa etária entre 18 a 40 anos em ambos os sexos (CARVALHO, 2013).

**Tabela 1. Incidência dos casos de notificação de AIDS no Hospital Geral de Roraima**

Ano	2014	2015	2016	2017	2018*
Casos	143	360	307	498	360

\*Até 30 de setembro

**Tabela 2. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por AIDS notificados no HGR**

Características epidemiológicas (N=1670)	N (%)
Sexo masculino	70,8%
Sexo feminino	29,2%
Transmissão por via sexual	70%
Prática de relação homossexual	31,9%
Prática de relação heterossexual	29%
Prática de relação bissexual	5,6%
Etnia – pardos	81,5%
Etnia- brancos	6,3%
Etnia- negros	6,3%
Etnia- indígenas	2,8%
Analfabetos ou ensino fundamental incompleto	29%
Ensino fundamental completo	0,7%
Ensino médio completo	25,5%
Ensino superior incompleto	5,6%
Ensino superior completo	9,9%

**Tabela 3. Prevalência das manifestações clínicas dos pacientes**

Manifestações clínicas	N (%)
Caquexia e astenia	53%
Febre há mais de um mês	41%
Tosse persistente	37,5%
Diarreia há mais de um mês	32%
Anemia, linfopenia, trombocitopenia	24,8%
Candidose oral	22,6%
Dermatite persistente	19,8%
Neurotoxoplasmose	11,3%
Disfunção do SNC	10,6%
Linfadenopatia	4,9%
Tuberculose pulmonar	4,3%
Herpes Zóster	3,5%
Tuberculose disseminada	1,4%
Sarcoma de Kaposi	0,7%
Criptococose	0,7%

Em Roraima, a relação do sexo com o vírus foi de 70,8% dos infectados do sexo masculino, 17,1% a mais que no Maranhão, mostrando que em Roraima os homens podem ter mais comportamento de risco que as mulheres, ficando mais expostos à infecção.

Pode-se entender que o comportamento epidemiológico de AIDS no Brasil no decorrer dos últimos 15 anos foi

**Tabela 4. Número de casos em Roraima de acordo com o município.**

Município	Número de casos de 2014 a 2018
Boa Vista	1670
Rorainópolis	53
Caracarái	39
Pacaraima	37
Bonfim	35
Mucajái	31
Cantá	26
Caroebe	17
São João da Baliza	15
Alto Alegre	13
Uiramutã	11
Amajari	11
São Luiz do Anauá	9
Iracema	7
Normandia	5

favorável, havendo decréscimo importante de 2000 para 2014 embora os coeficientes de mortalidade não tenham se alterado no decorrer do período analisado. Houve redução da prevalência sem alteração nos coeficientes de mortalidade, o que infere redução no número de indivíduos acometidos em resposta aos programas de prevenção do governo brasileiro (GRACIANO, 2016). Em Roraima, não ocorreu esse decréscimo, pelo contrário, houve um aumento de 68% em 2015, 56% em 2016 e 62% em 2017, uma justificativa seria a melhora no sistema de rastreamento e notificações e falha nas campanhas preventivas.

Em um estudo no sul do país publicado em 2017, do total de 1256 pacientes diagnosticados com HIV, 680 (57,43%) pertenciam ao sexo masculino e 504 (42,57%) ao feminino. A idade média no diagnóstico da população foi de 33 anos, 12 anos a menos que em nosso estudo (SILVA, 2018). Em relação às variáveis sociodemográficas e relacionadas aos fatores de risco para aquisição da infecção pelo HIV, pacientes com etnia branca, infecção do HIV por via sexual, comportamento heterossexual, não usuários de drogas injetáveis (UDI) e inaláveis, foram os mais acometidos (SILVA, 2018). Contrastando com a maioria do nosso estudo, que foi a população de etnia parda (81,5%), porém a infecção por via sexual permanece a mais prevalente em ambos.

No Brasil, segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde de 2017, observa-se que entre os homens, os principais portadores da síndrome, verifica-se que 48,9% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual, 37,6% heterossexual, 9,6% bissexual e 2,9% se deram entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Em nosso estudo, entre os homens, 31,9% dos casos foram por relação homossexual, 29% afirmaram relação heterossexual, 5,6% relataram relação bissexual e 33,5% não quiseram informar, entre esses que não quiseram informar, podemos

considerar uma possível resposta à relação homossexual, que por medo de preconceitos ou julgamentos, preferem omitir-se.

Como reportado no estudo no Sul do estado de Santa Catarina, a maioria dos pacientes possuía nível educacional  $\leq 8$  anos, indicando que a falta de educação contribui para elevação da epidemia. O aumento no número de casos de HIV em pessoas com baixo nível educacional recebeu o nome de “pauperização”, devido a uma porção considerável da população que possui o vírus pertencer a classe social com menos recursos financeiros, assim como, baixo nível educacional e renda (BERTONI, 2010; MALISKA, 2011).

Dados do Ministério da Saúde do Brasil reportaram que 62,4% das pessoas com HIV/aids tem escolaridade até o ensino médio, o que é considerado indicador de uma condição socioeconômica entre baixa e média renda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Embora haja terapia anti-retroviral administradas gratuitamente, alguns países ainda referem um aumento na mortalidade pela AIDS. A pobreza tem sido aventada como causa de elevada taxa de mortalidade, sendo assim, os casos de acometimento por HIV / AIDS não podem ser descontextualizados da situação sócio-econômica do país ou as condições de vulnerabilidade relacionadas à saúde pública (RAMÍREZ, 2014).

Em nosso estudo, porém, quase metade (41%) dos infectados possuem ensino médio ou ensino superior completo, demonstrando um aumento no índice do HIV em pessoas com maior grau de escolaridade também, mostrando que as campanhas preventivas devem voltar-se para todos os níveis sociais e educacionais, não apenas aos menos escolarizados.

Os achados reportam maior número de casos de infectados pelo HIV em indivíduos do sexo masculino, em nosso estudo 79,4% são homens. A maior prevalência em homens pode ser atribuída ao uso irregular do preservativo, assim como, maior número de parceiros sexuais em relação às mulheres, vida sexual precoce e relações sexuais ao acaso. No entanto, no Quênia os resultados apresentaram 68,9% de mulheres infectadas pelo HIV. No início dos anos 1980, quando eclodiu a epidemia africana de aids, foi aventada a hipótese de que a circuncisão, ao reduzir a área de contato da glândula com as secreções sexuais femininas, protegeria os homens da infecção, um estudo no Quênia mostrou que no grupo de homens circuncidados, houve redução de 65% na probabilidade de contrair o vírus (MÜNENE, 2014).

A incidência de portadores de AIDS notificados no Hospital Geral de Roraima aumentou 151% de 2014 pra 2015, diminuiu 14,7% de 2015 para 2016 e aumentou 62,1% de 2016 para 2017. A imigração venezuelana em Roraima, iniciada fortemente a partir de 2016, pode ter interferido no aumento dos casos: de 307 em 2016 para 498 em 2017. (191 casos novos).

## 5. CONCLUSÃO

Verificou-se que entre os pacientes acometidos há predomínio significativo de homens, etnia parda, baixo grau de escolaridade e via sexual como principal forma de infecção, indicando que políticas públicas de atenção e prevenção podem abordar esse segmento social durante as campanhas e direcionar-se melhor, afim de diminuir a incidência e mortalidade dessa doença em nosso estado.

Isso reforça a importância de realização desse trabalho, pois objetivou-se traçar o perfil epidemiológico para ajudar a focar campanhas para esse grupo de maior risco e mostrou o comportamento epidemiológico de Roraima. Em relação à mortalidade, houve um aumento de 200% de mortalidade do ano de 2014 pro ano de 2015, reduzindo essa taxa para 22% de 2015 para 2016. Tal queda na mortalidade, mesmo que pequena, pode ter relação com os meios de combate à doença, campanha de prevenção e tentativas de otimização do tratamento, por exemplo o esquema atualizado a partir de 2017, a terapia antirretroviral e a manutenção de uma carga viral indetectável são ferramentas importantes de prevenção dentro da estrutura de prevenção combinada. A premissa básica é a de que estratégias de prevenção devem observar, de forma concomitante, esses diferentes focos, sempre considerando as especificidades dos sujeitos e dos seus contextos. Outras ferramentas de prevenção incluem: circuncisão masculina médica voluntária e serviços de redução de danos para pessoas que usam drogas injetáveis, juntamente com mudanças estruturais e comportamentais. distribuição de preservativos, além da mobilização e conscientização para o diagnóstico precoce e avanços do Centros de Atenção Especializada, com equipe multidisciplinar para atender os portadores do vírus e da síndrome. Por fim, ressalta-se que a notificação compulsória da infecção pelo HIV é muito recente, o que impede uma análise epidemiológica rigorosa com relação às tendências da infecção no Brasil.

## CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não existe qualquer conflito de interesse.

## REFERÊNCIAS

- Alves, APB. Convivendo com a infecção pelo HIV e a AIDS em Boa Vista (RR): um estudo sobre autoatenção e itinerários terapêuticos. Dissertação de mestrado. 2013.
- Araújo MAL, Araújo TL, Damasceno MMC.1. Conhecimento em HIV/AIDS de 1998 a 2005: estudos publicados em periódicos de Enfermagem. Escola Anna Nery. 2016.
- Bertoni, RF *et al.* Perfil Demográfico e Socioeconômico dos Portadores de Hiv/ Aids do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 39, no. 4, de 2010.
- Carvalho FL, Aires DLS, Segunda ZF, Azevedo CMPS, Corrêa RGCF, Aquino DMC *et al.* Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfeção HIV-Leishmania em um serviço de referência em São Luís, MA, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2013.
- CDC Center for Disease Control na Prevention (Estados Unidos), World Health Organization. Epidemiology of HIV/AIDS. Estados Unidos, 1981-2005. MMRV 2006.
- CDC (Center for Disease Control na Prevention). Laboratory testing for the diagnosis of HIV infection: updated recommendations. Centers for Disease Control and Prevention, 27 jun. 2014.
- Graciano, AR *et al.* Panorama epidemiológico da AIDS no Brasil. RESU – Revista Educação em Saúde: V4, N1, 2016.
- Greco DB. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. Ciênc. & Saúde Coletiva, 21(5):1553-1564, 2016.
- Maliska, ICA *et al.* A AIDS em Santa Catarina, no Brasil: um histórico dos 25 anos da epidemia. Cad. Saúde Coletiva,

- 2011.
- Mandel, Douglas, and Bennett's. Principles and Practice of INFECTIOUS DISEASES. 8ed, 2015.
- Ministério da Saúde (Brasil). Boletim Epidemiológico – AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 1999; XIII.
- Ministério da Saúde, Ministério da saúde secretaria de vigilância em saúde programa nacional de DST E AIDS. Plano Estratégico Programa Nacional de DST e Aids 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos / 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, 2018.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Bol. Epidemiol HIV/AIDS 2013.
- Münene E, Ekman B. Does duration on antiretroviral therapy determine health-related quality of life in people living with HIV? A cross-sectional study in a regional referral hospital in Kenya. *Glob Health Action* 2014.
- PASCOM, A. R. *et al.* Point-of-care HIV tests done by peers, Brazil. *Bull World Health Organ*, [S.l.], v. 94, n. 8, p. 626-30, ago. 2016.
- Portalsinan.saude.gov.br/ SITE, 2018.
- Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986, Secretária de Saúde – SESA, Boa Vista, Roraima, 2012.
- Ramírez HS. Problemas metodológicos en las investigaciones sobre VIH/SIDA en Bolivia. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2014.
- Silva, C M *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV em um centro de referência no sul do Brasil. Características de dez anos. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 4, out. 2018.
- Schuelter-Trevisol F, Pucci P, Justino AZ, *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. *Epidemiol Serv Saude* 2013.
- Szwarcwald, CL; Castilho, EA. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27 Sup 1:S4-S5, 2011.
- UNAIDS. Aids by numbers 2017. Disponível em [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS-by-the-numbers-2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS-by-the-numbers-2017_en.pdf).
- United Nations General Assembly Special Session. HIV/AIDS report to UNAIDS. Available at [http://data.unaids.org/pub/Report/2008/brazil\\_2008\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/brazil_2008_country_progress_report_en.pdf). Accessed September 26, 2008.
- Vittinghoff E, Scheer S, O'malley P, Colfax G, Holmberg SD, Buchbinder SP. Combination antiretroviral therapy and recent declines in AIDS incidence and mortality. *Journal of Infections Diseases* 1999.
- Zhu T, Korber BT, Nahmias AJ, *et al.* An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic. *Nature*. 1998.
- Wong T, Chiasson MA, Reddy A, Simonds RJ, Heffess J, Loo V. Antiretroviral therapy and declining AIDS mortality in New York City. *Journal Urban Health* 2000.