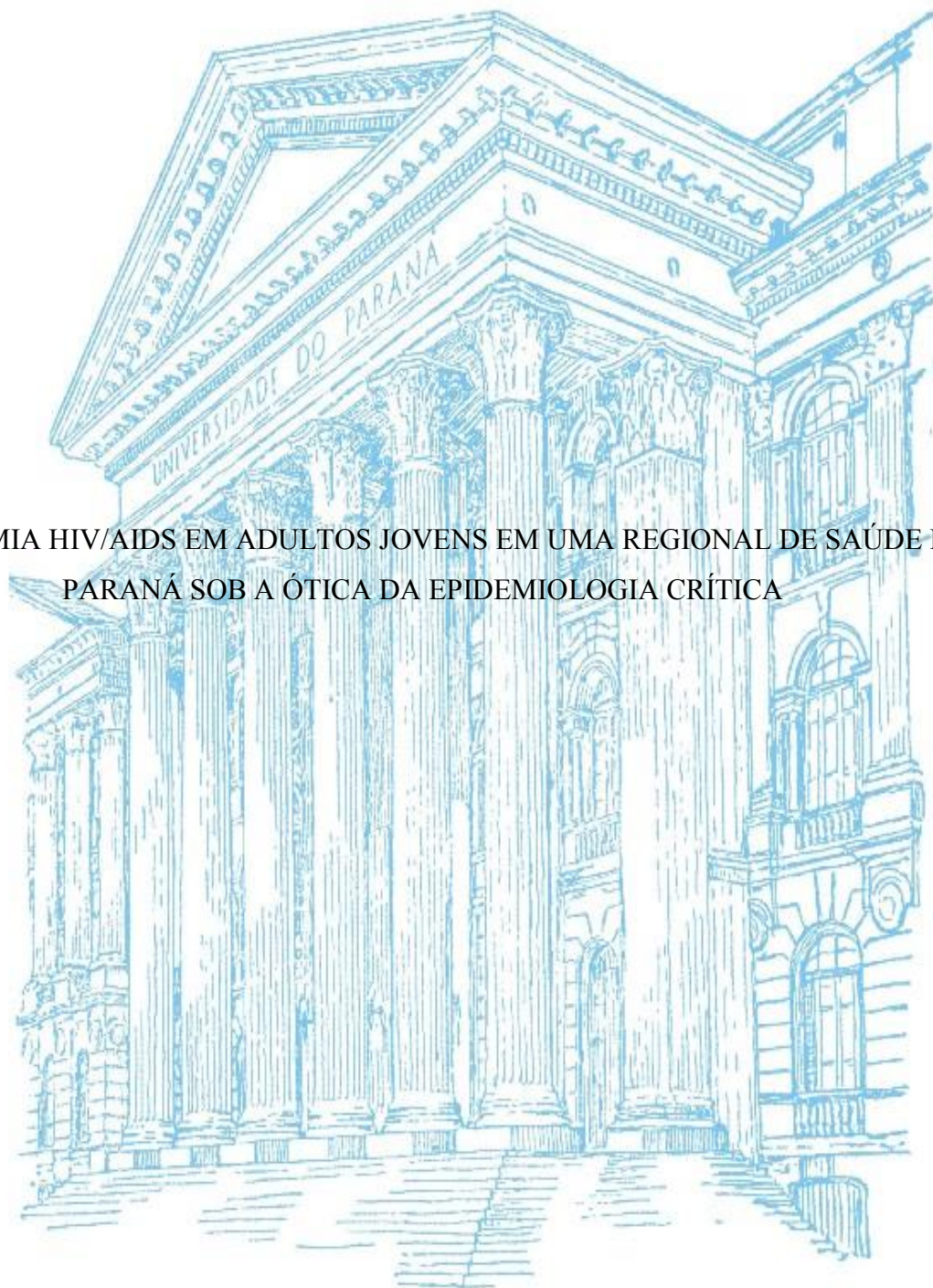


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARLISE LIMA BRANDÃO

A EPIDEMIA HIV/AIDS EM ADULTOS JOVENS EM UMA REGIONAL DE SAÚDE DO
PARANÁ SOB A ÓTICA DA EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA



CURITIBA

2018

MARLISE LIMA BRANDÃO

A EPIDEMIA HIV/AIDS EM ADULTOS JOVENS EM UMA REGIONAL DE SAÚDE DO
PARANÁ SOB A ÓTICA DA EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, linha de pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem, com foco em Enfermagem em Saúde Coletiva, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Dr.^a Maria Marta Nolasco Chaves
Coorientador: Dr. Jorge Vinícius Cestari Felix

CURITIBA

2018

Brandão, Marlise Lima

A epidemia HIV/AIDS em adultos jovens em uma Regional de Saúde do Paraná sob a ótica da epidemiologia crítica / Marlise Lima Brandão – Curitiba, 2018.

179 f.: il. (algumas color); 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Marta Nolasco Chaves

Coorientador: Professor Dr. Jorge Vinícius Cestari Felix

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. HIV. 2. AIDS. 3. Epidemiologia. 4. Enfermagem. I. Chaves, Maria Marta Nolasco. II. Felix, Jorge Vinícius Cestari. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.9792

Maria da Conceição Kury da Silva – CRB – 9/1275



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **MARLISE LIMA BRANDÃO**, intitulada: **A EPIDEMIA DE HIV/AIDS EM ADULTOS JOVENS EM UMA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ SOB A ÓTICA DA EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 21 de Fevereiro de 2018.


MARIA MARTA NOLASCO CHAVES(UFPR)
(Presidente da Banca Examinadora)


LUCIA YASUKO IZUMI NICHIIATA(USP)


LILIANA MÜLLER LAROCCA(UFPR)

*Aos meus amores, Allice e Marco,
por simplesmente serem tudo na
minha vida.*

Ao chegar ao final desta etapa, é de grande importância agradecer àquelas pessoas que foram essenciais para a construção deste trabalho.

Primeiramente a Deus, que mudou minha vida, me guia e fornece tudo que preciso para continuar minha caminhada.

Ao meu amor, companheiro, amigo e confiante, Marco Antônio, por toda a sua paciência, dedicação e cuidado comigo e com nossa pequena Allice. Muito obrigada! Te amo!

Aos meus pais, Airton e Olinda, por me ensinarem as coisas mais importantes e me incentivarem a estudar. Vocês são minhas maiores riquezas. Amo muito vocês!

À minha orientadora Dr.^a Maria Marta Nolasco Chaves, por me aceitar como aluna, me orientar e me ensinar muito, despertando em mim o real sentido de ser docente. O sonho de um aluno começa quando um professor acredita nele e você acreditou. A você o meu carinho, minha gratidão e minha admiração.

Ao meu coorientador, Dr. Jorge Vinícius Cestari Felix, agradeço todos os ensinamentos compartilhados e a atenção dispensada a mim no decorrer desta etapa.

À Dr.^a Liliana Larocca, pelo incentivo, apoio e carinho durante minha trajetória acadêmica. Sou e sempre serei sua fã!

À Ms. Mônica Matte e Dr.^a Lorena Geib, pois foram vocês que me incentivaram a participar da pesquisa em enfermagem, e isso me trouxe muitos frutos.

Às minhas amigas, de mestrado e da vida, Livia Wagner e Louise Tominaga, pelos momentos divididos juntas, por me ouvirem e me aconselharem, vocês tornaram esta trajetória mais leve, agradável e gostosa.

Às minhas amigas Juliana Arthur e Ângela Mattei, vocês alegraram meus intervalos e foram ótimas companheiras.

A Daiane Siqueira de Luccas, a “Dai doc”, obrigada pela paciência, pelos ensinamentos e por me escutar nos momentos de angústia.

Aos membros do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), obrigada pelos diversos momentos de aprendizado e discussão.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, que contribuíram imensamente para a minha formação durante as disciplinas.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, pelas valiosas contribuições, tempo e carinho dispensados a mim.

Aos membros do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, com os quais pude aprender muito durante as reuniões deste coletivo, proporcionando-me experiência ímpar.

Aos meus colegas do mestrado, pois acreditaram em mim e me apoiaram nas decisões que tomei frente ao Colegiado, representando-os.

À Secretaria de Estado da Saúde, em especial as enfermeiras Dora Goto e Mara Franzoloso, pela liberação e auxílio com o banco de dados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por ter financiado meus estudos do mestrado.

E a todos que, de uma maneira ou outra, fizeram parte deste processo. Muito obrigada!

**"O caminho da vida pode ser o da liberdade e da
beleza, porém, desviamos-nos dele.
A cobiça envenenou a alma dos homens, levantou no
mundo as muralhas do ódio e tem-nos feito marchar
a passo de ganso para a **miséria** e os **morticínios**.
Criamos a época da **produção veloz**, mas nos
sentimos **enclausurados** dentro dela.
A máquina, que produz em grande escala, tem
provocado a **escassez**.
Nossos conhecimentos fizeram-nos **céticos**; nossa
inteligência, **empedernidos** e **cruéis**.
Pensamos em demasia e sentimos bem pouco.
Mais do que máquinas, **precisamos de humanidade**;
mais do que de inteligência, **precisamos de afeição e**
doçura!
Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo
estará perdido."**

Charles Chaplin

RESUMO

BRANDÃO, M.L. **A epidemia HIV/Aids em adultos jovens em uma regional de saúde do Paraná sob a ótica da epidemiologia crítica**. 2018. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Marta Nolasco Chaves

Coorientador: Prof. Dr. Jorge Vinícius Cestari Felix

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas de Educação, Saúde, Enfermagem

Estudo ecológico, retrospectivo, que objetivou compreender a epidemia do HIV/Aids em adultos jovens sob a ótica da epidemiologia crítica na Segunda Regional de Saúde do Paraná. Estudo retrospectivo do tipo ecológico, aprovado no Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, está inserido no projeto de pesquisa “A epidemia de HIV/Aids em adultos jovens no Paraná: os desafios e as potencialidades para o enfrentamento”. Os dados foram coletados em duas etapas. A primeira, de abril a junho de 2017, caracterizou a regional de saúde, no sentido de evidenciar a dinamicidade e historicidade do modo de viver dos indivíduos, utilizando as informações contidas em *sites* públicos. A segunda etapa, de julho a outubro de 2017, com amostra intencional de indivíduos de 20-29 anos, moradores da Segunda Regional de Saúde do Paraná, notificados com HIV e/ou Aids, inseridos no SINAN Net, no período de 2007-2015, em banco de dados gerado no dia 24 de abril de 2017. As informações foram organizadas e analisadas com apoio do *software* Microsoft Excel[©]2016. A Segunda Regional de Saúde do Paraná é composta por 29 municípios, com população essencialmente urbana, majoritariamente feminina e da raça/cor branca. Foram encontradas discrepâncias entre as cidades da regional, com destaque para a densidade demográfica, o IDH-M, o índice de Gini e o PIB *per capita*, assim como a dissonância nas taxas de analfabetismo e ausência de tratamento de esgoto em sete municípios. A regional estudada concentra 61,8% dos casos de HIV/Aids do Paraná na população de 20-29 anos, com taxa de prevalência de 0,4% para o HIV e 0,02% para Aids. Houve predomínio de casos no sexo masculino, na faixa etária de 25-29 anos, na raça/cor branca. Nos casos de HIV prevaleceu o ensino médio completo, e nos casos de Aids o ensino fundamental incompleto. Quanto à ocupação destaca-se que 57,5% das notificações tiveram este campo ignorado ou não preenchido na ficha de investigação. O modo de transmissão sexual foi preponderante nas notificações de HIV e de Aids, com categoria de exposição homossexual nos homens e heterossexual nas mulheres. Observou-se aumento no número de casos de HIV e Aids nos anos de 2013, 2014 e 2015. Salienta-se que somente três municípios notificaram indivíduos residentes no próprio município, o que pode demonstrar a busca pelo anonimato, uma vez que os indivíduos buscam o diagnóstico e tratamento fora do município de moradia. A amostra aqui analisada assemelha-se aos dados do Boletim Nacional de HIV/Aids, com exceção da raça/cor e da categoria de exposição no sexo masculino. Conclui-se que a determinação social foi evidenciada no fenômeno HIV/Aids na Segunda Regional de Saúde do Paraná, uma vez que as cidades com as maiores prevalências são aquelas que tem as maiores desigualdades de rendas, assim como os municípios com altas taxas de analfabetismo são os que têm menor número de casos, e ainda, que não há limite territorial na busca pelos serviços de saúde.

Palavras-chave: HIV/Aids. Epidemiologia. Território. Enfermagem. Enfermagem em Saúde Coletiva.

ABSTRACT

BRANDÃO, M.L. **HIV and Aids epidemics among young adults of a healthcare region in Paraná State – Brazil, in light of the critical epidemiology.** 2018. 179f. Dissertation (Nursing Master's Degree) – Nursing Post-graduation Program, Health Sciences Sector, Universidade Federal do Paraná, Curitiba – Paraná State, Brazil, 2018.

Advisor: Prof. Maria Marta Nolasco Chaves, PhD

Co-advisor: Prof. Jorge Vinícius Cestari Felix, PhD

Line of Research: Policies and Practices on Education, Health, Nursing

Retrospective, ecological study, which objectified to understand HIV/Aids epidemic among young adults in light of the critical epidemiology in the Second Healthcare Region in Paraná State, Brazil. It was approved by the Ethics Board of the Health Sciences Sector, Universidade Federal do Paraná, and included in the research project “HIV/Aids epidemic among young adults in Paraná State: challenges and potentialities for coping.” Data were collected in two steps. In the first step, between April and June of 2017, the healthcare region was profiled in order to highlight the dynamics and historicity of the individuals' lifestyle, using information from public sites. The second step, between July and October of 2017, with an intentional sample of individuals aging 20-29 years, dwellers within the coverage of the second healthcare region in Paraná State, reported with HIV and/or Aids, included in the SINAN (Information System on Diseases of Compulsory Declaration) Net, 2007-2015, database generated on April 24th, 2017. Data were organized and analyzed with the support of Microsoft Excel©2016 software. The second healthcare region in Paraná State takes up 29 municipalities, prevalently urban, female, and white. Discrepancies were found among the cities in that healthcare region, mainly for population density, Municipal Human Development Index, Gini Index and GDP per capita, as well as conflicting data for illiteracy rates and lack of sewage treatment in seven municipalities. The studied region evidences 61.8% of HIV/Aids cases in Paraná State among the population ranging 20-29 years of age, with a prevalence rate of 0.4% for HIV and 0.02% for Aids. There was a prevalence of cases among white males, ranging 20-29 years of age. Complete high school level was prevalent among the HIV cases, and incomplete middle school (9 years) prevailed among the Aids cases. As for occupation, it should be pointed out that this information was overlooked or not filled out in the investigation file card. Sexual transmission prevailed in HIV/Aids reports, homosexual relationship among males and heterosexual relationship among females. An increase in the number of HIV and Aids cases was observed in 2013, 2014 and 2015. It should be pointed out that only three municipalities reported individuals living in those municipalities, evidencing search for anonymity, as the individuals search for diagnosis and treatment away from the municipality where they live in. The analyzed sample in this study is similar to data from the National HIV/Aids Bulletin, except for race/skin color and the category of male exposure. It is concluded that social determination was evidenced in the HIV/Aids phenomenon in the Second Healthcare Region in Paraná State, as cities with the highest prevalence unveil the highest income inequalities, as well as municipalities with the highest illiteracy rates evidence the lowest number of cases. In addition, there is no territory delimitation to search for healthcare services.

Key words: HIV/Aids. Epidemiology. Territory. Nursing. Collective Health Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO, NO ANO DE 2005	23
FIGURA 2 - TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO, NO ANO DE 2015	23
FIGURA 3 - RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DO FENÔMENO HIV/AIDS NO MUNDO NO PERÍODO DE 1981 A 2016.....	34
FIGURA 4 - RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DO FENÔMENO HIV/AIDS NO BRASIL NO PERÍODO DE 1982 A 1996.....	39
FIGURA 5 - RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DO FENÔMENO HIV/AIDS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2001 A 2017.....	40
FIGURA 6 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA PREVENÇÃO COMBINADA	46
FIGURA 7 - COMPREENSÃO DO TERRITÓRIO PARA AÇÃO EM SAÚDE	61

LISTA DE MAPAS

MAPA 1 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE CASOS DE HIV NAS REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ, NO ANO DE 2007	25
MAPA 2 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE CASOS DE HIV NAS REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ, NO ANO DE 2014	26
MAPA 3 - ESTADO DO PARANÁ, SEGUNDO LIMITES E MESOREGIÕES GEOGRÁFICAS	70
MAPA 4 - ESTADO DO PARANÁ, SEGUNDO A FAIXA POPULACIONAL POR MUNICÍPIO	74
MAPA 5 - ESTADO DO PARANÁ, SEGUNDO AS MACRORREGIONAIS DE SAÚDE	76
MAPA 6 - ESTADO DO PARANÁ, SEGUNDO AS REGIONAIS DE SAÚDE.....	76
MAPA 7 - REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA OU 2ª REGIONAL DE SAÚDE	80

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - MEDIDAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS.....	43
QUADRO 2 - ESTADO DO PARANÁ, CONFORME DISTRIBUIÇÃO DE MUNICÍPIOS EM MACRORREGIONAIS E REGIONAIS DE SAÚDE.....	67
QUADRO 3 - DESMEMBRAMENTOS E EXPANSÕES TERRITORIAIS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA. PARANÁ, 2018.....	78

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - NOTIFICAÇÕES DE HIV/AIDS EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, NO PARANÁ E NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA. PARANÁ, 2018.....	97
GRÁFICO 2 - NOTIFICAÇÕES DE HIV/AIDS EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, NO PARANÁ E NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO O SEXO. PARANÁ, 2018.....	98
GRÁFICO 3 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, RESIDENTES NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, POR SEXO. PARANÁ, 2018.....	101
GRÁFICO 4 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO MASCULINO, CONFORME AS CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA COM MAIOR NÚMERO DE INDIVÍDUOS, (n=1504). PARANÁ, 2018.....	107
GRÁFICO 5 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO FEMININO, CONFORME AS CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA COM MAIOR NÚMERO DE INDIVÍDUOS, (n=554). PARANÁ, 2018.....	108
GRÁFICO 6 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, RESIDENTES NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, POR SEXO. PARANÁ, 2018.....	113

GRÁFICO 7 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO MASCULINO, CONFORME AS CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA COM MAIOR NÚMERO DE INDIVÍDUOS, (n=56). PARANÁ, 2018	118
GRÁFICO 8 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO FEMININO, CONFORME AS CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA COM MAIOR NÚMERO DE INDIVÍDUOS, (n=24). PARANÁ, 2018	119

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - ESTADO DO PARANÁ, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DAS MESORREGIÕES. PARANÁ, 2018.....	72
TABELA 2 - DADOS DEMOGRÁFICOS DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA. PARANÁ, 2018.....	82
TABELA 3 - DADOS DEMOGRÁFICOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE, COM DESTAQUE PARA A POPULAÇÃO MASCULINA NA FAIXA ETÁRIA DE INTERESSE DO ESTUDO. PARANÁ, 2018.....	83
TABELA 4 - DADOS DEMOGRÁFICOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE, COM DESTAQUE PARA A POPULAÇÃO FEMININA NA FAIXA ETÁRIA DE INTERESSE DO ESTUDO. PARANÁ, 2018.....	84
TABELA 5 - POPULAÇÃO CENSITÁRIA DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, CONFORME A ZONA DE MORADIA, URBANA OU RURAL. PARANÁ, 2018.....	85
TABELA 6 - INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO, DESIGUALDADE DE RENDA E MONETÁRIO, POR MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA. PARANÁ, 2018.....	87
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DE INDIVÍDUOS POR RAÇA/COR, SEGUNDO O MUNICÍPIO DE MORADIA. PARANÁ, 2018.....	88
TABELA 8 - TAXA DE ANAFALBETISMO EM MAIORES DE 15 ANOS, POR MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, DESTAQUE PARA FAIXA ETÁRIA DE INTERESSE DO ESTUDO. PARANÁ, 2018....	89
TABELA 9 - RENDA MÉDIA DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, DESTAQUE PARA FAIXA ETÁRIA DE INTERESSE DO ESTUDO. PARANÁ, 2018.....	90
TABELA 10 - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE, SEGUNDO O MUNICÍPIO DE MORADIA DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE. PARANÁ, 2018.....	92
TABELA 11 - INFRAESTRUTURA DOS MUNICÍPIOS DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, DESTAQUE PARA ÁGUA CANALIZADA, BANHEIRO E ENERGIA ELÉTRICA. PARANÁ, 2018.....	94
TABELA 12 - INFRAESTRUTURA DOS MUNICÍPIOS DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, DESTAQUE PARA TRATAMENTO DE ESGOTO E COLETA DE LIXO. PARANÁ, 2018.....	96

TABELA 13 - NOTIFICAÇÕES DE HIV/AIDS EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, NO PARANÁ E NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE. PARANÁ, 2018.....	97
TABELA 14 - PREVALÊNCIA DE HIV E AIDS NA POPULAÇÃO DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2005-2017, NO PARANÁ E NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE. PARANÁ, 2018	97
TABELA 15 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, AIDS E ÓBITOS POR AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, POR MUNICÍPIO DE MORADIA DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE. PARANÁ, 2018	99
TABELA 16 - NOTIFICAÇÕES DE HIV E PREVALÊNCIA, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, POR MUNICÍPIO DE MORADIA DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE. PARANÁ, 2018	100
TABELA 17 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, SEGUNDO A RAÇA/COR DECLARADA. PARANÁ, 2018...	101
TABELA 18 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, SEGUNDO A ESCOLARIDADE. PARANÁ, 2018	102
TABELA 19 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, SEGUNDO OCUPAÇÃO, CONFORME CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. PARANÁ, 2018	104
TABELA 20 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, CONFORME PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO, POR SEXO. PARANÁ, 2018.....	105
TABELA 21 - CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA AO HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO MASCULINO, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO O ANO DE NOTIFICAÇÃO, (N=1761). PARANÁ, 2018	106

TABELA 22 - CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA AO HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO FEMININO, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO O ANO DE NOTIFICAÇÃO, (N=615). PARANÁ, 2018	108
TABELA 23 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, PERCENTUAL E RAZÃO ENTRE SEXOS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO O ANO DE NOTIFICAÇÃO. PARANÁ, 2018	109
TABELA 24 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, POR MUNICÍPIO DE MORADIA DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, CASOS RESIDENTES VS. CASOS NOTIFICADOS VS. CASOS NOTIFICADOS EM RESIDENTES. PARANÁ, 2018.....	110
TABELA 25 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, POR MUNICÍPIO DE MORADIA DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE. PARANÁ, 2018	112
TABELA 26 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, SEGUNDO A RAÇA/COR DECLARADA. PARANÁ, 2018... 113	
TABELA 27 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, SEGUNDO A ESCOLARIDADE. PARANÁ, 2018	114
TABELA 28 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, SEGUNDO OCUPAÇÃO, CONFORME A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. PARANÁ, 2018	115
TABELA 29 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, CONFORME PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO, POR SEXO. PARANÁ, 2018.....	116

TABELA 30 - CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA À AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO MASCULINO, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO O ANO DE NOTIFICAÇÃO, (N=77). PARANÁ, 2018	117
TABELA 31 - CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA À AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO FEMININO, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO O ANO DE NOTIFICAÇÃO, (N=29). PARANÁ, 2018	118
TABELA 32 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, PERCENTUAL E RAZÃO ENTRE SEXOS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO O ANO DE NOTIFICAÇÃO. PARANÁ, 2018	119
TABELA 33 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, POR MUNICÍPIO DE MORADIA DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, CASOS DE RESIDENTES VS CASOS NOTIFICADOS VS CASOS NOTIFICADOS EM RESIDENTES. PARANÁ, 2018.....	121
TABELA 34 - INDIVÍDUOS QUE VIVEM COM HIV E AIDS ENTRE 20-29 ANOS, INDICADORES ECONÔMICOS E SOCIAIS, NOS MUNICÍPIOS DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE COM MAIOR NÚMERO DE CASOS OU MAIOR PREVALÊNCIA DO AGRAVO, NO PERÍODO DE 2007 A 2015 (N=2373). PARANÁ, 2018	138

LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

ABIA	- Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
Aids / Sida	- <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALAMES	- Asociación Latinoamericana de Medicina Social
AZT	- Zidovudina
CAPES	- Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CBO	- Classificação Brasileira de Ocupações
CDC	- <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	- Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COA	- Centro de Orientação e Aconselhamento
COAS	- Centro de Orientação e Apoio Sorológico
COMEC	- Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba
CTA	- Centro de Testagem e Aconselhamento
Datusus	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIAHV	- Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
DST/Aids/Hepatites Virais	Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Saúde do Paraná
ELISA	- <i>Enzyme-Linked Immunosorbent Assay</i> / Ensaio de imunoadsorção enzimática
FDA	- <i>Food and Drug Administration</i>
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
FNI	- Ficha de Notificação/Investigação
GAPA	- Grupo de Apoio à Prevenção à Aids
GIV	- Grupo de Incentivo à Vida
GPPGPS	- Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
Hab.	- Habitantes

HIV	- <i>Human Immunodeficiency Virus</i> / Vírus da Imunodeficiência Humana
HSB	- Homens que fazem sexo com homens
HSBM	- Homens que fazem sexo com homens e mulheres
HSM	- Homens que fazem sexo com mulheres
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	- Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal
IPARDES	- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPPUC	- Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
IST	- Infecção Sexualmente Transmissível
MS	- Ministério da Saúde
MS e SCL	- Medicina social e saúde coletiva latino-americana
NESC-Pesq	- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – Pesquisa
NUC	- Núcleo Urbano Central
OMC	- Organização Mundial do Comércio
ONG	- Organização não Governamental
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PCDT	- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos
PEP	- Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PIB	- Produto Interno Bruto
PrEP	- Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
PVHA	- Pessoas vivendo com HIV/Aids
PVHIV	- Pessoas vivendo com HIV
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
RMC	- Região Metropolitana de Curitiba
RS	- Regional de Saúde
RSM	- Regional de Saúde Metropolitana
SAE	- Serviço de Assistência Especializada
SANEPAR	- Companhia de Saneamento do Paraná
SCS	- Setor de Ciências da Saúde
SEBRAE	- Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SESA	- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SICLOM	- Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SOA	- Serviço de Orientação e Aconselhamento
SUS	- Sistema Único de Saúde
TARV	- Terapia Antirretroviral
TasP / TTP	- <i>Treatment as Prevention</i> / Tratamento como Prevenção
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	- Testes rápidos
TRIPS	- <i>Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights</i>
UDI	- Usuários de drogas injetáveis
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UNAIDS	- <i>United Nations Programme on HIV/Aids</i> / Programa das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNICEF	- <i>United Nations Children's Fund</i> / Fundo das Nações Unidas para Crianças
USA/EUA	- <i>United States of America</i> / Estados Unidos da América
WHO/OMS	- <i>World Health Organization</i> / Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	21
1	INTRODUÇÃO	22
1.1	QUESTÃO NORTEADORA	27
1.2	OBJETIVOS	27
1.2.1	Objetivo Geral	27
1.2.2	Objetivos Específicos	28
2	REVISÃO TEÓRICA	29
2.1	HISTORICIDADE DO HIV/AIDS	29
2.1.1	Historicidade do HIV/Aids no mundo	30
2.1.2	Historicidade do HIV/Aids no Brasil	35
2.2	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA E SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA	41
2.3	EPIDEMIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA E A SAÚDE COLETIVA	52
2.3.1	Sistema Único de Saúde e o Território	57
3	MATERIAL E MÉTODOS	62
3.1	DESENHO DA PESQUISA	62
3.2	COLETA DE DADOS	62
3.2.1	Organização e categorização dos dados	64
3.2.2	Critérios de inclusão e exclusão	64
3.3	ANÁLISE DOS DADOS	65
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	66
3.5	CENÁRIO DA PESQUISA	67
4	RESULTADOS	69
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO	69
4.1.1	Paraná	69
4.1.2	Região Metropolitana de Curitiba e/ou Segunda Regional de Saúde	77
4.1.2.1	<i>Dados demográficos</i>	81
4.1.2.2	<i>Local de moradia: urbana ou rural</i>	85
4.1.2.3	<i>Indicadores: desenvolvimento, desigualdade de renda e monetário</i>	86
4.1.2.4	<i>Características de raça/cor autodeclarada</i>	88
4.1.2.5	<i>Acesso à educação</i>	89
4.1.2.6	<i>Renda</i>	90

4.1.2.7	<i>Equipamentos de saúde</i>	91
4.1.2.8	<i>Condições de Infraestrutura</i>	94
4.2	CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE HIV/AIDS	96
4.2.1	Características dos indivíduos que vivem com HIV na Segunda Regional de Saúde....	100
4.2.2	Características dos indivíduos que vivem com Aids na Segunda Regional de Saúde	111
5	DISCUSSÃO	123
5.1	A SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, A POPULAÇÃO E AS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NO TERRITÓRIO	123
5.2	PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ	129
5.3	DETERMINAÇÃO SOCIAL DO HIV/AIDS NAS PESSOAS QUE VIVEM NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ.....	137
6	CONCLUSÕES	143
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
	REFERÊNCIAS	147
	ANEXO 1 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO HIV/AIDS	167
	ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ	169
	ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DO TRABALHADOR DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ	173
	ANEXO 4 – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DO BANCO DE DADOS PARA A COORDENAÇÃO DA DIVISÃO DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS DO CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ	176

APRESENTAÇÃO

Enfermeira desde 2013 e técnica de enfermagem desde 2005, minha primeira aproximação com a epidemiologia ocorreu em uma universidade no interior do Rio Grande do Sul, onde iniciei a graduação, e como bolsista de iniciação científica trabalhei com os determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil no município. Com a transferência para a Universidade Federal do Paraná (UFPR) em 2009, houve então a aproximação do referencial teórico da determinação social do processo saúde-doença.

Na UFPR, interessei-me pela temática das doenças sexualmente transmissíveis, especialmente no último ano da graduação, desenvolvendo como trabalho de conclusão de curso: “A determinação social dos casos de sífilis congênita notificados em um hospital-escola de Curitiba”, inserida no Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS/UFPR).

Em 2014, quando o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva tornou-se grupo de pesquisa (NESC-Pesq), participei como membro técnico deste com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre o referencial teórico da epidemiologia crítica, que muito me agrada, uma vez que visa explicar o processo saúde-doença em seu contexto histórico e socialmente determinado, explorando para além dos determinantes sociais propostos pela Organização Mundial da Saúde.

Em março de 2016, ingressei no mestrado com o objetivo de aprimorar meus estudos, sendo aprovada para a linha de pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde, Enfermagem, no Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva.

A aproximação ao tema HIV/Aids ocorreu durante discussões do grupo relacionadas aos resultados de estudos anteriores, os quais apontavam precariedade de atenção à saúde de adolescentes, o que nos levou ao questionamento: será esta fragilidade na atenção o que tem determinado o aumento no número de casos de HIV/Aids em adultos jovens? Sendo esse o ponto de partida para esta pesquisa.

Em abril de 2016, passei a dedicar-me ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR como bolsista da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES).

1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids) configura-se como um dos mais graves problemas de saúde pública, representando um grande desafio para a sociedade, uma vez que a epidemia não apresenta um padrão de ocorrência¹ nas diversas regiões e países do mundo (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS), 2008; ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

Destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela magnitude e extensão dos danos causados às populações, o que acaba por desafiar não só as ciências da saúde, mas também as ciências humanas e sociais. Tal desafio busca elucidar um fenômeno carregado de significados socioculturais que interferem em aspectos políticos, econômicos e sociais de uma determinada sociedade (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000; MARQUES, 2015).

Os dados do agravo, que teve seus primeiros casos em 1981, nos Estados Unidos, Haiti e África Central, caracterizaram a epidemia como um importante problema de saúde pública em praticamente todos os continentes do mundo. Um exemplo disso está na comparação dos dados relativos aos anos de 2005 e 2015, na qual se observa um aumento de aproximadamente 18,4% no total de pessoas portadoras de HIV/Aids, que passou de 31,0 milhões para 36,7 milhões, respectivamente, na população mundial. Destaca-se o número de indivíduos jovens com HIV/Aids, em 2015 eram 4,1 milhões de indivíduos na faixa etária dos 15 aos 24 anos de idade, perfazendo aproximadamente 11,1% da população acometida pelo HIV/Aids (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2013; UNAIDS, 2015a; BRASIL, 2016a).

No Brasil, no ano de 2004, havia um total de 387.838 casos notificados de Aids, enquanto que em 2015 o total era de 894.029 casos de HIV/Aids, o que demonstra um aumento de 130,5% quando comparados os totais de casos, salientando-se que os casos de HIV foram contabilizados somente a partir de 2007 e notificação compulsória a datar de 2014 por meio da Portaria n. 1.271 de 6 de junho de 2014 (BRASIL, 2014d; 2017f). Quando se avalia o total de casos em 2015, observa-se que o número de indivíduos com idade entre 20 e 29 anos, em ambos os sexos, somavam 134.050 ou aproximadamente 15,0% do total de indivíduos notificados. A taxa de prevalência na população em geral é de 0,4%. Porém em segmentos populacionais específicos, essa estimativa é muito elevada, entre estas estão:

¹ Padrão de ocorrência de eventos relacionados ao processo saúde-doença diz respeito à distribuição desses eventos segundo características: do tempo (tendência num período, variação sazonal, etc.), do lugar (distribuição geográfica, distribuição urbano-rural, etc.) e da pessoa (sexo, idade, profissão, etnia, etc.). (WALDMAN; ROSA, 1998, não p.; SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001).

homens que fazem sexo com homens (HSH) com 10,5%, usuários de drogas injetáveis (UDI) com 5% e em trabalhadores do sexo com prevalência de 4,9%. (BRASIL, 2015a; 2016b; 2017f; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF), 2016)

Mais especificamente na faixa etária entre 20 e 24 anos, houve um aumento de 90% na taxa de detecção no segmento masculino, passando de 16,0 para 30,3/100 mil habitantes, nos anos de 2005 e 2015 (FIGURAS 1 e 2), respectivamente. (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2016b).

FIGURA 1 - TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO, NO ANO DE 2005

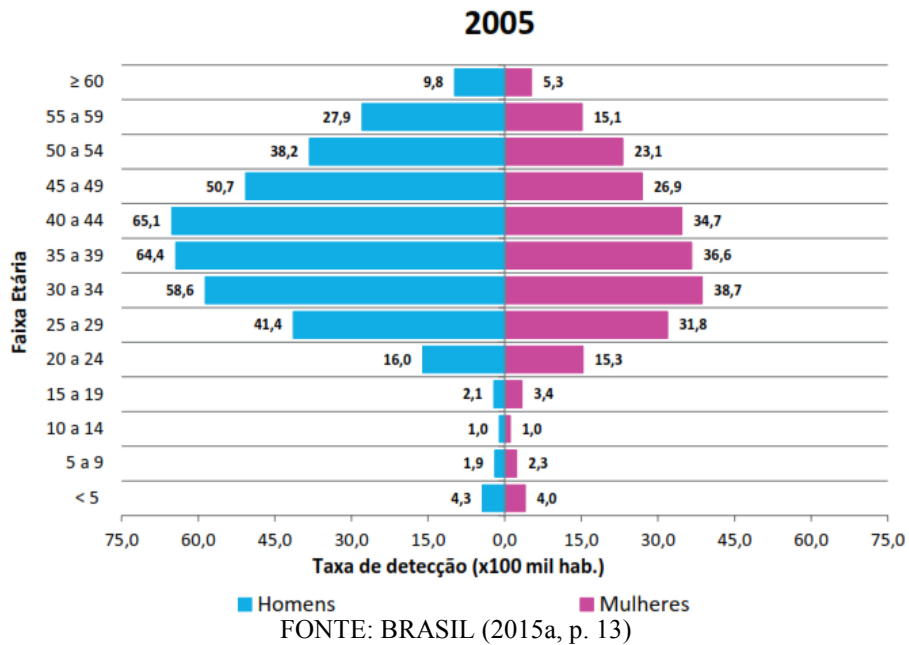
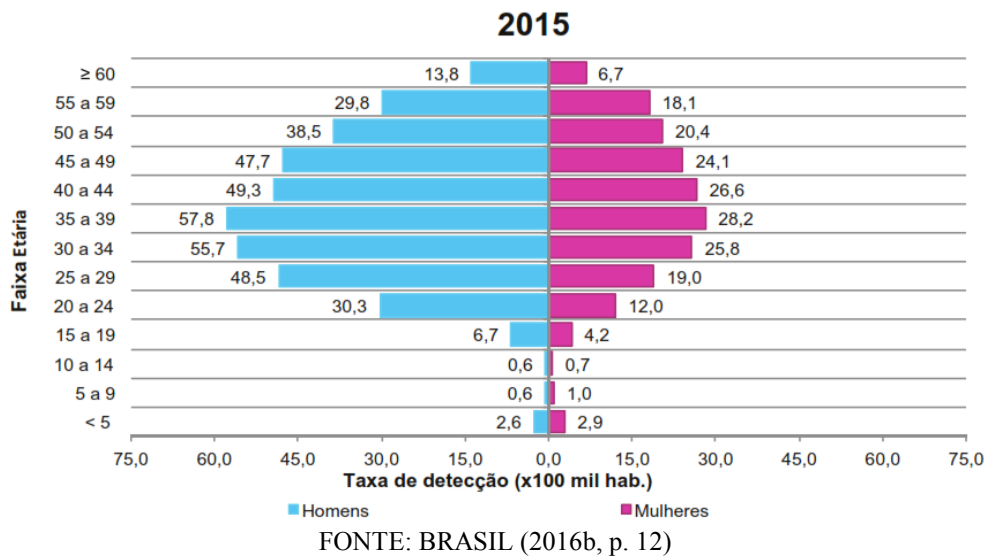


FIGURA 2 - TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO, NO ANO DE 2015



No Brasil o agravo tem múltiplas dimensões e características, resultantes de transformações sociais e expressas nas desigualdades da sociedade brasileira. A propagação da infecção pelo HIV no país sofreu e ainda vem sofrendo transformações no seu perfil epidemiológico, como os processos de feminilização², heterossexualização³, pauperização⁴ e interiorização⁵ (BRITO; CASTILHO, SZWARCOWALD, 2000; BRASIL, 2002; ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

A epidemia de HIV/Aids sempre foi e ainda é maior em homens, mas em seus percursos isso sofreu algumas mudanças. Em 1984, 71% dos casos eram em HSH, homossexual ou bissexual, porém com a extensa disseminação do agravo para as cidades de médio e pequeno porte, nesse segmento populacional, reduzindo para 16% dos casos notificados em 2000 (BRITO; CASTILHO, SZWARCOWALD, 2000). Em 2007 a soma das categorias de exposição homossexual e bissexual era de 43,8% no sexo masculino, enquanto que a heterossexual era de 47,3%, o que acaba por incrementar a heterossexualização e feminilização da epidemia (BRASIL, 2016b).

Em nosso país, no período de janeiro de 2007 a 2015, as mulheres totalizavam 43.153 casos de HIV/Aids registrados pelo SINAN, e em 2015 a razão entre os sexos era de 2,3 homens para cada mulher nos casos de HIV e 2,1 homens para cada mulher nos casos de Aids (BRASIL, 2017f). As características da epidemia na população feminina neste período foram: 52,3% dos casos são de pessoas na faixa etária de 20 a 34 anos; 39,2% dos casos são de mulheres brancas e 59,6% de mulheres pretas e pardas; 96,4% dos casos se inserem na categoria de exposição via relação heterossexual; em relação à escolaridade não houve dados suficientes para avaliação, devido ao elevado percentual de casos ignorados (25,0%) (TAQUETTE, 2009; TRIGUEIRO et al., 2016).

² Para Yannoulas (2011) a feminilização é a contabilidade de pessoas de sexo feminino, e refere-se ao aumento do peso relativo dos indivíduos do sexo feminino na composição de um grupo, onde a mensuração e análise realizam-se por meio de dados estatísticos. De acordo com o Dicionário Michaelis (2015) a palavra “feminizar” significa adquirir modos femininos, dar feição ou caráter feminino, atribuir ao gênero feminino. Conforme o Guia de Terminologia do UNAIDS (2017) o termo “feminização” é vago e potencialmente estigmatizante e deve ser evitado. Portanto, neste trabalho faremos uso dos termos “feminilização” e “feminilizar”, mesmo entendendo que alguns dos autores citados utilizam os termos “feminizar” e “feminização” no sentido de apresentar e analisar que há mais pessoas do sexo feminino nos dados estatísticos referentes ao HIV/Aids, pois não concordamos que estas sejam as terminologias a serem utilizadas e, ao contrário, acatamos a orientação da UNAIDS para apresentar e analisar o fenômeno aqui discutido.

³ Consiste no aumento do número de casos de contaminação por HIV/Aids por exposição sexual heterossexual (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

⁴ Crescente impacto da epidemia sobre as populações com menor escolaridade e condição socioeconômica (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

⁵ Propagação da epidemia para o interior do país, em cidades de porte médio, relativamente distantes da região litorânea, que foi mais afetada no início da epidemia (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

Para Grangeiro, Castanheira e Battistella Nemes (2015), os indicadores da epidemia nacional apontam que o agravo está longe de ser controlado, uma vez que os dados brasileiros estão na contramão do cenário mundial e com características semelhantes às do início da epidemia, nos anos 80, com aumento dos casos em homossexuais, maior concentração do fenômeno em grandes centros urbanos e ainda aumento da razão masculino/feminino devido à redução da transmissão pelo uso de drogas e desaceleração da transmissão heterossexual.

Na Região Sul do país, a razão entre os sexos no ano de 2015 foi de 17 homens para cada 10 mulheres, sendo considerada a região com a maior população feminina portadora de HIV/Aids. No Estado paranaense a razão dos casos no ano de 1986 era de 15 homens para cada mulher; em 1996, de 3:1; e em 2014 chegou a 2:1, ou seja, dois homens para cada mulher com HIV/Aids (BRASIL, 2016b; ALMEIDA, 2004; PARANÁ, 2015).

No Paraná, o primeiro caso notificado de HIV/Aids foi em 1984, desde esse ano até o fechamento do último boletim epidemiológico estadual (2015), o estado soma 44.460 casos do agravo. A primeira e a segunda regionais de saúde (1ª RS e 2ª RS) são as que apresentam as maiores taxas de incidência do estado. Em 2007 (MAPA 1), a 1ª RS e 2ª RS apresentavam taxa de incidência de 8,1 e 12/100 mil habitantes, com um aumento significativo quando comparado com as taxas de incidência do ano de 2014 (MAPA 2), que eram de 37,3 e 29,2/100 mil, respectivamente (PARANÁ, 2015b).

MAPA 1 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE CASOS DE HIV NAS REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ, NO ANO DE 2007



FONTE: PARANÁ (2015b, p.11)

MAPA 2 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE CASOS DE HIV NAS REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ, NO ANO DE 2014



FONTE: PARANÁ (2015b, p.11)

Alguns estudos realizados pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-pesq.), nos anos de 2010, 2011, 2012 e 2013, identificaram como é o reconhecimento de necessidades (CHAVES,2010); a organização dos movimentos sociais para a participação no setor da saúde (SILVA, 2011); a organização dos serviços municipais para enfrentar as situações de saúde (SANTOS, 2012); e, ainda, quais eram as necessidades em saúde percebidas pelos adolescentes de um território do município de Curitiba/PR (SANTOS, 2013). Estes estudos são o ponto de partida deste projeto, uma vez que, segundo Toledo et al. (2011, p. 371), o HIV/Aids leva em torno de sete a dez anos para se manifestar, o que leva a crer que parte significativa das notificações em adultos jovens seja daqueles que se infectaram na adolescência, o que acaba por corroborar com os estudos já desenvolvidos pelo NESC-pesq. que demonstram as fragilidades dos serviços de saúde frente ao atendimento e aconselhamento desta população, que muitas vezes não chega até a unidade básica de saúde.

Segundo Jaime Breilh (2010, p.32, tradução nossa), precursor da epidemiologia crítica, “uma forma mais dialética e democrática da ação epidemiológica seria desconstruir e reconstruir a epidemiologia”. Esta seria uma alternativa mais produtiva do que se fechar na visão estreita da atuação sobre fatores, com um sujeito unicultural e uma ação funcionalista, proporcionando uma construção que permita estudar as contradições determinantes do devir da saúde (BREILH, 2010, tradução nossa). E ainda, a saúde-doença deve ser entendida como um processo dialético, em que as especificidades de saúde individual e coletiva sejam

analisadas no contexto social em que são determinadas (BREILH, 2006; MORALES-BORRERO et al., 2013, tradução nossa).

Nesse sentido, faz-se necessário superar permanentemente as abordagens empíricas sobre desigualdade e ir além do pensamento clássico sobre as diferenças individuais de renda ou de “satisfação” de consumo (BREILH, 2017, grifo do autor). É necessário explicar as principais diferenças em comparação à saúde de qualidade e os direitos que a garantem, uma vez que as desigualdades sociais, sejam elas de classe, gênero ou etnia, produzem grandes diferenças nas condições de vida, que, por sua vez, expressam diferentes perfis de saúde, doença e cuidado (BREILH, 2008). Dessa forma, esta proposta de estudo está ancorada na epidemiologia crítica (BREILH, 2006).

Destaca-se que a realização deste trabalho se justifica por visar compreender as características do HIV/Aids, assim como discutir a determinação social do HIV/Aids para adultos jovens moradores dos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná com os dados epidemiológicos, uma vez que a epidemia de Aids trouxe para os profissionais da saúde o desafio de trabalhar com o ser humano nas suas questões mais íntimas, exigindo reflexões acerca do modelo de atenção à saúde, considerando o contexto de desigualdade social e de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

1.1 QUESTÃO NORTEADORA

Qual a possibilidade de compreender a epidemia do HIV/Aids em adultos jovens sob a ótica da epidemiologia crítica na Segunda Regional de Saúde do Paraná?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Compreender a epidemia do HIV/Aids em adultos jovens sob a ótica da epidemiologia crítica na Segunda Regional de Saúde do Paraná.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população de adultos jovens portadores de HIV/Aids moradora da Segunda Regional de Saúde do Estado do Paraná.
- Discutir a determinação social do processo saúde-doença em adultos jovens portadores de HIV/Aids dos municípios da Segunda Regional de Saúde do Paraná com maior número de casos.

2 REVISÃO TEÓRICA

Neste capítulo foram discutidos os principais conteúdos relacionados ao estudo, divididos em três subcapítulos, a saber: Historicidade do HIV/Aids; HIV/Aids; Epidemiologia, Epidemiologia Crítica e a Saúde Coletiva.

2.1 HISTORICIDADE DO HIV/AIDS

Historicidade tem por definição: qualidade do que pertence à história, do que é propriamente histórico ou ainda caráter do que é histórico, tendo como característica a de ser provisória, instável, lábil, imperfeita, precária. (TREVISAN, 2015; EGRY, 1996).

Segundo Kosik (1968, não p.), “historicidade é um elemento constitutivo da estrutura do ser humano e da sua práxis e não reside na faculdade de evocar o passado, mas no fato de integrar em sua vida individual traços comuns ao humano em geral”.

Trata-se de um conceito que serve para significar a dinâmica humana de apreensão e transformação de valores, crenças, perspectivas, costumes e instituições. Isto significa que nenhuma forma de compreender o mundo é inata ou estática. (PENSANDO HISTORICAMENTE, [201-]⁶)

A historicidade advém do materialismo histórico que “designa uma visão de desenrolar da história que procura a causa final e a grande força motriz de todos os acontecimentos importantes no desenvolvimento econômico da sociedade, nas transformações dos modos de produção e de troca, na conseqüente divisão da sociedade em classes distintas e na luta entre essas classes”. (BOTTOMORE, 1989⁷ apud EGRY, 1996, p. 33, grifo do autora).

A partir disto, sentiu-se a necessidade de escrever sobre a historicidade do HIV/Aids, para que houvesse um entendimento sobre a dinamicidade⁸ no enfrentamento e nas políticas de saúde para o agravo.

⁶ Conforme Manual de Normalização de Documentos Científicos da Universidade Federal do Paraná (AMADEU et al., 2017, p.95), em documentos que não apresentarem data, deve-se indicar data aproximada entre colchetes: [201-] indica década certa e [201?] indica década provável.

⁷ BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

⁸ Dinamicidade: toda a realidade social está em contínua transformação, sofrendo modificações no tempo e no espaço. (EGRY, 1996, p.40)

2.1.1 Historicidade do HIV/Aids no mundo

A identificação do HIV como causador da Aids tornou-se um marco na história da humanidade. A epidemia da infecção pelo HIV/Aids representa um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros processos de determinação, do comportamento humano, seja este individual ou coletivo. Desde sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000; BRASIL, 2006a; UNITED STATES OF AMERICA (USA), 2016).

Uma dessas discussões gira em torno do aparecimento do HIV, segundo Grmek (1995), são duas as explicações para a origem do vírus, uma biológica e outra sociológica, que devem ser compreendidas como complementares.

Na vertente biológica, o vírus já existia na humanidade, porém o progresso da medicina e as revoluções tecnológicas do mundo moderno, que facilitaram tanto a descoberta, quanto a disseminação dos microrganismos, acabaram por abrir caminho para as devastações provocadas pelo HIV, com o qual até então conviviam sem maiores problemas (GRMEK, 1995).

Enquanto que na face sociológica, Grmek (1995, p. 233) aponta que:

É evidente que a emergência da epidemia atual está ligada a algumas mudanças sociais que caracterizam a segunda metade do século XX: o aquecimento das populações, um novo tipo de relacionamento sexual (liberalização dos costumes, promiscuidade homossexual organizada), o uso maciço das drogas intravenosas, os progressos da transfusão de sangue etc. (GRMEK, 1995, p.233)

Embora existam outras vertentes para o aparecimento do vírus, a mais polêmica discussão acerca do HIV/Aids está em quem efetivamente identificou o vírus. Segundo Pasqualini (2003), Luc Montagnier e Françoise Barré-Sinoussi (Instituto Pasteur / Paris, France) e Robert Gallo (National Cancer Institute / Bethesda, United States) disputaram judicialmente a descoberta do vírus causador da Aids, tendo em vista que o grupo francês alegava que o grupo americano haveria utilizado a amostra isolada no Instituto Pasteur. A autora destaca ainda que posteriormente os cientistas entraram num acordo aceitando a corresponsabilidade pela descoberta, tendo em vista que cada uma das equipes envolvidas teve fundamental importância no isolamento e na identificação do HIV.

Nesse contexto, Arrivillaga e Useche (2011, tradução nossa) trazem que a descoberta do HIV/Aids foi enquadrada numa série de controvérsias científicas e ideológicas, evidenciando as forças econômicas e políticas relacionadas ao diagnóstico, prevenção e tratamento, uma vez que a definição pelo detentor da descoberta e consequente patente do vírus traria lucros nos negócios relacionados à saúde.

Segundo Gallo e Montagneir (1987, tradução nossa), Gottlieb (1981)⁹, Friedman-Kien (1981)¹⁰, Siegel (1981)¹¹, Masur (1981)¹², Mildvan (1982)¹³ e seus respectivos colegas de trabalho, diagnosticaram de forma independente uma nova doença em jovens homens homossexuais, que mais tarde acabou sendo denominada Aids. Os primeiros casos de Aids no mundo, ocorreram em Los Angeles (USA), África Central e Haiti. (USA, 2016).

Em 1982, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) apresentou evidências epidemiológicas desta nova doença, definindo-a como a “Doença dos 5 Hs”, pois acometia essencialmente homossexuais, *hoockers* (trabalhadoras do sexo), haitianos, hemofílicos e herionômanos (usuários de heroína), denominando-a por *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Aids) e estabelecendo assim os critérios para definição da síndrome, o que atualmente é reconhecido no Brasil por Critério CDC Adaptado. No ano seguinte, o cientista Robert Gallo afirmou que a Aids era causada por um retrovírus, mesmo ano em que Luc Montaigner publicou a informação de que o retrovírus causador da Aids não era o HTLV, identificado anteriormente por Gallo, mas sim uma variação deste (GALLO; MONTAGNEIR, 1987; BRASIL, 2011c; TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a; USA, 2016).

Em meio a controvérsias e disputas, foi em 1984 que o HIV foi identificado como causador da Aids no Instituto Pasteur, em 1985 a *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou o teste ELISA (*Enzyme Linked Immunosorbent Assay*) para identificação do vírus e em 1987 aprovou o AZT (Zidovudina), primeiro antirretroviral para o tratamento da Aids, mesmo ano em que regulamentou o rastreio e testagem para HIV em sangue e plasma (USA, 2016).

No ano de 1985, aconteceu a I Conferência Internacional de Aids, realizada em Atlanta, Estados Unidos, no ano seguinte a Organização Mundial da Saúde (OMS) cria o

⁹ GOTTLIEB, M.S et al. **Morbid. Mortal. Weekly Rep**, v.30, p.250-252, 1981. GOTTLIEB, M.S et al. **N. Engl. J. Med.**, v.305, p. 1423-1431, 1981

¹⁰ FRIEDMAN-KIEN, S.M. et al. **Morbid. Mortal. Weekly Rep**, v.30, p.305-308, 1981.

¹¹ SIEGEL, P.P. et al. **N. Engl. J. Med.**, v.306, p. 1439-1444, 1981

¹² MASUR, H. et al. **N. Engl. J. Med.**, v.305, p. 1431-1438, 1981

¹³ MILDVAN, D. et al. **Morbid. Mortal. Weekly Rep**, v.31, p.249-251, 1982.

Special Programme on Aids que em 1897 torna-se *Global Programme on Aids* (GALVÃO, 2002).

Na Assembleia Mundial de Saúde de 1987, foi instituído pela OMS e com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta contra a Aids, mesmo ano em que Estados Unidos aprovou legislação proibindo a entrada de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHAs) no país, e em 1991 o laço vermelho foi lançado como símbolo de conscientização e solidariedade à Aids (GALVÃO, 2002; BRASIL, 2016a).

Entre os anos de 1988 e 1999, a FDA aprovou inúmeros medicamentos, inclusive combinações entre eles para o tratamento da Aids (USA, 2016), o que acabou por repercutir em todo o mundo, uma vez que os países precisavam comprar os medicamentos para oferecer às PVHAs, em vista disto, no ano 2000 a ONU promove acordo com companhias farmacêuticas para diminuir os preços dos antirretrovirais (BRASIL, 2016a).

O *Global Programme on Aids* transforma-se em *United Nations Programme on HIV/Aids* (UNAIDS) em 1996 (GALVÃO, 2002).

No decorrer de 2001, a Organização Mundial do Comércio (OMC) aceitou o pedido dos Estados Unidos, questionando o Brasil acerca da Lei da Propriedade Industrial (Lei nº 9.279 de 14 de maio de 1999), que tem como principal motivo a produção nacional de antirretrovirais, e no mesmo ano os Estados Unidos da América (EUA) retiram a queixa contra o Brasil junto à OMC (GALVÃO, 2002).

Neste ínterim, em 2011, após Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Aids, do UNAIDS, os líderes mundiais acordaram que, até 2015, ampliariam esforços para mitigar a transmissão sexual, reduzir à metade a transmissão em usuários de drogas injetáveis, estabelecendo metas para atenuar os efeitos da epidemia em crianças e populações-chave, metas essas que ficaram conhecidas como Declaração de Paris ou Declaração Políticas sobre HIV/Aids (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND – UNICEF, [201-]; UNAIDS, 2011).

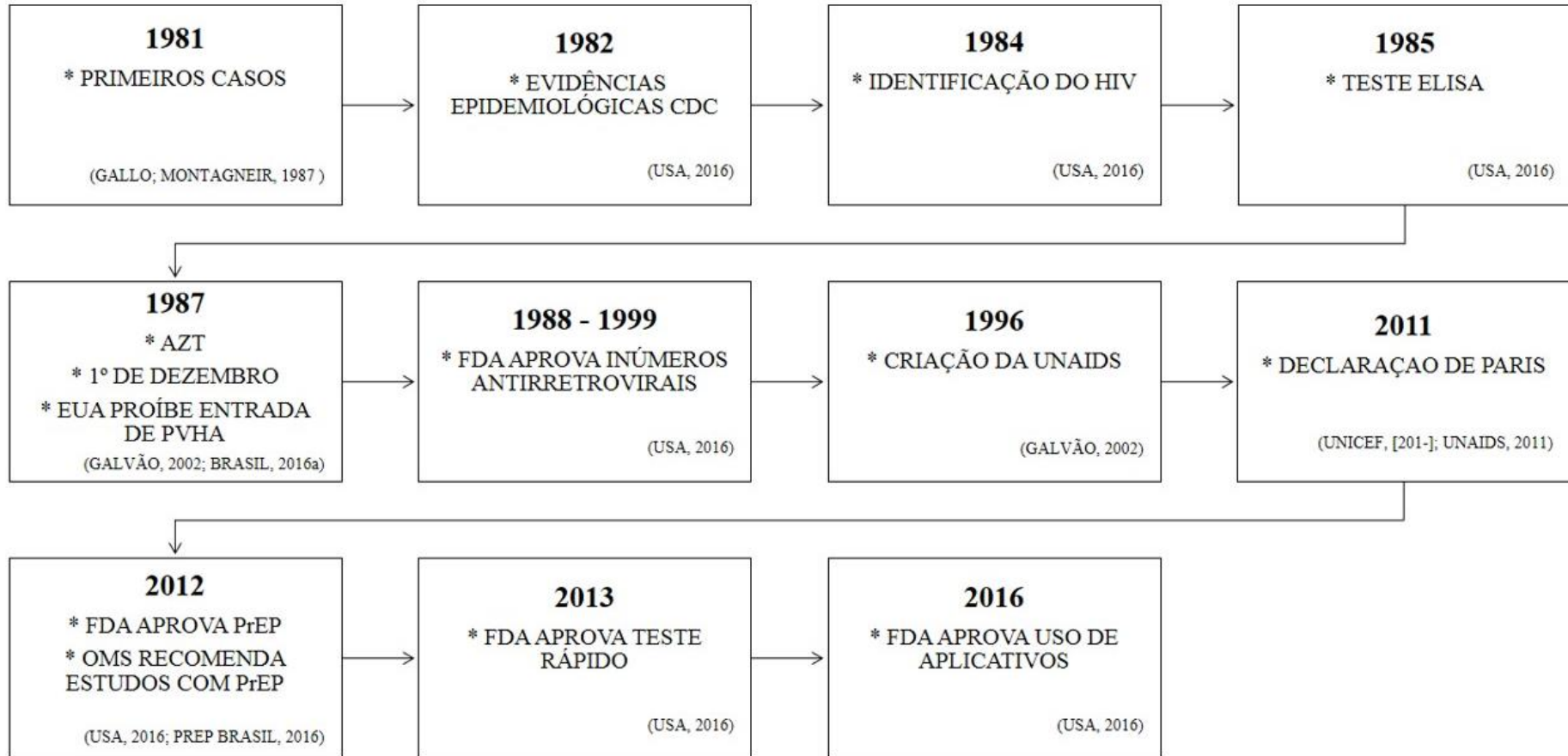
No ano de 2012, a FDA aprova o uso do antirretroviral Truvada® para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), no ano seguinte aprova o teste rápido para diagnóstico do HIV e em 2014 proíbe a doação de sangue de homens que fazem sexo com homens (HSH). A OMS orienta os países a realizarem estudos sobre uso da PrEP. (USA, 2016; PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO BRASIL (PREP BRASIL), 2016).

O uso de aplicativos para celulares, com o intuito de promover a prevenção, esclarecer dúvidas e incentivar o uso do preservativo, foi liberado pela FDA em 2016.

Embora se tenham citado as normativas e acontecimentos essencialmente ocorridos nos Estados Unidos, todos esses eventos tiveram repercussão internacional, uma vez que os demais países se basearam neles para organizar o atendimento as pessoas vivendo com HIV/Aids. O que para Amorim (2017) muitas vezes acabou por gerar disputas entre este país e os países em desenvolvimento, essencialmente no que tange à propriedade intelectual de medicamentos.

Neste contexto, a FIGURA 3 apresenta uma síntese cronológica dos acontecimentos relacionados ao HIV/Aids no mundo.

FIGURA 3 - RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DO FENÔMENO HIV/AIDS NO MUNDO NO PERÍODO DE 1981 A 2016



FONTE: A autora (2018)

2.1.2 Historicidade do HIV/Aids no Brasil

Os primeiros casos de Aids ocorreram em São Paulo, no ano de 1982, dois identificados pela dermatologista Valéria Petri, em homossexuais com Sarcoma Kaposi e recém-chegados dos Estados Unidos, onde estavam a passeio, e outro caso identificado pelo infectologista Vicente Amaro Neto e equipe, em paciente com diarreia, febre, linfadenopatia e micobacteriose atípica, sendo este o primeiro caso autóctone no Brasil (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a).

Em 1983, é criado o primeiro programa de Aids no Brasil, em São Paulo. Nesta mesma cidade, grupo de homossexuais denominado “Outra Coisa” inicia a distribuição de folhetos com informações para a prevenção da Aids, sendo este um dos primeiros trabalhos comunitários relacionados à síndrome (GALVÃO, 2002, grifo do autor). Ainda em 1983, são reportados outros casos de Aids, nas cidades de Campinas/SP, Natal/RN, Porto Alegre/RS, Rio de Janeiro/RJ e Recife/PE (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a).

Após pressão exercida por grupos que trabalhavam para o controle da síndrome, associada ao aumento no número de casos, falta de perspectiva de vida das PVHAs as suas consequências sociais e econômicas (MONTEIRO; VILLELA, 2009), o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 236 de 2 de maio de 1985, que estabeleceu as diretrizes para o programa de controle da Aids, aqui no Brasil descrita como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Ainda no ano de 1985, foi fundada a primeira organização não governamental totalmente dedicada à Aids, o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), e também a Casa de Apoio Branda Lee, primeira casa de apoio às PVHAs, ambas em São Paulo (GALVÃO, 2002).

A Aids passa a ser doença de notificação compulsória a partir de 1986, por meio da Portaria Ministerial 542/86. Ainda no mesmo ano, foi criada a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), sendo esta a primeira organização não governamental a ter uma pessoa assumidamente soropositiva na presidência, Herbert de Souza – Betinho (BRASIL, 2016a; GALVÃO, 2002). No ano seguinte, o AZT passa a ser utilizado em pacientes brasileiros (BRASIL, 2016a).

O Programa Nacional de DST/Aids foi criado no ano de 1988, e a sua primeira campanha era “Quem vê cara, não vê Aids”. São criados ainda os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) (MONTEIRO; VILLELA, 2009; GALVÃO, 2002, grifo do autor).

No ano de 1989, no Rio de Janeiro foram fundados o Grupo pela Valorização Integração e Dignidade do Doente de AIDS (Grupo pela VIDDA), e no ano seguinte foi

fundado em São Paulo o Grupo de Incentivo à Vida (GIV), o primeiro grupo brasileiro de autoajuda para pessoas soropositivas (GALVÃO, 2002).

A Zidovudina (AZT) passa a ser distribuída gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 1991, ano em que se inicia o processo de aquisição dos demais antirretrovirais para distribuição gratuita (GALVÃO, 2002; BRASIL, 2016a).

Em 1992, introduziu-se um critério inédito para a definição de Aids, baseado nas condições clínicas, sinais e sintomas, o Critério Rio de Janeiro/Caracas, que foi discutido e elaborado por especialistas em Caracas, na Venezuela, a partir de experiências acumuladas na cidade do Rio de Janeiro (BRASIL, 1998a). Neste mesmo ano a Aids foi incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sob os códigos B20 a B24 (BRASIL, 2016a).

Foi em 1993 que a notificação dos casos de HIV/Aids passou a ocorrer pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), uma vez que após 10 anos do início da epidemia já eram 16.879 casos de Aids (GALVÃO, 2002). Neste mesmo ano o Brasil assinou acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o “Projeto de Controle da AIDS e DST”, conhecido como “AIDS I”, que provocou mudanças tanto nas respostas governamentais e não governamentais frente à epidemia do HIV/aids no Brasil, tais como: desencadeamento e crescimento de ações frente à epidemia e maior visibilidade do programa brasileiro de Aids (GALVÃO, 2000; 2002; MONTEIRO; VILLELA, 2009). Ainda em 1993, o Brasil passa a produzir o AZT em laboratório privado (GALVÃO, 2002).

Segundo Parker (2017, p.5), foi em 1996 que teve “início a mobilização histórica mais bem sucedida no enfrentamento da Aids no Brasil”, uma vez que, após participarem do Congresso Internacional de Aids, em Vancouver no Canadá, ativistas, governo, sociedade civil organizada e pesquisadores impressionaram-se com o sucesso relevante da combinação de antirretrovirais, o que acabou por culminar na Lei nº 9.313 de 16 de novembro de 1996, que até hoje garante acesso universal à terapia antirretroviral (TARV) em nosso país e que acabou por inspirar a luta global para acesso ao tratamento da Aids.

Tal fato acabava por fortalecer a Lei 9.279 de 15 de maio de 1996, a “Lei da Patentes”, que regulou os direitos e obrigações relativos à propriedade industrial, colocando a legislação brasileira em concordância com a *Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS)¹⁴ (PARKER, 2017; GALVÃO, 2002). Neste mesmo ano, observam-se a

¹⁴ TRIPS: Acordo sobre Direitos de Propriedade Intelectual que foi firmado pelo Brasil no âmbito da Organização Mundial do Comércio.

heterossexualização, a pauperização e a interiorização do agravo (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

Em 1998, Brasil assina novo acordo com o Banco Mundial, para o projeto denominado “Aids II”, aumentando para 11 o número de medicamentos distribuídos pelo SUS e iniciando a fabricação de antirretrovirais em laboratórios públicos, ano em que também há a implantação do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) (GALVÃO, 2002, grifo do autor; BRASIL, 2016a).

O Ministério da Saúde ameaça quebrar a patente dos medicamentos Nelfinavir, fabricado pela Roche, e Efavirenz, fabricado pela Merck, forçando a queda nos preços dos antirretrovirais, em 2001. Em maio do referido ano, durante Encontro Nacional de ONGs/AIDS, os participantes realizaram protesto em frente ao consulado norte-americano, contra o pedido dos Estados Unidos à OMC, por conta da Lei de Patentes brasileira (GALVÃO, 2002; BRASIL, 2016a).

Em meio a divergências entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, quanto às prioridades na epidemia de Aids, em 2002, Brasil faz novo empréstimo para a constituição do “Projeto Aids III” com o intuito de melhorar a cobertura e a qualidade das intervenções de prevenção e assistência (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

Em 2006 e 2007, reduzem-se mais de 50% os casos de transmissão vertical e aumenta a sobrevivência das pessoas com Aids no país (BRASIL, 2016a).

Com a chegada de 2008, houve duas grandes conquistas no âmbito nacional, a primeira delas é a conclusão da nacionalização do teste rápido para detectar o HIV no organismo e a segunda é a entrada do Tenofovir, de fabricação nacional, no mercado (BRASIL, 2011c).

Em 2011, a Profilaxia pós-exposição (PEP) é introduzida no SUS, no ano seguinte o Ministério da Saúde orienta o início precoce da TARV, a partir de contagem CD4 <350 células/mm³ (BRASIL, 2016a). A TARV é indicada em qualquer estágio do agravo e o teste rápido de fluido oral é liberado para venda nas farmácias em 2013 (BRASIL, 2016a).

A Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, define a lista de nacional de agravos de notificação e inclui a notificação do HIV, porém a ficha de notificação a ser utilizada é a mesma da Aids (BRASIL, 2014d). Neste mesmo ano inicia o estudo da PrEP no Brasil, realizado nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo, Manaus, Porto Alegre, que acompanhou aproximadamente 500 indivíduos no uso da Truvada[®] por 48 semanas (PREP BRASIL, 2016).

Em 2016, Brasil apresenta aplicativos em fase de desenvolvimento para tirar dúvidas sobre ISTs¹⁵, Close Certo, e para estimular o uso do preservativo, Aqui Tem Camisinha, na 21ª Conferência Internacional sobre Aids, e ambos foram disponibilizados ao público no período das Olimpíadas e Paraolimpíadas do Rio de Janeiro (BRASIL, 2016a; 2017a).

Em maio de 2017, o Ministério da Saúde anunciou que iria ofertar a distribuição da PrEP pelo SUS, com início em dezembro, na primeira etapa em cidades piloto, a saber: Manaus/AM, Salvador/BA, Fortaleza/CE, Brasília/DF, Belo Horizonte, Uberlândia, Juiz de Fora e Passos (em MG), Recife/PE, Curitiba/PR, Rio de Janeiro, Niterói e Duque de Caxias (no RJ), Porto Alegre/RS, Florianópolis/SC e São Paulo, Campinas, Piracicaba, Ribeirão Preto, Santos, São Bernardo do Campo e São José do Rio Preto (em SP) e posteriormente estendida para todo o país (BRASIL, 2017a).

Para Teodorescu e Teixeira (2015a, p.13), “escrever a história da epidemia de aids no Brasil mostrou-se um grande desafio, diante da imensidão de nosso país e do parco material produzido sobre o assunto pelas instituições governamentais e não governamentais, principalmente nos primeiros anos da doença”, diferentemente da atualidade, em que são inúmeros os materiais para consulta, o que por vezes acaba também por dificultar, tendo em vista as diferentes datas apresentadas.

Em vista disso, as FIGURA 4 e 5 apresentam a síntese cronológica dos acontecimentos relacionados ao HIV/Aids no Brasil.

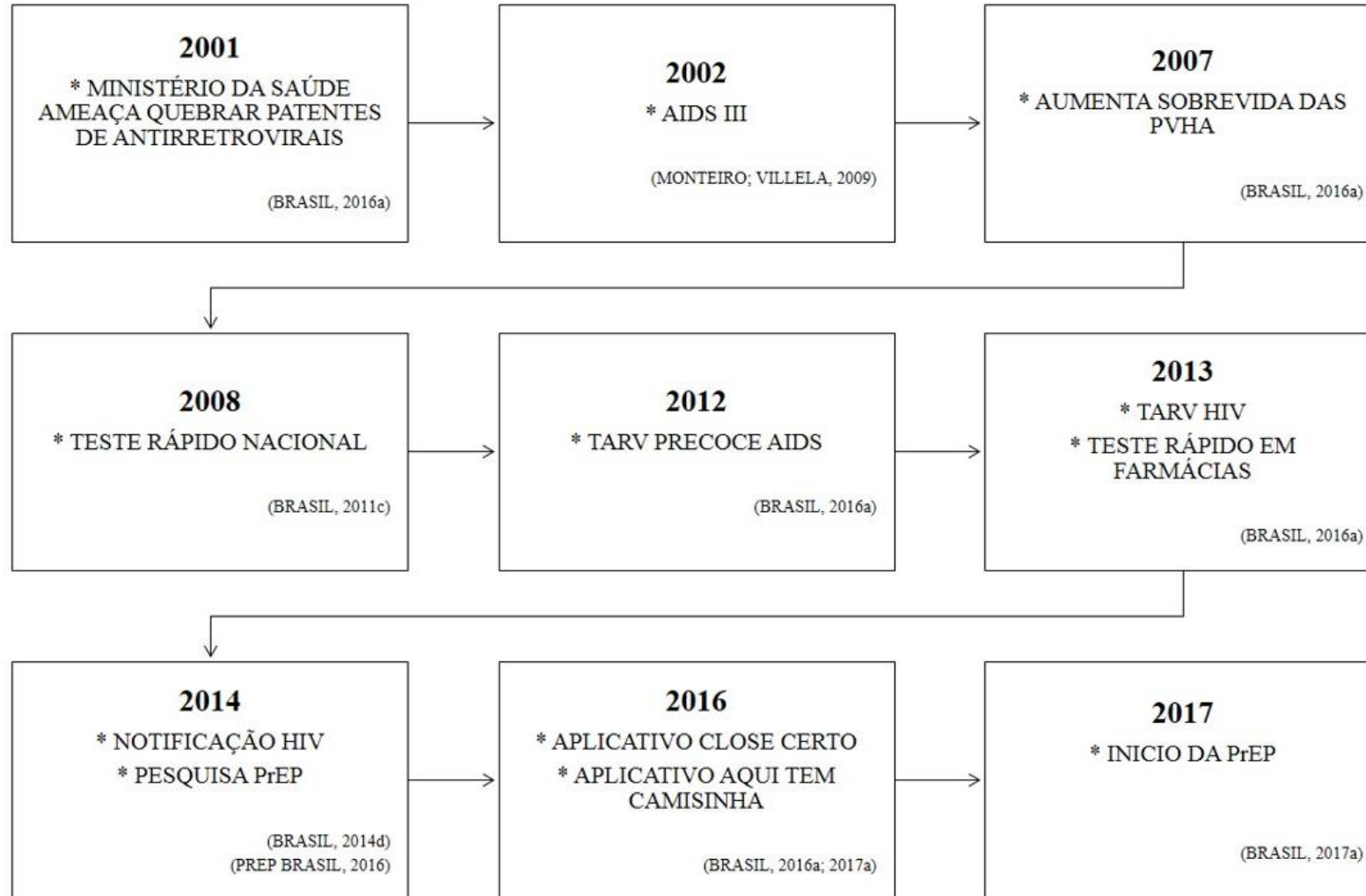
¹⁵ IST: “O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde recomendou aos órgãos que trabalham com saúde pública e saúde coletiva usar a nomenclatura “ISTs” (infecções sexualmente transmissíveis) no lugar de “DSTs” (doenças sexualmente transmissíveis), uma vez que ‘DST’ vem de doença, que implica em sintomas e sinais visíveis no organismo do indivíduo, enquanto que ‘IST’ vem de infecções e estas podem ter períodos assintomáticos ou se mantêm assintomáticas durante toda a vida do indivíduo, sendo detectadas somente por meio de exames laboratoriais. O termo IST é mais adequado e já é utilizado pela Organização Mundial de Saúde. (MINAS GERAIS, [201 -]).

FIGURA 4 - RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DO FENÔMENO HIV/AIDS NO BRASIL NO PERÍODO DE 1982 A 1996



FONTE: A autora (2018)

FIGURA 5 - RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DO FENÔMENO HIV/AIDS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2001 A 2017



FONTE: A autora (2018)

2.2 VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA E SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

O termo HIV é utilizado para a expressão em inglês *Human Immunodeficiency Virus* (traduzido para a língua portuguesa como Vírus da Imunodeficiência Humana). Trata-se de um retrovírus, classificado na subfamília *Lentiviridae*, que tem entre suas propriedades um longo período de incubação antes do surgimento da doença, a infecção das células do sangue e do sistema nervoso, assim como supressão do sistema imune. O nome recebido é devido à sua capacidade de destruir o sistema imunológico humano (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2016a).

O HIV é classificado em dois tipos, 1 e 2, isolados em 1983 e 1986, respectivamente, sendo distintos do ponto de vista geográfico e sorológico. O HIV-1 é encontrado nas Américas, Europa e África Subsaariana, enquanto que o HIV-2 é encontrado na África Central (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003; BRASIL, 2006b).

É um vírus que está presente no sangue, no sêmen, na secreção vaginal e leite materno, sendo considerado uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST). As formas de transmissão são, Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a; 2014a; 2016a):

- Transmissão vertical – da mãe infectada para o filho, durante a gestação, parto ou amamentação;
- Relação sexual – sem preservativo (feminino ou masculino), seja anal, oral ou vaginal;
- Compartilhamento de seringas e agulhas – utilização de mesma seringa e agulhas por usuários de drogas injetáveis (UDI), estando essas contaminadas pelo vírus;
- Transfusão sanguínea¹⁶ – contaminada pelo HIV;
- Acidentes com materiais perfurocortantes – contaminados pelo vírus, risco maior para os profissionais de saúde.

A identificação do vírus se dá por meio de testes laboratoriais ou rápidos. Segundo o Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV e Guia de Vigilância Epidemiológica

¹⁶ Desde 1985 há a obrigação ética para triagem do doador de sangue e derivados, e, no ano de 1988, por meio da Lei federal nº 7.649, tornou-se obrigatório o cadastramento dos doadores e testagem para o HIV em sangue proveniente de doação, sendo descartados aqueles que apresentem comportamento de risco para as ISTs e/ou HIV. (BRASIL, 2004a).

(BRASIL, 2014b; 2014c), os testes mais comumente usados para adolescentes, adultos e crianças com mais de 18 meses são:

- Imunoensaio de triagem – ELISA (ensaio de imunoadsorção enzimática) – primeiro a ser utilizado em 1985, chegando ao Brasil em 1986.
- Testes rápidos (TR) – imunoensaios simples (imunocromatografia ou imunocentrifugação) que podem ser realizados com plasma, soro, sangue total ou fluido oral. Sua realização pode ser em qualquer ambiente.
- Ensaios complementares ou testes confirmatórios – são necessários para a confirmação do diagnóstico de HIV, tais como: Imunoblot, Western blot ou imunoensaios em linha – Imunoblot rápido ou Imunofluorescência indireta.
- Testes moleculares – testes em que ocorre a detecção direta do HIV. Permitem identificar o antígeno p24, RNA e DNA pró-viral do HIV. Atualmente são os mais eficazes, pois permitem o diagnóstico em infecções agudas e/ou recentes, além de apresentarem melhor custo-efetividade, sendo essenciais para diagnóstico em crianças menores de 18 meses (infecção congênita).

Os resultados não reagentes (negativos para o HIV) são liberados com apenas um teste de triagem (ELISA ou TR), sendo importante ressaltar que, em casos suspeitos de HIV, deve-se repetir o teste em 30 dias. Os resultados reagentes (positivos para o HIV) em um primeiro teste de triagem, por sua vez, serão confirmados por outros dois testes (triagem + confirmatório), devendo esse indivíduo recém-diagnosticado realizar a quantificação de carga viral, o que acaba por ratificar a presença de infecção (BRASIL, 2014b; 2014c).

A nomenclatura Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, ou Aids, é a tradução da expressão *Acquired Immunodeficiency Syndrome* da língua inglesa. Essa é a terminologia usada para designar o enfraquecimento do sistema de defesa do corpo e aparecimento de doenças oportunistas, uma vez que o HIV atinge e ataca os linfócitos T CD4+. Alterando o DNA dessa célula, o HIV faz cópias de si mesmo, o que torna o organismo ainda mais vulnerável a diversas doenças (BRASIL, 2016a).

As medidas de prevenção para evitar o HIV/Aids e outras ISTs são apontadas por vários autores e foram organizadas no QUADRO 1, apresentado a seguir.

QUADRO 1 - MEDIDAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS

POPULAÇÃO ALVO	AÇÃO	RESPONSABILIDADE
Toda a população, sem distinção de idade, classe social, gênero, orientação sexual e etnia (BRASIL, 2014c).	Esclarecer sobre a doença de forma clara e objetiva, direta e contínua, sobre as formas de transmissão e prevenção de contaminação. (BRASIL, 2014c; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).	Estado
Toda a população, em especial para adolescentes e jovens com vida sexual ativa ou prestes a ingressarem nela.	Explicar sistematicamente, em todos os meios de comunicação possíveis, a necessidade do uso de preservativo em todas as relações sexuais. (SAID; SEIDL, 2015; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003)	Estado
Estabelecer mecanismos de comunicação em massa – aplicativos, redes sociais e mídia (UNAIDS, 2016a).	Toda a população, sem distinção de idade, classe social, gênero, orientação sexual e etnia (BRASIL, 2014c).	Estado
Garantir igualdade de acesso a programas de prevenção, com medidas de qualidade e custo-efetivas (UNAIDS, 2016a).	Toda a população, sem distinção de idade, classe social, gênero, orientação sexual e etnia (BRASIL, 2014c).	Estado
Indivíduos com comportamento de risco ¹⁷	Oferecer testagem para a identificação do vírus. (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003)	Estado; Profissionais de saúde
Usuários de drogas endovenosas	Informar e indicar medidas de prevenção concretas. (SAID; SEIDL, 2015; BRASIL, 2014c; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).	Estado; Profissionais de Saúde
Estabelecimentos de saúde e trabalhadores de saúde	Elaborar informes técnicos, prover os equipamentos de proteção individual, assim como materiais necessários para os descartes adequados dos materiais perfurocortantes. (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).	Estado
Orientar descarte adequado de materiais perfurocortantes conforme normas vigentes. (BRASIL, 2006d)	Estabelecimentos de saúde e trabalhadores de saúde.	Vigilância em saúde; Atenção à saúde; Profissionais de saúde
Profissionais de saúde responsáveis pelos serviços de vigilância	Manter controle sobre hemoderivados com ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e bancos de sangue. (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).	Vigilância em saúde
Recomendar profilaxia antirretroviral (PEP).	Vítimas de violência sexual, com penetração vaginal ou anal, nas primeiras 72 horas e/ou todas que se enquadrem nos critérios ¹⁸ para avaliação de risco ao HIV. (SAID; SEIDL, 2015; BRASIL, 2014c; ABIA, 2011; UNAIDS, 2016a).	Atenção à saúde; Profissionais de saúde;

FONTE: A autora (2018)

¹⁷ Comportamento de risco: relação sexual (homo ou heterossexual) com pessoa infectada sem o uso de preservativos; compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente no uso de drogas injetáveis; reutilização de objetos perfurocortantes com presença de sangue ou fluidos contaminados pelo HIV. (BRASIL, 2016a).

¹⁸ Critérios para PEP – tipo de material biológico, tipo de exposição, tempo entre exposição e atendimento, condição sorológica da pessoa exposta e da pessoa-fonte. (BRASIL, 2015b).

Na perspectiva de avançar no controle da epidemia de HIV/Aids, em 2011, o Brasil, Estado Membro da Organização das Nações Unidas (ONU), aderiu à Declaração Política sobre HIV/Aids, que naquele momento tinha como objetivos: ampliar esforços para mitigar a transmissão sexual, reduzir à metade as infecções em UDI, intensificar iniciativas para eliminar novas infecções em crianças, disponibilizar tratamento para 15 milhões de pessoas, aumentar os investimentos em países de renda baixa e média de 22 bilhões para 24 bilhões de dólares, destacando a importância de estratégias de prevenção mais adequadas para as populações-chave e solicitando que todos os membros duplicassem seus esforços para oferecer acesso universal à prevenção, diagnóstico, tratamento, atenção e apoiar as PVHAs até o ano de 2015, além de comprometerem-se em eliminar as desigualdades, os abusos e as violências baseadas em gênero, bem como melhorar a capacidade de mulheres e jovens para se protegerem da infecção pelo HIV (UNICEF, [201-]).

Na Declaração Política sobre HIV/Aids, de 2016, estabeleceu-se a Meta 90-90-90¹⁹, que consiste em diagnosticar 90% das pessoas que vivem com o HIV; destes, 90% devem receber tratamento antirretroviral e 90% dos indivíduos em uso de TARV devem apresentar carga viral indetectável (UNAIDS, 2016b). A Meta 90-90-90 é ambiciosa – em qualquer contexto e para qualquer população. No entanto, são necessárias ações especialmente focadas para superar impedimentos à intensificação do tratamento, sobretudo em populações-chave – homens que fazem sexo com homens, trabalhadores do sexo, mulheres transgêneros, usuários de drogas injetáveis – que atualmente estão sendo deixadas para trás na resposta à Aids, por conta de políticas públicas excludentes e discriminatórias, o que muitas vezes acaba por dificultar o acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente o diagnóstico e o tratamento precoces (UNAIDS, 2015b; 2016a).

Ainda na mesma Declaração Política destacam-se os seguintes objetivos: reduzir novas infecções de HIV para menos de 500 mil a nível mundial até 2020; reduzir as mortes relacionadas com a Aids para menos de 500 mil a nível mundial até 2020; eliminar o estigma e a discriminação relacionados com o HIV até 2020, sendo seu principal objetivo o de eliminar o vírus no mundo até o ano de 2030, metas estas que já eram discutidos desde 2013,

¹⁹ Meta 90-90-90: foi proposta pela UNAIDS, com o intuito de eliminar o HIV/Aids na população mundial até 2030. O Brasil assumiu que cumprirá a meta por meio da Declaração de Paris. Em nosso país, 23 cidades, o Distrito Federal e o Estado do Rio Grande do Sul aderiram ao compromisso de cumprimento da meta. Estados e municípios não precisam aderir em conjunto, são independentes, a exemplo disso está a cidade de Curitiba, que assinou o acordo, embora o Estado do Paraná não o tenha feito. (UNAIDS, 2016b).

antes mesmo da Assembleia Geral da ONU na qual foram assumidos os compromissos pelos Estados-Membros. (UNAIDS, 2015b; 2016a).

A aposta na efetividade das metas 90-90-90 advém de modelos matemáticos que preveem que, se essas metas forem alcançadas até 2020, ao menos 73% de todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) apresentarão supressão viral e, portanto, terão chances mínimas de transmitirem o HIV para pessoas com sorologia negativa. Ainda segundo esses modelos matemáticos, é possível projetar para 2030 – a partir da ampla utilização da estratégia de testar e tratar – o fim dos níveis epidêmicos de HIV/aids no mundo (UNAIDS, 2015b).

Em consonância com as metas 90-90-90 do UNAIDS, e com o consenso global para a eliminação da epidemia de Aids em 2030, o Ministério da Saúde, por meio de seu Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais – DIAHV, vem se esforçando para o aprimoramento de suas ações programáticas, com vistas à aceleração e à qualificação da resposta brasileira. (BRASIL, 2016c, p.15)

Nesse contexto, o Brasil vem adotando desde 2013 a Prevenção Combinada, proposta pelo Programa das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), com intervenções que têm impacto relevante no que tange à prevenção da epidemia mundial, ampliando as formas de intervenção, a fim de evitar a infecção pelo HIV e conseqüentemente a Aids (OLIVEIRA, 2015; BRASIL, 2017b).

O Ministério da Saúde define Prevenção Combinada (FIGURA 6):

É uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus (BRASIL, 2017b, p.18)

FIGURA 6 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA PREVENÇÃO COMBINADA



FONTE: BRASIL (2017c, p.44).

A prevenção combinada divide-se em intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, que serão descritas a seguir.

- **Intervenções Biomédicas** – São aquelas que estão voltadas para a redução dos riscos dos indivíduos à exposição do HIV (BRASIL, 2017a).
 - **Preservativo masculino e feminino** – O ato de ofertar o preservativo pode facilitar o acesso e o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e a população, promovendo maior receptividade às ações de educação para a saúde. A transmissão sexual é a principal responsável pela maioria dos casos notificados de aids, e o preservativo (masculino/feminino), quando usado de maneira correta e sistemática, se constitui como principal insumo de prevenção, reduzindo o risco de transmissão do HIV e outras ISTs em até 95%. A disponibilização do preservativo feminino é de suma importância, pois vem ao encontro da necessidade de ampliar os insumos de prevenção para as mulheres, considerando a “feminilização” da epidemia de aids no país e as dificuldades existentes na negociação do uso do preservativo masculino com o parceiro. O preservativo feminino pode ser distribuído juntamente com o masculino, fortalecendo a ideia de corresponsabilidade no cuidado da saúde sexual e reprodutiva por parte de homens e mulheres. No entanto, é preciso sempre reforçar que os dois tipos de preservativos não devem ser utilizados ao mesmo

tempo, pois isso aumenta a possibilidade de rompimento pelo atrito. (ABIA, 2011; BRASIL, 2006b, grifo nosso)

- PEP – Trata-se do uso de terapia antirretroviral (TARV) após qualquer situação de risco²⁰. Consiste em prevenir a infecção após o contato com o HIV. É importante que o tratamento se inicie o mais rápido possível, em até 72 horas após a exposição à situação de risco. (ABIA, 2011; BRASIL, 2015b; 2016).
- PrEP – Indica a utilização de antirretrovirais aos indivíduos que têm sorologia negativa para o HIV, mas encontram-se com elevada vulnerabilidade à contaminação, entre os quais estariam os homossexuais, homens que fazem sexo com outros homens (HSHs), profissionais do sexo e pessoas trans, uma vez que esse tratamento reduz em 90% o risco de contaminação pelo HIV. Em 2012 o CDC recomendou o uso da medicação como prevenção do vírus da imunodeficiência humana, situação que levou a Organização Mundial de Saúde a autorizar os estudos nos outros países para avaliar a estratégia. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em parceria com outros órgãos governamentais, iniciou o estudo denominado PrEP Brasil em 2014, incluindo HSHs, travestis e mulheres trans, os resultados foram divulgados na 21ª Conferência Internacional de Aids, ocorrida em julho de 2017. A PrEP está em fase de implantação no SUS, e na primeira fase 22 cidades receberam o medicamento Truvada® para distribuição às populações-chave estipuladas pelo Protocolo de Manejo Clínico PrEP, entre as quais estão: gays e outros HSHs, profissionais do sexo, pessoas trans e parcerias sorodiscordantes para o HIV. (BRASIL, 2017h; PREP BRASIL, 2016).
- TTP ou TasP – Consiste no uso de medicamentos antirretrovirais, desde o momento do diagnóstico do vírus nos indivíduos, para que estes alcancem carga viral indetectável. A TARV, iniciada no Brasil em 1996, tem por objetivo diminuir a morbidade e mortalidade das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), melhorando a qualidade e a expectativa de vida, mediante reconstituição das funções do sistema imunológico e redução de doenças secundárias, tendo sido a TTP implantada no país no ano de 2013, no Protocolo

²⁰ Situações de risco: são condições em que os indivíduos podem ter sido expostos ao HIV, são classificadas em: exposição ocupacional (acidentes em profissionais da saúde com materiais perfurocortantes) e exposição não ocupacional/sexual (vítimas de violência sexual e/ou atividade sexual sem preservativo). (GRUPO DE INCENTIVO À VIDA (GIV), 2016; BRASIL, 2015b).

Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos (PCDT), já atualizado em 2017. (BRASIL, 2014a; 2014c; 2016a; 2017c).

- Imunização – Essencialmente aquelas que estejam relacionadas a outras ISTs, uma vez que tem correlação direta com maior probabilidade de infecção pelo HIV. Entre as recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) estão: hepatite B – que só confere imunidade após esquema completo de três doses, sendo indicada para todas as faixas etárias; HPV – indicada para meninos e meninas de 9 a 13 anos e pessoas vivendo com HIV (PVHIV), de 9 a 26 anos. (BRASIL, 2017b).
- Intervenções Comportamentais – São ações que contribuem para o aumento da informação e da percepção do risco²¹ de exposição ao HIV e para a sua consequente redução, mediante incentivos a mudanças de comportamento do indivíduo e da comunidade ou grupo social em que está inserido. São elas: incentivo ao uso de preservativos masculinos e femininos; aconselhamento sobre HIV/Aids e outras ISTs; incentivo à testagem; adesão às intervenções biomédicas; vinculação e retenção nos serviços de saúde; redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas; e estratégias de comunicação e educação entre pares. (BRASIL, 2017a; 2017b)
- Aconselhamento sobre HIV/Aids e outras ISTs – Compreende três pilares – apoio emocional, apoio educativo e avaliação de riscos, e consiste num processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário, no qual se pressupõe uma relação de confiança entre os interlocutores, com o intuito de proporcionar ao sujeito conhecimento e resgate de recursos internos, a fim de que este se entenda como protagonista de sua saúde, proporcionando, assim, redução do impacto do agravo na população, promoção à saúde e melhoria na qualidade dos serviços prestados pela unidade de saúde (SANTA CATARINA, 2013).

²¹ Percepção do risco – o Manual da Prevenção Combinada aponta, segundo Waldman (1998), a definição de risco como sendo a probabilidade de ocorrer uma doença, agravo, mas acrescenta que esse termo não encerra todas as possibilidades analíticas que surgem das várias especificidades da saúde coletiva, essencialmente no que tange ao HIV, o que o torna insuficiente para a construção de estratégias de prevenção, sendo inserido o conceito de vulnerabilidade (MANN, et al., 1993), que pode ser individual – fatores informacionais, cognitivos e comportamentais dos indivíduos; natureza social – aspectos culturais, políticos e morais, que são permeados por gênero, raça, geração; classe social e crenças religiosas; programática – qualidade das respostas institucionais ao HIV/Aids em uma sociedade; destacando ainda que os três planos da vulnerabilidade são inseparáveis, o que os diferencia dos conceitos de comportamentos e grupos de risco. (BRASIL, 2017b, p.19-20)

- Testagem regular para HIV – Detectar precocemente o vírus é de suma importância para o sucesso do tratamento da pessoa infectada. Mas para isso novas oportunidades de acesso ao teste devem ser criadas sem que haja mudança na qualidade do diagnóstico (ARAÚJO et al., 2014).
- Testagem para HIV no pré-natal – Consiste na realização de testagem para HIV durante a gestação, com o intuito de ampliar as chances de a gestante proteger a sua saúde e prevenir a transmissão de doenças para seu bebê, de a gestante ter um bebê saudável, iniciando a TARV precocemente, se diagnóstico positivo. As gestantes devem consentir ao teste, assim como receber aconselhamento pré e pós-teste. Em situações nas quais a parturiente não tenha realizado o teste durante o pré-natal, deve ser oferecido o teste rápido no momento do parto. (ARAÚJO et al., 2014; BRASIL, 2006b).
- Cuidado Contínuo às PVHAs – Processo colaborativo entre equipe de saúde e indivíduo, para facilitar a adesão ao tratamento e ao reconhecimento das necessidades das PVHAs. Composta por quatro elementos fundamentais: vinculação – abrange acolhimento, orientação, direcionamento e encaminhamento de uma pessoa recém-diagnosticada com HIV; retenção – processo de acompanhamento clínico às PVHAs, garantindo-lhes acesso a consultas, exames e TARV; adesão – é a utilização correta da TARV; revinculação – reestabelecimento de vínculo do serviço de saúde com as PVHAs que tiveram seu cuidado interrompido. (BRASIL, 2017b).
- Redução de danos – É o conjunto de ações que visam diminuir os prejuízos biológicos, econômicos e sociais trazidos pelo uso e abuso de drogas, sem necessariamente implicar no abandono do consumo, considerando que, naquele momento, algumas pessoas não querem ou não conseguem parar de usar drogas. Como pressuposto básico para a intervenção, a redução de danos aponta a importância de disponibilizar informação e orientação sobre os riscos de transmissão, assim como fornecer insumos de redução de danos e prevenção, tais como seringas e agulhas, preservativos e gel lubrificante, e orientá-las ao não compartilhamento de agulhas. Além disso, devem-se vincular os usuários de drogas às unidades que promovem atividades de promoção à saúde. (BRASIL, 2006b; 2014c; 2015b).

- Tratar outras ISTs – No diagnóstico de uma IST, deve-se pensar que o indivíduo possa ter se exposto também ao HIV, ou a outra IST, pelo não uso do preservativo. Além disso, a ocorrência de infecção sexualmente transmissível é facilitadora para infecção pelo HIV, aumentando em até 18 vezes o risco de infecção pelo HIV, caso haja relação sexual desprotegida com uma pessoa portadora. Por outro lado, a presença de uma IST em pessoa infectada pelo HIV aumenta o grau de transmissibilidade desse vírus para outra pessoa. (BRASIL, 2006b; 2007).
- Intervenções Estruturais – Remete a fatores e características sociais, culturais, políticas e econômicas que criam ou potencializam vulnerabilidades de determinadas pessoas ou segmentos sociais, envolvendo preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana (BRASIL, 2017a; 2017b).
 - Reconhecimento das populações-chave e populações prioritárias para o HIV – Estas populações específicas apresentam diferenças nos modos como são afetadas pelo HIV, o que levou o MS a priorizar os esforços para a prevenção do agravo, são elas: populações-chave – trabalhadores do sexo, pessoas privadas de liberdade, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas transexuais, gays e HSHs; populações prioritárias – jovens, indígenas, pessoas em situação de rua e negros (BRASIL, 2017b).
 - Diminuição das desigualdades sociais – A prevenção da epidemia de HIV/Aids deve estar articulada a políticas de enfrentamento das desigualdades socioeconômicas, que garantam acesso a trabalho, renda, moradia e educação, alimentação, saneamento básico, acesso aos serviços de saúde e lazer, diminuindo assim as vulnerabilidades da população em geral (BRASIL, 2017b).
 - Estabelecimento de normas e marcos legais – Possibilita uma atuação mais focada do Estado brasileiro na proteção dos direitos das pessoas afetadas pelo HIV/aids, de forma a atuar mais eficientemente na promoção dos direitos dos grupos mais vulneráveis ao agravo, coibindo casos específicos de violação dos direitos e garantias fundamentais inerentes a todas as pessoas (BRASIL, 2017b).
 - Protagonismo e empoderamento – As ações de fomento à participação ativa dos segmentos mais afetados pela epidemia na discussão e planejamento de estratégias na resposta ao HIV (BRASIL, 2017b).

- Acesso à informação – Parte do pressuposto de que uma parcela considerável dos preconceitos e discriminações que estigmatizam e vulnerabilizam alguns segmentos sociais específicos em relação ao HIV têm origem no desconhecimento e na falta de informações (BRASIL, 2017b). O que pode ser verificado em estudo realizado por Shah e cols. (2014), que demonstrou que o conhecimento acerca do HIV/Aids diminuiu o estigma e o preconceito no atendimento às PVHAs.
- Fortalecimento da estrutura do SUS – Estratégias que fortaleçam os princípios do SUS, essencialmente na equidade de atenção às populações-chave e prioritárias, reconhecendo suas necessidades específicas (BRASIL, 2017b).

Segundo Gunther (2015), é impossível falar de HIV/Aids sem falar de discriminação, preconceito e estigma, tão presentes na vida das PVHAs e que segundo UNAIDS (2015b) constituem barreiras para o conhecimento do estado sorológico, interferindo significativamente no seu acesso equitativo aos serviços de saúde, o que muitas vezes leva a desfechos inferiores aos preconizados, essencialmente nas populações-chave.

A discriminação consiste em distinguir, diferenciar, segregar ou não aceitar pessoas ou grupos por conta da raça/etnia, religião, classe social, gênero ou opção sexual (TREVISAN, 2015). Em estudo realizado por Garbin e cols. (2009), 49,3% dos entrevistados relataram sofrer discriminação por conta do seu estado sorológico ao procurar algum profissional de saúde e ainda que 85% sofreram esta discriminação em serviço público de saúde, o que para os autores aponta a necessidade de estimular a disseminação de informações sobre o agravo, buscando assegurar o atendimento digno e de qualidade às PVHAs.

A definição de preconceito é: atitude emocionalmente condicionada, baseada em crença, opinião ou generalização, determinando simpatia ou antipatia para com indivíduos ou grupos; atitude discriminatória, manifestação hostil ou desprezo, intolerância, quer sejam estes por classe social, raça/etnia, religião, opção sexual ou gênero (TREVISAN, 2015).

Por estigma entende-se: marca ou cicatriz; aquilo que é considerado vergonhoso ou desonroso (TREVISAN, 2015). Para Villela e Monteiro (2015), o estigma atua com maior ou menor eficácia nas interações sociais, a depender da intensidade da produção de desigualdade, especificamente no HIV, compromete o exercício de relações humanas mais justas, igualitárias e saudáveis.

Nesse contexto e conforme Jonathan Mann²² (1996) apud Herek (2002):

O estigma e a discriminação são os inimigos da saúde pública, não só porque infligem sofrimento às pessoas com HIV e prejudicam os esforços para prevenir a disseminação do HIV, mas também porque aumentam a vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre indivíduos e grupos. (HEREK, 2002, p.604).

É nesse cenário que a enfermagem se insere, categoria profissional que está envolvida com o acolhimento, a vinculação e os cuidados dos usuários nos serviços de saúde, responsável ainda pelo processo de reconhecimento do território no SUS, sendo o enfermeiro o coordenador da equipe de enfermagem e em algumas vezes do serviço, tem papel essencial no atendimento às PVHAs, uma vez que segundo Wegener et al. (2015) é esse profissional que tem uma posição central e papel importante no aconselhamento às PVHAs.

Fernandes et al. (2015), apontam que o sucesso na adesão ao tratamento das PVHAs, está relacionado ao acolhimento do enfermeiro com empatia, escuta ativa, comprometimento e conhecimento técnico e científico, Sales e cols. (2017) complementam que é na consulta de enfermagem que pode haver o diálogo, o esclarecimento de dúvidas, sendo esse um momento oportuno para trocas de saberes, orientação e aconselhamento, assim como estabelecimento do vínculo com o usuário.

2.3 EPIDEMIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA E A SAÚDE COLETIVA

Estudiosos afirmam que a epidemiologia é uma ciência aplicada, de complexidade crescente, o que não permite definição única e precisa como campo científico (ALMEIDA FILHO, ROUQUAYROL, 2006; ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2016), é definida como:

O estudo da distribuição e determinantes de estados ou eventos (incluindo a doença) relacionados com a saúde, e da aplicação do presente estudo para o controle de doenças e outros problemas de saúde. (WHO, 2016, não p.)

²² MANN, J. Preface. **The Impact of Homophobia and Other Social Biases on AIDS**. San Francisco: Public Media Center, 1996.

Almeida Filho e Rouquayrol (2006) definem-na como:

Ciência que estuda o processo saúde-enfermidade na sociedade, analisando a distribuição populacional e fatores determinantes do risco de doenças, agravos e eventos associados à saúde, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de enfermidades, danos ou problemas de saúde e de proteção, promoção ou recuperação da saúde individual ou coletiva, produzindo informação e conhecimento para apoiar a tomada de decisão no planejamento, administração e avaliação de sistemas, programas, serviços e ações de saúde. (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2006, p.4)

Ressalta-se que o objetivo geral da ciência da epidemiologia é o de reverter as condições indesejáveis de saúde da população, tendo como seus principais pressupostos: estudo e conhecimento dos determinantes do processo saúde-doença; análise das situações de saúde; fornecimento de subsídios para o planejamento e organização dos serviços de saúde; avaliação das tecnologias e processos no campo da saúde, sejam esses preventivos ou terapêuticos; e, ainda, os seus impactos na saúde da população (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006; BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010; ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

É importante ressaltar que, para além dessas definições de epidemiologia, existe uma epidemiologia contra-hegemônica, a epidemiologia crítica, que visa superar a corrente filosófica do positivismo empregando o materialismo histórico-dialético para o reconhecimento da realidade de saúde, e que, segundo Breilh (2006, p. 21), “vai em busca de uma nova visão da ciência, do que é conhecimento concreto e do que é uma intervenção eficaz; não quer apenas um novo arranjo para velhas ideias”.

Em muitos lugares e instituições, a epidemiologia clássica é reinventada de inúmeras formas, o que acaba por dificultar o processo de aproximação dos epidemiologistas com a sua gente, com o seu objeto de estudo, por isso torna-se urgente trabalhar, autocrítica e criticamente, uma nova epidemiologia, a epidemiologia crítica (BREILH, 2010).

Nesse raciocínio, a epidemiologia é definida como:

Um conjunto de conceitos, métodos e formas de atuação prática que se aplicam ao conhecimento e transformação do processo saúde-doença em sua dimensão coletiva e social (BREILH, 1991, p.40).

Segundo Breilh (2013a)

É importante destacar que a epidemiologia crítica, embora tenha sido forjada em ambientes acadêmicos, teve como motivo de inspiração a luta de nossos povos para superar um regime social centrado na acumulação de riqueza e não nas preocupações burocráticas da chamada governança (BREILH, 2013a, p.14, tradução nossa).

As categorias centrais da epidemiologia crítica são: determinação social do processo saúde-doença, reprodução social e metabolismo sociedade-natureza, formando o eixo teórico para ruptura do paradigma dominante (BREILH, 2013a, tradução nossa).

Este paradigma dominante, o positivismo, se baseia em procedimentos com abordagem probabilística, ligada ao formalismo quantitativo (BREILH, 2008), e ainda na crença cega de que a ciência é única forma de saber possível, mostrando-se, assim, reducionista, uma vez que a ciência não é a única interpretação válida do real (ARANHA; MARTINS, 2016), centrando-se na concepção biologicista, sem a necessária interface com as ciências sociais (SOUZA et al., 2008).

Breilh (2006) expõe os nexos ideológicos que fundamentam a concepção hegemônica da Epidemiologia:

[...] existe uma resistência ao movimento, à ideia de processo, enquanto persiste e é recriada de mil maneiras a tendência a buscar isolar ‘fatores de adoecimento’, geralmente conhecidos como ‘fatores causais’. E essa não é uma operação gratuita nem ingênua, mas uma expressão filosófica que ratifica a ideia positivista de um mundo fragmentado[...] Assim, quando se deseja ‘conectar’ esse fenômeno ou fator causal com outro fenômeno, o que se faz é ver se eles estão associados ou não. [...] e consegue produzir dois efeitos cognitivos: fracionar e desvincular, ou vincular com fenômenos isolados, e nunca fazer uma integração em processos generativos dos modos de vida e das relações sociais [...] (BREILH, 2006, p.83, grifos do autor).

Entretanto, o paradigma da determinação social trabalha as raízes da injustiça e os vínculos desses processos, que são a base do sistema capitalista e de acumulação (BREILH, 2013b, p.19, tradução nossa).

A categoria da determinação social do processo saúde-doença, “que é o problema central para a medicina social e saúde coletiva latino-americana (MS e SCL), sendo motivo de reflexão há várias décadas, não somente no saber científico, mas com vínculo nos movimentos e resistências populares em defesa da saúde” (ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL (ALAMES), 2008, p.4, tradução nossa).

É importante ressaltar que determinação social do processo saúde-doença é diferente de determinantes sociais em saúde.²³ Ambos reconhecem que há uma articulação complexa e múltipla entre os processos sociais, os processos biopsíquico e as coletividades humanas, sendo assim, tanto um como o outro afirmam que os padrões sociais macro têm correlação com os padrões de saúde e doença, bem como entendem que esses processos não são mecânicos, únicos e lineares e ocorrem em distintos níveis, mas sem dúvidas faz-se necessário apontar as principais diferenças entre esses conceitos, que são (ALAMES, 2008, p.3-13):

- Construção teórica – Que se estabelece em uma articulação entre a crítica sobre o que a sociedade é, as formas em que produzem ou anulam a saúde. A determinação social está construída no que é inerente à sociedade capitalista (formas de propriedade – poder e divisão do trabalho; formas de produção e reprodução – classes sociais, gêneros e etnias; formas de patriarcado²⁴), as formas como a sociedade capitalista se nutre das inequidades²⁵ e produz diferentes padrões de saúde, doença e atenção; as formas como os indivíduos e as coletividades criam um conjunto de sentidos e significados para a saúde e a vida, dando abrangência à coletividade e ao caráter histórico-social do processo saúde-doença, não colocando em foco discussões de dados epidemiológicos individuais (ALAMES, 2008; ROCHA; DAVID, 2015).
- Vinculada à anterior, está a segunda diferença, a MS e SCL atribuem maior peso às grandes forças sociais na transformação das condições de vida, como parte dos processos de geração de uma contra-hegemonia das classes subordinadas frente ao poder econômico, ideológico e político das classes dominantes, apontando para uma perspectiva que valorize os processos estruturantes das condições de vida social (ALAMES, 2008; NOGUEIRA, 2009).

²³ “Determinantes sociais em saúde têm sua origem na medicina social europeia e são as condições sociais e econômicas, essas advindas do modo de produção, que determinaram a saúde dos indivíduos, [...] relacionam-se ainda com a quantidade e a qualidade de uma variedade de recursos que uma sociedade torna disponível aos seus membros [...]” (RAPHAEL, 2004, p.1, tradução nossa).

²⁴ Patriarcado: “tipo de organização social que se caracteriza pela sucessão patrilinear, pela autoridade paterna e pela subordinação das mulheres e dos filhos” (TREVISAN, 2015).

²⁵ Trata-se de um anglicismo do autor, uma vez que em castelhano existe apenas *iniquidad*, que tem o mesmo sentido de injustiça/desigualdades. A palavra inequidade (*inequidad*) deriva de *inequity*, que é a falta de equidade, ou seja, é característica inerente a uma sociedade que impede o bem comum e instaura a inviabilidade de uma distribuição humana que outorgue a cada um usufruir de bens que o atendam conforme sua necessidade (BREILH, 2006, p.210-211, grifo nosso).

Para entender tal processo, conforme refere Breilh (2006), tomam-se como categorias centrais, nas discussões as relações de gênero, as diferenças étnicas e a constituição das classes sociais em uma determinada sociedade em um espaço e tempo delimitados.

Uma reflexão que considera a historicidade e dinamicidade dos fenômenos para elaborar um pensamento crítico e, assim, propor intervenções que objetivem transformar as realidades indesejáveis de saúde, seja para o indivíduo ou o coletivo, e que tem quatro possíveis categorias analíticas: a ordem – concepção acerca do que move o objeto, a ordem social e suas relações de hierarquia; caráter do movimento – gênese, reprodução; temporalidade – historicidade; espaço social – espaço da determinação, a espacialidade do objeto e suas conexões históricas (BREILH, 2013a, tradução nossa).

Não obstante, é preciso acrescentar:

Que a noção de determinação social da saúde, como qualquer ideia de ruptura, não é o produto isolado das elucubrações pessoais, mas a expressão do pensamento crítico que assumiu o movimento da medicina social latino-americana (agora mais conhecido como saúde coletiva); cuja preocupações mobilizaram grupos para o desenvolvimento de novas ferramentas analíticas como forma de superar o causalismo, na medida em que se refere à produção ou gênese da saúde (BREILH, 2013, p.14, tradução nossa.)

Nesse contexto, a saúde coletiva surgiu para se opor ao modelo de assistência positivista, para tal toma como referencial filosófico o Materialismo Histórico e Dialético (MHD). Consolidando-se como campo de conhecimento, uma vez que procura reconhecer as reais necessidades de saúde, na busca de explicações para os adoecimentos, e então propor ações radicais para alcançar mudanças no estado de saúde, ações essas em favor da luta popular, para que os cidadãos despertem um senso crítico para cobrar providências e estratégias por parte do Estado (BREILH, 1990; EGRY, 1996).

Na saúde coletiva, saúde e doença estão inexoravelmente articuladas, vistas como reflexo da forma histórica com que os grupos sociais se inserem e se reproduzem na sociedade, para tanto a determinação social do processo saúde e doença é a teoria que interpreta estes fenômenos, mostrando uma forma dialética neste processo (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Diante disso, entende-se que é preciso reconhecer a determinação social do processo saúde-doença a partir de um referencial teórico e metodológico que permita discutir as relações de poder e de produção de uma sociedade capitalista, não enfocando somente a

distribuição de indivíduos por classe social, mas sim como essa distribuição de pessoas é construída e constituída.

2.3.1 Sistema Único de Saúde e o Território

“O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma proposta generosa de política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988” (MENDES, 2011, p.17), exibindo ainda “inúmeras conquistas no campo da saúde pública, a começar pelas vitoriosas campanhas nacionais de vacinação e por êxitos de alcance mundial na batalha contra a Aids” (POMAR, 2013, p.48).

A implantação do SUS ocorreu por meio da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, na qual são apontados os seus princípios e diretrizes, e ainda pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação popular e a transferência de recursos financeiros (BRASIL, 1990a; 1990b).

Conforme manual do Ministério da Saúde (1990c), são princípios doutrinários do SUS:

- Universalidade: garantia de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990a);
- Integralidade: conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a);
- Igualdade: igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990a).

O referido manual aponta ainda os princípios organizativos do SUS (BRASIL, 1990c):

- Resolubilidade: capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990a);
- Participação popular: garantia constitucional de que a população participe da formulação e da execução das políticas públicas, em todos os níveis. (BRASIL, 1990c);
- Descentralização: político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, entendida como uma redistribuição de responsabilidades. (BRASIL, 1990a; 1990c);

- Regionalização e hierarquização: Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida (BRASIL, 1990a).

Entende-se que a saúde não está acessível a todos em caráter universal no SUS devido à falta de acesso ao sistema. Sendo assim, mesmo com a organização dos serviços, o acesso depende da existência destes nos territórios, assim surge a implantação da descentralização da saúde, na tentativa de levar os serviços aos territórios, tornando o sistema acessível (FARIA, 2013).

Especificamente no que diz respeito ao princípio organizativo da regionalização e hierarquização é que se inserem o reconhecimento e caracterização do território, que em 2006 acaba por ganhar força por meio dos Pactos pela Saúde, em especial no Pacto de Gestão, reestabelecendo as diretrizes da regionalização, instituindo o Plano Diretor de Regionalização, configurando assim as macrorregionais e microrregionais, assim como os municípios sede e polo (BRASIL, 2006e).

O termo “território” origina-se do latim *territorium*, que deriva de “terra”, em outra interpretação pode significar uma porção delimitada da superfície terrestre. Por extensão, se pode também dizer que, para aqueles que têm o privilégio de usufruí-lo, o território inspira a identificação e a efetiva apropriação (GONDIM; MONKEN, 2009). Santos e Rigotto (2010) acreditam que o termo “território” vai além da dimensão conceitual e do ponto de vista geográfico, na tentativa de responder à problemática de relação entre a sociedade e o seu espaço, logo se deve levar em consideração o modo de vida das pessoas, sua dinâmica social, seu modo de vida e saúde, analisando-as nesse processo dinâmico e ininterrupto que produz os territórios.

Na concepção de que o território é o espaço onde ocorre a interação dos indivíduos com o processo saúde e doença, é importante conhecer este território assim como os aspectos com ele envolvidos, como, por exemplo, os indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais que demonstram as condições de vida das pessoas nestes espaços (GONDIM et al., 2008). E ainda, conforme Faria (2013), entender que os motivos do estabelecimento de um território podem variar de compreensão e organização até mesmo à expressão de poder; ou seja, os territórios não são oficializados e/ou definidos pela simples presença de rios ou rodovias, há variáveis infundas da relação humana. Se pode dizer que a formação do território é algo externo ao próprio território, influenciando e sendo influenciada pelas configurações

econômicas, políticas e sociais, não sendo somente sinônimo de espaço humano de habitação e que age e reage segundo lógicas distantes ou globalizadas. (FARIA, 2013).

Para Borde e Torres-Tovar (2017, tradução nossa) o território não é apenas um ambiente caracterizado pela sua geografia física, é um cenário construído a partir de relações históricas, sociais, culturais, econômicas, políticas e ambientais, onde saúde e doença, vida e morte pulsam expressando as contradições e conflitos resultantes das relações de poder entre hegemônico e subalternos.

Breilh (2006) acrescenta que o território conecta a saúde e a vida, assim com a doença e a morte, e é nele que ocorrem os processos de produção (condições de trabalho e educação) e reprodução social (local de moradia, acesso a serviços, saneamento), sendo esses a base da determinação social.

Segundo Ocké-Reis (2012, p.11), no Brasil, a luta política por melhores condições de saúde e de assistência médica em todos os níveis de atenção é vital, exigindo uma consciência profunda acerca da determinação social das doenças, desafiando o Estado a transformar a realidade epidemiológica e as instituições de saúde. Pensamento esse que acaba por contribuir com o exposto por Breilh (2006, p.202-203), afirmando que a epidemiologia tem de abordar o território com outro olhar, resgatando a dimensão histórica, que não é a simples sucessão de imagens em vários tempos. Afastando-se da ideia de fator, em prol da ideia de processos, e entendendo que esses adquirem projeção distinta na saúde conforme as relações sociais que se desenrolam.

Para tanto, a transformação das realidades indesejáveis em saúde pressupõe uma caracterização da realidade vivenciada em cada território, uma vez que suas características são indissociáveis das dinâmicas e características da epidemia de HIV/Aids (BRASIL, 2017b).

Gondim (2008) corrobora ao colocar que o reconhecimento do território é um passo básico para não só caracterizar a população, mas também os problemas de saúde, avaliando assim os impactos dos serviços sob os níveis de saúde dessa população.

Entender o território dá subsídios para o planejamento das ações de saúde a partir do momento em que se reconhecem as necessidades em saúde da população, uma vez que, conforme salientam Santos e Rigotto (2010), a apreensão e compreensão do território permitem analisar o impacto das ações de saúde sobre os níveis de saúde da população e o planejamento de ações a partir do cenário real da vida da população.

Embora seja discutido por inúmeros autores e contemplado em uma das diretrizes do SUS, muitos profissionais ainda o entendem como mera divisão geográfica das atividades de

trabalho, não associando à sua real utilização, que é a de entendimento das condições de vida, relações de poder, conflitos e potencialidades que influenciam e sofrem influência do processo saúde-doença, e, conforme apontam Ximenes Neto e Sampaio (2008), isso é um nó crítico para as equipes de saúde organizarem seu processo de trabalho com base no território. E reforçam ainda que, para gerenciar um território, são necessários profissionais que tenham a sensibilidade de compreender os processos sociais, políticos culturais, epidemiológicos e ecológicos.

Chaves e cols. (2014) afirmam que, no trabalho dos profissionais de saúde, o território deve ser entendido como um dos referenciais estratégicos, concebendo-o como espaço contraditório, ou seja, o território é determinante da vida naquele espaço geográfico, enquanto é determinado pelos que nele moram e/ou transitam.

Conhecer o território é uma ferramenta indispensável para desenvolver um trabalho baseado nas potencialidades e dificuldades que interferem no processo de trabalho e planejamento de ações eficazes na atenção primária à saúde (MÔRA et al., 2013. p.4).

Ao mesmo tempo que compreender a linha que une o passado ao presente permite aceder às potencialidades, tradições, culturas, valores e hábitos, e também aos possíveis conflitos de poder, de uso e ocupação do solo, culturais, étnicos e ambientais, informações essenciais para a atenção à saúde (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Para a identificação das necessidades em saúde (FIGURA 7), o território deve ser compreendido como um processo, estabelecendo ações de saúde que busquem reverter, por meio da investigação e da ação, a determinação dos índices de saúde ali expressos e, conseqüentemente, suplantar a listagem de agravos prevalentes e evidenciáveis. O que implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, políticos-culturais, epidemiológicos e sanitários para então abordar e contemplar a compreensão das vulnerabilidades, assim como a caracterização descritiva e analítica sobre a história de ocupação de determinado espaço urbano, da constituição de sua população e da determinação dos problemas de saúde, considerando também como a comunidade percebe estes problemas e como acredita que eles devem ser enfrentados, pois é a partir dessa exploração sobre a realidade que a equipe multiprofissional poderá planejar as intervenções desenvolvidas (MONKEN; BARCELLOS, 2005; FARIA; BORTOLOZZI, 2009; GONDIM et al., 2008; SANTOS; RIGOTTO, 2010).

FIGURA 7 - COMPREENSÃO DO TERRITÓRIO PARA AÇÃO EM SAÚDE



FONTE: CHAVES et al. (2014, p.29)

Para Milton Santos (1999):

O território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas; o território tem que ser entendido como o *território usado*, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. O território em si não é uma categoria de análise em disciplinas históricas, como a geografia. É o território usado que é a categoria de análise. (SANTOS, 1999, p.8, grifo do autor)

Sendo assim, a saúde coletiva precisa considerar o território como uma categoria central, uma vez que a aproximação entre território e saúde ultrapassa a mera distribuição espacial e características ambientais, pois é na dinâmica deste que os processos de proteção e desgaste²⁶ ocorrem, influenciando a população e os perfis epidemiológicos (SAMAJA, 2003, tradução nossa; BREILH, 2006; BORDE; TORRES-TOVAR, 2017, tradução nossa)

É fato que ainda, em muitas equipes de atenção primária à saúde, várias são as dificuldades para estabelecer critérios e organizar seus processos de trabalho baseados no território, mas segundo Borde e Torres-Tovar (2017, tradução nossa) há uma necessidade de apropriar-se do território como categoria essencial para compreender e explicar a dinâmica da vida e da saúde. Para isso é indispensável a articulação com outros saberes e ainda com a práxis da comunidade, concebendo o território como integral, garantindo assim o princípio da integralidade à sua população adscrita.

²⁶ Processos de proteção e desgaste: Entende-se por processo de proteção aquele que se torna benéfico, se convertendo em favorecedor das defesas e suportes, estimulando a direcionalidade favorável à vida humana, enquanto que processo de desgaste é aquele que se torna destrutivo e provoca privação ou deterioração da vida humana. Um processo pode ser protetor ou destrutivo, conforme as condições econômica, social, cultural e histórica em que se encontra a coletividade, grupo, família ou o indivíduo (BREILH, 2006, p.203).

3 MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo discorre-se acerca da organização metodológica empregada nesta pesquisa.

3.1 DESENHO DA PESQUISA

Estudo retrospectivo do tipo ecológico, sob a ótica da epidemiologia crítica.

O estudo ecológico é aquele em que as “unidades de análise são populações ao invés de indivíduos” (PORTA et al., 2014, p. 89) e no qual a pesquisa “possui área geográfica ou população bem delimitada” (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013, p.166).

Quanto à direcionalidade temporal, o estudo será retrospectivo, no qual as seleções dos indivíduos baseiam-se no passado, com a seleção e classificação destes no presente, porém com início e fim do acompanhamento no passado, antes mesmo da pesquisa (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013, p.170). E, ainda, é aquele que decorre da constatação de que o desenvolvimento da pesquisa e a evolução dos fatos que a motivaram decorrem em tempos históricos diversos (LILIENFELD²⁷, 1976 apud ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013, p.170).

Na ótica da epidemiologia crítica, pois, segundo Breilh (2006), um estudo epidemiológico deve entender que o espaço urbano de saúde não é como um lugar estático, continental e passivo, mas um espaço complexo e de movimento criativo, sob o qual deve-se olhar e resgatar as dimensões temporal e histórica. No presente estudo este referencial é a base teórica e metodológica para compreender e discutir o objeto delimitado para a pesquisa

3.2 COLETA DE DADOS

Nesta pesquisa, optou-se por analisar os dados de HIV/Aids da Segunda Regional de Saúde (2ª RS), após reuniões com a Divisão DST/Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Saúde do Paraná (DST/Aids/Hepatites Virais), ocorridas nos meses de abril e outubro de 2016. A decisão de se deveu aos argumentos de que a regional tem a maior densidade demográfica, é constituída por municípios considerados urbanos e, coincidentemente,

²⁷LILIENFELD, A. Foundations of epidemiology. New York: Oxford University Press, 1976.

composta pelos mesmos municípios da Região Metropolitana de Curitiba (RMC), a qual tem como município sede a capital do estado, além de contar com uma rede de serviços de saúde considerados referência para o setor saúde no Paraná (COORDENAÇÃO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA (COMEC), [201-]; PARANÁ, 2016).

A coleta dos dados secundários ocorreu em duas etapas. Na primeira etapa de coleta de dados buscaram-se informações disponíveis em *sites* públicos de organismos que possibilitaram a caracterização da historicidade e dinamicidade do modo de viver da população delimitada para o estudo, ou seja, moradora do território da Segunda Regional de Saúde. Foram selecionadas informações que permitissem caracterizar o modo de produção e reprodução social. Entre as instituições pesquisadas estão: o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES, o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba – IPPUC, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, o Ministério da Saúde – MS, a Federação das Indústrias do Estado do Paraná – FIEP e as Prefeituras Municipais.

Nessa primeira etapa foram coletados dados demográficos do Paraná e da 2ª RS, além de características do tipo de moradia (urbana ou rural); indicadores sociais (PIB, Índice de Gini e IDH-M); serviços de saúde (número de estabelecimentos; número de leitos hospitalares; serviços de atenção especializada as PVHAs); número de habitantes por raça; taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos e na faixa etária de interesse do estudo; renda (por município e por faixa de idade de 20-29 anos); condições de infraestrutura (água encanada; luz elétrica; tratamento de esgoto; coleta de lixo) para cada um dos 29 municípios que compõem a 2ª RS.

É relevante destacar que, nessa primeira etapa, procurou-se apresentar dados referentes ao ano de 2015, porém em algumas situações isto não foi possível, apontando-se então os dados disponíveis nas organizações pesquisadas, respeitando o período delimitado para o estudo.

Na segunda etapa foram coletadas as informações contidas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN Net), cujos dados são oriundos da Ficha de Notificação/Investigação HIV/Aids (FNI) (ANEXO 1). Esse banco de dados compõe um sistema de informação em saúde, sendo ele objeto de análise para a gestão pública em saúde, principalmente no que se refere ao planejamento de ações coletivas para o controle de agravos em um determinado território. As variáveis de interesse deste estudo são: sexo, idade,

município de moradia, raça/cor, escolaridade, zona de moradia (urbana, rural ou periurbana), ocupação, provável modo de transmissão (vertical; sexual – com homens, com mulheres ou bissexual; sanguínea – transfusão sanguínea, drogas injetáveis, acidente com material biológico), critério para caracterização de Aids (Caracas²⁸ ou CDC²⁹) quando couber e evolução do caso (vivo, óbito por Aids, óbito por outra causa).

3.2.1 Organização e categorização dos dados

As informações coletadas dos *sites* públicos, por seu turno, foram analisadas na perspectiva da epidemiologia crítica, no sentido de evidenciar a dinamicidade e historicidade do modo de viver dos indivíduos que moram nos municípios da 2ª RS do Paraná, uma vez que segundo Egry et al. (2017) a inserção no trabalho e o acesso aos bens e serviços no território, tais como habitação, transporte, saneamento, segurança, escola, entre outros, são definidores da maneira com que a população organiza a sua vida cotidiana, e, ainda, que essa forma de organização se concretiza no território.

Os dados coletados do SINAN Net foram organizados e categorizados por meio dos *softwares* TabWin[©] versão 4.1 e Microsoft Excel[©]2016, com os quais foi possível associar as variáveis dos casos notificados, e, assim, caracterizar a epidemia de HIV/Aids em adultos jovens na regional de saúde estudada.

3.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Amostra intencional, na qual foram incluídos na pesquisa todos os casos de HIV/Aids notificados pelo SINAN Net, no período entre 2007 e 2015, de indivíduos moradores de municípios da 2ª RS com idade entre 20 e 29 anos. Foram excluídos todos os indivíduos que tenham sido notificados pela 2ª RS, mas que não fossem moradores de municípios desta.

²⁸Critério Rio de Janeiro/Caracas: consiste na existência de dois testes de triagem reagentes ou um confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV + 10 pontos na escala de sinais, sintomas ou doenças. (BRASIL, 2004b)

²⁹Critério CDC adaptado: consiste na existência de dois testes de triagem reagentes + um teste confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV + diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de Aids + contagem de linfócitos T CD4+ <350 células/mm³. (BRASIL, 2004b)

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para a caracterização da 2ª RS, buscou-se contextualizá-la no Estado do Paraná, posteriormente foi feita uma descrição das características de cada um dos 29 municípios que a compõem, a fim de refletir criticamente sobre as condições de vida da população.

Os dados oriundos do SINAN Net foram analisados por meio do programa *Tabwin*® (tabulador para Windows – versão 4.1), com o qual se pode verificar o número de casos do agravo HIV/Aids, assim como os óbitos relacionados à síndrome. Esses dados foram exportados para arquivos do programa Microsoft Excel® 2016 e tabulados em planilha dinâmica, a fim de tratar, agrupar e comparar, para assim elencar as informações contidas no banco de dados.

A análise estatística deu-se de forma descritiva, com a utilização de número absoluto (n), frequência relativa (%), média, somatório (Σ), prevalência e razão de sexos, calculados na planilha dinâmica no Microsoft Excel® 2016. Este foi utilizado também para a confecção de gráficos e tabelas para apresentar essas informações.

Os dados organizados e categorizados foram analisados à luz da epidemiologia crítica, tomando como categoria central o modo de viver da população jovem no território da 2ª RS.

A pesquisa trabalhou com banco de dados fechado, no qual se tem as informações da FNI do HIV/Aids, documento com variáveis que limitam a avaliação do grupo conforme as categorias centrais da epidemiologia crítica – gênero, etnia e classe social, como, por exemplo: não se tem gênero, mas sim a classificação por sexo, assim como não contempla renda e dados de inserção social do sujeito, tampouco a etnia pode ser verificada, pois na ficha há o registro da raça autodeclarada.

Diante dessa limitação, o estudo tomou como categoria central para análise o modo de viver no território, categoria que, de acordo com Marandola Junior (2007), permite a compreensão das complexas relações de dependência, de distribuição e concentração de renda e riquezas, sendo importante destacar que, segundo Egry e colaboradoras:

Compreender o território, as formas organizativas que ali existem e a articulação destas com o Estado pressupõe olhar para a realidade para além dos dados quantificáveis, [...] que inicialmente ajudam a compreender as informações de variáveis [...]. Porém, para entender as relações que existem entre os indivíduos e os grupos que ali vivem é necessário ir além (EGRY et al., 2017, p.116).

Para definir os municípios os quais serão discutidos acerca da determinação social do HIV/Aids, um dos objetivos deste estudo, foram associados o maior número de casos, as maiores prevalências e os indicadores sociais dos respectivos municípios. E para este estudo definiu-se, como maior número de casos, valor maior ou igual a 50, a prevalência maior ou igual a 0,4%, somando casos de HIV e casos de Aids, considerando qualquer um dos valores para escolha dessas cidades.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para viabilizar os aspectos éticos nesta proposta de pesquisa, foram seguidos os parâmetros da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e as normas éticas da pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012a).

De acordo com essa Resolução, a proposta de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (SCS/UFPR), por meio da Plataforma Brasil, ao qual foi solicitada liberação da necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que a pesquisa não identificou ou realizou intervenções em seus participantes, bem como a coleta dos dados secundários foi realizada em bancos de dados públicos.

A proposta obteve aprovação no CEP SCS/UFPR em 29 de março de 2017, sob o Parecer nº 1.988.988 (ANEXO 2), sendo então encaminhado, via Plataforma Brasil, para o CEP do Hospital do Trabalhador/SESA, para análise de viabilidade e coparticipação da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, o qual aprovou sob o Parecer nº 2.035.675 (ANEXO 3) em 27 de abril de 2017.

Após aprovação para execução da pesquisa, solicitou-se, por meio de ofício, a preparação do banco de dados dos casos de HIV/Aids notificados no SINAN Net à Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais, a qual é subordinada à Divisão de Informações Epidemiológicas do Centro de Epidemiologia da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (ANEXO 4). Por fim, o banco de dados que foi utilizado no presente estudo nos foi entregue em 13 de junho, necessitando de ajustes e adequações nas extensões dos arquivos, permitindo-nos a utilização por completo a partir de 28 de junho de 2017.

3.5 CENÁRIO DA PESQUISA

No último censo demográfico, realizado em 2010, o Paraná possuía 10.444.526 habitantes, distribuídos em 399 municípios, perfazendo uma densidade demográfica de 52,40 hab./km². No referido levantamento, a população de adultos jovens, com idade entre 20-29 anos, no estado, era de 1.781.564 (IBGE, 2011). A população estimada para o Paraná, em 2015, era de 11.163.018 habitantes (IBGE, 2015³⁰).

No que tange à divisão para questões de saúde, o estado é dividido em quatro macrorregionais de saúde e subdividido em 22 regionais de saúde (RS), sendo estas descritas no QUADRO 2.

QUADRO 2 – ESTADO DO PARANÁ, CONFORME DISTRIBUIÇÃO DE MUNICÍPIOS EM MACRORREGIONAIS E REGIONAIS DE SAÚDE

MACRORREGIONAL	REGIONAL	Nº CIDADES / ABRANGÊNCIA
Leste	1ª ou Paranaguá	7
	2ª ou Curitiba	29
	3ª ou Ponta Grossa	12
	4ª ou Irati	9
	5ª ou Guarapuava	20
	6ª ou União da Vitória	9
	21ª ou Telêmaco Borba	7
Oeste	7ª ou Pato Branco	15
	8ª ou Francisco Beltrão	27
	9ª ou Foz do Iguaçu	9
	10ª ou Cascavel	25
	20ª ou Toledo	18
Noroeste	11ª ou Campo Mourão	25
	12ª ou Umuarama	21
	13ª ou Cianorte	11
	14ª ou Paranavaí	28
	15ª ou Maringá	30
Norte	16ª ou Apucarana	17
	17ª ou Londrina	21
	18ª ou Cornélio Procópio	21
	19ª ou Jacarezinho	22
	22ª ou Ivaiporã	16

FONTE: PARANÁ ([201-]a, não p.)

O processo de regionalização dos serviços de saúde no Paraná foi se desenvolvendo com base na organização política municipal, na oferta de serviços de saúde e nos polos regionais de desenvolvimento. A partir de 2013, com a organização das Redes de Atenção à Saúde, ocorreu a conformação das quatro macrorregionais: Leste, Oeste, Norte e Noroeste;

³⁰Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm>

constituídas a partir das referências dos serviços de média e alta complexidade existentes nas regiões de saúde e dos polos regionais de desenvolvimento econômico (PARANÁ, 2016).

A Segunda Regional de Saúde (2ª RS) ou Regional Curitiba compreende 29 municípios: Adrianópolis, Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Cerro Azul, Colombo, Contenda, Curitiba, Doutor Ulysses, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piên, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Quitandinha, Rio Branco do Sul, Rio Negro, São José dos Pinhais, Tijucas do Sul e Tunas do Paraná. Em 2010, essa regional apresentava população de 3.223.836 milhões de moradores e densidade demográfica média de 348,64 hab./km², sendo Curitiba o município polo da regional, a cidade que possuía a maior população e densidade demográfica, 1.751.907 moradores e 4127,04 hab./km², respectivamente (PARANÁ, 2016; IBGE, 2016b).

Os dados de caracterização da 2ª RS serão apresentados com maior profundidade no capítulo de resultados deste estudo, uma vez que, no capítulo referido, os dados epidemiológicos serão confrontados com os dados do território e o modo de viver neste espaço.

4 RESULTADOS

A seguir, serão apresentados dados sobre a caracterização do território, assim como o modo de viver neste espaço, e dados da caracterização dos casos de HIV/Aids, ambos subdivididos em Paraná e Região Metropolitana de Curitiba e/ou Segunda Regional de Saúde.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

Faz-se necessária a caracterização do Paraná e da 2ª RS, para demonstrar o contexto em que os municípios estão localizados, a fim de que seja possível entender a realidade para além da sua extensividade³¹, mas sim em sua intensividade³², ou seja, na dinâmica da vida do território no qual os indivíduos portadores de HIV/Aids estão inseridos.

4.1.1 Paraná

O Paraná é um dos 26 estados do Brasil e está situado na Região Sul do país. Conforme o MAPA 3, podemos verificar os limites geográficos do estado, que faz divisa ao norte e nordeste com o Estado de São Paulo (940 km). No limite da região oeste há a fronteira com a República do Paraguai (208 km) e o Estado do Mato Grosso do Sul (219 km), sendo esta fronteira delimitada pelo Rio Paraná. Ao Sul, o Paraná faz divisa com o Estado de Santa Catarina (754 km), no limite da região sudoeste, com a República da Argentina (239 km), já na região leste, após a formação da Serra do Mar, o limite com o Oceano Atlântico (98 km). Ocupa uma área de 199.880.200 km², o que equivale a 2,3% da superfície do Brasil. Algumas cidades importantes são: Curitiba (capital), Londrina, Maringá, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa, Cascavel, Guarapuava e Paranaguá. Na Região Metropolitana os municípios que se destacam por sua importância econômica são Curitiba, São José dos Pinhais e Araucária (IPARDES, ©2016; PARANÁ, [201-]b).

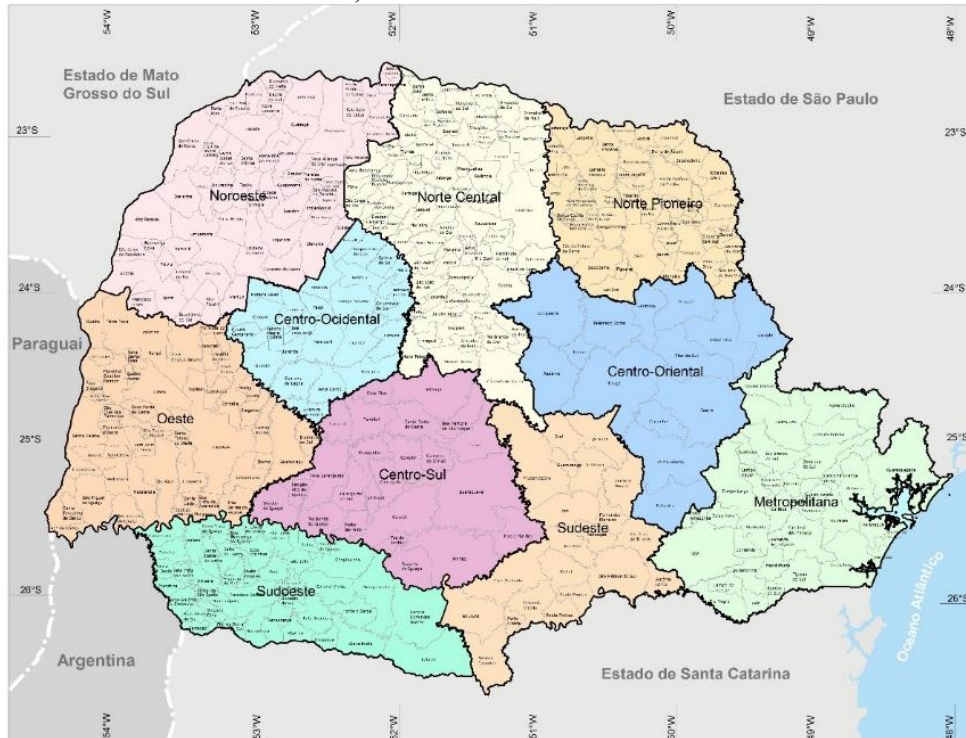
O território paranaense está distribuído atualmente em 399 municípios, divididos em dez mesorregiões geográficas, visualizadas no MAPA 3 – Noroeste, Norte Central, Norte

³¹Extensividade: consiste em compreender o tamanho das coisas, baseia-se na ciência matemática (MINAYO; MINAYO-GOMÉZ, 2003, p.136-137).

³²Intensividade: vai além do tamanho, consiste em compreender a historicidade e dinamicidade descritas em estudos de organizações que estudam o modo de viver da população (MINAYO; MINAYO-GOMÉZ, 2003, p.136-137).

Pioneiro, Oeste, Centro Ocidental, Centro Sul, Centro Oriental, Sudoeste, Sudeste e Metropolitana. A população estimada para o ano de 2015³³ era de 11.163.018 habitantes, perfazendo uma densidade demográfica de 56,25 hab./km², equivalendo a 5,5% da população brasileira (ESPIRITO SANTO JUNIOR, 2007; IBGE, 2015; IPARDES, ©2016).

MAPA 3 - ESTADO DO PARANÁ, SEGUNDO LIMITES E MESOREGIÕES GEOGRÁFICAS



FONTE: INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES) (©2016)

NOTA: Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/pdf/mapas/base_fisica/regioes_geograficas_base_2010.jpg>

As mesoregiões Metropolitana (localizada a leste do território estadual), Norte Central e Oeste totalizam 7.280 milhões de habitantes, o que equivale a 65,2% da população paranaense; salienta-se que essas mesoregiões são as que detêm os maiores PIBs do estado, R\$145.674.489, R\$58.263.578 e R\$39.430.504, assim como os maiores números de empregos, 1.371.395, 615.946, 350.411, respectivamente. Destaca-se, ainda, que nelas estão os municípios de Curitiba, São Jose dos Pinhais, Araucária, Paranaguá, Pinhais, Londrina, Maringá, Foz do Iguaçu, Cascavel e Toledo, municípios que estão entre os 15 com maiores PIBs do estado (FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO PARANÁ (FIEP), 2016). (TABELA 1)

³³Este estudo optou por apontar a população de 2015, devido ao fato do banco de dados utilizado ser composto por indivíduos notificados com HIV/Aids de 2007 a 2015.

Ainda na mesma tabela, observa-se que as mesorregiões Centro-Ocidental, Centro-Oriental, Centro-Sul totalizam 1.647 (14,8%) milhão de habitantes da população paranaense, as mesorregiões Noroeste e Norte Pioneiro somam 1.281 (11,5%), as Sudeste e Sudoeste concentram 954 mil habitantes, o que corresponde a 8,5% da população do estado paranaense.

A maior densidade demográfica do estado está na mesorregião Metropolitana, com 164 hab./km², seguida pelas mesorregiões Norte Central com 89 hab./km² e Oeste com 57hab./km². A menor densidade demográfica está na mesorregião Centro-Sul, com 21hab./km². (TABELA 1)

Quanto à ocupação populacional do estado, observa-se grande influência paulista, nordestina, mineira, gaúcha e catarinense, incentivada por campanhas do governo estadual para ocupação das terras do interior do Paraná, que em meados dos anos 40 oferecia as terras a baixos preços (IPARDES, 2004).

TABELA 1 - ESTADO DO PARANÁ, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DAS MESORREGIÕES. PARANÁ, 2018

(continua)

MESORREGIÃO	Nº MUNICÍPIOS ^I	EXTENSÃO TERRITORIAL ^{II} (mil/km ²)	% DO TERRITÓRIO ESTADUAL	POPULAÇÃO ESTIMADA EM 2015 ^{II} (mil/hab.)	% POPULAÇÃO ESTIMADA ESTADUAL (mil/hab.)	DENSIDADE DEMOGRÁFICA ^{II} (hab./km ²)	PIB 2013 ^{II} (R\$ milhares)	EMPREGOS TOTAIS ^{II} (2014)	OCUPAÇÃO ^I
Centro-Occidental	25	11,9	6,0%	340	3,0%	29	8.334.931	70.187	Exploradores espanhóis e bandeirantes; paulistas, nordestinos e mineiros; gaúchos e catarinenses.
Centro-Oriental	14	21,8	10,9%	740	6,6%	34	21.300.853	178.473	Tropeirismo, que com o surgimento das ferrovias deu origem à intensa colonização estrangeira (russo-alemã, polonesa e holandesa).
Centro-Sul	29	26,5	13,3%	567	5,1%	21	12.435.478	97.851	Tropeirismo
Metropolitana	37	23,1	11,6%	3.794	34,0%	164	145.674.489	1.371.395	Extração de ouro, Tropeirismo e imigrantes estrangeiros (europeus)
Noroeste	61	24,8	12,4%	717	6,4%	29	14.898.902	176.196	Mineira, paulista e nordestina
Norte Central	79	24,6	12,3%	2.192	19,6%	89	58.263.578	615.946	Imigração de fazendeiros mineiros e paulistas
Norte Pioneiro	46	15,7	7,9%	564	5,1%	36	10.389.041	108.648	Imigração de fazendeiros mineiros e paulistas
Oeste	50	22,9	11,5%	1.294	11,6%	57	39.430.504	350.411	Gaúcha, catarinense e cafeeiros do norte do Paraná

TABELA 1 – ESTADO DO PARANÁ, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DAS MESORREGIÕES. PARANÁ. 2018

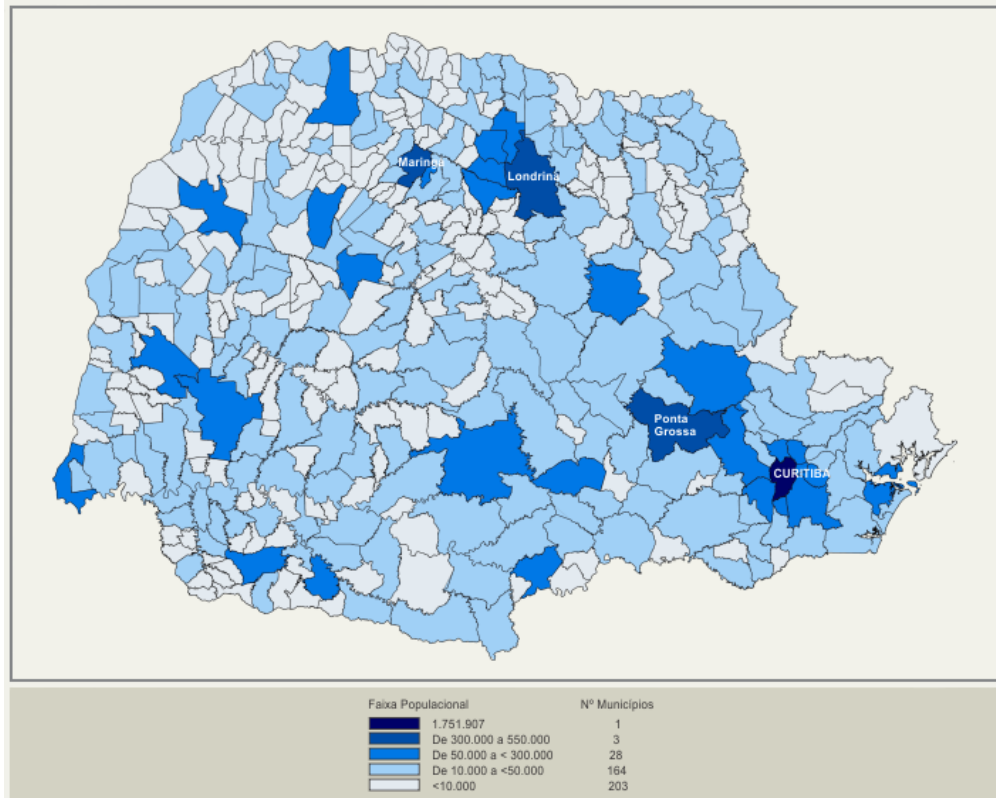
(conclusão)

MESORREGIÃO	Nº MUNICÍPIOS ^I	EXTENSÃO TERRITORIAL ^{II} (mil/km ²)	% DO TERRITÓRIO ESTADUAL	POPULAÇÃO ESTIMADA EM 2015 ^{II} (mil/hab.)	% POPULAÇÃO ESTIMADA ESTADUAL (mil/hab.)	DENSIDADE DEMOGRÁFICA ^{II} (hab./km ²)	PIB 2013 ^{II} (R\$ milhares)	EMPREGOS TOTAIS ^{II} (2014)	OCUPAÇÃO ^I
Sudeste	21	16,9	8,5%	430	3,9%	25	8.527.772	69.506	Incursoes militares, tropeirismo, imigrantes estrangeiros (russos, poloneses, ucranianos e alemães)
Sudoeste	37	11,6	5,8%	524	4,7%	45	13.581.620	128.521	Gaúcha e Catarinense
PARANÁ	399	200	100,0%	11.162	100,0%	53	332.837.168	3.167.134	

FONTE: A autora com base em IPARDES (2004); FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO PARANÁ (FIEP) (2016)

NOTA: I – Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&istemas=1&cod_sistema=1&ano_estudo=2004>II – Disponível em: <http://reitoria.ifpr.edu.br/wp-content/uploads/2013/12/Parana_em_Dados_2016-IEL-FIEP.pdf>

MAPA 4 - ESTADO DO PARANÁ, SEGUNDA FAIXA POPULACIONAL POR MUNICÍPIO



FONTE: IPARDES (©2016)

NOTA: Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/pr_numeros/index_pr_numeros_pt.htm>

Dentre os 399 municípios, 203 (50,9%) possuem população menor que 10 mil habitantes, 164 (41,1%) têm até 50 mil habitantes, 28 (7%) com até 300mil habitantes, três (0,8%) localidades estão na faixa populacional de 300 a 500mil habitantes, Londrina, Ponta Grossa e Maringá, e uma cidade que equivale a 0,2% do estado tem população maior de um milhão de moradores, a saber, esta cidade é Curitiba, a capital do estado, conforme demonstra o MAPA 4.

De acordo com o Censo Demográfico de 2010 o Paraná teve um crescimento populacional de 0,89% por ano entre os anos de 2000-2010. Essa taxa é inferior à do país, mas equivalente à da Região Sul como um todo. Proporcionalmente a população do Paraná representa 38,1% da população da Região Sul e 5,5% da população nacional (IBGE, 2011; PARANÁ, 2016).

O estado tem a marca da intensa modernização da base produtiva, acarretando em uma acentuada ampliação da desigualdade social, que se revelou em crescentes restrições para a inserção no mercado de trabalho formal e em ampla disparidade na apropriação da renda entre as pessoas. Desse modo, o desafio de buscar um desenvolvimento socialmente mais

equilibrado, evitando a desagregação social, pressupõe a inclusão de amplos segmentos da população, de forma digna, nos processos produtivos e de consumo (IPARDES, 2004).

A mesorregião Metropolitana tem características peculiares por uma nítida compartimentação de seu território, associada às suas características naturais, assim como ao processo de apropriação do espaço, materializado em uma urbanização fortemente concentrada em alguns pontos desse espaço geográfico, uma vez que parte substantiva dos fluxos populacionais é decorrente da intensa evasão ocorrida no meio rural do Paraná, convergiu para Curitiba e adjacências, sob estímulos de um elenco de políticas nacionais de fomento ao desenvolvimento regional e urbano, entre elas a institucionalização da Região Metropolitana de Curitiba, a implantação da refinaria Getúlio Vargas em Araucária e a criação da Cidade Industrial de Curitiba, onde se instalaram importantes plantas industriais, particularmente dos segmentos modernos da metalomecânica (IPARDES, 2004)

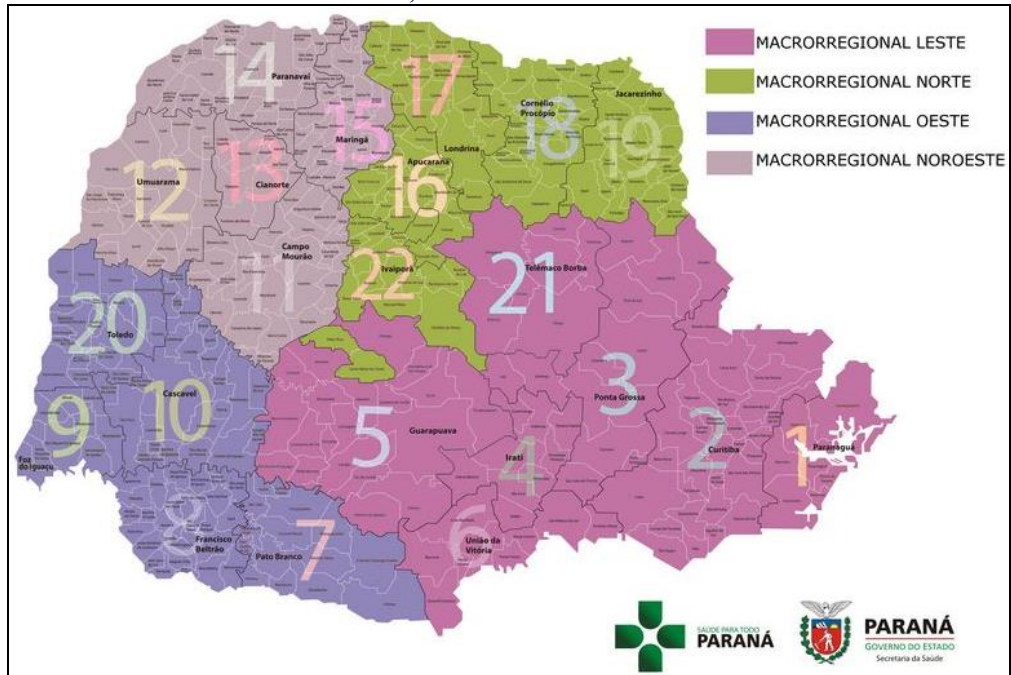
Em contraposição às áreas de concentração, e marcando a heterogeneidade da mesorregião, municípios das porções correspondentes ao litoral norte, Vale do Ribeira e sul da aglomeração metropolitana caracterizam-se pela presença de população rural, baixo crescimento populacional, precariedade dos serviços sociais e nível incipiente de atividade econômica. Destaca-se ainda que a área rural da mesorregião Metropolitana de Curitiba polariza o limite mais precário na ordem das desigualdades sociais. Não bastassem as condições naturais adversas ao aproveitamento econômico, alguns municípios sofrem isolamento no que concerne às comunicações viárias devido à precariedade de acessos (IPARDES, 2004).

No que tange à divisão geográfica para fins de território da saúde, o Estado do Paraná é dividido em quatro macrorregionais de saúde (MAPA 5) e 22 regionais de saúde (MAPA 6), organização estabelecida por legislação nacional e pelo Plano Diretor de Regionalização do Paraná, que se desenvolveu baseada na oferta de equipamentos de saúde, nos polos regionais de desenvolvimento e na disposição política municipal (PARANÁ, 2015).

O Decreto nº 7.508 de 28/06/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), define regiões de saúde como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011a, não p.)

MAPA 5 - ESTADO DO PARANÁ, SEGUNDO AS MACRORREGIONAIS DE SAÚDE



FONTE: PARANÁ (2015a, p.11)

MAPA 6 - ESTADO DO PARANÁ, SEGUNDO AS REGIONAIS DE SAÚDE



FONTE: PARANÁ (2015a, p.13)

As regiões de saúde devem conter no mínimo: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, vigilância em saúde, formando as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que têm como definição:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (BRASIL, 2011a, não p.)

Baseando-se na legislação supracitada, o Paraná em 2011 iniciou a implantação das RAS no estado, com o objetivo de diminuir os vazios assistenciais, definindo como prioridades a Rede Mãe Paranaense, a Rede Paraná de Urgências, a Rede de Saúde Mental, a Rede de Saúde Bucal e a Rede de Atenção ao Idoso. Para estruturação destas implantou os seguintes Programas Estratégicos: Programa de Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná – HOSPSUS; Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná – COMSUS; Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS; Programa de Qualificação da Vigilância à Saúde – VIGIASUS, sendo este implantado em 2013; Programa de Estruturação da Assistência Farmacêutica – Farmácia do Paraná; Programa de Qualificação dos Hospitais Próprios da SESA – Hospitais do Paraná (PARANÁ, 2015a).

Todas as regiões de saúde possuem serviços de atenção primária à saúde, urgência e emergência e atenção psicossocial, mas com níveis de complexidade diferentes; algumas regiões têm serviços de saúde que as tornam mais resolutivas, e algumas outras dependem em maior ou menor grau dos equipamentos de outras regiões, sendo a demanda referenciada, preferencialmente, para serviços que estão na macrorregião (PARANÁ, 2015a).

4.1.2 Região Metropolitana de Curitiba e/ou Segunda Regional de Saúde

Quando comparados o MAPA 3 (ver pág. 70) e a MAPA 6 (ver pág. 76), observa-se que a mesorregião Metropolitana é composta por 37 municípios (MAPA 3) e divide-se em Regional de Saúde Metropolitana (2ª RS) e Regional de Saúde Paranaguá (1ª RS) (MAPA 6). A partir deste momento este estudo descreve a caracterização da 2ª Regional de Saúde, que poderá ser denominada também como Região Metropolitana de Curitiba (RMC).

QUADRO 3 - DESMEMBRAMENTOS E EXPANSÕES TERRITORIAIS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA. PARANÁ, 2018

LEI COMPL. FEDERAL Nº 14/73	LEI ESTADUAL Nº 11.027/94	LEI ESTADUAL Nº 11.096/95	LEI ESTADUAL Nº 12.125/98	LEI ESTADUAL Nº 13.512/02	LEI ESTADUAL Nº 139/2011
Almirante Tamandaré	Almirante Tamandaré	Adrianópolis	Adrianópolis	Adrianópolis	Adrianópolis
Araucária	Araucária	Almirante Tamandaré	Agudos do Sul	Agudos do Sul	Agudos do Sul
Balsa Nova	Balsa Nova	Araucária	Almirante Tamandaré	Almirante Tamandaré	Almirante Tamandaré
Bocaiúva do Sul	Bocaiúva do Sul	Balsa Nova	Araucária	Araucária	Araucária
Campina Grande do Sul	Campina Grande do Sul	Bocaiúva do Sul	Balsa Nova	Balsa Nova	Balsa Nova
Campo Largo	Campo Largo	Campina Grande do Sul	Bocaiúva do Sul	Bocaiúva do Sul	Bocaiúva do Sul
Colombo	Cerro Azul	Campo Largo	Campina Grande do Sul	Campina Grande do Sul	Campina Grande do Sul
Piraquara	Dr. Ulysses	Contenda	Colombo	Colombo	Cerro Azul
Quatro Barras	Itaperuçu	Curitiba	Contenda	Contenda	Colombo
Rio Branco do Sul	Fazenda Rio Grande	Dr. Ulysses	Curitiba	Curitiba	Contenda
São José dos Pinhais	Mandirituba	Itaperuçu	Dr. Ulysses	Dr. Ulysses	Curitiba
	Pinhais	Fazenda Rio Grande	Itaperuçu	Itaperuçu	Dr. Ulysses
	Piraquara	Mandirituba	Fazenda Rio Grande	Fazenda Rio Grande	Itaperuçu
	Quatro Barras	Pinhais	Mandirituba	Lapa	Fazenda Rio Grande
	Quitandinha	Piraquara	Pinhais	Mandirituba	Lapa
	Rio Branco do Sul	Quatro Barras	Piraquara	Pinhais	Mandirituba
	São José dos Pinhais	Quitandinha	Quatro Barras	Piraquara	Piên
	Tijucas do Sul	Rio Branco do Sul	Quitandinha	Quatro Barras	Pinhais
	Tunas do Paraná	São José dos Pinhais	Rio Branco do Sul	Quitandinha	Piraquara

FONTE: Adaptado de COMEC ([201-], não p.)

NOTA: Destaque em negrito para os municípios inseridos pela legislação na RMC.

Disponível em: <<http://www.comec.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=30>>

A criação da RMC se deu pela Lei Complementar Federal n.º 14/73, a configuração inicial compreendia 14 municípios (Curitiba, Almirante Tamandaré, Araucária, Bocaiúva do Sul, Campo Largo, Colombo, Contenda, Piraquara, São José dos Pinhais, Rio Branco do Sul, Campina Grande do Sul, Quatro Barras, Mandirituba e Balsa Nova). Após desmembramentos

e expansões territoriais, observados no QUADRO 2, por meio da Lei Complementar Estadual nº 139/11, a RMC passa a ser integrada pelos 29 municípios que a compõem atualmente, ou seja, o dobro de municípios da sua conformação inicial. (COORDENAÇÃO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA (COMEC), [201-])

A Região Metropolitana de Curitiba tem área total de 16.627,209 km², faz divisa com os Estados de São Paulo e Santa Catarina, é a mais populosa do estado, habitada por mais de 3 milhões de pessoas (IPARDES, 2017).

A 2ªRS é composta pelos mesmos 29 municípios que a Região Metropolitana de Curitiba (MAPA 7), é marcada por discrepâncias em seu território, posto isto, seus municípios estão divididos em Núcleo Urbano Central (NUC) - Almirante Tamandaré, Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Campo Magro, Colombo, Curitiba (aglomerado urbano mais importante do estado), Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais; e, ainda, em municípios do Vale da Ribeira, sendo esses os que evidenciam a maior expressão de pobreza na regional - Adrianópolis, Bocaiúva do Sul, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Itaperuçu, Rio Branco do Sul e Tunas do Paraná (IPARDES, 2004; TRINTIN; CAMPOS, 2013; COMEC, [201-]).

MAPA 7 - REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA OU 2ª REGIONAL DE SAÚDE



FONTE: PARANÁ (2015a, p.19)

Na Região Metropolitana de Curitiba, é possível identificar três patamares de adensamento populacional e deslocamentos diários. O primeiro anel, limítrofe ao polo, também denominado Núcleo Urbano Central, é formado por 14 municípios. São eles: Almirante Tamandaré, Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Campo Magro, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais, neste se encontram o maior número de funções urbanas e o maior número de deslocamentos diários, em volume de pessoas, compreendendo mais de 80% dos deslocamentos de toda a Região Metropolitana (COMEC, 2006; IPARDES, 2005).

O segundo patamar de adensamento e fluxo de deslocamento diário, ou segundo anel metropolitano, é constituído por seis municípios que não apresentam continuidade com o polo, porém estabelecem relações com os municípios do NUC e desempenham funções típicas de municípios periféricos, a saber são: Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Contenda, Itaperuçu,

Mandirituba e Tunas do Paraná, nestes existe um nível médio de atendimento de infraestrutura e serviços públicos urbanos (COMEC, 2006; IPARDES, 2005).

Já o terceiro patamar, ou terceiro anel metropolitano é formado por dez municípios, sendo que alguns são de caracterização eminentemente rural, Adrianópolis, Agudos do Sul, Campo do Tenente, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Lapa, Piên, Quitandinha, Rio Negro, Tijucas do Sul, vem registrando perda de população em alguns dos municípios que o constituem, principalmente pela baixa dinâmica econômica e pouca conexão de desenvolvimento com os outros dois patamares (COMEC, 2006; IPARDES, 2005).

4.1.2.1 *Dados demográficos*

No que tange ao número absoluto de habitantes, a cidade de Curitiba tem a maior população da RMC, seja na amostra censitária, que é de 1.751.907 moradores, seja no valor estimativo para o ano de 2015, que é de 1.879.355 habitantes (IBGE, 2011;2015).

Observa-se, ainda, que o número total de habitantes tem grande variação, sendo as cidades com mais de 100 mil habitantes: Curitiba, São José dos Pinhais, Colombo, Araucária, Pinhais, Campo Largo e Almirante Tamandaré, enquanto que as cidades com menos de 10 mil habitantes são: Doutor Ulysses, Tunas do Paraná, Adrianópolis, Campo do Tenente, Agudos do Sul, informações essas que se repetem na população censitária e na estimada, apresentadas na TABELA 2.

A média da densidade demográfica da 2ª RS é de 348,64 hab./km², mas é extremamente importante destacar que a capital do estado tem densidade de 4027,04 hab./km² e é seguida pelas cidades de Pinhais (1922,42 hab./km²), Colombo (1076,72 hab./km²), Fazenda Rio Grande (700,00 hab./km²), Almirante Tamandaré (529,95 hab./km²), Piraquara (410,52 hab./km²) e São José dos Pinhais (279,16 hab./km²).

Em contrapartida, as cidades com menores densidades demográficas são: Adrianópolis (4,73 hab./km²), Doutor Ulysses (7,33 hab./km²) e Tunas do Paraná (9,36 hab./km²).

TABELA 2 - DADOS DEMOGRÁFICOS DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, PARANÁ, 2018

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO (2010)	DENS.DEMOGRÁFICA (2010)	POP. ESTIMADA (2015)
	Habitantes ^{III}	Hab./km ² ^{III}	Habitantes ^{IV}
Adrianópolis	6.376	4,73	6.333
Agudos do Sul	8.270	43,01	8.983
Almirante Tamandaré	103.204	529,95	112.870
Araucária	119.123	253,86	133.428
Balsa Nova	11.300	32,39	12.337
Bocaiúva do Sul	10.987	13,30	12.159
Campina Grande do Sul	38.769	71,90	41.821
Campo do Tenente	7.125	23,40	7.693
Campo Largo	112.337	89,93	124.098
Campo Magro	24.843	90,22	27.517
Cerro Azul	16.938	12,63	17.755
Colombo	212.967	1076,72	232.432
Contenda	15.891	53,14	17.525
Curitiba	1.751.907	4027,04	1.879.355
Doutor Ulysses	5.727	7,33	5.808
Fazenda Rio Grande	81.675	700,00	92.204
Itaperuçu	23.887	75,96	26.755
Lapa	44.932	21,46	47.557
Mandirituba	22.220	58,60	24.905
Piên	11.236	44,10	12.211
Pinhais	117.008	1922,42	127.045
Piraquara	93.207	410,52	104.481
Quatro Barras	19.851	110,00	22.048
Quitandinha	17.089	38,23	18.419
Rio Branco do Sul	30.650	37,73	32.232
Rio Negro	31.274	51,77	33.395
São José dos Pinhais	264.210	279,16	297.895
Tijucas do Sul	14.537	21,64	15.970
Tunas do Paraná	6.256	9,36	7.559
TOTAL / MÉDIA	3.223.796	348,64	3.502.790

FONTE: A autora com base em IBGE (2015; [201-])

NOTA: ^{III}Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>

^{IV}Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm>

TABELA 3 - DADOS DEMOGRÁFICOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE, COM DESTAQUE PARA A POPULAÇÃO MASCULINA NA FAIXA ETÁRIA DE INTERESSE DO ESTUDO, PARANÁ, 2018

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	HOMENS	HOMENS	HOMENS	HOMENS
	Habitantes ^{III}	Total ^V	%	20-29 anos ^V	%
Adrianópolis	6.376	3.298	51,7%	426	12,9%
Agudos do Sul	8.270	4.306	52,1%	639	14,8%
Almirante Tamandaré	103.204	51.136	49,5%	9.083	17,8%
Araucária	119.123	59.606	50,0%	11.234	18,8%
Balsa Nova	11.300	5.721	50,6%	1.014	17,7%
Bocaiúva do Sul	10.987	5.552	50,5%	891	16,0%
Campina Grande do Sul	38.769	19.229	49,6%	3.499	18,2%
Campo do Tenente	7.125	3.676	51,6%	606	16,5%
Campo Largo	112.337	55.660	49,5%	9.801	17,6%
Campo Magro	24.843	12.507	50,3%	2.229	17,8%
Cerro Azul	16.938	8.718	51,5%	1.288	14,8%
Colombo	212.967	105.010	49,3%	19.335	18,4%
Contenda	15.891	8.095	50,9%	1.363	16,8%
Curitiba	1.751.907	835.115	47,7%	159.923	19,1%
Doutor Ulysses	5.727	2.980	52,0%	422	14,2%
Fazenda Rio Grande	81.675	40.574	49,7%	7.205	17,8%
Itaperuçu	23.887	11.984	50,2%	2.197	18,3%
Lapa	44.932	22.646	50,4%	3.817	16,9%
Mandirituba	22.220	11.315	50,9%	1.744	15,4%
Piên	11.236	5.759	51,3%	1.004	17,4%
Pinhais	117.008	56.809	48,6%	10.367	18,2%
Piraquara	93.207	48.194	51,7%	9.439	19,6%
Quatro Barras	19.851	9.955	50,1%	1.801	18,1%
Quitandinha	17.089	8.837	51,7%	1.386	15,7%
Rio Branco do Sul	30.650	15.546	50,7%	2.746	17,7%
Rio Negro	31.274	15.570	49,8%	2.642	17,0%
São José dos Pinhais	264.210	130.597	49,4%	24.233	18,6%
Tijucas do Sul	14.537	7.546	51,9%	1.138	15,1%
Tunas do Paraná	6.256	3.271	52,3%	597	18,3%
TOTAL	3.223.796	1.569.212	48,7%	292.069	18,6%

FONTE: A autora com base em IBGE ([201-])

NOTA: ^{III}Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>

^VDisponível em: <<http://www.ibge.gov.br/webcart/>>

Na TABELA 3, verifica-se que 15 municípios possuem mais de 51% da população constituída por homens, 10 cidades têm a mesma proporção entre homens e mulheres, enquanto que somente as localidades de São José dos Pinhais, Pinhais, Curitiba e Colombo apresentam respectivamente 49%, 49%, 48% e 49% da população total constituída por indivíduos do sexo masculino.

No que se refere a população de homens na faixa etária de interesse deste estudo, observa-se que perfazem aproximadamente 12,9% a 19,6% da população de homens dos respectivos municípios, e este grupo representa 18,6% da população masculina da 2ª RS.

TABELA 4 - DADOS DEMOGRÁFICOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE, COM DESTAQUE PARA A POPULAÇÃO FEMININA NA FAIXA ETÁRIA DE INTERESSE DO ESTUDO. PARANÁ, 2018

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	MULHERES	MULHERES	MULHERES	MULHERES
	Habitantes ^{III}	Total ^V	%	20-29 anos ^V	%
Adrianópolis	6.376	3.078	48,3%	424	13,8%
Agudos do Sul	8.270	3.964	47,9%	594	15,0%
Almirante Tamandaré	103.204	52.068	50,5%	9.203	17,7%
Araucária	119.123	59.517	50,0%	11.131	18,7%
Balsa Nova	11.300	5.579	49,4%	970	17,4%
Bocaiúva do Sul	10.987	5.435	49,5%	884	16,3%
Campina Grande do Sul	38.769	19.540	50,4%	3.565	18,2%
Campo do Tenente	7.125	3.449	48,4%	555	16,1%
Campo Largo	112.337	56.717	50,5%	9.720	17,1%
Campo Magro	24.843	12.336	49,7%	2.051	16,6%
Cerro Azul	16.938	8.220	48,5%	1.292	15,7%
Colombo	212.967	107.957	50,7%	19.571	18,1%
Contenda	15.891	7.796	49,1%	1.244	16,0%
Curitiba	1.751.907	916.792	52,3%	164.381	17,9%
Doutor Ulysses	5.727	2.747	48,0%	395	14,4%
Fazenda Rio Grande	81.675	41.101	50,3%	7.396	18,0%
Itaperuçu	23.887	11.903	49,8%	2.173	18,3%
Lapa	44.932	22.286	49,6%	3.661	16,4%
Mandirituba	22.220	10.905	49,1%	1.725	15,8%
Piên	11.236	5.477	48,7%	943	17,2%
Pinhais	117.008	60.199	51,4%	10.752	17,9%
Piraquara	93.207	45.013	48,3%	8.180	18,2%
Quatro Barras	19.851	9.896	49,9%	1.784	18,0%
Quitandinha	17.089	8.252	48,3%	1.285	15,6%
Rio Branco do Sul	30.650	15.104	49,3%	2.687	17,8%
Rio Negro	31.274	15.704	50,2%	2.559	16,3%
São José dos Pinhais	264.210	133.613	50,6%	24.889	18,6%
Tijucas do Sul	14.537	6.991	48,1%	1.070	15,3%
Tunas do Paraná	6.256	2.985	47,7%	545	18,3%
TOTAL	3.223.796	1.654.624	51,3%	295.629	17,9%

FONTE: A autora com base em IBGE ([201-])

NOTA: ^{III} Informações disponíveis no link <https://cidades.ibge.gov.br/>

^V Informações disponíveis no link <http://www.ibge.gov.br/webcart/>

Destaca-se na TABELA 4 que a Segunda Regional de Saúde tem população de 1.654.624 mulheres, o que corresponde a 51,3% da população total da referida regional.

Observa-se também que, se somados os valores absolutos dos quatro municípios com percentual maior ou igual a 51%, obtém-se o total de 1.218.561 mulheres, o que equivale a 73,6% da população total de mulheres da Região Metropolitana de Curitiba.

A população de mulheres na faixa etária de interesse deste estudo perfaz aproximadamente 13,8% a 18,6% da população de mulheres dos respectivos municípios, e este grupo representa 17,9% da população feminina da 2ª RS.

4.1.2.2 Local de moradia: urbana ou rural

TABELA 5 - POPULAÇÃO CENSITÁRIA DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, CONFORME A ZONA DE MORADIA, URBANA OU RURAL. PARANÁ, 2018

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	URBANA		RURAL	
	Hab. ^{III}	Total ^{VI}	%	Total ^{VI}	%
Adrianópolis	6.376	2.060	32,3%	4.316	67,7%
Agudos do Sul	8.270	2.822	34,1%	5.448	65,9%
Almirante Tamandaré	103.204	98.892	95,8%	4.312	4,2%
Araucária	119.123	110.205	92,5%	8.918	7,5%
Balsa Nova	11.300	6.870	60,8%	4.430	39,2%
Bocaiúva do Sul	10.987	5.128	46,7%	5.859	53,3%
Campina Grande do Sul	38.769	31.961	82,4%	6.808	17,6%
Campo do Tenente	7.125	3.676	51,6%	2.931	41,1%
Campo Largo	112.337	94.171	83,8%	18.206	16,2%
Campo Magro	24.843	19.547	78,7%	5.296	21,3%
Cerro Azul	16.938	4.808	28,4%	12.130	71,6%
Colombo	212.967	203.203	95,4%	9.764	4,6%
Contenda	15.891	9.231	58,1%	6.660	41,9%
Curitiba	1.751.907	1.751.907	100,0%	0	0,0%
Doutor Ulysses	5.727	929	16,2%	4.798	83,8%
Fazenda Rio Grande	81.675	75.928	93,0%	5.747	7,0%
Itaperuçu	23.887	19.956	83,5%	3.931	16,5%
Lapa	44.932	27.222	60,6%	17.710	39,4%
Mandirituba	22.220	7.414	33,4%	14.806	66,6%
Piên	11.236	4.523	40,3%	6.713	59,7%
Pinhais	117.008	117.008	100,0%	0	0,0%
Piraquara	93.207	45.738	49,1%	47.469	50,9%
Quatro Barras	19.851	17.941	90,4%	1.910	9,6%
Quitandinha	17.089	4.887	28,6%	12.202	71,4%
Rio Branco do Sul	30.650	22.045	71,9%	8.605	28,1%
Rio Negro	31.274	25.710	82,2%	5.564	17,8%
São José dos Pinhais	264.210	236.895	89,7%	27.315	10,3%
Tijucas do Sul	14.537	2.285	15,7%	12.252	84,3%
Tunas do Paraná	6.256	2.792	44,6%	3.464	55,4%
TOTAL	3.223.796	2.955.754	91,7%	267.564	8,3%

FONTE: A autora com base em IBGE ([201-]); IPARDES (2017)

NOTA: ^{III} Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>^{VI} Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30>

Observa-se na TABELA 5 que 11 municípios têm a maioria da população residente na zona rural, é o caso de Adrianópolis, Agudos do Sul, Bocaiúva do Sul, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Mandirituba, Piên, Piraquara, Quitandinha, Tijucas do Sul e Tunas do Paraná. Verifica-se ainda que em 16 municípios a maior parte da população é residente na zona urbana, a saber: Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Campina Grande do Sul, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Colombo, Contenda, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Quatro Barras, Rio Branco do Sul, Rio Negro e São José dos Pinhais. E na

regional dois municípios têm população residente exclusivamente na área urbana, Curitiba e Pinhais.

4.1.2.3 Indicadores: desenvolvimento, desigualdade de renda e monetário

Foram elencados: o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)³⁴, o Índice de Gini³⁵ e o Produto Interno Bruto *Per Capita* (PIB)³⁶ de cada um dos 29 municípios que compõem a 2ª RS, com a intenção de verificar possíveis desigualdades sociais e/ou de renda.

Observa-se, na TABELA 6, que o menor IDH-M da região é o da cidade de Doutor Ulysses (0,546), enquanto que o maior é o da cidade de Curitiba (0,823). Ainda se pode verificar que a maior desigualdade, segundo a concentração de renda, índice de Gini, está na cidade de Curitiba (0,5652) e o município com menor desigualdade é o de Campo Magro (0,3984).

Outro destaque está nos dados referentes ao PIB. O município que apresenta o maior índice é São José dos Pinhais (79.268), em contrapartida, os municípios de Doutor Ulysses (10.560), Campo Magro (10.653), Piraquara (10.679), Almirante Tamandaré (11.375) e Bocaiúva do Sul (14.874) têm as menores somas de riquezas produzidas da RMC. (TABELA 6)

Os valores apontados para a RMC são: IDH-M (0,783); Índice de Gini (0,5629) e PIB *Per Capita* (39.872) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013; DATASUS, [201-]; IPARDES, [201-]).

³⁴ IDH-M: o cálculo está baseado em três pilares, a saber: longevidade, educação e renda, é um número que varia de zero a um, e, quanto mais próximo do 1, maior o desenvolvimento humano (PINTO; COSTA; MARQUES, 2013)

³⁵ Índice de GINI: “utilizado para medir grau de desigualdade na concentração de renda, apontando a diferença entre os rendimentos dos indivíduos mais pobres e dos mais ricos. Tem variação de zero a um, sendo que o valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza” (WOLFFENBÜTTEL, 2004).

³⁶ PIB: representa a soma de todas as riquezas produzidas em um determinado território e tempo, para chegar a esse número, o IBGE calcula a quantidade de veículos, alimentos, venda de serviços, estoques e tudo o que é produzido. O instituto calcula o valor desses bens e serviços depois de deduzidos os custos dos insumos (BRASIL, 2016d).

TABELA 6 - INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO, DESIGUALDADE DE RENDA E MONETÁRIO, POR MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, PARANÁ, 2018

MUNICÍPIO	INDICADORES		
	IDH-M ^{VII}	Índice GINI ^{VII}	PIB ^{VII}
Adrianópolis	0,667	0,5393	18.107
Agudos do Sul	0,660	0,4797	15.477
Almirante Tamandaré	0,699	0,4402	11.375
Araucária	0,740	0,4637	65.153
Balsa Nova	0,696	0,5067	53.504
Bocaiúva do Sul	0,640	0,4599	14.874
Campina Grande do Sul	0,718	0,4434	25.038
Campo do Tenente	0,686	0,5016	20.614
Campo Largo	0,745	0,4535	30.688
Campo Magro	0,701	0,3984	10.653
Cerro Azul	0,573	0,4882	12.176
Colombo	0,733	0,4196	18.963
Contenda	0,681	0,4787	14.307
Curitiba	0,823	0,5652	42.315
Doutor Ulysses	0,546	0,5019	10.560
Fazenda Rio Grande	0,720	0,4922	18.641
Itaperuçu	0,637	0,4062	16.803
Lapa	0,706	0,4947	27.728
Mandirituba	0,655	0,4767	23.361
Piên	0,694	0,4322	52.660
Pinhais	0,751	0,5082	40.994
Piraquara	0,700	0,4307	10.679
Quatro Barras	0,742	0,4915	56.853
Quitandinha	0,680	0,4853	14.631
Rio Branco do Sul	0,679	0,4759	38.186
Rio Negro	0,760	0,4826	29.169
São José dos Pinhais	0,758	0,4599	79.268
Tijucas do Sul	0,636	0,4833	23.608
Tunas do Paraná	0,611	0,5283	15.112
RMC	0,783 ^X	0,5629 ^{VII}	38.872 ^{XI}

FONTE: A autora com base em IPARDES ([201-]); ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL (2013); DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS) ([201-]).

NOTA: ^{VII} Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29>

^X Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_rm/Curitiba>

^{XI} Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>

4.1.2.4 Características de raça/cor autodeclarada

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DE INDIVÍDUOS POR RAÇA/COR, SEGUNDO O MUNICÍPIO DE MORADIA, PARANÁ, 2018

MUNICÍPIOS	AMARELA	BRANCA	INDÍGENA	PARDA	PRETA	NÃO DECLARADA
	Hab. ^{VI}	Hab. ^{VI}	Hab. ^{VI}	Hab. ^{VI}	Hab. ^{VI}	hab. ^{VI}
Adrianópolis	34	2.976	24	2.976	367	0
Agudos do Sul	6	6.071	0	2.020	173	0
Almirante Tamandaré	502	66.845	153	32.004	3.700	0
Araucária	639	82.266	132	31.614	4.471	0
Balsa Nova	48	8.859	5	2.231	157	0
Bocaiúva do Sul	35	7.590	53	2.953	357	0
Campina Grande do Sul	160	27.210	21	9.776	1.602	0
Campo do Tenente	22	4.151	0	2.834	118	0
Campo Largo	387	88.923	104	20.002	2.961	0
Campo Magro	41	16.510	78	7.390	824	0
Cerro Azul	44	10.743	29	5.953	169	0
Colombo	1.175	137.456	525	65.651	8.124	36
Contenda	82	11.750	48	3.453	557	0
Curitiba	23.888	1.380.012	2.421	296.140	49.320	126
Doutor Ulysses	27	3.661	15	1.859	164	0
Fazenda Rio Grande	589	54.248	50	23.875	2.913	0
Itaperuçu	154	15.113	31	8.302	288	0
Lapa	185	32.112	35	11.228	1.373	0
Mandirituba	54	16.038	17	5.783	329	0
Piên	23	9.066	5	1.897	245	0
Pinhais	732	81.212	271	30.675	4.119	0
Piraquara	450	61.213	306	27.732	3.506	0
Quatro Barras	71	14.806	41	4.448	484	0
Quitandinha	40	14.258	7	2.495	289	0
Rio Branco do Sul	210	18.859	0	10.788	794	0
Rio Negro	69	24.751	17	6.000	437	0
São José dos Pinhais	1.798	191.838	179	61.874	8.490	31
Tijucas do Sul	89	10.421	69	3.366	592	0
Tunas do Paraná	42	3.696	0	2.255	262	0
TOTAL	31.596	2.402.654	4.636	687.574	97.185	193
% *	0,98%	74,53%	0,14%	21,33%	3,01%	0,01%

FONTE: A autora com base em IPARDES (2017)

NOTA: * Apresentado com duas casas decimais para totalizar 100%.

^{VI} Disponível em: < http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30>

A 2ª RS tem preponderância da raça/cor autodeclarada³⁷ branca (74,53%) em sua população, seguida pelas raças parda (21,33%), negra (3,01%), amarela (0,98%) e indígena (0,14%), sendo 193 (0,01%) os indivíduos que não tiveram sua raça/cor declarada. (TABELA 7)

³⁷A investigação da cor ou raça no censo é autodeclaratória, ou seja, se baseia na declaração espontânea do indivíduo, sendo este método consagrado internacionalmente. (IBGE, [201-]). Disponível em: <http://mapasinterativos.ibge.gov.br/atlas_ge/brasil1por1.html>.

4.1.2.5 Acesso à educação

Os quatro municípios com as maiores taxas de analfabetismo em indivíduos maiores de 15 anos são: Tunas do Paraná (18,25%), Cerro Azul (17,73%), Doutor Ulysses (17,34%) e Adrianópolis (16,82%), enquanto que as menores taxas de analfabetismo estão nas cidades de Curitiba (2,13%), São José dos Pinhais (3,40%), Rio Negro (3,54%) e Araucária (3,55%), informações visualizadas na TABELA 8.

TABELA 8 - TAXA DE ANAFALBETISMO EM MAIORES DE 15 ANOS, POR MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, DESTAQUE PARA FAIXA ETÁRIA DE INTERESSE DO ESTUDO. PARANÁ, 2018

MUNICÍPIOS	TAXA DE ANALFABETISMO >15 ANOS		
	Total ^{VI}	20 - 24 anos ^{VI}	25 - 29 anos ^{VI}
Adrianópolis	16,82%	3,61%	3,92%
Agudos do Sul	8,84%	0,81%	2,58%
Almirante Tamandaré	6,06%	1,19%	1,30%
Araucária	3,55%	0,52%	0,76%
Balsa Nova	4,55%	1,19%	0,92%
Bocaiúva do Sul	9,05%	1,91%	2,82%
Campina Grande do Sul	6,03%	0,90%	1,19%
Campo do Tenente	9,06%	2,76%	3,66%
Campo Largo	4,50%	0,93%	1,19%
Campo Magro	6,17%	0,55%	1,42%
Cerro Azul	17,73%	3,40%	6,69%
Colombo	4,65%	0,78%	1,01%
Contenda	5,06%	0,80%	1,37%
Curitiba	2,13%	0,48%	0,51%
Doutor Ulysses	17,34%	2,09%	4,66%
Fazenda Rio Grande	4,47%	0,83%	1,07%
Itaperuçu	10,79%	1,37%	2,61%
Lapa	5,67%	1,39%	1,45%
Mandirituba	6,63%	1,37%	1,64%
Piên	4,21%	1,32%	1,16%
Pinhais	3,35%	0,54%	0,75%
Piraquara	5,03%	1,19%	1,58%
Quatro Barras	4,73%	1,00%	1,24%
Quitandinha	7,11%	1,41%	2,11%
Rio Branco do Sul	10,47%	1,85%	2,16%
Rio Negro	3,54%	0,42%	1,56%
São José dos Pinhais	3,40%	0,64%	0,81%
Tijucas do Sul	8,59%	1,78%	2,30%
Tunas do Paraná	18,25%	3,00%	6,78%
MÉDIA RMC	7,51%	1,38%	2,11%

FONTE: A autora com base em IPARDES (2017)

NOTA: ^{VI} Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30>

Ainda se pode destacar que a faixa etária de interesse para este estudo tem seus maiores percentuais de analfabetismo nas cidades de Adrianópolis (3,61%), Cerro Azul

(3,40%) e Tunas do Paraná (3,00%) para o segmento de 20 a 24 anos, e Tunas do Paraná (6,78%), Cerro Azul (6,69%) e Doutor Ulysses (4,66%) para o segmento de 25 a 29 anos.

Salienta-se que as menores taxas de analfabetismo para a faixa etária de 20 a 24 anos estão nos Municípios de Araucária (0,52%), Pinhais (0,54%) e Campo Magro (0,55%), enquanto que para a faixa de 25 a 29 anos são as cidades de Curitiba (0,51%), Pinhais (0,75%) e Araucária (0,76%). (TABELA 8)

4.1.2.6 Renda

Referente à renda em salários mínimos, que no ano de 2014 era de R\$ 724,00 (BRASIL, 2013), apenas duas cidades tinham média maior do que quatro salários, a saber: Araucária (4,3) e Curitiba (4,1). Os municípios com as menores rendas eram os de Agudos do Sul, Cerro Azul e Tunas do Paraná, todos com média de 1,7 salários mínimos (TABELA 9).

A renda média em Reais apresenta grande divergência de valores, enquanto que o maior salário na faixa etária de 20 a 24 anos é de R\$1.063,97, em Curitiba, o maior valor na faixa de 25 a 29 anos é de R\$2.139,38, em Adrianópolis. Fato que se repete nos menores salários, em Doutor Ulysses era de R\$412,69e em Cerro Azul de R\$575,76 nas faixas etárias de 20 a 24 anos e 25 a 29 anos, respectivamente. (TABELA 9)

TABELA 9 - RENDA MÉDIA DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, DESTAQUE PARA FAIXA ETÁRIA DE INTERESSE DO ESTUDO. PARANÁ, 2018

(continua)

MUNICÍPIOS	RENDA (2014)	RENDA MÉDIA	RENDA MÉDIA
	salários mínimos ^{II}	20 - 24 anos ^{II}	25 - 29 anos ^{II}
Adrianópolis	3,1	R\$ 632,56	R\$ 2.139,38
Agudos do Sul	1,7	R\$ 832,31	R\$ 978,93
Almirante Tamandaré	2,2	R\$ 857,88	R\$ 989,87
Araucária	4,3	R\$ 1.002,14	R\$ 1.252,05
Balsa Nova	3,0	R\$ 927,60	R\$ 1.079,17
Bocaiúva do Sul	2,0	R\$ 763,99	R\$ 816,53
Campina Grande do Sul	2,5	R\$ 816,13	R\$ 1.056,99
Campo do Tenente	1,9	R\$ 664,67	R\$ 1.068,27
Campo Largo	2,6	R\$ 860,96	R\$ 1.116,83
Campo Magro	2,8	R\$ 864,62	R\$ 950,81
Cerro Azul	1,7	R\$ 535,57	R\$ 575,76
Colombo	2,3	R\$ 865,73	R\$ 1.024,33
Contenda	2,3	R\$ 771,89	R\$ 991,29
Curitiba	4,1	R\$ 1.063,97	R\$ 1.698,21

TABELA 9 - RENDA MÉDIA DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, DESTAQUE PARA FAIXA ETÁRIA DE INTERESSE DO ESTUDO. PARANÁ, 2018

(conclusão)

MUNICÍPIOS	RENDA (2014)	RENDA MÉDIA	RENDA MÉDIA
	salários mínimos ^{II}	20 - 24 anos ^{II}	25 - 29 anos ^{II}
Doutor Ulysses	1,8	R\$ 412,69	R\$ 603,53
Fazenda Rio Grande	2,5	R\$ 864,25	R\$ 950,17
Itaperuçu	1,8	R\$ 699,74	R\$ 847,98
Lapa	2,3	R\$ 771,63	R\$ 888,97
Mandirituba	2,0	R\$ 756,42	R\$ 788,29
Piên	2,9	R\$ 688,33	R\$ 779,21
Pinhais	2,7	R\$ 924,40	R\$ 1.243,60
Piraquara	2,4	R\$ 796,15	R\$ 966,67
Quatro Barras	3,2	R\$ 872,85	R\$ 1.059,81
Quitandinha	2,1	R\$ 591,91	R\$ 687,24
Rio Branco do Sul	2,7	R\$ 737,11	R\$ 863,89
Rio Negro	2,2	R\$ 757,67	R\$ 1.050,64
São José dos Pinhais	3,6	R\$ 962,19	R\$ 1.232,73
Tijucas do Sul	2,6	R\$ 740,42	R\$ 844,55
Tunas do Paraná	1,7	R\$ 757,59	R\$ 1.390,32
MÉDIA	2,5	R\$ 785,98	R\$ 1.032,28
MÁXIMO	4,3	R\$ 1.063,97	R\$ 2.139,38
MÍNIMO	1,7	R\$ 412,69	R\$ 575,76

FONTE: A autora com base em IBGE ([201-])

NOTA: ^{II} Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>

4.1.2.7 Equipamentos de saúde

No que tange às condições de saúde dos municípios da 2ª RS, na TABELA 10 se pode observar que há grande variação no total de estabelecimentos de saúde nas cidades que compõem a região, essencialmente quando comparado o número de estabelecimentos do SUS.

Observa-se, ainda, que o município polo, Curitiba, concentra o maior número de estabelecimentos de saúde, com um total 6.523. Destes, 229 têm como natureza jurídica a administração pública³⁸, sendo seguidos pelos municípios de São José dos Pinhais, com 60, Araucária com 44 e entre estes uma unidade prisional, Colombo com 36, Piraquara com 30 serviços públicos de saúde e destes oito são unidades prisionais, e Pinhais com 26 serviços de saúde e destes um é unidade prisional. (TABELA 10)

³⁸ Natureza jurídica administração pública –Engloba todos os estabelecimentos de saúde com administração municipal, estadual ou federal, inclui unidades básicas de saúde, Estratégia de Saúde da Família, posto de saúde, unidade de saúde rural, hospitais, serviço médico de urgência, unidade de pronto atendimento, Secretaria Municipal de Saúde, vigilância em saúde, ambulatórios/centros de especialidades médicas e odontológicas, serviços de radiodiagnóstico, laboratório, farmácia, escolas, academias de saúde e unidades prisionais.

TABELA 10 - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE, SEGUNDO O MUNICÍPIO DE MORADIA DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE. PARANÁ, 2018

MUNICÍPIOS	Nº ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE		CTA/SAE/SOA	Nº LEITOS HOSPITALARES
	Total (2017) ^{VIII}	SUS*(2017) ^{VIII}	Un. ^{IX}	Total (2016) ^{VII}
Adrianópolis	11	8	0	3
Agudos do Sul	11	8	0	0
Almirante Tamandaré	53	19	1	0
Araucária	126	44	1	91
Balsa Nova	7	7	0	12
Bocaiúva do Sul	10	8	0	11
Campina Grande do Sul	23	17	0	372
Campo do Tenente	20	13	0	0
Campo Largo	148	25	0	704
Campo Magro	21	14	0	0
Cerro Azul	24	21	0	26
Colombo	120	36	1	119
Contenda	20	15	0	16
Curitiba	6.523	229	7	5.580
Doutor Ulysses	12	10	0	0
Fazenda Rio Grande	56	20	0	48
Itaperuçu	14	8	0	49
Lapa	80	31	0	157
Mandirituba	22	16	0	50
Piên	21	8	0	49
Pinhais	131	26	1	295
Piraquara	66	30	1	552
Quatro Barras	20	14	0	0
Quitandinha	27	18	0	25
Rio Branco do Sul	29	10	0	30
Rio Negro	69	18	0	30
São José dos Pinhais	441	60	2	245
Tijucas do Sul	23	18	0	16
Tunas do Paraná	6	6	0	6
TOTAL	8.134	757	14	8.486

FONTE: A autora com base em IPARDES ([201-]); BRASIL (2017a; 2017e)

NOTA: * Foram contabilizados os estabelecimentos em que a natureza jurídica é a administração pública.

^{VII} Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29>

^{VIII} Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>> em 04/11/2017.

^{IX} Disponível em: <http://www.aids.gov.br/en/aceso_a_informacao/servicos-de-saude?page=8>

Dos municípios do Vale da Ribeira, Cerro Azul tem 21 serviços de saúde tendo como natureza jurídica a administração pública, enquanto que Adrianópolis, Bocaiúva do Sul e Itaperuçu têm oito serviços com essa natureza e Tunas do Paraná tem somente seis. (TABELA 10)

Ainda na mesma tabela, observa-se que dois municípios, Adrianópolis e Tunas do Paraná, possuem menos de 10 leitos hospitalares e que seis municípios, Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Campo do Tenente, Campo Magro, Doutor Ulysses e Quatro Barras, não possuem nenhum leito hospitalar. Por outro lado, os municípios de Campina Grande do

Sul, Campo Largo, Colombo, Curitiba, Lapa, Pinhais, Piraquara e São José dos Pinhais possuem mais de 100 leitos hospitalares cada, totalizando 8024 (94,5%) leitos do total de leitos da regional de saúde, e só a cidade de Curitiba possui 5580 (69,5%) destas acomodações hospitalares.

Destaca-se ainda que somente as cidades de Almirante Tamandaré, Araucária, Colombo, Curitiba, Pinhais, Piraquara e São José dos Pinhais têm serviços especializados em testagem, orientação e aconselhamento em HIV/Aids e outras ISTs (CTA/COA/SAE/SOA)³⁹, e em Curitiba estão sete dos 14 serviços da 2ª RS. (TABELA 10)

Dados obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) demonstram que todos os municípios da 2ª RS tinham serviço de vigilância em saúde relacionado à Secretaria Municipal de Saúde, só as cidades de Agudos do Sul, Pinhais, Bocaiúva do Sul, Campo Largo, Campo Magro, Curitiba, Mandirituba, Piên, Pinhais, Quitandinha e São José dos Pinhais têm unidades próprias de vigilância epidemiológica e/ou sanitária. (BRASIL, 2017e).

Outra informação relevante é referente ao total de Organizações da Sociedade Civil que prestam amparo às PVHAs. Na 2ª RS estão registradas 12 instituições sem fins lucrativos, e todas elas se localizam na cidade de Curitiba. Embora essas organizações não sejam consideradas serviços de saúde, muitas vezes realizam teste rápido de fluido oral, prestam serviço de aconselhamento e acompanhamento psicológico, distribuem preservativos, atuam em defesa dos direitos das PVHAs e são consideradas de suma importância pela sua parceria histórica com o Ministério da Saúde na resposta à epidemia de HIV/Aids (BRASIL, 2017a; 2017b).

³⁹ Essas nomenclaturas variam de acordo com a organização dos serviços do setor de saúde no município e podem ser designadas como CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento; COA – Centro de Orientação e Aconselhamento; SAE – Serviço de Assistência Especializada; e SOA – Serviço de Orientação e Aconselhamento.

4.1.2.8 Condições de Infraestrutura

Referente às questões de infraestrutura dos municípios que compõem a 2ªRS, se pode observar que a maioria dos domicílios tem água canalizada, luz elétrica e banheiro ou sanitário.

TABELA 11 - INFRAESTRUTURA DOS MUNICÍPIOS DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, DESTAQUE PARA ÁGUA CANALIZADA, BANHEIRO E ENERGIA ELÉTRICA. PARANÁ, 2018

MUNICÍPIOS	Nº DE DOMICÍLIOS VII	ÁGUA CANALIZADA VII		BANHEIRO SANITÁRIO VII		ENERGIA ELÉTRICA VII	
	Total	Nº domicílios	%	Nº domicílios	%	Nº domicílios	%
Adrianópolis	1.974	1.903	96,4%	1.862	94,3%	1.878	95,1%
Agudos do Sul	2.574	2.552	99,1%	2.542	98,8%	2.551	99,1%
Almirante Tamandaré	30.405	30.184	99,3%	30.281	99,6%	30.317	99,7%
Araucária	35.508	35.208	99,2%	35.407	99,7%	35.474	99,9%
Balsa Nova	3.525	3.432	97,4%	3.500	99,3%	3.522	99,9%
Bocaiúva do Sul	3.248	3.189	98,2%	3.220	99,1%	3.215	99,0%
Campina Grande do Sul	11.596	11.308	97,5%	11.560	99,7%	11.571	99,8%
Campo do Tenente	2.046	2.005	98,0%	2.020	98,7%	2.026	99,0%
Campo Largo	34.163	33.789	98,9%	34.036	99,6%	34.085	99,8%
Campo Magro	7.406	7.270	98,2%	7.338	99,1%	7.373	99,6%
Cerro Azul	5.175	4.870	94,1%	4.930	95,3%	4.986	96,3%
Colombo	63.630	63.348	99,6%	63.459	99,7%	63.544	99,9%
Contenda	4.686	4.510	96,2%	4.637	99,0%	4.647	99,2%
Curitiba	576.190	575.598	99,9%	575.630	99,9%	576.057	100,0%
Doutor Ulysses	1.686	1.633	96,9%	1.580	93,7%	1.622	96,2%
Fazenda Rio Grande	23.696	23.602	99,6%	23.665	99,9%	23.686	100,0%
Itaperuçu	6.874	6.794	98,8%	6.754	98,3%	6.844	99,6%
Lapa	14.093	13.633	96,7%	13.979	99,2%	13.951	99,0%
Mandirituba	6.719	6.508	96,9%	6.611	98,4%	6.691	99,6%
Piên	3.370	3.285	97,5%	3.350	99,4%	3.348	99,3%
Pinhais	35.532	35.448	99,8%	35.454	99,8%	35.527	100,0%
Piraquara	26.127	25.809	98,8%	25.982	99,4%	26.071	99,8%
Quatro Barras	6.077	6.034	99,3%	6.047	99,5%	6.067	99,8%
Quitandinha	5.235	5.166	98,7%	5.165	98,7%	5.206	99,4%
Rio Branco do Sul	9.133	9.037	98,9%	8.974	98,3%	9.019	98,8%
Rio Negro	9.754	9.513	97,5%	9.556	98,0%	9.555	98,0%
São José dos Pinhais	80.728	80.252	99,4%	80.601	99,8%	80.637	99,9%
Tijucas do Sul	4.486	4.365	97,3%	4.427	98,7%	4.470	99,6%
Tunas do Paraná	1.793	1.759	98,1%	1.773	98,9%	1.763	98,3%

FONTE: A autora com base em IPARDES ([201-])

NOTA: VII Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29>

Com relação ao atendimento de água encanada para a população, Cerro Azul tem o menor número de domicílios atendidos, com 4870 (94,1%) lares atendidos, enquanto que Curitiba e Pinhais têm 99,9% e 99,8%, respectivamente. No que tange à presença de banheiro nas casas, na cidade de Doutor Ulysses somente 93,7% referiram ter sanitário em casa, ao passo que em Curitiba e Fazenda Rio Grande 99,9% das residências têm esse recurso. (TABELA 11)

Ainda na mesma tabela, se pode observar que a menor cobertura de luz elétrica é a do município de Adrianópolis, onde 95,1% dos lares recebem esse recurso de infraestrutura, ao mesmo tempo em que Curitiba, Fazenda Rio Grande e Pinhais têm 100% de cobertura.

Na TABELA 12, observa-se que em relação ao tratamento de esgoto⁴⁰ os municípios de Campina Grande do Sul, Curitiba e Pinhais têm cobertura acima de 100%, em nove cidades o total de domicílios atendidos é menor que 50%, a saber: Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campo Magro, Cerro Azul, Itaperuçu, Mandirituba, Quitandinha. Em sete localidades não há tratamento de esgoto, são elas: quatro no Vale da Ribeira (Adrianópolis, Doutor Ulysses, Rio Branco do Sul, Tunas do Paraná) e as demais no Núcleo Urbano Central (Campo do Tenente, Piên, Tijucas do Sul).

No que diz respeito à coleta de lixo, o município com o menor percentual de domicílios atendidos é o de Doutor Ulysses, com 27,1%. Somente a cidade de Pinhais tem 100% das residências atendidas, mas é importante destacar que oito localidades têm mais de 95% de casas atendidas, são elas: Almirante Tamandaré, Araucária, Campina Grande do Sul, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Piraquara e Quatro Barras. (TABELA 12).

⁴⁰ Alguns municípios têm percentual maior que 100%, pois se refere à quantidade de unidades atendidas pela Companhia de Saneamento do Paraná (SANEPAR); como unidades atendidas se considera todo o imóvel (casa, apartamento, loja, prédio, etc.) ou subdivisão independente do imóvel para efeito de cadastramento e cobrança. (IPARDES, [201-])

TABELA 12 - INFRAESTRUTURA DOS MUNICÍPIOS DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, DESTAQUE PARA TRATAMENTO DE ESGOTO E COLETA DE LIXO. PARANÁ, 2018

MUNICÍPIOS	Nº DE DOMICÍLIOS VII	TRATAMENTO ESGOTO VII		COLETA DE LIXO VII	
	Total	Un. Atendidas	%	Nº domicílios	%
Adrianópolis	1.974	0	0,0%	1.259	63,8%
Agudos do Sul	2.574	591	23,0%	1.600	62,2%
Almirante Tamandaré	30.405	14.386	47,3%	29.963	98,5%
Araucária	35.508	28.079	79,1%	35.027	98,6%
Balsa Nova	3.525	890	25,2%	3.263	92,6%
Bocaiúva do Sul	3.248	1.588	48,9%	2.498	76,9%
Campina Grande do Sul	11.596	11.813	101,9%	11.058	95,4%
Campo do Tenente	2.046	0	0,0%	1.693	82,7%
Campo Largo	34.163	21.989	64,4%	31.850	93,2%
Campo Magro	7.406	2.758	37,2%	7.005	94,6%
Cerro Azul	5.175	53	1,0%	2.422	46,8%
Colombo	63.630	46.795	73,5%	63.285	99,5%
Contenda	4.686	2.679	57,2%	3.497	74,6%
Curitiba	576.190	731.919	127,0%	575.635	99,9%
Doutor Ulysses	1.686	0	0,0%	457	27,1%
Fazenda Rio Grande	23.696	23.383	98,7%	23.518	99,2%
Itaperuçu	6.874	1.184	17,2%	5.812	84,6%
Lapa	14.093	9.717	68,9%	10.461	74,2%
Mandirituba	6.719	1.531	22,8%	5.163	76,8%
Piên	3.370	0	0,0%	2.729	81,0%
Pinhais	35.532	37.682	106,1%	35.520	100,0%
Piraquara	26.127	25.669	98,2%	25.941	99,3%
Quatro Barras	6.077	5.636	92,7%	5.949	97,9%
Quitandinha	5.235	540	10,3%	3.739	71,4%
Rio Branco do Sul	9.133	0	0,0%	7.757	84,9%
Rio Negro	9.754	5.355	54,9%	8.626	88,4%
São José dos Pinhais	80.728	68.128	84,4%	79.373	98,3%
Tijucas do Sul	4.486	0	0,0%	3.780	84,3%
Tunas do Paraná	1.793	0	0,0%	1.634	91,1%

FONTE: A autora com base em IPARDES ([201-])

NOTA: VII Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29>

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE HIV/AIDS

Neste tópico optou-se por apresentar os dados referentes ao agravo, comparando o estado com a 2ªRS, contextualizando a RMC no que tange ao número de casos de HIV, Aids e óbitos por Aids, conforme o município, para então nos subtópicos apresentar detalhadamente os casos especificamente da 2ª RS, divididos em HIV e Aids.

TABELA 13 - NOTIFICAÇÕES DE HIV/AIDS EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, NO PARANÁ E NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE. PARANÁ, 2018

LOCAL	HIV		AIDS		ÓBITOS		TOTAL
	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	
Paraná	3689	90,9%	302	7,4%	70	1,7%	4061
2ª RS	2376	94,6%	106	4,2%	30	1,2%	2512

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

No total de notificações de HIV/Aids, no período de 2007-2015, destaca-se o número total de casos de HIV, 3689 no estado e 2376 na 2ª RS, representando respectivamente 90,8% e 94,6% do total de indivíduos notificados no período. (TABELA 13)

Verifica-se, ainda, que a 2ª RS detém elevada parcela dos casos de HIV/Aids e óbitos por Aids, 2512 (61,2%), quando comparados com o total de casos do estado, 4061 (100%). (TABELA 13)

TABELA 14 - PREVALÊNCIA DE HIV E AIDS NA POPULAÇÃO DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2005-2017, NO PARANÁ E NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE. PARANÁ, 2018

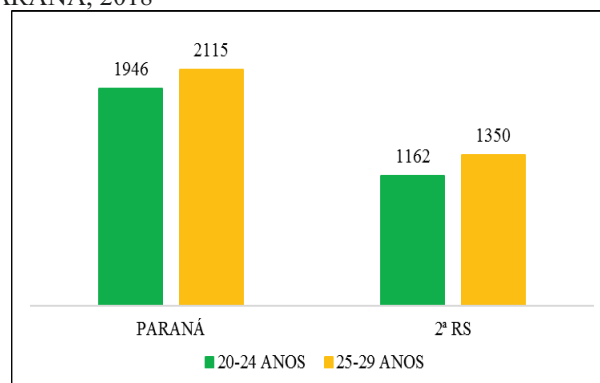
	POPULAÇÃO	HIV		AIDS		TOTAL
	20-29 anos	Nº casos	Prevalência	Nº casos	Prevalência	
Paraná	1.781.564	3689	0,2%	302	0,02%	3991
2ª RS	587.698	2376	0,4%	106	0,02%	2482

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

Os dados demonstram que a prevalência do HIV na população deste estudo é maior na 2ªRS (0,4%), equivalendo ao dobro do estado (0,2%), enquanto que a prevalência da Aids apresenta o mesmo percentual em ambos (0,02%). (TABELA 14)

GRÁFICO 1 - NOTIFICAÇÕES DE HIV/AIDS EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, NO PARANÁ E NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA. PARANÁ, 2018

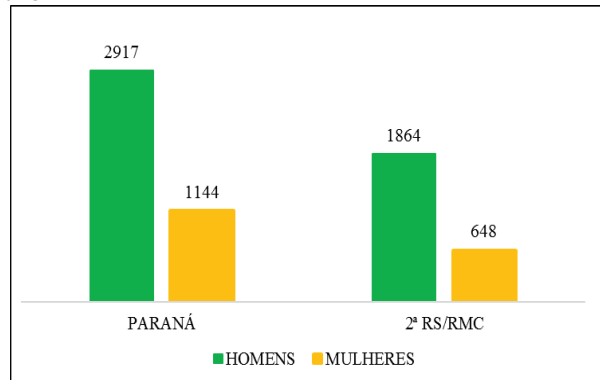


FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

No que tange ao total de indivíduos por faixa etária, observou-se que aqueles com idade entre 25 e 29 anos apresentam maior número de casos, tanto no Paraná, quanto na 2ª RS, 2115 (52%) e 1350 (54%), respectivamente. (GRÁFICO 1)

GRÁFICO 2 - NOTIFICAÇÕES DE HIV/AIDS EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, NO PARANÁ E NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO O SEXO. PARANÁ, 2018



FONTE: A autora (2018).
NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

Conforme o GRÁFICO 2, se pode observar que o Estado do Paraná possuía um total de 4061 casos de HIV/Aids em adultos jovens na faixa etária de 20 a 29 anos, enquanto que a 2ª RS abarcava um total de 2512 casos, que representa 62% dos indivíduos notificados no estado no período de 2007 a 2015.

Ainda na mesma figura, se pode verificar que o total de homens notificados com HIV/Aids no Paraná é de 2917 (72%), e que, destes, 1864 (64%) são moradores da 2ª RS; no que tange ao sexo feminino, o total no estado é de 1144 (28%) e, destas, 648 (56%) são residentes na RMC.

A seguir a contextualização das notificações de indivíduos residentes da 2ª RS inseridas no SINAN Net, descritos por município de moradia e divididos em casos de HIV, Aids e óbitos por Aids.

TABELA 15 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, AIDS E ÓBITOS POR AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, POR MUNICÍPIO DE MORADIA DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE. PARANÁ, 2018

MUNICÍPIO	HIV	AIDS	ÓBITOS	TOTAL
	Nº casos	Nº casos	Nº casos	
Adrianópolis	2	0	1	3
Agudos do Sul	0	0	0	0
Almirante Tamandaré	65	1	2	68
Araucária	62	6	1	69
Balsa Nova	2	0	0	2
Bocaiúva do Sul	3	0	0	3
Campina Grande do Sul	20	3	0	23
Campo do Tenente	1	0	0	1
Campo Largo	16	2	0	18
Campo Magro	16	0	0	16
Cerro Azul	6	0	0	6
Colombo	104	10	7	121
Contenda	7	1	0	8
Curitiba	1670	40	10	1720
Doutor Ulysses	1	0	0	1
Fazenda Rio Grande	56	5	2	63
Itaperuçu	6	0	0	6
Lapa	8	0	0	8
Mandirituba	5	0	0	5
Piên	3	0	1	4
Pinhais	122	29	2	153
Piraquara	60	3	2	65
Quatro Barras	4	2	0	6
Quitandinha	2	0	0	2
Rio Branco do Sul	5	2	0	7
Rio Negro	8	0	0	8
São José dos Pinhais	117	2	2	121
Tijucas do Sul	0	0	0	0
Tunas do Paraná	5	0	0	5
2ºRS	2376	106	30	2512
%	94,6%	4,2%	1,2%	100%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

No que tange ao número absoluto de casos de HIV, Aids e óbitos por Aids segundo o município de moradia, se pode verificar que o maior número de notificações no SINAN-Net está em Curitiba, 1720 casos de HIV, seguido por 40 casos de Aids e 10 casos de óbitos.

Nas demais cidades destacam-se Pinhais com 122 notificações de HIV, 29 de Aids e dois óbitos, Colombo com 104, 10 e sete, e São José dos Pinhais com 117, dois e dois, respectivamente, casos de HIV, Aids e óbitos. (TABELA 15)

Nas localidades de Adrianópolis, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campo do Tenente, Doutor Ulysses, Mandirituba, Piên, Quitandinha e Tunas do Paraná, o total de notificações no período do estudo é igual ou inferior a cinco. Acrescenta-se, ainda, que dois municípios não

têm nenhum registro de casos de HIV, Aids e óbitos por Aids nos seus sistemas de informação, a saber: Agudos do Sul e Tijucas do Sul. (TABELA 15)

4.2.1 Características dos indivíduos que vivem com HIV na Segunda Regional de Saúde

Neste subtópico são apresentados os dados acerca do HIV na 2ª RS, tendo em vista que apresenta o maior número absoluto de casos (2376) e as maiores prevalências na população.

TABELA 16 - NOTIFICAÇÕES DE HIV E PREVALÊNCIA, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, POR MUNICÍPIO DE MORADIA DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE. PARANÁ, 2018

MUNICÍPIO	20-24 ANOS	25 - 29 ANOS	TOTAL	PREVALÊNCIA
Adrianópolis	2	0	2	0,2%
Agudos do Sul	0	0	0	0,0%
Almirante Tamandaré	37	28	65	0,4%
Araucária	32	30	62	0,3%
Balsa Nova	0	2	2	0,1%
Bocaiúva do Sul	2	1	3	0,2%
Campina Grande do Sul	8	12	20	0,3%
Campo do Tenente	0	1	1	0,1%
Campo Largo	7	9	16	0,1%
Campo Magro	10	6	16	0,4%
Cerro Azul	3	3	6	0,2%
Colombo	61	43	104	0,3%
Contenda	4	3	7	0,3%
Curitiba	761	909	1670	0,5%
Doutor Ulysses	1	0	1	0,1%
Fazenda Rio Grande	19	37	56	0,4%
Itaperuçu	6	0	6	0,1%
Lapa	5	3	8	0,1%
Mandirituba	2	3	5	0,1%
Piên	1	2	3	0,2%
Pinhais	49	73	122	0,6%
Piraquara	32	28	60	0,3%
Quatro Barras	3	1	4	0,1%
Quitandinha	0	2	2	0,1%
Rio Branco do Sul	3	2	5	0,1%
Rio Negro	3	5	8	0,2%
São José dos Pinhais	55	62	117	0,2%
Tijucas do Sul	0	0	0	0,0%
Tunas do Paraná	4	1	5	0,4%
2ª RS	1110	1266	2376	0,4%

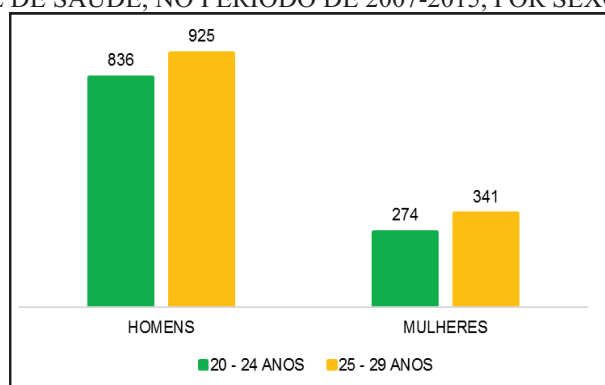
FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

De acordo com a TABELA 16, o total de indivíduos com HIV na 2ª RS é de 2376, distribuídos nas duas faixas etárias, e o total de casos é maior na faixa de 25-29 anos, 1266, seguida da faixa de 20-24 anos com 1110 notificações.

Destaca-se ainda que quatro cidades apresentam a maioria dos casos na faixa etária 25-29 anos, a saber: Curitiba com 909 casos, Fazenda Rio Grande com 37, Pinhais com 73 e São José dos Pinhais com 62 casos, e que nos outros 25 municípios a maioria dos indivíduos notificados está na faixa etária de 20-24 anos. (TABELA 16)

GRÁFICO 3 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, RESIDENTES NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, POR SEXO. PARANÁ, 2018



FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

Conforme o GRÁFICO 3, nas notificações em indivíduos de 20-24 anos, o sexo masculino tem 836 (75%) casos e no segmento feminino são 274 (25%), enquanto que na faixa de idade entre 25-29 anos os homens totalizam 925 (73%) casos, e as mulheres perfazem 341 (27%) das notificações.

TABELA 17 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, SEGUNDO A RAÇA/COR DECLARADA. PARANÁ, 2018

RAÇA/COR DECLARADA	20-24 ANOS		25-29 ANOS	
	Nº casos	%	Nº casos	%
Amarela	8	0,7%	10	0,8%
Branca	834	75,1%	944	74,6%
Indígena	2	0,2%	1	0,1%
Parda	144	13,0%	161	12,7%
Preta	42	3,8%	54	4,3%
Ignorado	75	6,8%	89	7,0%
Não preenchido	5	0,5%	7	0,6%
TOTAL	1110	100,0%	1266	100,0%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

Cabe destacar que, do total de notificações para o agravo na faixa de idade de 20-24 anos, 834 (75,1%) declararam-se brancos; 144 (13,0%), pardos; 42 (3,8%), na raça/cor preta; oito (0,7%), na raça/cor amarela; e dois (0,2%) indivíduos se declararam indígenas. (TABELA 17)

Ainda na mesma tabela, verifica-se que, na faixa etária de 25-29 anos, são 944 (74,6%) na raça/cor branca, 161 (12,7%) na parda, 54 (4,3%) na raça/cor preta, 10 (0,8%) indivíduos declararam-se pertencentes à raça/cor amarela e um (0,1%) como indígena.

Importante ressaltar que, do total de 2376 notificações ao SINAN-Net, em indivíduos moradores da 2ª RS, o campo raça/cor foi ignorado ou não preenchido, e também em 80 (7,3%) casos na faixa de 20-24 anos e 96 (7,6%) na idade entre 25-29 anos, totalizando 176 (7,4%) notificações. (TABELA 17)

TABELA 18 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, SEGUNDO A ESCOLARIDADE. PARANÁ, 2018

ESCOLARIDADE	20 - 24 ANOS	%	25 - 29 ANOS	%
Analfabeto	0	0,0%	2	0,2%
1ª a 4ª série incompleta	26	2,3%	30	2,4%
4ª série completa	32	2,9%	38	3,0%
5ª a 8ª série incompleta	124	11,2%	123	9,7%
Ens. Fundamental completo	80	7,2%	108	8,5%
Ens. Médio incompleto	109	9,8%	89	7,0%
Ens. Médio completo	247	22,3%	242	19,1%
Educação Superior incompleta	87	7,8%	107	8,5%
Educação superior completa	82	7,4%	171	13,5%
Ignorado	291	26,2%	313	24,7%
Não preenchido	32	2,9%	43	3,4%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL	1110	100,0%	1266	100,0%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

No tocante à escolaridade (TABELA 18), salienta-se que, quando preenchido o respectivo campo, o nível de escolaridade com o maior percentual foi o do ensino médio, com 247(22,3%) casos na idade entre 20-24 anos e 242(19,1%) na idade entre 25-29 anos, seguido por 124 (11,2%) e 123 (9,7%) com 5ª a 8ª séries incompletas, 109 (9,8%) e 89 (7,0%) para os indivíduos com ensino médio incompleto, respectivamente nas faixas de idade de 20-24 anos e 25-29 anos.

Verifica-se que o agravo acomete dois indivíduos analfabetos e que em pessoas com escolaridade inferior a oito anos de estudo (1ª a 8ª séries incompletas) foram 182 (16,4%) casos na faixa etária de 20-24 anos e 191 (15,1%) na faixa dos 25-29 anos. (TABELA 18)

Ainda na mesma tabela, merece destaque o número de indivíduos em que o campo escolaridade na FNI não foi preenchido ou foi ignorado, sendo: na faixa etária de 20-24 anos 32 (2,9%) campos não preenchidos e 291 (26,2%) ignorados, totalizando 323 (29,1%) casos de HIV; na faixa de 25-29 anos o total de notificações com o campo não preenchido foi de 43(3,4%), e ignorado foi para 313 (24,7%), perfazendo 356 (28,1%) dos casos nesta faixa etária.

Referente à ocupação dos indivíduos notificados com HIV (TABELA 19), na faixa etária de 20-24 anos 111 (10,0%) estão classificados dentro do grande grupo 5, seguidos pelas 69 (6,2%) donas de casa⁴¹ e pelos 54 (4,9%) estudantes. Ao mesmo tempo em que, na idade compreendida de 25-29 anos, 131 (10,3%) são do grande grupo 5, seguidos pelos 95 (7,5%) do grupo 2, e ainda pelas 67 (5,3%) donas de casa⁴².

É importante destacar que, dentro do grande grupo 5, estão classificados os profissionais do sexo, que representam cinco (4,5%) casos na faixa de 20-24 anos (um do sexo feminino e quatro do sexo masculino) e três (2,3%) casos na faixa de 25-29 anos (um do sexo feminino e dois do sexo masculino). Sete eram residentes do Município de Curitiba e uma era residente da cidade de Almirante Tamandaré. Salienta-se, ainda, que somente dois indivíduos foram notificados pelo município de moradia. (TABELA 19)

As ocupações que tiveram os menores números de indivíduos notificados foram: grande grupo 0 (zero) com nenhuma notificação; aposentado ou pensionista com um caso na faixa etária de 25-29 anos; grande grupo 9, com um caso na faixa entre 20-24 anos e cinco indivíduos notificados na idade compreendida entre 25-29 anos.

Uma informação relevante, referente ao campo ocupação da FNI, foi o número expressivo de notificações nas quais o referido campo não foi preenchido: em 614 (55,3%) notificações na faixa etária de 20-24 anos e em 653 (51,6%) na faixa de 25-29 anos, representando 1267 (53,3%) indivíduos do total de casos de HIV notificados no período. (TABELA 19)

⁴¹ Dos 69 casos classificados como dona de casa na faixa de 20-24 anos, dois indivíduos eram do sexo masculino.

⁴² Dos 67 casos classificados como dona de casa na faixa de 25-29 anos, dois indivíduos eram do sexo masculino.

TABELA 19 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, SEGUNDO OCUPAÇÃO, CONFORME CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. PARANÁ, 2018

GRANDE GRUPO ⁴³	DESCRIÇÃO	20-24 anos		25-29 anos	
		n	%	n	%
0	Forças Armadas, policiais e bombeiros militares	0	0,0%	0	0,0%
1	Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	11	1,0%	25	2,0%
2	Profissionais das ciências e das artes	43	3,9%	95	7,5%
3	Técnicos de nível médio	27	2,4%	41	3,2%
4	Trabalhadores de serviços administrativos	46	4,1%	39	3,1%
5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	111	10,0%	131	10,3%
6	Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	2	0,2%	5	0,4%
7	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	23	2,1%	30	2,4%
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	4	0,4%	6	0,5%
9	Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção	1	0,1%	5	0,4%
Outros ⁴⁴	Ignorada	62	5,6%	80	6,3%
	Estudante	54	4,9%	40	3,2%
	Dona de casa	69	6,2%	67	5,3%
	Aposentado / Pensionista	0	0,0%	1	0,1%
	Desempregado	40	3,6%	44	3,5%
	Presidiários / Confinados	3	0,3%	4	0,3%
	Não preenchido	614	55,3%	653	51,6%
TOTAL		1110	100,0%	1266	100,0%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

Ainda na TABELA 19, observa-se que o campo ocupação da FNI teve seu preenchimento ignorado 62 (5,6%) vezes na idade compreendida entre 20-24 anos e 80 vezes (6,3%) na de 25-29 anos, perfazendo 6,0% de FNIs com o campo não preenchido do total de notificações para o referido agravo.

⁴³ Categorizados por grande grupo das ocupações, conforme Classificação Brasileira das Ocupações (BRASIL, 2010).

⁴⁴ Ocupações que não são descritas na Classificação Brasileira de Ocupações e/ou situação de preenchimento, utilizadas para fins do SINAN-Net.

TABELA 20 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, CONFORME PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO, POR SEXO. PARANÁ, 2018

MODO TRANSMISSÃO		20-24 ANOS		25-29 ANOS		TOTAL	
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
Vertical	Sim	8	2	7	3	20	
	Não	782	260	856	318	2216	
	Ignorado	46	12	62	20	140	
	TOTAL	836	274	925	341	2376	
Sexual	Relação sexual com homens	529	257	513	301	1600	
	Relação sexual com mulheres	143	3	231	2	379	
	Relação sexual com homens e mulheres	68	1	69	1	139	
	Não	3	1	2	0	6	
	Ignorado	93	12	110	37	252	
	TOTAL	836	274	925	341	2376	
Sanguínea	Usuário de Drogas Injetáveis	S	16	11	29	10	66
		N	676	238	755	270	1939
		I	144	25	141	61	371
	TOTAL	836	274	925	341	2376	
	Transfusão por hemofilia	S	0	0	0	0	0
		N	759	274	835	341	2209
		I	77	0	90	0	167
	TOTAL	836	274	925	341	2376	
	Transfusão sanguínea	S	2	0	2	5	9
		N	750	256	831	290	2127
		I	84	18	92	46	240
	TOTAL	836	274	925	341	2376	
	Acidente com material biológico	S	0	0	0	0	0
		N	758	256	831	299	2144
I		78	18	94	42	232	
TOTAL	836	274	925	341	2376		

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

LEGENDA: S – Sim; N – Não; I – Ignorado.

Referente ao modo de transmissão por via sexual, que está subdividida em: relação sexual com homens; relação sexual com mulheres; relação sexual com homens e mulheres, o total de indivíduos do sexo masculino que declararam a provável contaminação por relação sexual com homens, ou seja, homens que fazem sexo com homens (HSH), foi de 529 (47,7%) na faixa de 20-24 anos e 513 (40,5%) na faixa de 25-29 anos, totalizando 1042 (43,9%) indivíduos da amostra estudada. Os homens que faziam sexo com mulheres (HSM) totalizaram 143 (12,9%) na idade entre 20-24 anos e 231 (18,2%) nos indivíduos de 25-29 anos, representando 374 (15,7%) casos do total de indivíduos com o vírus. Enquanto que os homens que faziam sexo com homens e mulheres (HSHM) somaram 137 (5,8%) da amostra de indivíduos notificados com o agravo, divididos em 68 (6,1%) com idade entre 20-24 anos e 69 (5,4%) naqueles entre 25-29 anos. (TABELA 20)

As mulheres que declararam provável modo de transmissão sexual somaram 565 casos, distribuídos em 257 (23,1%) de 20-24 anos, 301 (23,8%) de 25-29 anos em relações sexuais com homens ou 558 (23,5%) casos entre os 2376 indivíduos com HIV, seguidos por cinco casos em relações sexuais com mulheres e dois casos em relações sexuais com homens e mulheres. (TABELA 20)

A transmissão por uso de drogas injetáveis representa 45 (1,9%) casos em indivíduos do sexo masculino, sendo 16 (24,4%) com idade entre 20-24 anos e 29 (43,9%) entre 25-29 anos, enquanto que as mulheres totalizaram 21 (0,9%) casos, divididos em 11 (16,7%) com idade entre 20-24 anos e 10 (15,1%) na idade de 25-29 anos. (TABELA 20)

A transmissão vertical foi apontada como modo de transmissão em 20 (0,8%) casos do total de indivíduos com HIV, representados por oito (40,0%) homens e duas (10,0%) mulheres, na faixa etária de 20-24 anos, e sete (35,0%) homens e três (15,0%) mulheres com idades entre 25-29 anos. (TABELA 20).

Nos casos com provável modo de transmissão por transfusão sanguínea, os indivíduos estão distribuídos em dois (22,2%) homens com idade de 20-24 anos e dois (22,2%) homens e cinco (55,6%) mulheres na faixa etária de 25-29 anos, ressaltando-se que as datas de transfusão foram: uma em 1991, uma no ano 2000, uma em 2003, duas no ano de 2005, uma em 2006, duas em 2009 e um caso no ano de 2010. (TABELA 20)

TABELA 21 - CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA AO HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO MASCULINO, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO O ANO DE NOTIFICAÇÃO, (N=1761). PARANÁ, 2018

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
Homossexual	29	30	39	45	60	34	67	317	404	1025	58,2
Homossexual / Drogas	1	1	0	0	1	0	1	2	3	9	0,5
Bissexual	4	6	7	7	7	6	8	37	46	128	7,3
Bissexual / Drogas	0	1	1	0	2	1	2	1	1	9	0,5
Heterossexual	14	21	12	16	14	24	32	84	134	351	19,9
Heterossexual/ Drogas	2	1	0	1	3	2	2	3	4	18	1,0
Drogas	0	1	0	0	0	0	2	0	5	8	0,4
Transfusão	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,1
Transfusão/ Heterossexual	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,1
Perinatal	2	0	1	1	1	1	2	4	3	15	0,9
Ignorado	15	6	6	14	8	6	12	49	80	196	11,1
TOTAL	67	67	66	84	96	75	128	497	681	1761	100

FONTE: A autora (2018).

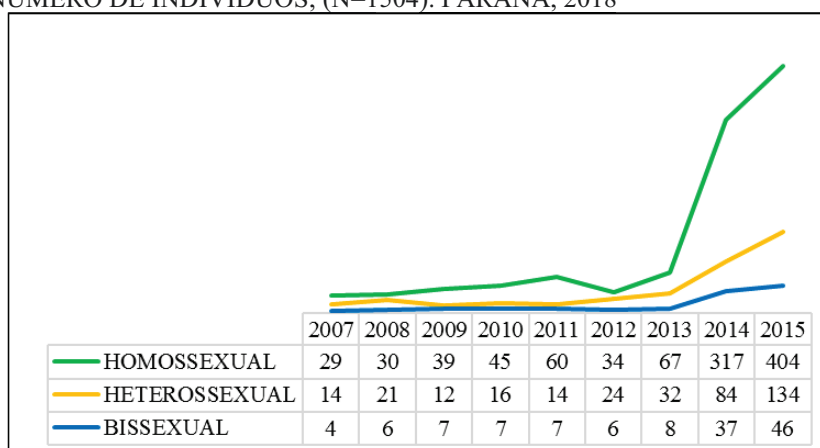
NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

No que diz respeito à categoria de exposição nos indivíduos do sexo masculino, observa-se que a categoria homossexual é a que apresenta o maior número de indivíduos,

1025 (58,2%) das notificações, seguida pela heterossexual com 351 (19,9%), bissexual com 128 (7,3%) e perinatal com 15 (8,5%) casos. (TABELA 21)

Nas três categorias em que há associação do modo de transmissão sexual e pelo uso de drogas, observa-se que a categoria de exposição heterossexual/drogas tem 18 (1,0%) casos, seguida pelas categorias homossexual/drogas e bissexual/drogas com nove (0,5%) casos cada. (TABELA 21)

GRÁFICO 4 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO MASCULINO, CONFORME AS CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA COM MAIOR NÚMERO DE INDIVÍDUOS, (N=1504). PARANÁ, 2018



FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

No que tange às categorias de exposição homossexual e heterossexual, no sexo masculino, observa-se que estas são as que condensam a maioria dos indivíduos com HIV, totalizando 1376 (78,1%) do total de casos do sexo masculino. (GRÁFICO 4)

Na oportunidade de comparação entre as linhas de tendência dos casos conforme a categoria de exposição, salienta-se que aqueles que foram categorizados como homossexuais apresentam percentuais acima dos que foram categorizados como heterossexuais. As maiores diferenças estão nos anos de 2011 com 46 (328,5%) casos, em 2014 com 233 (277,4%) e em 2009 com 27 (225,0%), enquanto que as menores diferenças estão nos anos de 2012, 10 (41,7%), 2008 com nove (42,9%) casos e 2007 com 15 (107,1%) notificações. (GRÁFICO 4)

Cabe destacar que a Portaria nº 1271, de 6 junho de 2014, incluiu o HIV como agravo de notificação compulsória, devendo esta ser remetida ao MS semanalmente (BRASIL, 2014d).

TABELA 22 - CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA AO HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO FEMININO, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO O ANO DE NOTIFICAÇÃO, (N=615). PARANÁ, 2018

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
Homossexual	0	0	1	0	0	1	0	0	2	4	0,7
Homossexual / Drogas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,2
Bissexual	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0,3
Bissexual / Drogas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Heterossexual	13	36	29	27	21	28	54	101	226	535	87,0
Heterossexual/ Drogas	0	2	1	2	1	0	3	2	8	19	3,1
Drogas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2
Transfusão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Transfusão/ Heterossexual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Perinatal	1	0	0	0	0	0	1	2	1	5	0,8
Ignorado	2	3	4	4	3	3	1	7	21	48	7,8
TOTAL	16	42	35	33	25	32	60	114	258	615	100

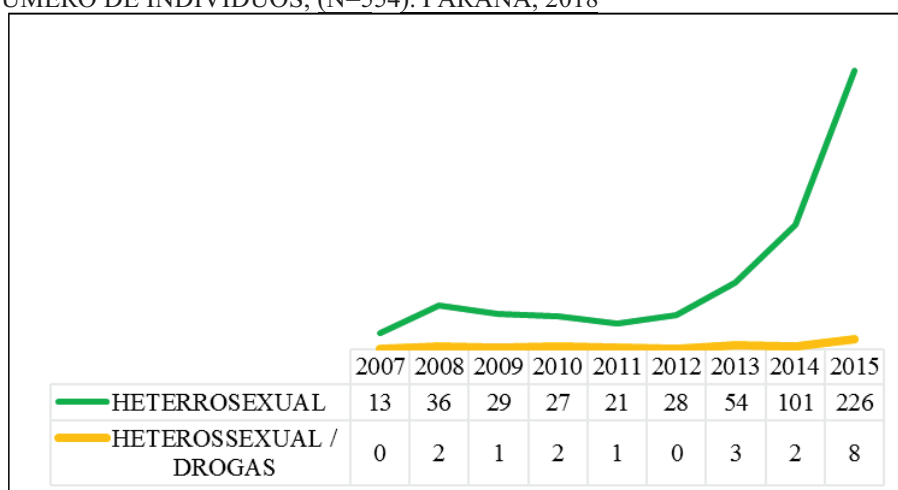
FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

No que está relacionado à categoria de exposição nos indivíduos do sexo feminino, observa-se que a categoria heterossexual é a que apresenta o maior número de indivíduos, 535 (86,9%) das notificações, seguida pela heterossexual/drogas com 19 (3,1%), perinatal com 5 cinco (0,8%) e homossexual com quatro (0,6%) casos. (TABELA 22)

As duas categorias de exposição com o maior número de mulheres, heterossexual e heterossexual/drogas, serão apresentadas em linha de tendência no GRÁFICO 5.

GRÁFICO 5 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO FEMININO, CONFORME AS CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA COM MAIOR NÚMERO DE INDIVÍDUOS, (N=554). PARANÁ, 2018



FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

Em relação às categorias de exposição heterossexual e heterossexual/drogas, no sexo feminino, observa-se que estas são as que condensam a maioria dos indivíduos com HIV, totalizando 554 (90,1%) do total de casos do sexo feminino. (GRÁFICO 5)

Quando comparadas as linhas de tendências, os casos categorizados como heterossexuais apresentam percentuais acima daqueles que foram categorizados como heterossexuais/drogas. As maiores diferenças estão nos anos de 2014, 99 (4950,0%), em 2009 e 2012 com 28 (2800,0%) e em 2015 com 218 (2725,0%), enquanto que as menores diferenças estão nos anos de 2008 e 2013 com 24 e 51 casos (1700,0%), respectivamente, 2007 com 13 (1300,0%) casos e 2010 com 25 (1250,0%) notificações. (GRÁFICO 5)

É importante destacar que as linhas apresentam diferenças acentuadas em suas curvas, o que afirma a diferença no total de casos de cada uma delas, que é 516 (2716,0%) notificações.

TABELA 23 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, PERCENTUAL E RAZÃO ENTRE SEXOS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO O ANO DE NOTIFICAÇÃO. PARANÁ, 2018

ANO	MASCULINO		FEMININO		RAZÃO
	N	%	N	%	H:M
2007	67	3,8%	16	2,6%	4,2:1
2008	67	3,8%	42	6,8%	1,6:1
2009	66	3,7%	35	5,7%	1,9:1
2010	84	4,8%	33	5,4%	2,5:1
2011	96	5,5%	25	4,1%	3,8:1
2012	75	4,3%	32	5,2%	2,3:1
2013	128	7,3%	60	9,8%	2,1:1
2014	497	28,2%	114	18,5%	4,4:1
2015	681	38,7%	258	42,0%	2,6:1
TOTAL	1761	100,0%	615	100,0%	2,9:1

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

Os maiores percentuais no total de casos por ano, são observados no ano de 2015, tanto no sexo masculino 681(38,7%) quanto no sexo feminino 258(42,0%), seguido pelo ano de 2014, no qual o número de casos no sexo masculino foi de 497 (28,2%) e no sexo feminino foi de 114 (18,5%). (TABELA 23)

Ainda na mesma tabela se pode verificar a razão entre os sexos, apresentada em proporção de homens por mulheres. Em 2008 a razão foi de 1,6 homens para cada mulher, sendo essa a menor diferença entre os sexos, enquanto que em 2014 foi de 4,4 homens para cada mulher, ou seja, a maior diferença entre os sexos.

TABELA 24 - NOTIFICAÇÕES DE HIV, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, POR MUNICÍPIO DE MORADIA DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, CASOS RESIDENTES VS. CASOS NOTIFICADOS VS. CASOS NOTIFICADOS EM RESIDENTES. PARANÁ, 2018

MUNICÍPIOS	Nº CASOS DE RESIDENTES	Nº CASOS NOTIFICADOS	Nº CASOS NOTIFICADOS EM RESIDENTES
Adrianópolis	2	0	0
Agudos do Sul	0	0	0
Almirante Tamandaré	65	5	0
Araucária	62	30	0
Balsa Nova	2	0	0
Bocaiúva do Sul	3	0	0
Campina Grande do Sul	20	13	0
Campo do Tenente	1	0	0
Campo Largo	16	14	0
Campo Magro	16	4	0
Cerro Azul	6	0	0
Colombo	104	32	0
Contenda	7	3	0
Curitiba	1670	1169	807
Doutor Ulysses	1	0	0
Fazenda Rio Grande	56	6	0
Itaperuçu	6	0	0
Lapa	8	0	0
Mandirituba	5	0	0
Piên	3	2	0
Pinhais	122	88	7
Piraquara	60	17	0
Quatro Barras	4	1	0
Quitandinha	2	1	0
Rio Branco do Sul	5	1	0
Rio Negro	8	1	0
São José dos Pinhais	117	73	1
Tijucas do Sul	0	0	0
Tunas do Paraná	5	0	0
Outros	0	916	0
TOTAL	2376	2376	815

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

Na TABELA 24 está demonstrado o número de casos de indivíduos moradores dos respectivos municípios (nº casos de residentes), com o número de notificações realizadas pelo município (nº casos notificados) e ainda o total de indivíduos que foram notificados pelo seu próprio município de residência (nº casos notificados em residentes), na qual é possível observar que o número de casos difere em todas as situações.

A cidade que mais realizou notificações foi Curitiba, com 1169 casos notificados por estabelecimentos de saúde deste município. Deste total, somente 807 (69,0%) foram de

indivíduos residentes no município, seguido pelo Município de Pinhais com 88 casos notificados, sendo sete (7,9%) de pessoas moradoras da cidade, e por São José dos Pinhais, com 76 notificações, com uma (1,3%) de morador do município. (TABELA 24).

Ainda na mesma tabela, observa-se que 12 municípios não realizaram nenhuma notificação de HIV, a saber: Adrianópolis, Agudos do Sul, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campo do Tenente, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Tijucas do Sul e Tunas do Paraná. Sendo importante salientar que, com exceção dos Municípios de Agudos do Sul e Tijucas do Sul, em que não houve nenhum caso de HIV em moradores, todos os demais tiveram notificações de indivíduos que eram residentes do município.

Verifica-se que somente três municípios notificaram os próprios moradores, a saber: Curitiba (807), Pinhais (7) e São José dos Pinhais (1), as outras 26 cidades não notificaram os casos de seus moradores. Outro dado relevante que pode ser observado é o número de casos notificados em outras cidades que não as da RMC, 916 ou 38,5% dos casos da 2ª RS.

4.2.2 Características dos indivíduos que vivem com Aids na Segunda Regional de Saúde

O total de casos de Aids na 2ª Regional de Saúde era de 106 indivíduos, representando 4,2% da amostra deste estudo. Neste tópico serão apresentadas as características dos casos de Aids.

Acrescenta-se ainda que, no banco de dados fonte desta pesquisa, todos os casos estão classificados como Aids segundo o Critério Rio de Janeiro/Caracas, identificado pelo código 300, sendo este atribuído pelo próprio sistema SINAN Net conforme os dados e hierarquia de outros campos preenchidos na FNI (BRASIL, 2012b).

TABELA 25 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, POR MUNICÍPIO DE MORADIA DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE. PARANÁ, 2018

MUNICÍPIOS	20-24 ANOS	25 - 29 ANOS	TOTAL
Adrianópolis	0	0	0
Agudos do Sul	0	0	0
Almirante Tamandaré	1	0	1
Araucária	4	2	6
Balsa Nova	0	0	0
Bocaiúva do Sul	0	0	0
Campina Grande do Sul	0	3	3
Campo do Tenente	0	0	0
Campo Largo	0	2	2
Campo Magro	0	0	0
Cerro Azul	0	0	0
Colombo	2	8	10
Contenda	0	1	1
Curitiba	15	25	40
Doutor Ulysses	0	0	0
Fazenda Rio Grande	0	5	5
Itaperuçu	0	0	0
Lapa	0	0	0
Mandirituba	0	0	0
Piên	0	0	0
Pinhais	12	17	29
Piraquara	2	1	3
Quatro Barras	2	0	2
Quitandinha	0	0	0
Rio Branco do Sul	0	2	2
Rio Negro	0	0	0
São José dos Pinhais	1	1	2
Tijucas do Sul	0	0	0
Tunas do Paraná	0	0	0
TOTAL	39	67	106
%	36,8	63,2	100

FONTE: A autora (2018).

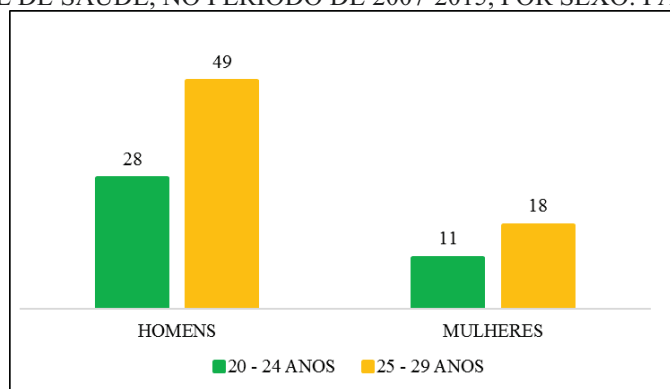
NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

Conforme a TABELA 25, observa-se que foram 106 casos de Aids na 2ª RS, mas destaca-se que três cidades concentraram a maioria dos casos, a saber: Curitiba (40), Pinhais (29) e Colombo (10), ou seja, aproximadamente 74,5% do total de indivíduos com Aids notificados na 2ª RS.

Destaca-se que a faixa etária de 20-29 anos tem 39 indivíduos com Aids e que a faixa de idade entre 25-29 anos tem 67 casos, sendo esta a faixa etária que concentra 63,2% do total de indivíduos com a síndrome. (TABELA 25)

Acrescenta-se que a taxa de prevalência⁴⁵ de Aids na população entre 20-29 anos, no Município de Pinhais, foi de 0,14%, e no Município de Quatro Barras foi de 0,6%, sendo estes os únicos em que a referida taxa foi diferente de 0,0%.

GRÁFICO 6 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, RESIDENTES NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, POR SEXO. PARANÁ, 2018



FONTE: A autora (2018).
NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

O GRÁFICO 6 aponta que a maioria dos indivíduos diagnosticados com Aids em ambas faixas etárias era do sexo masculino, 77 (72,6%), enquanto que mulheres somaram 29 (27,4%) notificações da síndrome.

TABELA 26 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, SEGUNDO A RAÇA/COR DECLARADA. PARANÁ, 2018

RAÇA/COR	20 - 24 ANOS		25 - 29 ANOS	
	N	%	N	%
Amarela	1	2,6%	1	1,5%
Branca	31	79,5%	46	68,7%
Indígena	0	0,0%	0	0,0%
Parda	5	12,8%	9	13,4%
Preta	0	0,0%	4	6,0%
Ignorado	2	5,1%	6	9,0%
Não preenchido	0	0,0%	1	1,5%
TOTAL	39	100,0%	67	100,0%

FONTE: A autora (2018).
NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

Segundo a TABELA 26, se pode verificar que a maioria dos casos é de indivíduos da raça/cor branca, 31 (79,5%) casos entre 20-24 anos e 46 (68,7%) entre 25-29 anos, enquanto que na raça/cor parda, a segunda em número de casos, esses valores são de cinco (12,8%) e

⁴⁵ Optou-se por não apresentar a taxa de prevalência para todos os municípios, pois somente Pinhais e Quatro Barras apresentaram taxas diferentes de 0,0%.

nove (13,4%), respectivamente. Verifica-se também que a raça/cor indígena não teve notificações e que a raça/cor preta apresenta quatro (6,0%) casos na faixa de 25-29 anos.

Outro destaque importante nos dados dessa tabela está no número de notificações que teve esse campo ignorado ou não preenchido: na faixa etária de 20-24 anos foram dois (5,1%) notificações e na faixa de 25-29 anos foram sete (10,5%) casos, totalizando nove (8,5%) das notificações.

TABELA 27 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, SEGUNDO A ESCOLARIDADE. PARANÁ, 2018

ESCOLARIDADE	20-24 ANOS	%	25-29 ANOS	%
Analfabeto	0	0,0%	0	0,0%
1ª a 4ª séries incompletas	2	5,1%	3	4,5%
4ª série completa	4	10,3%	1	1,5%
5ª a 8ª série incompleta	9	23,1%	13	19,4%
Ens. Fundamental completo	6	15,4%	6	9,0%
Ens. Médio incompleto	3	7,7%	7	10,4%
Ens. Médio completo	6	15,4%	8	11,9%
Educação superior incompleta	0	0,0%	1	1,5%
Educação superior completa	2	5,1%	4	6,0%
Ignorado	6	15,4%	22	32,8%
Não preenchido	1	2,6%	2	3,0%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL	39	100,0%	67	100,0%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

Dentre aqueles que tiveram o campo escolaridade preenchido, observa-se que, na faixa etária de 20-24 anos, o maior número de indivíduos, nove (23,1%) tinham de 5ª à 8ª série incompleta, seguidos pelos seis (15,4%) com ensino fundamental completo e seis (15,4%) com ensino médio completo. Nos indivíduos com idade entre 25-29 anos, foram 13 (19,4%) com escolaridade de 5ª à 8ª série incompleta, seguidos pelos oito (11,9%) casos com ensino médio completo e sete (10,4%) com ensino fundamental completo. (TABELA 27)

Quando somadas as notificações que tiveram o campo escolaridade ignorado ou não preenchido, ambas as faixas etárias totalizam 31 (29,2%) do total de casos de indivíduos com Aids.

TABELA 28 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, SEGUNDO OCUPAÇÃO, CONFORME A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. PARANÁ, 2018

GRANDE GRUPO ⁴⁶	DESCRIÇÃO	20-24 anos		25-29 anos	
		n	%	n	%
0	Forças Armadas, policiais e bombeiros militares	0	0,0%	0	0,0%
1	Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	0	0,0%	1	1,5%
2	Profissionais das ciências e das artes	3	7,7%	0	0,0%
3	Técnicos de nível médio	1	2,6%	1	1,5%
4	Trabalhadores de serviços administrativos	0	0,0%	1	1,5%
5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	1	2,6%	9	13,4%
6	Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	0	0,0%	0	0,0%
7	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	3	7,7%	2	3,0%
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	0	0,0%	2	3,0%
9	Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção	0	0,0%	0	0,0%
Outros ⁴⁷	Ignorada	1	2,6%	2	3,0%
	Estudante	2	5,1%	5	7,5%
	Dona de casa	2	5,1%	3	4,5%
	Aposentado / Pensionista	0	0,0%	0	0,0%
	Desempregado	0	0,0%	4	6,0%
	Presidiários / Confinados	3	7,7%	4	6,0%
	Não preenchido	23	59,0%	33	49,3%
TOTAL		39	100,0%	67	100,0%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

O destaque para a TABELA 28 está no número de casos de indivíduos com Aids para os quais o campo ocupação não foi preenchido, 23 (59%) na faixa etária de 20-24 anos e 33 (49,3%) na faixa de 25-29 anos, que, se somados, perfazem 53% dos 106 casos de Aids.

Ainda cabe ressaltar que, dentre aqueles que tiveram o campo preenchido na FNI, os maiores percentuais nos indivíduos de 20-24 anos estão no grande grupo 2 (profissionais das ciências e das artes), grande grupo 7 (trabalhadores da produção de bens e serviços industriais) e presidiários/confinados, todos com 7,7% ou três notificações cada. Enquanto que, na faixa etária de 25-29 anos, a maioria dos casos está no grande grupo 5 (trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados), com nove (13,4%) notificações,

⁴⁶ Categorizados por grande grupo das ocupações, conforme Classificação Brasileira das Ocupações (BRASIL, 2010)

⁴⁷ Ocupações que não são descritas na Classificação Brasileira de Ocupações e/ou situação de preenchimento, utilizadas para fins do SINAN Net.

no qual apenas um indivíduo do sexo masculino era profissional do sexo, seguido pela categoria estudante com cinco (7,5%) casos. (TABELA 28)

TABELA 29 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2007-2015, CONFORME PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO, POR SEXO. PARANÁ, 2018

MODO TRANSMISSÃO		20-24 ANOS		25-29 ANOS		TOTAL	
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
Vertical	Sim	0	1	0	0	1	
	Não	26	10	47	16	99	
	Ignorado	2	0	2	2	6	
	TOTAL	28	11	49	18	106	
Sexual	Relação sexual com homens	9	10	18	15	52	
	Relação sexual com mulheres	13	17	0	1	31	
	Relação sexual com homens e mulheres	2	1	7	1	11	
	Não	0	0	0	0	0	
	Ignorado	4	0	7	1	12	
	TOTAL	28	28	32	18	106	
Sanguínea	UDI	S	2	2	9	2	15
		N	22	9	14	33	78
		I	4	0	7	2	13
	TOTAL	28	11	30	37	106	
	Transfusão por hemofilia	S	0	0	0	0	0
		N	26	11	45	18	100
		I	2	0	4	0	6
	TOTAL	28	11	49	18	106	
	Transfusão sanguínea	S	0	0	0	0	0
		N	16	11	44	25	96
		I	3	0	5	2	10
	TOTAL	19	11	49	27	106	
	Acidente com material biológico	S	0	0	0	0	0
		N	26	11	46	17	100
I		2	0	3	1	6	
TOTAL	28	11	49	18	106		

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

LEGENDA: S – Sim; N – Não; I - Ignorado

Daqueles que desenvolveram a síndrome após contato com vírus por transmissão sexual, 49 (46,2%) eram homens e 45 (42,5%) eram mulheres.

Entre os indivíduos do sexo masculino, 27 (25,5%) foram em HSH, 13 (12,3%) em HSM e nove (8,5%) em relações com homens e mulheres. Enquanto que em indivíduos do sexo feminino os casos foram distribuídos em 25 (23,6%) em relações sexuais com homens,

18 (17,0%) em relações sexuais com mulheres e dois (1,9%) em relações sexuais com homens e mulheres. (TABELA 29)

Outro dado importante, conforme demonstrado na TABELA 29, é de que um indivíduo do sexo feminino na faixa de 20-24 anos desenvolveu a síndrome pela transmissão vertical.

TABELA 30 - CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA À AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO MASCULINO, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO O ANO DE NOTIFICAÇÃO, (N=77). PARANÁ, 2018

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
Homossexual	4	2	2	1	0	3	1	6	6	25	32,5%
Homossexual / Drogas	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2,6%
Bissexual	1	0	0	0	0	0	2	0	3	6	7,8%
Bissexual / Drogas	0	1	0	0	0	0	0	0	2	3	3,9%
Heterossexual	2	1	1	2	2	2	2	1	12	25	32,5%
Heterossexual/ Drogas	1	0	0	0	0	0	1	0	3	5	6,5%
Drogas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1,3%
Ignorado	0	3	0	0	0	0	1	1	5	10	13,0%
TOTAL	9	7	3	3	2	5	7	9	32	77	100

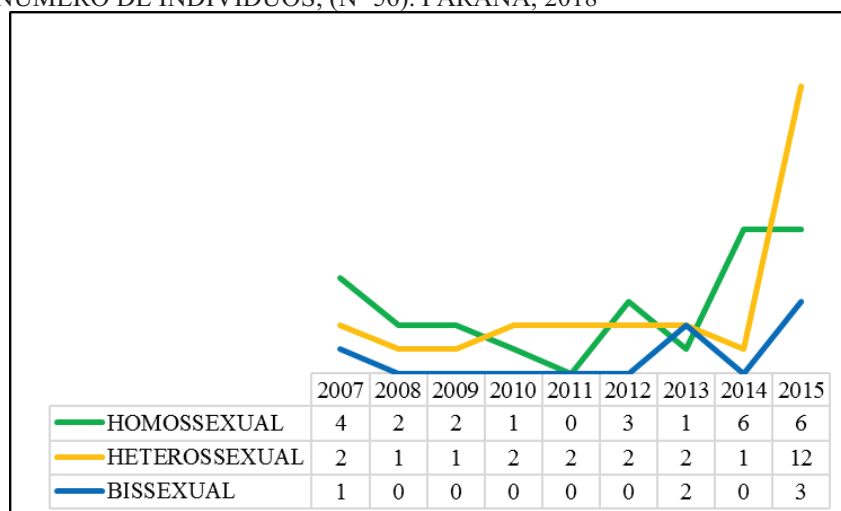
FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

No que tange à categoria de exposição nos indivíduos do sexo masculino, observa-se que as categorias homossexual e heterossexual são as que apresentam o maior número de indivíduos, 25 (32,5%) notificações cada, seguida pela bissexual com seis (7,8%), heterossexual /drogas com cinco (6,5%) e bissexual/drogas com três (3,9%) casos. (TABELA 30)

Ainda na mesma tabela, merece destaque o total de casos que teve a categoria de exposição hierarquizada classificada como ignorada, 10 (13,0%).

GRÁFICO 7 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO MASCULINO, CONFORME AS CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA COM MAIOR NÚMERO DE INDIVÍDUOS, (N=56). PARANÁ, 2018



FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

No que tange às categorias de exposição homossexual e heterossexual, no sexo masculino, observa-se que estas são as que condensam a maioria dos indivíduos com Aids, totalizando 50 (47,2%) do total de casos do sexo masculino. (GRÁFICO 7)

TABELA 31 - CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA À AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO FEMININO, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO O ANO DE NOTIFICAÇÃO, (N=29). PARANÁ, 2018

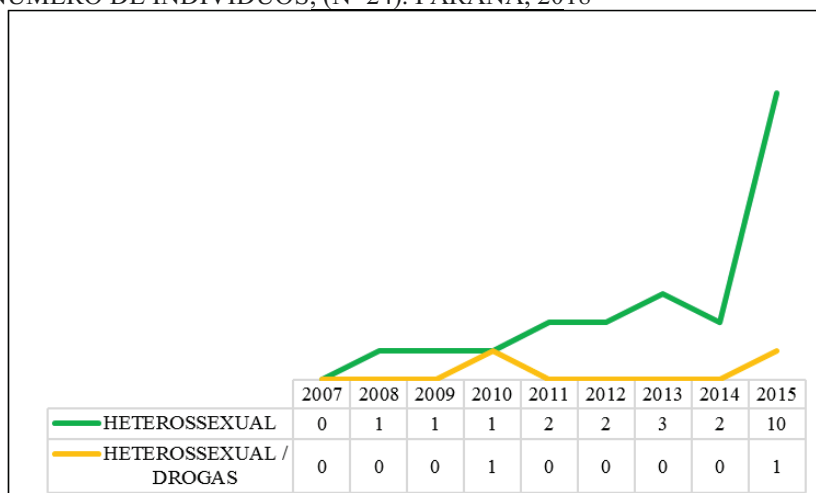
CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
Homossexual	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3,4%
Bissexual	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3,4%
Bissexual / Drogas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3,4%
Heterossexual	0	1	1	1	2	2	3	2	10	22	75,9%
Heterossexual/ Drogas	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	6,9%
Drogas	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3,4%
Perinatal	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3,4%
TOTAL	0	1	1	3	3	2	5	2	12	29	100,0%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

No que está relacionado à categoria de exposição nos indivíduos do sexo feminino, observa-se que a categoria heterossexual é que apresenta o maior número de indivíduos, 22 (75,9%) das notificações, seguida pela heterossexual/drogas com dois (6,9%) e homossexual, bissexual, bissexual/drogas, drogas e perinatal com um (3,4%) cada. (TABELA 31)

GRÁFICO 8 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, DO SEXO FEMININO, CONFORME AS CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA COM MAIOR NÚMERO DE INDIVÍDUOS, (N=24). PARANÁ, 2018



FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

Em relação às categorias de exposição heterossexual e heterossexual/drogas, no sexo feminino, observa-se que estas são as que condensam a maioria dos indivíduos com HIV, totalizando 24 (82,8%) casos do sexo feminino, sendo importante destacar que as linhas apresentam diferenças acentuadas em suas curvas, o que afirma a diferença no total de casos de cada uma delas, que é de 20 notificações. (GRÁFICO 8)

Quando comparadas as linhas de tendências, os casos categorizados como heterossexuais apresentam percentuais acima daqueles que foram categorizados como heterossexuais/drogas, e a maior diferença está no ano de 2015, nove (900,0%). (GRÁFICO 8)

TABELA 32 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, PERCENTUAL E RAZÃO ENTRE SEXOS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, MORADORES DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO O ANO DE NOTIFICAÇÃO. PARANÁ, 2018

ANO	MASCULINO		FEMININO		RAZÃO
	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%	H:M
2007	9	11,7%	0	0,0%	9:0
2008	7	9,1%	1	3,4%	7,0:1
2009	3	3,9%	1	3,4%	3,0:1
2010	3	3,9%	3	10,3%	1:1
2011	2	2,6%	3	10,3%	0,7:1
2012	5	6,5%	2	6,9%	2,5:1
2013	7	9,1%	5	17,2%	1,4:1
2014	9	11,7%	2	6,9%	4,5:1
2015	32	41,6%	12	41,4%	2,7:1
TOTAL	77	100,0%	29	100,0%	2,7:1

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

Os maiores percentuais no total de casos de Aids por ano são observados no ano de 2015, tanto no sexo masculino, 32 (41,6%), quanto no sexo feminino, 12 (41,4%), seguido pelos anos de 2007 e 2014, nos quais o número de casos no sexo masculino foi de nove (11,7%), enquanto que no sexo feminino foi o ano de 2013, com cinco (17,2%) casos. (TABELA 32)

Ainda na mesma tabela se pode verificar a razão entre os sexos, apresentada em proporção de homens por mulheres. Em 2011 a razão foi de 0,7 homens para cada mulher, sendo essa a menor diferença entre os sexos, enquanto que em 2008 foi de 7,0 homens para cada mulher, ou seja, a maior diferença entre os sexos.

TABELA 33 - NOTIFICAÇÕES DE AIDS, EM INDIVÍDUOS DE 20-29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007-2015, POR MUNICÍPIO DE MORADIA DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE, CASOS DE RESIDENTES VS CASOS NOTIFICADOS VS CASOS NOTIFICADOS EM RESIDENTES. PARANÁ, 2018

MUNICÍPIOS	Nº CASOS DE RESIDENTES	Nº CASOS NOTIFICADOS	Nº CASOS NOTIFICADOS EM RESIDENTES
Adrianópolis	0	0	0
Agudos do Sul	0	0	0
Almirante Tamandaré	1	0	0
Araucária	6	0	0
Balsa Nova	0	0	0
Bocaiúva do Sul	0	0	0
Campina Grande do Sul	3	0	0
Campo do Tenente	0	0	0
Campo Largo	2	0	0
Campo Magro	0	0	0
Cerro Azul	0	0	0
Colombo	10	0	0
Contenda	1	0	0
Curitiba	40	62	22
Doutor Ulysses	0	0	0
Fazenda Rio Grande	5	0	0
Itaperuçu	0	0	0
Lapa	0	0	0
Mandirituba	0	0	0
Piên	0	0	0
Pinhais	29	4	2
Piraquara	3	0	0
Quatro Barras	2	0	0
Quitandinha	0	0	0
Rio Branco do Sul	2	0	0
Rio Negro	0	0	0
São José dos Pinhais	2	5	0
Tijucas do Sul	0	0	0
Tunas do Paraná	0	0	0
Outros	0	35	0
TOTAL	106	106	24

FONTE: A autora (2018).

NOTA: SINAN Net/SESA em 24/04/17.

Na TABELA 33 compara-se o número de casos de indivíduos de 20-29 anos, com Aids, moradores dos respectivos municípios (nº casos de residentes), com o número de notificações realizadas pelo município (nº casos notificados) e ainda o total de indivíduos com a síndrome que foram notificados pelo próprio município de sua residência (nº casos notificados em residentes), na qual é possível observar que o número de casos difere em todas as situações.

A cidade que mais realizou notificações foi Curitiba, com 62 casos notificados em estabelecimentos de saúde deste município. Deste total, somente 22 (35,5%) foram de indivíduos residentes no município, seguido pelo Município de Pinhais com quatro casos notificados, sendo dois (50,0%) de pessoas moradoras da cidade, seguido pela cidade de São José dos Pinhais que realizou cinco notificações de indivíduos moradores da 2ª RS, porém nenhuma destas foi de residentes no próprio município, sendo estes municípios os únicos a realizarem notificações de Aids na RMC.

Destaca-se o número de casos notificados em outras cidades que não as da RMC, 35 (33,0%) dos casos de Aids de moradores de municípios da 2ªRS. (TABELA 33).

5 DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados à luz do referencial teórico. Assim, está dividido em três subtópicos, sendo o primeiro sobre as características dos casos de HIV/Aids, confrontando estas com os dados populacionais da 2ª RS do Paraná. No segundo subtópico se encontram as reflexões acerca das características das PVHAs do território estudado, confrontando-as com achados de outros estudos nacionais e internacionais. Por fim, no terceiro subtópico se discute a determinação social dos casos de HIV/Aids em 10 municípios da regional estudada, os quais apresentaram dados do fenômeno que chamaram a atenção no capítulo de resultados.

5.1 A SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, A POPULAÇÃO E AS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NO TERRITÓRIO

A 2ª RS concentra aproximadamente 28,9% da população paranaense, com 91,7% residindo na área urbana; segundo Ribeiro (2012), 85,5% da população paranaense vive em áreas urbanas, realidade também observada nas regiões metropolitanas das outras capitais de estados do Sul do Brasil, Porto Alegre e Florianópolis, que têm 97,0% e 95,3% de sua população moradora na zona urbana, respectivamente (IBGE, [201-]; SERVIÇO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS DE SANTA CATARINA (SEBRAE/SC), 2013; RIO GRANDE DO SUL, [201-]; ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013).

No que tange à população estimada para o ano de 2015, a cidade de Curitiba tinha 1.879.355 hab., com densidade demográfica de 4.027,04 hab./km², que somada às cidades que compõem o núcleo urbano central, totaliza 3.254.181 hab. (92,9%) da população da RMC. Entre as cidades adstritas à capital, as mais populosas são: São José dos Pinhais (297.895 hab.), Colombo (232.432 hab.), Araucária (133.428 hab.), Pinhais (127.045 hab.), Campo Largo (112.337 hab.), Almirante Tamandaré (103.204 hab.), Fazenda Rio Grande (81.675 hab.) e Campo Magro (27.517 hab.). Destas, cinco apresentam as maiores densidade demográfica, Pinhais com 1.922,42 hab./km², Colombo com 1.076,72 hab./km², São José dos Pinhais com 279,16 hab./km², Araucária com 253,86 hab./km² e Campo Largo com 89,93 hab./km², perfazendo junto com a capital 79,8% da população da RMC, o que corrobora com o levantamento realizado por Ribeiro (2012), no qual se descreve que as cidades ao entorno do município sede de regiões metropolitanas são as que apresentam maior percentual populacional e densidade demográfica da região. Esta dinâmica, segundo IPARDES (2005),

está essencialmente relacionada ao desenvolvimento econômico dos municípios da RMC, assim como populações de menor poder aquisitivo buscam áreas com o solo menos valorizado nas periferias metropolitanas, mas consideram nessa busca o fácil acesso ao município sede, na perspectiva de se inserirem nos processos de produção, como também em processos de formação pessoal e profissional.

Referente ao número de casos de HIV/Aids e óbitos por Aids, a 2ª RS concentra 62% (2512) do total de casos do Estado do Paraná, característica observada também na região metropolitana de Porto Alegre, uma vez que a capital gaúcha concentra 56,9% dos casos daquele estado (RIO GRANDE DO SUL, 2017). Embora apresentem percentuais diferentes, a região metropolitana de São Paulo e região metropolitana de Belo Horizonte acumulam, respectivamente, 54% e 45,1% do total de casos do agravo, ou seja, a maior concentração dos casos do agravo nas capitais de seus respectivos estados (SÃO PAULO, 2016; MINAS GERAIS, 2016).

No Paraná a taxa de prevalência para HIV é de 0,4% na 2ª RS e de 0,2% no estado, partindo da informação de que a taxa nacional é de 0,4% na população em geral (UNAIDS, 2016a) e concordando com o que aponta o Boletim Epidemiológico de São Paulo (2016), no qual se registra que há subnotificação de casos. Quando a taxa de prevalência nacional é maior que a local, reflete-se que a diferença entre a média nacional e a paranaense, 0,4% no país e 0,2% no Paraná, deva estar relacionada também à subnotificação de casos que se encontram nas demais regionais de saúde deste estado.

A RMC tem predomínio de indivíduos do sexo feminino em sua população, seja no número absoluto de homens e mulheres, seja na razão entre os sexos, que é de 95 homens para cada 100 mulheres na população total. Características estas que são semelhantes à realidade nacional, na qual a proporção é de 96 homens para cada 100 mulheres, assim como a realidade estadual, que tem a razão de 97:100 (IBGE, 2011). E, ainda, tem-se que esta é equivalente à região metropolitana de Porto Alegre, que tem razão de sexos de 96:100 na população total (RIO GRANDE DO SUL, [201-]) e à região metropolitana de Florianópolis, que tem 95 homens para cada 100 mulheres (DATASUS, [201-]).

Considerando a faixa de idade de 20-29 anos, a população feminina perfaz 9,2% da população total da RMC e população masculina, 9,1% de toda a população da RMC, com uma razão entre os sexos de 98,8 homens para cada 100 mulheres; na realidade nacional essa razão foi de 94,3 homens para cada 100 mulheres no ano de 2015 (IBGE, 2016b). Nas PVHAs observa-se predomínio de indivíduos na faixa etária de 25-29 anos e de indivíduos do sexo masculino, com razão de sexos de 1,6:1 no estado e 1,8:1 na RMC, abaixo da média

nacional, conforme demonstra o Boletim Epidemiológico Nacional (BRASIL, 2016b), no qual a razão de sexos nas PVHA foi de 3:1 na população de 20-29 anos.

Frente ao número de casos de HIV, Aids e óbitos na RMC, na população de 20 a 29 anos, no período de 2007 a 2015, observou-se que estes perfazem 94,6%, 4,2% e 1,2% do total de casos, respectivamente. Na realidade nacional esses percentuais são divergentes, ou seja, a população de 20-29 anos totalizou 141.727 casos no período de 2007-2015, sendo 31,5% casos de HIV, 58,6% de Aids e 9,9% de óbitos (BRASIL, 2016b). Ao mesmo tempo em que, no Estado do Rio Grande do Sul, os casos notificados como HIV representam 16,5% e os de Aids 83,5%, e o boletim do referido estado não apresenta o número de óbitos por faixa etária, mas sim óbitos pela causa na população em geral (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Posto isso, observa-se que a regional estudada tem uma sensibilidade maior para a notificação dos casos de HIV, que pode estar relacionada à estrutura dos serviços de saúde, assim como se tem registrado que Curitiba vem notificando os indivíduos que vivem com vírus desde o ano de 2002, sendo esse considerado o de implantação do Atendimento ao portador de HIV em Unidades Básicas de Saúde (CURITIBA, 2014). Porém, nos dados apresentados no capítulo de resultados se pode verificar uma contradição, pois, nas TABELAS 24 (vide p. 110) e 33 (vide p. 121), se observa que o Município de Curitiba não foi o responsável pela notificação de todos os casos dos PVHAs que eram declaradamente residentes nesta cidade, o que pode demonstrar uma sensibilidade maior para a notificação de HIV nos demais municípios da RMC e ainda que as PVHAs se deslocam no território em busca de atendimento, o que é afirmado por Ferreira e Silva (2012), quando apontam que os indivíduos que vivem com HIV e Aids buscam os serviços de saúde pelas suas próprias necessidades, concepções e estigmas, traçando caminhos singulares em busca de atendimento.

Entre os municípios da 2ª RS observa-se grande disparidade no que tange aos indicadores sociais, ao passo que a regional tem os municípios com o maior e menor IDH-M do estado, sendo Curitiba (0,823) e Doutor Ulysses (0,546), respectivamente (IPARDES, [201-]). Destarte, neste indicador, a região tem uma média de 0,783, o que a leva a ser a 5ª posição no *ranking* das regiões metropolitanas do país, Florianópolis ocupando a 1ª posição com média de 0,815 e Porto Alegre, com média de 0,762, na 13ª posição (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013). Partindo da suposição de que, quanto maior o IDH-M, melhores são as condições de saúde, renda e educação, morar em regiões que tenham IDH-M alto beneficia o cuidado com a saúde, ao passo de que o conhecimento favorece a busca por melhores condições de vida, trabalho e moradia, o que para Breilh (2006) são processos protetores da saúde.

O maior índice de Gini é o da cidade de Curitiba (0,5652), enquanto que o menor é observado na cidade de Campo Magro (0,3984), na RMC o índice de Gini é 0,5629. Dados que demonstram a disparidade na concentração de renda na região, também observadas em outras regiões metropolitanas como São Paulo, Florianópolis e Porto Alegre, nas quais as cidades adstritas às capitais têm índices de Gini divergentes do município sede (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013). As diferenças de renda entre os municípios, conforme é demonstrado por esse indicador, podem não significar necessariamente que uma cidade é mais rica ou mais pobre que a outra, mas o dado permite perceber que há desigualdade de renda entre seus municípios, no caso quando o índice está próximo de 1. Assim, acredita-se que os dados de Campo Magro demonstram uma pequena diferença na renda entre os municípios, mas esta é de maneira geral baixa, vistos os dados da TABELA 10 (vide p. 92), pois as rendas das faixas etárias deste estudo (20-24;25-29) têm pequena diferença entre si, representando pouco mais de R\$ 86 em 2015. Somado a isto, esta cidade também é a segunda com menor concentração (PIB) de renda da região. Diferentemente de Campo Magro, na cidade de Curitiba a diferença de renda entre as faixas etárias do estudo, conforme a tabela citada, era de aproximadamente R\$ 634 e este é 6º município com maior PIB da região.

Em se tratando de PIB, observa-se que também há discrepância entre os municípios da RMC, ao passo que São José dos Pinhais (R\$79.268) e Araucária (R\$65.153) têm as maiores concentrações de riquezas e Doutor Ulysses (R\$10.560) e Campo Magro (R\$10.653) são detentores das menores concentrações de riqueza, tendo a RMC um PIB *per capita* de R\$39.872, disparidades essas também encontradas nas regiões metropolitanas de Porto Alegre e São Paulo (IBGE, 2016a). A concentração de riquezas nas cidades de São José dos Pinhais e Araucária pode ser relacionada ao fato de ambas serem polos industriais, a primeira automobilística e a segunda petroleira, assim como ao fato de a renda média nesses dois municípios estar entre as três maiores da região, uma vez que este indicador sofre influências tanto da produção, quanto do consumo. Ao passo que as duas cidades com os menores PIBs são cidades pouco industrializadas, Doutor Ulysses com renda média de 1,8 salários mínimos e Campo Magro com 2,8 salários, o que permite refletir sobre o potencial de venda e consumo de produtos e serviços, os quais também são contabilizados pelo indicador.

Como visto no capítulo de resultados, há predominância de indivíduos que se autodeclararam como da raça/cor branca (73,53%) na RMC, seguidos pelos autodeclarados pardos (21,33%) e negros (3,01%). Essas frequências divergem da amostra nacional, na qual 47,7% se declararam brancos, 43,1%, pardos e 7,6%, negros, mas convergem com a

predominância de raça/cor no estado, onde 70,3% dos indivíduos se autodeclararam brancos, 25,1%, pardos e 3,2%, pretos (IBGE, 2011). Atrelado a isto, está o fato de a 2ª RS ser de colonização/ocupação de origem europeia (IPARDES, 2004), o que poderia aumentar o número de indivíduos brancos, fato também observado nos Estados de Santa Catarina, no qual 84% das pessoas se declararam brancas, e no Rio Grande do Sul, que tem um percentual de 83,2% de indivíduos que se autodeclararam brancos, ambos estados também de colonização europeia (portuguesa, alemã, espanhola, polonesa, ucraniana, suíça e italiana) (IBGE, 2011).

No que se refere à taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos, observa-se que as maiores taxas estão nas cidades da RMC em que a população é essencialmente rural, entre elas Tunas do Paraná, Cerro Azul, Doutor Ulysses e Adrianópolis, com taxa variando de 16,82% a 18,25%, o que condiz com a realidade nacional, na qual 22,9% da população rural é era analfabeta. Em contrapartida, as cidades da RMC que são consideradas urbanas apresentam as menores taxas, são elas: Curitiba, São José dos Pinhais, Rio Negro e Araucária, com variação de 2,13% a 3,55%, dado esse que também converge com a taxa nacional, que é de 9,4% em moradores da zona urbana. (IBGE, [201-]).

A taxa de analfabetismo da 2ª RS variou de 2,13% em Curitiba a 18,25% em Tunas do Paraná; a primeira está abaixo da média da Região Sul do país, que é de 4,5%, enquanto que a segunda está próxima da média para a Região Nordeste, que é de 18,5% e a pior das médias nacionais por região, demonstrando as discrepâncias sociais existentes na regional de saúde estudada (DATASUS, [201-])

Referente aos serviços de saúde, a RMC tem 14 serviços que atendem as PVHAs, entre eles estão CTA/COA/SOA/SAE, aproximadamente um para cada 230.274 hab., diferentemente da região metropolitana de Porto Alegre, que tem 27 destes serviços ou 1 para cada 149.321 hab., e da região de Florianópolis que tem sete, ou seja, 1 para cada 125.301 hab. (IBGE, 2011; ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013; BRASIL, 2017a). O que acaba por demonstrar que a região metropolitana de Curitiba, proporcionalmente à população, tem a pior cobertura de CTA/COA/SOA/SAE. Acredita-se que esse tipo de serviço seja essencial para o diagnóstico e aconselhamento em HIV e Aids, uma vez que se trata de serviço especializado para essa população tão singular, que necessita de um acolhimento apropriado para um melhor prognóstico no tratamento.

Estudo realizado no Ceará demonstrou que a predominância dos SAEs na região metropolitana pode influenciar na acessibilidade aos serviços, uma vez que o deslocamento da residência até o serviço de saúde traz custos aos seus usuários (PEDROSA et al., 2015). Embora se discuta que para o tratamento de doenças estigmatizantes os usuários procurem

atendimento fora da sua área de abrangência da residência (PAIXÃO; GONTIJO, 2007), o que para Grangeiro (2017) justifica-se devido à ineficiência de respostas às questões estruturais, tais como discriminação e preconceito, tão presentes nos cotidianos de pessoas que vivem com HIV/Aids, assim como a necessária correção do déficit de profissionais e a insuficiência de estratégias de acolhimento e retenção de usuários nos serviços de saúde.

Ainda em se tratando de serviços de saúde, a cidade de Curitiba concentra 6.523 (80,1%) dos serviços de saúde da regional de saúde estudada. Destes, 229 (30,2%) têm como natureza jurídica a administração pública. Confirmando isso o Plano Estadual de Saúde (PARANÁ, 2016) aponta que, dos 21 hospitais administrados pela SESA, sete estão na 2ª RS – Piraquara (1), Lapa (1), Curitiba (3), Pinhais (1) e Campo Largo (1), justificando ainda o elevado número de leitos hospitalares encontrados nesses municípios. Embora a regional tenha elevado número de leitos hospitalares (8486), ao comparar com as demais regionais do Estado do Paraná, Raksa, Oliveira e Silva (2016) apontam que no estado a macrorregional Leste, na qual está a RMC, há um déficit de leitos hospitalares, especificamente para internamento de demanda da clínica médica e pediátrica. Com relação aos achados do presente estudo, considera-se que muitas das PVHAs são direcionadas para os leitos ofertados na clínica médica, entre outros. Logo, tal relação de demanda e oferta de serviço deve ser aprofundada em outros estudos para se ver o quanto deste déficit implica no enfrentamento do fenômeno.

Todos os municípios da 2ª RS têm Vigilância em Saúde, e isto ocorreu a partir da implantação do Programa VIGIASUS em 2013. Neste programa o estado paranaense destina incentivos financeiros para a implantação das ações que são referentes à vigilância em saúde, assim como para o aperfeiçoamento de pessoal técnico envolvido nas atividades, inclusive as que tangem às ações de vigilância epidemiológica (PARANÁ, 2015a). A conclusão do estudo de Meirelles, Lopes e Lima (2016), afirmou ser importante investir na qualificação dos profissionais e serviços de vigilância epidemiológica que estejam envolvidos na notificação e registro do HIV/Aids.

Em Curitiba são 12 instituições (Organizações não governamentais – ONGs) que prestam amparo às PVHAs e estas exercem papel importante na luta por políticas públicas contra a discriminação, estigma, prevenção e tratamento do HIV e da Aids. Para Kadri e Schweickardt (2015), a ação coletiva conecta as pessoas em condições similares, o que fortalece o engajamento na luta por acesso e tratamento de qualidade, corroborando ao exposto por Schwartländer et al. (2011), que aponta que com a integração e apoio à

mobilização civil organizada se obterão respostas eficientes ao enfrentamento do fenômeno HIV e a Aids.

5.2 PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Para iniciar este subtópico, registra-se que os dados oficiais, na esfera federal e estadual, divergem quanto ao total de casos encontrados nesta pesquisa para o Estado do Paraná, no período de 2007-2015, em indivíduos de 20-29 anos. Assim, o Boletim Epidemiológico Nacional HIV/Aids (BRASIL, 2017f) tem como total de 9.265 casos de indivíduos que vivem com HIV no Paraná, enquanto que o total de casos de indivíduos que vivem com Aids é de 19.160. Para o mesmo período o Boletim Epidemiológico Estadual HIV/Aids (PARANÁ, 2015b) apresenta que o total de casos de indivíduos que vivem com HIV é de 8.553 e os casos de indivíduos que vivem Aids somam 13.695. A questão que se coloca é sobre os dados nacionais não disponibilizarem desdobramentos e especificidades de registros nas regionais estaduais, porque isso, por vezes, impossibilitou a comparação de dados no próprio estado paranaense. Porém, a publicação estadual também tem algumas lacunas de informações sobre o período delimitado para este estudo. Sendo assim, na presente pesquisa optou-se por utilizar as informações do Boletim Epidemiológico Nacional para a discussão dos dados.

A amostra deste estudo contabilizou 2.512 (100%) indivíduos com HIV e/ou Aids.

Indivíduos com HIV totalizaram 2.376 (94,6%) notificações, distribuídos em 1110 (46,7%) de 20-24 anos e 1266 (53,3%) entre 25-29 anos. Esse resultado difere de outras realidades, tanto na proporção de indivíduos na população geral, quanto na população de 20-29 anos. Na população geral, o Boletim Nacional HIV/Aids (BRASIL, 2017f) aponta que os casos de HIV na população de 20-29 anos representam 22,7% do total de casos nacionais, assim como da Região Sul, que tem 22,1% dos casos notificados como HIV, e do Paraná, que tem 27,5% do total de casos definidos como HIV na população de 20-29 anos.

Os casos de notificação por Aids somam 106 (4,2%) indivíduos, divididos em 39 (36,8%) casos de 20-24 anos e 67 (63,2%) de 25-29 anos, diferentemente dos resultados encontrados a nível nacional, no qual estes representam 59,5% dos casos, assim como na Região Sul, que perfazem 60,6% dos indivíduos notificados, e no Paraná, que totalizam 56,8% das notificações (BRASIL, 2017f).

Quando comparados os dados na população de 20-24 anos, a realidade encontrada na RMC diverge da nacional, na qual 40,6% dos indivíduos são notificados com HIV e 52,6% são notificados como Aids, ao passo que na faixa de 25-29 anos os casos de HIV representam 29,7% e as notificações de Aids perfazem 59,1% do total de casos.

Em relação à taxa de prevalência de HIV, a 2ª RS tem, na faixa etária de 20-29 anos, taxa idêntica à realidade nacional na população em geral, ou seja 0,4% (UNAIDS, 2016a). No estudo de Grangeiro et al. (2012), sobre o agravo em população de rua na cidade de São Paulo, foi identificada a prevalência de 4,9% no grupo. Estudo realizado por De Boni, Veloso e Grinsztejn (2014) apontou prevalência de 10,5% em HSH e de 4,9% em profissionais do sexo feminino, na América Latina e Caribe. Tais estudos demonstram a vulnerabilidade de determinados grupos populacionais ao agravo, seja a determinação do agravo relacionada a condições socioeconômicas e/ou ao comportamento sexual. Situações como essas, assim como outras relacionadas à determinação do fenômeno, merecem ser discutidas com profundidade para possibilitar o enfrentamento com efetividade.

Cabe destacar a distribuição dos casos de HIV/Aids por sexo, que na amostra deste estudo são 1838 (73,2%) indivíduos do sexo masculino e 644 (25,6%) são do sexo feminino. Semelhante aos dados apresentados no Boletim Epidemiológico Nacional HIV/Aids (BRASIL, 2017f), no qual 67,8% dos indivíduos notificados com HIV e/ou Aids são homens e 32,3% são de mulheres. E similar ao encontrado por Dartora, Ânflor e Silveira (2017), que aponta em 2015 um percentual de 67,3% dos casos para homens e 32,7% em mulheres, em dados nacionais obtidos pelo Datasus.

Nesta pesquisa, em indivíduos notificados com HIV foi verificado que havia predominância na raça/cor branca, representando 74,8% da amostra, seguida pela raça/cor parda com 12,8% das notificações, assim como nos casos de Aids, nos quais prevaleceram os indivíduos da raça/cor branca com 74,1% da amostra, seguida pela raça/cor parda com 13,1% das notificações. Realidade diferente da amostra nacional (BRASIL, 2017f), na qual os casos de HIV no período de 2007-2015 têm média para raça/cor branca de 52,1% da população total, e os casos de Aids somaram aproximadamente 47,7% dos indivíduos notificados, seguida pela raça/cor parda com 35,8% das notificações de HIV e 40,6% dos casos de Aids. A amostra deste estudo é semelhante à do Estado do Rio Grande do Sul, em que, para o mesmo período deste estudo, 65,6% dos indivíduos notificados para HIV se autodeclararam da raça/cor branca, seguidos pelos indivíduos da raça/cor preta com 13,3%, assim como nos casos de Aids, em que 69,6% dos indivíduos se declararam da raça/cor branca, seguida pela raça/cor preta com 13,8% das notificações (RIO GRANDE DO SUL, 2017). Em estudo realizado por

Schuelter-Trevisol e cols. (2013), no sul de Santa Catarina, 88% dos indivíduos que compunham a amostra declararam-se da raça/cor branca, reiterado por Silva et al. (2017), que em estudo na 10ª RS do Paraná identificou que 67,4% das notificações de HIV/Aids eram de indivíduos da raça/cor branca, seguidos por 29,3% dos de raça/cor parda.

Nesse contexto, tem-se ainda o total de notificações que tiveram esse campo da FNI ignorado ou não preenchido, totalizando 7,4% das notificações de HIV e 8,5% das notificações de Aids, situação também apontada por estudo realizado no Maranhão, no qual 12,6% das notificações tiveram a raça/cor não preenchida ou ignorada (GALVÃO, COSTA, GALVÃO, 2017). E assim como referido no Boletim Epidemiológico Nacional (BRASIL, 2017f), em que 9,0% das notificações de HIV e 7,8% das notificações para Aids tiveram o campo raça/cor ignorado. Situação essa que espera-se melhorar, tendo em vista a publicação da Portaria MS nº 344 de 01/02/2017 (BRASIL, 2017g), que torna obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.

No que concerne à escolaridade, as notificações na população de 20-29 anos, no período de 2007 a 2015, apontaram que 489 (20,6%) PVHIVs tinham ensino médio completo, aproximadamente 11 anos de estudo, seguidas pelas que tinham até oito anos de escolaridade (1ª à 8ª série incompleta – ensino fundamental incompleto), que somaram 373 (15,7%) das notificações, diferentemente do levantamento realizado por Dartora, Ânflor e Silveira (2017), no qual 18,4% das PVHIVs tinham ensino médio completo e 27,9% tinham o ensino fundamental incompleto. Enquanto que nas notificações de Aids 30,2% da amostra deste estudo tinham até oito anos de estudo e 13,2% tinham ensino médio completo, observa-se nestes dados similaridade com o resultado do estudo de Galvão, Costa e Galvão (2017), no qual 40% das PVHAs tinham ensino fundamental incompleto e 10,5% tinham ensino médio completo.

Referente ao total de notificações que tiveram o campo escolaridade não preenchido ou ignorado, observou-se que nas PVHIVs totalizam 679 (28,6%) casos, ao mesmo tempo em que as PVHAs somaram 31 (29,4%) indivíduos. A completude das FNIs foi pesquisada por vários autores (MEIRELLES; LOPES; LIMA, 2016; ALVARES et al., 2015; ABATH et al., 2014), embora em agravos diferentes, e todos encontraram percentuais do campo escolaridade não preenchidos ou ignorados nas notificações epidemiológicas, classificando-os como ruim ou regular. Especificamente no estudo de Meirelles, Lopes e Lima (2016), que trata do preenchimento das fichas de investigação do HIV/Aids, o levantamento apontou que o campo escolaridade foi ignorado em 22,6% e não preenchido em 23,8% das notificações, sendo classificado como regular. Tendo em vista a conclusão do estudo de De Neve et al. (2015), no

qual aponta que a escolaridade é considerada como protetora na contaminação pelo HIV, especialmente em mulheres, sendo essa uma medida econômica de prevenção ao vírus, além dos outros benefícios sociais por ela proporcionada, torna-se extremamente importante o preenchimento obrigatório desse campo na FNI, tal qual é a raça/cor, para que sejam conhecidos os níveis de escolaridade das PVHAs, a fim de melhorar os investimentos em educação, saúde e condições dignas de trabalho, diminuindo assim as inequidades sociais.

No que tange à ocupação das PVHIVs, a amostra deste estudo apontou que 242 (10,2%) dos indivíduos estavam inseridos na categoria “trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados”. Destes, oito (3%) indivíduos eram profissionais do sexo, seguidos pelos indivíduos inseridos na categoria “profissionais das ciências e das artes” com 138 (5,8%) notificações, e os classificados como donas de casa totalizaram 136 (5,7%) indivíduos e os estudantes somaram 94 (4,0%) das notificações. Enquanto que, nas PVHAs, a categoria “trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados” abarcou 10 (9,4%) indivíduos, seguidos pelos sete (6,6%) indivíduos classificados como “estudantes” ou “presidiários/confinados”, a categoria “trabalhadores da produção de bens e serviços industriais” e os indivíduos classificados como “dona de casa”, totalizaram cinco (4,7%) notificações cada. Embora a Portaria MS nº 3.497 de 25 novembro de 1998 (BRASIL, 1998b) trate que a ocupação na FNI deva ser preenchida de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2010), poucos estudos apontam os resultados dessa maneira, mas sim categorizados de outras formas, tais como: ocupado ou não no momento da notificação (SILVA et al., 2011; SILVA et al., 2015; HIPOLITO et al., 2017) ou classificados pela renda e/ou salário (SILVA et al., 2011; CASTRO et al., 2013; HIPOLITO et al., 2017;), sem categorização específica (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011; SOARES; MORAIS, 2014; MEIRELLES; LOPES; LIMA, 2016; SÃO PAULO, 2016;), seguindo CBO anterior à publicada em 2010 (BASTIANI et al., 2012) e inclusive com perfis do agravo que sequer contemplam a ocupação do indivíduo (BRASIL, 2017f; RIO GRANDE DO SUL, 2017; SILVA et al., 2017; CEARÁ, 2016; CURITIBA, 2016; ESPIRITO SANTO, 2016; GOIÁS, 2016; MINAS GERAIS, 2016; BERTONI et al., 2010).

Aliado a isso, tem-se o alto percentual de notificações que tiveram esse campo da FNI ignorado ou não preenchido, que neste estudo somaram 1409 (59,3%) das notificações de HIV e 59 (55,7%) das notificações de Aids, corroborando com o encontrado por Soares e Moraes (2014), estudo realizado em Vitória da Conquista/BA, no qual 54,0% das notificações tiveram essa mesma condição no preenchimento da FNI. Assim como no estudo realizado por

Meirelles, Lopes e Lima (2016), que, avaliando o SINAN Net do Rio Grande do Norte, encontrou 51,0% das notificações com o campo ignorado, o boletim epidemiológico do Estado de São Paulo (2016) apontou que 49% das notificações tiveram o campo ocupação ignorado, atribuindo isso à difícil classificação conforme a CBO e à diversidade de profissões registradas. Condição diferente destas foi encontrada por Bastiani et al. (2012), em estudo realizado em Florianópolis/SC, em que somente 6% das notificações tiveram o campo ocupação ignorado.

No que diz respeito ao provável modo de transmissão, este estudo verificou que 2118 (89,1%) PVHIVs infectaram-se por relação sexual, distribuídos em 1600 (67,3%) em relação sexual com homens, 379 (15,9%) em relação sexual com mulheres e 139 (5,9%) em relação sexual com homens e mulheres. Agregado a isso estão os casos em PVHAs, que somam 94 (88,7%) notificações, distribuídos em 52 (49,1%) em relações sexuais com homens, 31 (29,2%) em relações sexuais com mulheres e 11 (10,4%) em relações sexuais com homens e mulheres. Essa proporção do modo de transmissão condiz com o encontrado por estudo realizado no Município de São José/SC (BERTONI et al., 2010), no qual 57,6% dos casos foram oriundos de relação sexual com homens e 24,7%, de relação sexual com mulheres. Afirmado ainda por Castro et al. (2013), onde 94% dos indivíduos declararam que se contaminaram com HIV/Aids por relação sexual, e demonstrado também por estudo de Soares e Morais (2014), que aponta 96,5% dos casos de PVHAs infectadas por via sexual.

Na amostra deste estudo 20 (0,8%) PVHIV contaminaram-se por transmissão vertical, realidade diferente da apontada pelo Boletim Epidemiológico Nacional (BRASIL, 2017f), no qual 1,3% da população total no período de 2007-2015 foi infectada pelo vírus por transmissão vertical. Cabe ressaltar que o referido boletim apresenta os dados para a população de maiores de 13 anos de idade, diferentemente deste estudo, que descreveu os dados especificamente para indivíduos de 20 a 29 anos. Na realidade nacional, 0,3% dos casos de transmissão congênita são em mulheres, e no Estado do Rio Grande do Sul (2017) 0,4% da população de PVHAs (homens e mulheres) foi contaminada por transmissão vertical. Não é possível aqui estabelecer comparações, mas com certeza há nesta característica do fenômeno uma necessidade de aprofundamento de discussão e de ampliação do olhar, pois no presente estudo somente uma mulher (0,9%) desenvolveu Aids pela transmissão vertical. Mas fica a questão a ser investigada – Como é este dado no cenário estadual? Seria essa realidade semelhante à realidade nacional?

Os indivíduos deste estudo que tiveram como provável modo de transmissão o uso de drogas injetáveis, totalizaram 66 (2,8%) PVHIVs, realidade semelhante à nacional, na qual

3,6% da população geral se contaminaram com o HIV pelo uso de drogas injetáveis. Não obstante, este estudo apontou 15 (15,1%) PVHAs infectadas por uso de drogas injetáveis, diferente do apontado pelo Boletim Epidemiológico Nacional (BRASIL, 2017f), que tem 3,7% da população com a síndrome após o uso de drogas injetáveis, assim como difere do estado gaúcho (RIO GRANDE DO SUL, 2017), que tem 5,1% dos indivíduos com Aids contaminados por uso de drogas. Ressalta-se que ambos os boletins apontam o total de casos para maiores de 13 anos de idade.

Foram contabilizados nove (0,4%) PVHIVs oriundas de transfusão sanguínea e nenhum caso de PVHA na amostra deste estudo. Embora a testagem do sangue doado seja uma obrigatoriedade estabelecida pela Lei nº 7.649 de 25 de janeiro de 1988 (BRASIL, 1988), ainda são relatados casos de contaminação pelo vírus por transfusão sanguínea, tal qual aponta o Boletim Epidemiológico Nacional (BRASIL, 2017f), em que no período de 2007-2015 foram notificadas 35 (0,04%) PVHIVs e 75 (0,03%) PVHAs por esta condição, demonstrando proporções diferentes do encontrado nesta pesquisa. São duas as justificativas para tão diferentes realidades, segundo Santos, Moraes e Coelho (1992), “enquanto no Rio e São Paulo a fiscalização e os processos instaurados por vítimas de contaminação pelo sangue recebido, estabeleciam controles sorológicos e maior atenção aos procedimentos hemoterápicos, nos outros estados, mesmo após a Lei nº 7.649, pouco se fazia”, o que acaba por demonstrar certa demora para os demais estados iniciarem o teste para o vírus no sangue doado. Assim como o exposto por Miranda et al. (2014), que em levantamento realizado em três hemocentros apontou que 60% dos doadores acreditavam que os centros de sangue usavam melhores testes de HIV do que outros lugares e que o conhecimento acerca do HIV relacionado à segurança do sangue permanece baixo entre os doadores de sangue brasileiros, desconhecendo essencialmente o período de janela imunológica do vírus, o que para os autores pode ser a principal causa de coleta e distribuição de sangue contaminado pelo vírus.

No que concerne à categoria de exposição ao vírus, esta pesquisa demonstrou que, no sexo masculino, a forma de contaminação que apresenta maior número de casos é a homossexual, ou seja, HSH, que teve 1025 (58,2%), seguida pela categoria heterossexual com 351 (19,9%) e bissexual com 128 (7,3%), destacando ainda o total de casos que foram adensados como ignorados, 196 (11,1%), nas categorias homossexual e heterossexual. Os dados são diferentes dos apontados pelo Boletim Epidemiológico Nacional (BRASIL, 2017f), em que 40,4% dos casos no sexo masculino estão na categoria homossexual, 32,8% na heterossexual, porém semelhantes nas categorias bissexual, que perfaz 8,3% da amostra nacional, e 14,9% dos casos ignorados. Aliado a isso, estão os indivíduos notificados por

desenvolver a síndrome, e neste estudo se observou que as categorias heterossexual e homossexual somaram 25 (32,5%) casos cada e que 10 (13,0%) casos foram categorizados como ignorados. Resultados divergentes da amostra nacional (BRASIL, 2017f), em que 25,5% dos casos masculinos são por relações homossexuais, 42,0% por relações heterossexuais e 19,5% são categorizados como ignorados.

Referente aos casos em indivíduos do sexo feminino, esta pesquisa apontou que 535 (87,0%) casos foram categorizados como heterossexuais, 19 (3,1%) como heterossexuais associados a drogas e 48 (7,8%) casos foram classificados como ignorados. Semelhante ao levantamento nacional (BRASIL, 2017f), em que 86,5% são heterossexuais e 10,5% são categorizados como ignorados, e o Boletim Epidemiológico Nacional não aponta os dados para a categoria de exposição heterossexual/drogas. Somando a estes estão os casos de Aids em mulheres, em que 22 (75,9%) foram categorizados como heterossexuais, resultado inferior à realidade nacional, em que 87,1% dos casos em mulheres são categorizados como heterossexuais (BRASIL, 2017f). Ao mesmo tempo em que se salienta que, em ambos os casos, essa categoria de exposição é a que condensa o maior número de casos.

Dentre os casos de HIV/Aids nos indivíduos de 20-29 anos moradores da 2ª RS do Paraná no período de 2007 a 2015, observou-se que a razão entre os sexos (TABELA 23, ver p.109 e TABELA 32, ver p. 119) variou entre 1,6:1 em 2008 e 4,4:1 em 2014 nas notificações de HIV, e 0,7:1 em 2011 e 9:0 em 2007 nos casos de Aids, sendo importante ressaltar que, somente no ano de 2011, o número de indivíduos do sexo masculino notificados pela síndrome foi menor do que no sexo feminino, não apontando feminilização do agravo nesta amostra. A proporção de casos entre os sexos desta pesquisa foi semelhante à amostra nacional nos anos de 2008, 2009, 2013 e 2015 nos casos de HIV sem distinção de faixa etária e 2015 nas notificações de Aids, especificamente na faixa etária de 20-29 anos, nos demais anos do período estudado a razão entre os sexos deste estudo não manteve a linearidade da amostra nacional (BRASIL, 2017f). O Boletim Epidemiológico do Rio Grande do Sul (2017) e o Boletim Epidemiológico de Curitiba (2016) não apontam feminilização do agravo na população em geral, seja nos casos de HIV ou nos casos de Aids, no mesmo período deste estudo, afirmando o encontrado nesta amostra.

Quando observado o número absoluto de casos, ambos os sexos apresentam aumento quanto comparados os anos de 2013, 2014 e 2015, sendo que no sexo masculino entre os anos de 2013 e 2014 houve um aumento de 283,3% no total de casos, enquanto que de 2013 para 2015 o número de casos foi acrescido de 432,0%, no sexo feminino de 2014 para 2015 foram 126,3% a mais no total de casos e de 2013 para 2015 foram 330,0% de aumento. Acredita-se

que esse aumento no total de casos, ocorreu devido as mudanças na notificação, uma vez que a Portaria n. 1.271 de 06 de junho de 2014, ao redefinir a lista de agravos de notificação, inclui a notificação dos casos de HIV (BRASIL, 2014d), seguindo assim as recomendações da Carta de Paris (UNAIDS, 2011), com o intuito de eliminar o vírus até o ano de 2030.

Em indivíduos acometidos pela síndrome, essa amostra demonstrou que entre os anos de 2014 e 2015, ambos os sexos apresentaram aumento no número de notificações, de 9 para 32 casos ou 225,6% de aumento no sexo masculino e de 2 para 12 casos ou 500% no sexo feminino, enquanto que na comparação entre os anos de 2013 e 2015, os casos em homens subiu de 7 para 32 ou 357,1% e nas mulheres foi de 5 para 12 casos ou 140,0% de aumento. Acredita-se que o aumento no total de notificações, deva-se ao fato de que os profissionais possivelmente estejam mais sensibilizados a testagem precoce, estimulando a testagem nos usuários dos serviços de saúde, aumento esse que não seria esperado, tendo em vista que no ano de 2013 houve a implantação da TTP independente da carga viral (BRASIL, 2017c), o que deveria provocar redução nos números de Aids, tal qual foi verificado na realidade nacional, em que houve queda de 2,8% na comparação de 2013 com 2015 e 6,1% entre os anos de 2014 e 2015 (BRASIL, 2017f).

As TABELAS 24 (vide p. 110) e 33 (vide p.121), demonstram as diferenças entre o número de indivíduos notificados por município com as que são moradoras do município.

Especificamente nos casos de HIV, observou-se nesta amostra que em dois municípios não há indivíduos residentes nestes notificados pelo agravo, enquanto que em 12 municípios nenhuma notificação foi emitida e ainda em piores números estão os municípios que notificaram seus próprios moradores, sendo que nesta situação somente Curitiba, Pinhais e São José dos Pinhais notificaram seus municípios.

Nos casos de Aids, essa situação também ocorre, 16 cidades não tiveram notificações de casos da síndrome, somente três municípios realizaram notificações, Curitiba, Pinhais e São José dos Pinhais, sendo que destas somente Curitiba e Pinhais notificaram seus próprios moradores.

Acredita-se que isso ocorre por conta do estigma e preconceito relacionados ao agravo, o que provavelmente leva a procurar acesso ao serviço de saúde em outras localidades, na tentativa de manterem-se anônimos em seu território de moradia. Em estudo realizado por Zambenedetti e Silva (2015), os usuários da unidade básica de saúde referiram que sentiam-se constrangidos e envergonhados em fazer o teste em unidade próxima de casa, pois haviam muitos conhecidos também aguardando pelo teste e que depois todos os vizinhos ficariam sabendo que a “fulana de tal” estava fazendo teste para HIV, assim como referiram

preocupação com o que os outros usuários e ou moradores da comunidade ficariam pensando sobre estar fazendo o teste no “postinho”, demonstrando o que para o autor significa preocupação com o sigilo e a privacidade no diagnóstico.

5.3 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO HIV/AIDS NAS PESSOAS QUE VIVEM NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Ao explorar os dados e buscando melhor entender o modo de viver das PHVAs moradoras da 2ª RS, optou-se por discutir as condições de vida da população nos municípios que têm maior número de casos de HIV/Aids ou maior prevalência, informações essas que foram organizadas e seguem apresentadas na TABELA 34.

Nos municípios apontados na TABELA 34, observa-se homogeneidade no total de habitantes em Almirante Tamandaré, Araucária, Fazenda Rio Grande, Pinhais e Piraquara, embora apresentem densidades demográficas distintas (vide TABELA 1, p. 72). Todos são adstritos ao município sede (vide MAPA 4, p. 74), são semelhantes ainda em percentuais da população de homens e mulheres (vide TABELA 2, p. 82). Com exceção de Piraquara, todos os municípios citados têm população majoritariamente residente na zona urbana (vide TABELA 4, p. 84). Ainda se pode acrescentar a proximidade na proporção de indivíduos por raça/cor, a taxa de analfabetismo, que na população de interesse deste estudo varia entre 0,52% a 1,58% (ver TABELA 9, p. 90), renda média entre R\$ 857,88 e R\$ 1.252,05 (vide TABELA 11, p. 94), a percentagem de domicílios com água canalizada, banheiro e energia elétrica que está acima de 98% (TABELA 12, ver p. 96) e, ainda, todos têm coleta de lixo em mais de 98% dos lares, porém Almirante Tamandaré e Araucária têm cobertura de tratamento de esgoto em 47,3% e 79,1% do município, respectivamente. (vide TABELA 13, p. 97). Destaca-se ainda que o número absoluto de casos de HIV e a prevalência possuem simetria, com variações entre 56 e 65, e 0,3% e 0,4%, respectivamente, com exceção de Pinhas, que tem 122 casos de HIV e prevalência de 0,6%, nos casos de Aids, essa variação fica entre 1 e 6 casos, com taxa de prevalência de 0,0%, à exceção do Município de Pinhais, onde se teve 29 notificações pela síndrome e prevalência de 0,6%. (ver TABELA 16, p. 100)

⁴⁸ Expressão usada para designar Unidade Básica de Saúde

TABELA 34 - INDIVÍDUOS QUE VIVEM COM HIV E AIDS ENTRE 20-29 ANOS, INDICADORES ECONÔMICOS E SOCIAIS, NOS MUNICÍPIOS DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE COM MAIOR NÚMERO DE CASOS OU MAIOR PREVALÊNCIA DO AGRAVO, NO PERÍODO DE 2007 A 2015 (N=2373). PARANÁ, 2018

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	IDH-M ^{III}	Índice GINI ^{VII}	PIB ^{VII}	HIV		AIDS	
	20-29 ANOS ^V				n*	Prevalência	n*	Prevalência
Almirante Tamandaré	18.286	0,699	0,4402	11.375	65	0,4%	1	0,0%
Araucária	22.365	0,740	0,4637	65.153	62	0,3%	6	0,0%
Campo Magro	4.280	0,701	0,3984	10.653	16	0,4%	0	0,0%
Colombo	38.906	0,733	0,4196	18.963	104	0,3%	10	0,0%
Curitiba	324.304	0,823	0,5652	42.315	1670	0,5%	40	0,0%
Fazenda Rio Grande	14.601	0,720	0,4922	18.641	56	0,4%	5	0,0%
Pinhais	21.119	0,751	0,5082	40.994	122	0,6%	29	0,1%
Piraquara	17.619	0,700	0,4307	10.679	60	0,3%	3	0,0%
São José dos Pinhais	49.122	0,758	0,4599	79.268	117	0,2%	2	0,0%
Tunas do Paraná	1.142	0,611	0,5283	15.112	5	0,4%	0	0,0%
TOTAL	511.744	-	-	-	2277	0,4%	96	0,0%
RMC	587.698	0,783 ^X	0,5629 ^{VII}	38.872 ^{XI}	2376	0,4%	106	0,02%

FONTE: A autora com base em IBGE ([201-]); IPARDES ([201-]); SINAN Net (2017); ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL (2013); DATASUS ([201-])

NOTA: SÍNTESE DAS TABELAS 6 (vide p.87); 16 (ver p. 100) e 25 (vide p. 112)

* SINAN Net/SESA em 24/04/2017.

^{III} Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>

^V Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/webcart/>>

^{VII} Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29>

^X Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_rm/Curitiba>

^{XI} Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>

Nesta pesquisa, observou-se que os dois municípios, Pinhais e Curitiba, com as maiores taxas de prevalência, estão entre os três com maior desigualdade de renda (Índice de Gini). Em estudo realizado por Mothé e Maia (2015), foi destacado que os estados brasileiros com menor renda e a maior desigualdade tiveram menor incidência de Aids, o que para os autores é diferente do esperado, uma vez que a hipótese que tinham inicialmente era que as populações vivendo com maior igualdade social e maior renda teriam informação e acesso aos serviços públicos, assim como aos métodos de proteção ao agravo. No presente estudo, mesmo considerando que estamos falando de índices diferentes – prevalência e incidência –, os dados municipais sobre o agravo também não permitem confirmar a hipótese dos autores citados. Esta afirmação se deve à reflexão de que, ao olhar a regional como um todo, se observa o fenômeno como se houvesse uniformidade no comportamento do agravo nos territórios municipais, mas, conforme dados da TABELA 33 (vide p. 121), se verifica que oito municípios adjacentes a Curitiba estão entre os dez com as maiores prevalências, além do próprio município polo e um município que está mais distante, no caso, Tunas do Paraná. Essas informações chamam a atenção para a necessidade de se olhar a(s) especificidade(s) deste fenômeno em cada um destes territórios, assim como verificar as condições de vida de sua população para entender ali quais são os processos relacionados à determinação social do agravo e, posteriormente, comparar ao verificado na regional.

Ainda nessa perspectiva, se tem que, dos três municípios com os maiores IDH-Ms, dois são os que têm as maiores prevalências. Partindo do pressuposto de que quanto maior o IDH, melhores são as condições de educação, renda e saúde, presume-se que as cidades com os maiores valores do indicador tendem a ter mais acesso à identificação, aconselhamento e tratamento das PVHAs, tanto pelo acesso à educação e conseqüentemente entendimento acerca da prevenção do agravo, quanto pela facilidade de acesso aos serviços de saúde, seja pelas condições financeiras para acessá-los ou pela localização destes, já que, tanto pela proximidade da unidade de saúde, quanto pelo baixo ou nenhum custo para o deslocamento, mostrou-se como favorável ao diagnóstico de HIV em estudo realizado em Porto Alegre (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2015).

Estudo de Lopes e colaboradores (2015) apontou que regiões com altas taxas e analfabetismo tiveram também as maiores incidências de Aids na população de Fortaleza, uma vez que o nível de escolaridade afeta na adesão à terapia antirretroviral e no conhecimento acerca das formas de prevenção e até mesmo de contaminação do agravo.

Referente ao local de moradia, vários autores apontam que o HIV e Aids têm características urbanas (CABRAL; SANTOS; OLIVEIRA, 2015), essencialmente em regiões metropolitanas (KUCHENBECKER; GRANGEIRO; VERAS, 2015; SEGURADO; CASSENOTE; LUNA, 2016), fato também observado neste estudo, uma vez que as cidades com maiores números de casos são as com populações consideradas urbanas. Para Rocha, Thorson e Lambiotte (2015, tradução nossa) as doenças infecciosas se espalham relativamente mais rápido em uma aglomeração mais densa de pessoas, possivelmente porque as pessoas fazem um maior número de contatos *per capita* do que em cidades menores. Acrescenta-se ainda que para Caiaffa et al. (2008) cidades mais densas tendem a ter maior precariedade nas condições vida e trabalho.

Em uma outra perspectiva de discutir a vida em centros urbanos, Segurado, Cassenote e Luna (2016) afirmam que viver na cidade pode ser algo vantajoso, pelo fato de este espaço proporcionar maior facilidade de acesso aos serviços de saúde. Mas consideram que viver neste território pode ter desvantagens, por conta da maior densidade demográfica e alterações do ambiente e das relações sociais, o que consideram como possibilidade de alterar a ocorrência dos agravos à saúde, com destaque para os infecciosos, tal qual é o HIV/Aids, essencialmente relacionado ao contato mais próximo entre os indivíduos. Para Rocha, Thorson e Lambiotte (2015, tradução nossa) esta disseminação pode ser facilitada pelos ambientes densamente povoados.

Aliado a isso, estudo de Ribeiro (2015) aponta que indivíduos moradores das periferias das regiões metropolitanas estão em desvantagem de renda, quando comparados com indivíduos moradores do espaço central desses centros urbanos, relacionado à organização social destes territórios, uma vez que os moradores da periferia de grandes centros urbanos apresentam condições socialmente desvalorizadas em comparação aos moradores do espaço central – município polo. Para Lopes et al. (2015) é possível verificar e associar o fenômeno HIV/Aids à baixa renda e à baixa escolaridade a que estão submetidas essas populações. Breilh (2010) aponta que a realidade que se observa nos espaços, no caso espaços urbanos, é determinada por uma estrutura econômica, social e política que define os processos de proteção e de desgastes a que estão expostos os indivíduos, os quais se reproduzem mediante a sua inserção no trabalho e as condições de vida naquele local. Ao final, o autor afirma que são concretamente observadas expressões fisiológicas e fisiopatológicas em indivíduos, sendo essas os objetos de intervenção para os profissionais de

saúde, que podem pensá-las na perspectiva de ações para o coletivo ou para o individual, mas que sejam comprometidas com a modificação da determinação do processo saúde observado.

No que concerne à desigualdade de renda, observada nos municípios com os maiores números de casos e/ou prevalência, por meio da variação de renda e do índice de Gini, concorda-se com o exposto por Holmqvist (2009, tradução nossa), ao afirmar que esta disparidade nos índices é prejudicial para se atingir a coesão social, o que torna difícil o estabelecimento de normas, a comunicação com confiança e a mobilização de recursos coletivos na perseguição de objetivos comuns. A circulação dos bens comuns necessários à vida com soberania, solidariedade e segurança para populações, grupos e indivíduos depende diretamente do Estado, o qual é responsável por fazer a promoção da igualdade social (BREILH, 2006).

Ao refletir sobre os achados deste estudo e o referencial teórico que norteia esta discussão, considera-se que a epidemia HIV/Aids evidencia processos decorrentes do modo de produção capitalista, tendo em vista que a vivência com o HIV/Aids depende do acesso aos serviços públicos de saúde para diagnóstico e tratamento, a informações para a promoção da saúde e prevenção do agravo, e em determinados territórios esse acesso estará comprometido, visto que em países capitalistas a desigualdade de renda compromete até o deslocamento do indivíduo a um serviço de saúde.

Somada a esta questão, tem-se observado nos últimos anos que o direito universal à saúde vem sendo retirado de determinados países e processos acelerados de privatização dos serviços de saúde vêm negando ao cidadão conquistas nesse sentido, pois a intenção de obter lucros leva os serviços privados a selecionar ações que mais lhes convêm e a desconsiderar as necessidades dos usuários. Assim, no processo de privatização dos serviços de saúde que tem clareza de sua precarização e no caso do enfrentamento à epidemia HIV/Aids, o discurso demonstra um alinhamento à manutenção da opressão de sociedades patriarcais, uma vez que referendam que a prevenção desta está associada ao controle individual de práticas sexuais (VIEIRA et al., 2014), ao invés de apontar para a superação de processos que são determinantes, entre os quais está a determinação um ambiente que deveria proporcionar universalidade e igualdade de raça, gênero e classe social, que é relacionado diretamente às ações do Estado para promover uma sociedade justa e soberana (BREILH, 2006).

Vieira e cols. (2014) apontam ainda a ausência de estratégias para as mudanças de comportamento e a transformação das profundas raízes do nó que ata patriarcado-capitalismo-racismo-sexismo, uma vez que as desiguais relações de poder, entre homens e mulheres,

diferentes raças e etnias, orientações sexuais e diferentes gerações, geram preconceitos, relações de opressão e discriminação, estes evidenciados no HIV/Aids, considerando-se que seu principal modo de transmissão é a via sexual (TAQUETTE, 2013). Arrivillaga e Useche (2011, tradução nossa) apontam serem necessárias políticas públicas de proteção social universal, tal como a redução da pobreza para diminuir os efeitos da estratificação social, assim como é importante a educação sexual, não somente informativa, mas de escuta, diálogo e experiências sexuais (TAQUETTE, 2013), para então obter melhores resultados na saúde das PVHAs.

Verifica-se que nas cidades da RMC com o maior número de casos e/ou prevalência há grande variação dos indicadores econômicos e sociais, assim como nas condições de infraestrutura e educação, demonstrando as desigualdades nessas, o que para Arrivillaga e Useche (2011, tradução nossa) acaba por ser um processo de desgaste, uma vez que determinam a posição social do indivíduo, que muitas vezes tem dificuldade para procurar empregos de maior remuneração, devido à distância e ao deslocamento (RIBEIRO, 2015).

6 CONCLUSÕES

Esta pesquisa alcançou seus objetivos, uma vez que evidenciou discrepâncias entre as cidades que compõem a Segunda Regional de Saúde, inerentes a caracterização e compreensão do território, entre elas: a densidade de demográfica que variou entre 4,73 hab./km² em Adrianópolis e 4027,04 hab./km² em Curitiba, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal matizou entre 0,546 em Doutor Ulysses e 0,823 em Curitiba, assim como Índice de Gini, que em Campo Largo é de 0,3984 e em Curitiba é de 0,5652, e ainda o Produto Interno Bruto *per capita*, que em Doutor Ulysses era de R\$10.560 e em São José dos Pinhais era de R\$79.268. Outro dado relevante está na taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos da região, que variou entre 18,25% em Tunas do Paraná e 2,13% em Curitiba. Em sete municípios não há tratamento de esgoto, são eles: Adrianópolis, Campo do Tenente, Doutor Ulysses, Piên, Rio Branco do Sul, Tijucas do Sul e Tunas do Paraná, entretanto todos os municípios da regional estudada têm mais de 95% das residências com água encanada e luz elétrica.

Assim como caracterizou a população de 20-29 anos no que tange à epidemia de HIV e Aids, demonstrando que a região metropolitana de Curitiba detém 61,8% dos casos de HIV e Aids do Paraná, com taxa de prevalência de 0,4% para o HIV e 0,02% para Aids. A regional notificou 2512 casos do agravo, distribuídos em 2376 (94,6%) casos de HIV, 106 (4,2%) casos de Aids e 30 (1,2%) casos de óbitos relacionados à Aids. Curitiba, Pinhais e São José dos Pinhais apontaram o maior número de notificações, com 1670, 122 e 117 casos, respectivamente. Quanto à taxa de prevalência, as maiores se encontram em Pinhais (0,6%) e Curitiba (0,5%), e Almirante Tamandaré, Campo Magro, Fazenda Rio Grande e Tunas do Paraná perfazem 0,4% cada.

Houve predomínio de casos na faixa etária de 25-29 anos (53,7%), de indivíduos do sexo masculino (73,2%), da raça/cor branca (73,8%). Nas notificações de HIV 20,3% dos indivíduos tinham ensino médio completo, enquanto que nas notificações de Aids 30,2% tinham ensino fundamental incompleto. Quanto à ocupação no momento da notificação, o grupo 5 da Classificação Brasileira de Ocupações condensou a maioria dos indivíduos, 10,2% dos notificados para HIV e 9,4% para os notificados com Aids, porém neste item destaca-se que 59,3% das notificações de HIV e 55,7% das notificações de Aids tiveram este campo ignorado ou não preenchido na ficha de investigação e/ou notificação.

O modo de transmissão sexual abarcou 89,1% das notificações de HIV e 88,7% dos casos de Aids, e no sexo masculino a categoria de exposição ao vírus com o maior número de indivíduos foi a homossexual, com 58,2% dos indivíduos, enquanto que, nos indivíduos que desenvolveram a síndrome, as categorias homossexual e heterossexual tiveram 32,5% das notificações cada. No sexo feminino, tanto nas notificações de HIV quanto Aids tiveram a maioria dos casos na categoria de exposição heterossexual, 87,0% e 75,9% dos casos respectivamente.

Quanto ao comportamento do fenômeno no período estudado observou-se, ainda, aumento no número de casos de HIV e Aids nos anos de 2013, 2014 e 2015, chegando a representar 500% a mais nos casos de Aids no sexo feminino.

Salienta-se que somente três municípios notificaram indivíduos residentes no próprio município, Curitiba, Pinhais e São José dos Pinhais, o que pode representar uma expressão de estigma e preconceito com relação ao agravo, uma vez que os indivíduos buscam o diagnóstico fora do município de moradia, com a intenção de manterem-se anônimos.

A determinação social do agravo foi evidenciada neste estudo, tendo em vista que os municípios com as maiores taxas de prevalência são aqueles que têm a maior desigualdade de renda, Curitiba, Tunas do Paraná e Pinhais, enquanto que o maior número de notificações ocorreu em cidades que possuem melhor organização dos serviços de saúde, os maiores IDH-Ms da região, assim como os maiores PIBs, Curitiba, Pinhais e São José dos Pinhais, ao mesmo tempo em que os municípios com as piores taxas de analfabetismo são as essencialmente rurais e também são os com menor número de notificações, Tunas do Paraná, Cerro Azul, Doutor Ulysses e Adrianópolis. O que se considera ser a demonstração de que a desigualdade de renda, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a baixa escolaridade, no cotidiano dos indivíduos que moram nestes municípios, é determinante para os resultados encontrados. Aliada a esta conclusão se aponta que esta determinação está na estrutura da sociedade, a qual define o modo de viver das populações, com destaque para o modo de produção e inserção no trabalho, pois, conforme discutimos, há na regional uma centralidade da produção industrial e prestadores de serviços nos municípios que tiveram índices da epidemia que chamaram a atenção.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a epidemia de HIV/Aids sob a ótica da epidemiologia crítica, foi um grande desafio, pois ao estudar as características dos municípios e da 2ª RS, assim como os dados epidemiológicos da epidemia do HIV/Aids neste território e, posteriormente, ao elaborar as reflexões, se pôde verificar que não há limite territorial para os indivíduos que vivem com o HIV ou Aids na busca de serviços de saúde para enfrentar tal fenômeno, uma vez que grande parte das notificações foi realizada em cidades adjacentes ao território moradia do indivíduo. Ou, ainda, verificou-se que esses indivíduos foram buscar atendimento em serviços fora da regional de saúde estudada, evidenciando a busca por serviços de saúde fora do território onde os indivíduos vivem. Tais achados permitem afirmar que há busca por atendimento com direito ao anonimato, uma vez que o sujeito estará em ambiente onde não é identificado como alguém conhecido naquela comunidade.

Com relação às dificuldades para o desenvolvimento do presente estudo, destaca-se que houve uma limitação para refletir e apontar a determinação social do fenômeno estudado, uma vez que a base de dados referente ao agravo foi um banco de dados fechado e com ‘variáveis rígidas’, o que impossibilitou refletir mais profundamente sobre as categorias gênero, classe social e etnia. Contraditoriamente, esta limitação instigou a entender o território e a determinação do modo de viver no mesmo, o que possibilitou verificar que esta era a categoria que deveria nortear a discussão dos achados, pois, no espaço político, econômico e social, o qual é social e historicamente constituído, se verificam características do modo de viver da população em geral que estão relacionadas ao objeto delimitado para o estudo, nesse sentido, acredita-se que dialeticamente se buscou superar a dificuldade e trazer uma discussão aprofundada.

Uma outra dificuldade que se destaca foi analisar os resultados à luz de publicações oficiais referentes à epidemia de HIV e Aids. Embora não tenha sido o objetivo deste estudo, observou-se que os dados oficiais são divergentes entre si, seja na comparação do boletim estadual com o nacional, seja nas informações disponíveis no Datasus com os dados do SINAN Net, e, ainda, com outros estudos que se basearam nessas informações oficiais como resultados, vista a discrepância de dados.

Como continuidade da presente pesquisa sugere-se que estudos discutam a determinação social do HIV/Aids nos municípios em que se identificou baixa prevalência do agravo, assim como naqueles que tiveram poucas ou nenhuma notificação.

Por fim, registra-se a necessidade da inclusão dos campos gênero e classe social na ficha de notificação e investigação, pois estes dados são essenciais para conhecer a determinação social do HIV e da Aids, assim como torna-se imprescindível que estes sejam de preenchimento obrigatório como já são os campos raça/cor, escolaridade e ocupação.

REFERÊNCIAS

- ABATH, M.B. et al. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do SINAN em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.1, p.131-142, 2014.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à epidemiologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ALMEIDA, M. R. C. B. **A história silenciosa das pessoas portadoras do HIV contada pela história oral**. 2004. 164 f. Dissertação (Mestrado em Prática Profissional de Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.
- ALVARES, J.K. et al. Avaliação da completude das notificações compulsórias relacionadas ao trabalho registradas por município polo industrial no Brasil, 2007 – 2011. **Rev Bras Epidemiol**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.123-36, 2015.
- AMADEU, M.S.U. dos S.et al. **Manual de normalização de documentos científicos de acordo com as normas da ABNT**. Curitiba: Ed. UFPR, 2015.
- AMORIM, C. **Antecedentes internacionais da nova lei de patentes brasileira**. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). As políticas de acesso a medicamentos e os direitos humanos no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: ABIA, 2017, p.7-10.
- ARANHA, M.LA.; MARTINS, M.H.P. **Filosofando: introdução à filosofia**. 6.ed. São Paulo: Editora Moderna, 2016.
- ARRIVILLAGA, M.; USECHE, B. **SIDA Y SOCIEDAD: Crítica y desafíos sociales frente a la epidemia**. Bogotá/COL: Ediciones Aurora, 2011.
- ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL (ALAMES). **Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud**. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2008.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). **Prevenção Combinada: Barreiras ao HIV**. Rio de Janeiro: ABIA / GIV, 2011. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/Prevencao%20combinada.pdf> Acesso em 12 ago 2016.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL**. [Site]. Brasília: PNUD; Ipea; FJP, 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Regiões Metropolitanas Brasileiras**. Brasília: PNUD; Ipea; FJP, 2014. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/publicacao_atlas_rm_pt.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

BASTIANI, J.A.N. et al. Pessoas que vivem com HIV/AIDS em Florianópolis/SC, Brasil: ocupação e status socioeconômico ocupacional (1986-2006). **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.14, n.3, p.579-87, 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a14.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BERTONI, R.F. 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**, Florianópolis, v.39, n. 4, p.75-79, 2010.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. Tradução e revisão científica de: Juraci A. Cesar. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2010.

BORDE, E.; TORRES-TOVAR, M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 264-275, 2017.

BRASIL. Lei Complementar nº 14, de 8 de junho de 1973. Estabelece as regiões metropolitanas de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 152, 8 jun. 1973. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp14.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

_____. Constituição (1988). Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988a.

_____. Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 100, 27 jan. 1988b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7649.htm>. Acesso em: 21 dez. 2017.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 169, 20 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso: 15 jun. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 169, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 15 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990c. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Revisão da definição nacional de casos de aids em indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_02revisao.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº3.497 de 25 novembro de 1998. Aprova os atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e bases de dados do Ministério da Saúde, a partir de 1º de janeiro de 1999. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 25 nov. 1998b. Disponível em: <www.ripsa.org.br/lildbi/docsonline/get.php?id=018>. Acesso em: 10 nov. 2017.

_____. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres**. Ministério da Saúde, Brasília, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_diretrizes_prevencao_mulheres_outubro_2002.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV**. Ministério da Saúde: Brasília, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_07.pdf> Acesso em: 15 out.2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Critérios de definição de casos de Aids em adultos e crianças**. Ministério da Saúde: Brasília, 2004b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/criterios_aids_2004.pdf> Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST e Aids. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids**. Ministério da Saúde: Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001021667.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 18: HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Ministério da Saúde: Brasília, 2006b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad18.pdf> Acesso em: 02 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Ficha de Investigação Epidemiológica Aids** (Pacientes com 13 anos ou mais). Ministério da Saúde: Brasília, 2006c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/ficha_notificacao_investigacao_aids_13ou.pdf> Acesso em: 20 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes Gerais para Trabalho em Contenção com Agentes Biológicos**. 2. ed. Ministério da Saúde: Brasília, 2006d. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/contencaoocomagentesbiologicos.pdf>> Acesso em: 30 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. (Normas e Manuais Técnicos, Série A, v.2). Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/regulacao.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira das Ocupações: CBO 2010**. 3ed. Brasília: MTE, 2010. 3v.

_____. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 190, 29/06/2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. Governo do Brasil. Economia e Emprego. **Crescimento populacional do Brasil é o menor já registrado** [Internet]. 2011b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2011/10/crescimento-populacional-do-brasil-e-o-menor-ja-registrado>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

_____. Governo do Brasil. Saúde. **Descoberta da Aids completa 30 anos** [internet]. 2011c. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/06/descoberta-da-aids-completa-30-anos>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispões sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF; 12 dez. 2012a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Dicionário dos Dados – SINAN Net – Versão 5.0 – Agravado Aids Adulto**. Brasília: SINAN, 2012b.

_____. Decreto nº8.166 de 23 de dezembro de 2013. Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Aids**. [Site]. 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/286-aids/9053-o-que-e-hiv>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV**. Ministério da Saúde: Brasília, 2014b. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56532/portaria_svs_ms_n_29_2013_manual_tecnico_diagnostic_28155.pdf> Acesso em: 02 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 14 jun. 2014d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 10 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco a infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>>. Acesso em: 18 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **O que você precisa saber sobre Aids**. [site]. 2016a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-voce-precisa-saber-sobre-aids>> Acesso em: 21 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. 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. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

_____. Portal Brasil. Economia e Emprego. **Entenda como é medido o Produto Interno Bruto (PIB)**. Brasília: Portal Brasil, 2016d. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2016/06/entenda-como-e-medido-o-produto-interno-bruto-pib>>. Acesso em: 04 jul. 2017.

BRASIL. **Boletim epidemiológico HIV/Aids 2015 - 2016**. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2016e. Disponível em<<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>>. Acesso em: 10 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais** [Site]. 2017a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>>. Acesso em: 28 out. 2017.

_____. 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. **Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv>>. Acesso em: 28 out. 2017.

_____. 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 o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>>. Acesso em: 28 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-continuo>>. Acesso em: 28 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. [Site]. 2017e. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 02 fev. 2017g. Disponível em: <<http://pncq.org.br/uploads/2017/Portaria%20344%202017.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017h. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>>. Acesso em: 01 jan. 2018.

BREILH, J. Reprodução social e investigação em saúde coletiva: construção do pensamento e debate. In: COSTA, D.C, (Org.). **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990. p. 128-65.

BREILH, J. **Epidemiologia**: economia, política e saúde. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. Perspectivas políticas, sociales y éticas de la investigación en una era de barbarie. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.36, n.3, p.210-21, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n3/v36n3a01.pdf>>. Acesso em 15 out. 2016.

_____. **Epidemiologia Crítica**: Ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. Una perspectiva emancipadora de la investigación-acción basada en la Determinación Social de la Salud. En: ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL (ALAMES). **Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud**. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2008.

_____. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. **Salud Colectiva**. Buenos Aires, v.6, n.1, p. 83-101, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/scol/v6n1/v6n1a07.pdf>>. Acesso em 18 jun. 2016.

_____. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, Medellín / Colombia, v.31, supl. 1, p.13-27, 2013a. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.

_____. Ciencia crítica por la vida en tiempos de una sociedad de la muerte. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n. 49, p. 9-19, 2013b.

BREILH, J. et al. (Ed.). La medicina ecuatoriana en el siglo XXI. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; Corporación Editora Nacional, 2017. 3 v.

BRITO, A.M.de; CASTILHO, E.A. de; SZWARCOWALD, C.L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras Med Trop.**, Uberaba / MG, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

CABRAL, J.V.B; SANTOS, S.S.F.; OLIVEIRA, C.M. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e clínico dos casos de HIV/Aids em adolescentes no estado de Pernambuco. **Revista Uniara**, Araraquara/SP, v.18, n.1, p.149-163, 2015.

CAIAFFA, W. T. et al. Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.6, p.1785-1796, 2008.

CASTRO, A.P. et al. Perfil socioeconômico e clínico dos pacientes internados com HIV/Aids em hospital de Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, supl. 1, p. 122-132, 2013.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Fortaleza: SESA/COPROM/NUVEP, 2016.

CHAVES, M.M.N. Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa Interunidades da Escola de Enfermagem/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

CHAVES, M.M.N. et al. Territorialização em atenção primária à Saúde/estratégia de saúde da família. In: KALINOWSKI, C.E.; CROZETA, K.; FONSECA, R.M.G.S. (Org.). **Programa de Atualização em Enfermagem - PROENF** :Atenção Primária e Saúde da Família. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2014. Ciclo 3.

COORDENAÇÃO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA (COMEC). [Site]. [201-]. Disponível em: <<http://www.comec.pr.gov.br>> Acesso em: 02 out. 2016.

COORDENAÇÃO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA (COMEC). **Plano de Desenvolvimento Integrado da Região Metropolitana de Curitiba:** propostas de ordenamento territorial e novo arranjo institucional. Curitiba: COMEC, 2006.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** Curitiba: SMS, 2014.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** Curitiba: SMS, 2016.

DARTORA, W.J.; ÂNFLOR, É.P.; SILVEIRA, L.R.P. Prevalência do HIV no Brasil 2005-2015: dados do Sistema Único de Saúde. **Rev Cuid.**, Santander /COL, v.8, n.3, p.1919-28, 2017. Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/462>>. Acesso em: 17 dez. 2017

DE BONI, R.; VELOSO, V.G.; GRINSZTEJN, B. Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean. **Curr Opin HIV AIDS**, Philadelphia / USA, v.9, n.2, p.192-8, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24356327>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

DE NEVE, J-W. et al. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. **Lancet Global Health** [online], v.3, p. e470–77, 2015. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)00087-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)00087-X/abstract)>. Acesso em: 16 dez. 2017.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). [Site]. [201-]. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 01 out. 2016.

EGRY, E.Y. **Saúde Coletiva:** construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.

EGRY, E. Y. et al. O coletivo como objeto do cuidado de enfermagem: uma abordagem qualitativa. In: COSTA, A. P.; SÁNCHEZ-GÓMEZ, M. C.; CILLEROS, M. V. M. (Orgs.). A prática na investigação qualitativa: exemplos de estudos (e-Book). São Roque /PT: Ludomedia, 2017. p.103-135.

ESPIRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Análise dos dados do boletim epidemiológico DST/Aids 2016**, n.31. Vitória: SESA, 2016.

ESPIRITO SANTO JUNIOR, C. **Atlas geográfico do Paraná**: o uso de novas tecnologias. Curitiba: Secretaria de Estado da Educação do Paraná, 2007.

FARIA, R. M. de. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. **Hygeia**, Uberlândia, v. 9, n. 16, p. 121–130, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

FARIA, R. M. de. A atenção primária, o território e as redes de atenção: intercambiamentos necessários para a integração das ações do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil. **Hygeia**, Uberlândia, v. 10, n. 19, p. 8–23, 2014.

FARIA, R.M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Rev RA'EGA**, Curitiba, v.17, n.3, p. 1-41, 2009.

FEDERAÇÃO DAS INDUSTRIAS DO ESTADO DO PARANÁ (FIEP). **Paraná em Dados - 2016**. Curitiba: Sistema FIEP, 2016. Disponível em: <http://reitoria.ifpr.edu.br/wp-content/uploads/2013/12/Parana_em_Dados_2016-IEL-FIEP.pdf>. Acesso em: 08 nov. 17.

FERNANDES, I. A. et al. Orientação a pessoa vivendo com HIV: o papel do enfermeiro na adesão ao tratamento e no desenvolvimento da prática do autocuidado. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro / SP, v.8, n.1, p.359-370, 2015. Disponível em: <unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/.../30102015190552.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2018.

FERREIRA, D.C.; SILVA, G.A. Caminhos do cuidado – itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.3087-3098, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a24.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

FERREIRA, R.C.M.; FIGUEIREDO, M.A.C.; SOUZA, L.B. Trabalho, HIV/Aids: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n.2, p. 259-267, 2011.

GALLO, R.C.; MONTAGNEIR, L. The chronology of AIDS research. **Nature**, London /UK, v.326, n.6112, p. 435-6, 1987. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3550473>>. Acesso em: 16 maio 2016.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. São Paulo: Editora 34, 2000.

GALVÃO, J. **1980-2001**: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GALVÃO, J.M.C.; COSTA, A.C.M.; GALVÃO, J.V. Demographic and socio-demographic profile of people living with HIV/AIDS. **Rev Enferm UFPI**, Piauí, v.6, n.1, p.4-8, 2017.

GARBIN, C.A.S. et al. Bioética e HIV/AIDS: discriminação no atendimento aos portadores. **Revista Bioética**, Brasília, v.17, n.3, p.511-522, 2009.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Boletim epidemiológico HIV/ Aids do Estado de Goiás**. Goiânia: SESA, 2016.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:<<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>> Acesso em: 18 maio 2017.

GONDIM, G. M. de M. et al. O território da saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. DE; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. (Ed.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GRANGEIRO, A. et al. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.4, p.674-84, 2012.

GRANGEIRO, A. **Da estabilização à reemergência**: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil nesta sua quarta década. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro: ABIA, 2017.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E.R.; BATTISTELLA NEMES, M.I. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu/SP, v. 19, n.52, p.5-6, 2015.

GRMEK, M. O enigma do aparecimento da Aids. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.9, n.24, p.229-239, 1995.

GRUPO DE INCENTIVO À VIDA (GIV). **O que é a PEP?** [Site]. 2016. Disponível em: <<http://www.giv.org.br/HIV-e-AIDS/PEP-Profilaxia-P%C3%B3s-Exposi%C3%A7%C3%A3o/index.html>>. Acesso em: 23 out. 2016.

GUNTHER, L.E. O HIV e a AIDS: preconceito, discriminação estigma no trabalho: aplicação da Súmula 443 do Tribunal Superior do Trabalho. **Revista Eletrônica do Tribunal do Trabalho da 9ª Região**, Curitiba, v.4, n.42, 46-67, 2015. Disponível em: <<https://juslaboris.tst.jus.br/handle/1939/90992>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

HEREK, G.M. Thinking About AIDS and Stigma: A Psychologist's Perspective. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, [s.l], v. 30, n. 2002, p.594-607, 2002. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-720X.2002.tb00428.x/pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

HIPOLITO, R.L. et al. Qualidade de vida de pessoas convivendo com HIV/aids: relação temporal, sociodemográfica e perceptiva da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. e2874, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-2874.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

HOLMQVIST, G. HIV e Desigualdade de Rendimentos: Se Há uma Ligação, o que é que nos Diz? **Internacional Policy Centre for Inclusive Growth**, Brasília, n.83, não p., 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010 – Características da População e dos Domicílios**: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades Federativas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm>. Acesso em: 10 jan. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Produto Interno Bruto dos Municípios 2010-2014**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016a. (Contas Nacionais, n. 54) Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv99051.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2016b. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). [Site]. [201-]. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 22 mar. 2017

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Leituras Regionais**: mesorregiões geográficas paranaenses. Curitiba: IPARDES, 2004. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&sistemas=1&cod_sistema=1&ano_es tudo=2004>. Acesso em: 08 nov. 2017. 11v.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Indicadores Intrametropolitanos 2000**. Curitiba: IPARDES, 2005.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Paraná em Números**. ©2016. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/pr_numeros/index_pr_numeros_pt.htm>. Acesso em 18 maio 2017.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Cadernos Municipais 2017**. Curitiba: IPARDES, 2017. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30>. Acesso em: 12 jun. 2017.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Perfil Avançado dos Municípios**. [online]. Curitiba: IPARDES, [201-]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29>. Acesso em: 12 jun. 2017.

KADRI, M.R.; SCHWEICKARDT, J.C. As Organizações da Sociedade Civil no enfrentamento à AIDS no Amazonas, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1331-1339, 2015.

KOSIK, K. A crise do homem contemporâneo e o socialismo. **Revista Civilização Brasileira**, Rio de Janeiro, Caderno Especial nº3, agosto/1968.

KUCHENBECKER, R.; GRANGEIRO, A.; VERAS, M.A. Metas globais, epidemias locais: o desafio final da AIDS no Brasil? **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.18, supl. 1, p.5-6, 2015.

LOPES, E.M. et al. Aids em crianças: a influência dos diferenciais socioeconômicos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.9, p.2005-2016, 2015.

MARANDOLA JUNIOR, E. Novo olhar sobre o espaço: território e vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 4, p. S475-S501, 2007.

MARQUES, B.G. **Fatores que influenciam o diagnóstico tardio de Hiv/Aids: um olhar sociológico de casos em Porto Alegre**. 68 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciência Humanas, Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/132866>> Acesso em: 10 out. 2016.

MEIRELLES, M.Q.B.; LOPES, A.K.B.; LIMA, K.C. Vigilância epidemiológica de HIV/Aids em gestantes: uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível. **Rev Panam Salud Publica**, Washington / USA, v.40, n.6, p.427–34, 2016. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33662>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Boletim Epidemiológico Mineiro** – Análise Epidemiológica de HIV/AIDS, Panorama do ano de 2015. Belo Horizonte: SES, 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Aids: o maior perigo é não saber [Site]**. [201-]. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cidadao/campanhas/aids1>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

MINAYO, M.C. de S.; MINAYO-GOMÉZ, C. Difíceis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. In: GOLDENBERG, P.;

MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H. de A. (Org.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p.117-142.

MIRANDA, C. et al. Knowledge of HIV testing and attitudes towards blood donation at three blood centres in Brazil. **Vox Sanguinis**, Oxford/UK, v.106, n.4, 344–353, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24313562>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.898-906, 2005.

MONTEIRO, A.L.; VILLELA, W.V. A Criação do Programa Nacional de DST e Aids como Marco para a Inclusão da Idéia de Direitos Cidadãos na Agenda Governamental Brasileira. **Psicologia Política**, São Paulo, v.9, n.17, p.25-45, 2009.

MÔRA, L.B. et al. O uso da territorialização para apoio ao planejamento das ações de uma unidade de Saúde da Família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE - UNIVERSALIDADE, IGUALDADE E INTEGRALIDADE DA SAÚDE: UM PROJETO POSSÍVEL, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais...**Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/publicacoes.html>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

MORALES-BORRERO, C. et al. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiologicas. **Rev. salud pública**, Bogotá / Colombia, v.15, n. 6, p.797-808, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/422/42231751001.pdf>>. Acesso em: 15 out 2016.

MOTHÉ, T.O.B.; MAIA, V.M. Problemas sociais no Brasil: relações com renda e desigualdade. In: Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, XII, 2015, Resende/RJ. **Anais...**Resende/RJ: AEDB, 2015.

NOGUEIRA, R.P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.83, p.397-406, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800007.pdf>>. Acesso em: 22 out 2016.

OCKÉ-REIS, C.O. **SUS: O Desafio de ser único** [online]. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <<https://www.livrebooks.com.br/livros/sus-carlos-octavio-ocke-reis-sfxddwaaqbj/baixar-ebook>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

OLIVEIRA, E.C de. **Prevenção Combinada do HIV**. Florianópolis, 2015. Reunião de Gestão HIV/Aids/HV 2015, Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst_aids/apresentacoes/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20Dr%20Eduardo.pdf> Acesso em 12 ago. 2016.

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, n.34, v.1, p.9-15, 2000.

PAIXÃO, L.M.M.; GONTIJO, E.D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.2, p.205-213, 2007.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Plano Diretor de Regionalização, no Estado do Paraná**. Curitiba: SESA, 2015a. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/PDR_2015.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

PARANÁ. Secretaria da Saúde do Paraná (SESA). **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids**. Curitiba: Secretária de Estado de Saúde, 2015b.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019**. Curitiba: SESA, 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **SESA**. [201-]a. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/>>. Acesso em: 12 out. 2017.

PARKER, R. **Os 20 anos de luta para acesso universal ao tratamento do HIV no Brasil e no mundo**. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). As políticas de acesso a medicamentos e os direitos humanos no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: ABIA, 2017, p.5-6.

PASQUALINI, C.D. Cronología del descubrimiento del HIV como causa del sida. **Medicina**, Buenos Aires / ARG, v. 63, p.183-186, 2003

PEDROSA, N.L. et al. Assistência especializada para pessoas com aids no estado do Ceará, Brasil. **Rev Saúde Pública** (Epub), São Paulo, v. 49, 8p., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100308&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 12 dez. 2017.

PENSANDO HISTORICAMENTE. [Blog]. [201-]. Disponível em: <<http://comconscienciahistorica.blogspot.com.br/p/discussoes-conceituais.html>>. Acesso em: 12 maio 2017.

PINTO, D.G.; COSTA, M.A.; MARQUES, M.L.de A. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013.

POMAR, P.E.R. A saúde do sistema único. **Desafios do Desenvolvimento / IPEA**, São Paulo, a.10, n.76, p.46-53, 2013. Disponível em: <http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2911:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 09 jan. 2018.

PORTA, M. et al. **A dictionary of Epidemiology**. 6 ed. Oxford/UK: Oxford University Press, 2014. Disponível em: <irea.ir/files/site1/pages/dictionary.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2017.

PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO BRASIL (PREP BRASIL) [Site]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. Disponível em: <<http://prepbrasil.com.br/>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

RAKSA, V.P.; OLIVEIRA, A. G.; SILVA, C.L. Governança pública em saúde e os vazios assistenciais – territorialização para o planejamento e ações do estado. **Informe Gepec**, Toledo, v. 20, n.2, p.10-27, 2016

RAPHAEL, D. **Social determinants of health: Canadian perspectives**. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 2004.

RIBEIRO, L.C.Q. (Coord.). **Os Estados e as Regiões Metropolitanas constitutivas do Observatório das Metrôpoles no Censo 2010**. Rio de Janeiro: Observatório das Metrôpoles, 2012. Disponível em: <http://www.observatoriodasmetrololes.net/download/Os_Estados_e_as_RMs_no_Censo_2010.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2017.

RIBEIRO, M.G. Território e desigualdades e renda em regiões metropolitanas do Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.58, n.4, p.903-949, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2016**. Porto Alegre: SES/ESP, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. **Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul** [Internet]. Porto Alegre: PROCERGS, [201-]. Disponível em: <<http://www.atlassocioeconomico.rs.gov.br/inicial>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

ROCHA, L.E.C.; THORSON, A.E.; LAMBIOTTE, R. The non-linear health consequences of living in larger cities. **J Urban Health** [online], v.92, n.5, p.785-99, 2015. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s11524-015-9976-x>>. Acesso em: 12 jan.2018.

ROCHA, P.R.; DAVID, H.M.S.L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n.1, p. 129-135, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SAID, A.P.; SEIDL, E.M.F. Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepção de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu / SP, v. 19, n. 54, p.467-78, 2015. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0467.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

SALES, W.B. et al. Perfil epidemiológico do HIV/Aids do estado do paraná: estudo ecológico. **Rev Enferm Aten o Saúde [Online]**, v.6, n.1, p.120-129, 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/bde-31242>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

SAMAJA, J. Desafíos a la epidemiología: pasos para una epidemiología Miltoniana. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.105-120, 2003.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Aconselhamento para a realização de teste rápido de SÍFILIS/HIV/HV**. Florianópolis: SES/SC, 2013.

SANTOS, A.P.R **Necessidades em saúde: a percepção dos adolescentes de um determinado território de Curitiba/PR**. Trabalho de Graduação (Bacharelado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

SANTOS, E.P. **Necessidades em saúde dos adolescentes de um determinado território de Curitiba/PR**. Trabalho de Graduação (Bacharelado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. **GEOgraphia**, Niterói / RJ, a.1, n.1, p.7-13, 1999.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: Incorporando As Relações Produção, Trabalho, Ambiente E Saúde Na Atenção Básica À Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387–406, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003>. Acesso em: 18 maio 2017.

SANTOS, L.C.; MORAES, C.; COELHO, V.S.P. Os anos 80: a politização do sangue. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2. n. 1, p.107-150, 1992.

SÃO PAULO. Secretaria Geral Parlamentar. Lei nº 5.190 de 20 de junho de 1986. Dispõe sobre a realização de testes para a detecção de anticorpos do vírus da Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida – AIDS. **Diário Oficial Executivo**, São Paulo, SP, n.116, 21/06/1986. Executivo I, p. 1. Disponível em: <<http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=19860621&Caderno=Poder%20Executivo&NumeroPagina=1>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Boletim Epidemiológico - CRT-PE-DST/AIDS/CVE**. São Paulo: SES, 2016.

SCHUELTER-TREVISOL, F. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.22, n., p.87-94, 2013.

SCHWARTLÄNDER, B. et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. **Lancet** [online], v.377, n.9782, p.2031-2041, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60702-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60702-2.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2017.

SEGURADO, A.C.; CASSENOTE, A.J.; LUNA, E.A. Saúde nas metrópoles: doenças infecciosas. **Estudos avançados**, São Paulo, v.30, n.86, p.29-49, 2016.

SERVIÇO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS DE SANTA CATARINA (SEBRAE/SC). **Santa Catarina em Números**. Florianópolis: SEBRAE, 2013. Disponível em:

<<https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/Relatorio%20Estadual.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

SHAH, S.M. et al. Reducing HIV Stigma Among Nursing Students: A Brief Intervention.

West J Nurs Res [online], v. 36, n.10, p.1323-1337, 2014. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24569699>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

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** [online], Santa Cruz do Sul, v. 7, n.4, 15p., 2017. Disponível em:

<<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/9150>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

SILVA, E.S. et al. Perfil socioeconômico dos usuários da rede nacional de pessoas Vivendo e convivendo com HIV/Aids – Núcleo de Campina Grande- PB. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, XV; ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, XI, 2011. **Anais....**São José dos Campos / SP: Universidade do Vale do Paraíba, 2011.

SILVA, N.O. **A contribuição do movimento social organizado nas conferências municipais de saúde para a acessibilidade do adolescente ao sistema local de saúde.**

Trabalho de Graduação (Bacharelado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

SILVA, W.S. et al. Fatores associados ao uso de preservativos em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Acta Paul Enferm.**, Diadema, v. 28, n. 6, p.587-92, 2015.

SOARES, D.A.; ANDRADE, S.M. de; CAMPOS, J.J.B. de. Epidemiologia e Indicadores de Saúde. In: ANDRADE, S.M. de; SOARES, D.A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 183-210.

SOARES, F.N.S.; MORAIS, M.T.M. Perfil epidemiológico e sócio demográfico dos pacientes vivendo com HIV/Aids cadastrados no município de Vitória da Conquista/BA. **Rev. Saúde.Com**, Jequié/BA, v.10, n.1, p.54-63, 2014.

SOUZA, S.S. et al. A Epidemiologia como instrumental na produção do conhecimento em Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p.58-63, 2008.

TAQUETTE, S. R. Feminização da Aids e adolescência. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.33-40, 2009. Disponível em:

<http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=39>. Acesso em: 24 mar.2017.

TAQUETTE, S.R. Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 618-628, 2013.

TEODERESCU, L.L.; TEIXEIRA, P.R. **Histórias da Aids no Brasil: As respostas governamentais à epidemia de Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. v.1

TEODERESCU, L.L.; TEIXEIRA, P.R. **Histórias da Aids no Brasil: A sociedade civil de organiza pela luta contra a Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. v.2

TOLEDO, M.M.; TAKAHASHI, R.F.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M.C. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/Aids. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n.2, p. 370-375, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a24v64n2.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

TOMAZELLI, J.; CZERESNIA, D.; BARCELLOS, C. C. Distribuição dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p.1049-61, 2003.

TREVISAN, R. (coord.). **Michaelis: Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. [online]. 2015. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=zaXR1>>. Acesso em: 24 out. 2016.

TRIGUEIRO, D.R.S.G. et al. Aids e cárcere: representações sociais de mulheres em situação de privação de liberdade. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, 2016. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0554.pdf>. Acesso em: 24 maio 2016.

TRINTIN, J.G.; CAMPOS, A.C. Dinâmica recente da economia paranaense e suas perspectivas: diversificação ou risco de reconcentração e especialização produtiva. **Acta Scientiarum - Human and Social Sciences**, Maringá, v. 35, n. 2, p. 161-173, 2013

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Report on the global Aids Epidemic 2008**. Geneva / Switzerland: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1511_gr08_executivesummary_en_1.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Political Declaration on HIV/AIDS: Intensifying our Efforts to Eliminate HIV/AIDS**. General Assembly, 65, Paris, 2011. Disponível em: <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/65/L.77>. Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. **AIDSInfo** [site]. Geneva / Switzerland: WHO, 2015a. Disponível em: <<http://aidsinfo.unaids.org/>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. **90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de Aids**. Geneva / Switzerland: WHO, 2015b. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

_____. **Programa das Nações Unidas sobre HIV/Aids no Brasil** [Site]. Brasília: ONU, 2016a. Disponível em: <<http://unaids.org.br/>>. Acesso em: 12 ago. 2016

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Adesão de cidades à Declaração de Paris já beneficia 35 mi de brasileiras e brasileiros** [site]. Brasília: ONU, 2016b. Disponível em: <<http://unaid.org.br/2016/03/adesao-de-cidades-a-declaracao-de-paris-ja-beneficia-35-mi-de-brasileiras-e-brasileiros-hiv-aids/>>. Acesso em 15 out. 2016

_____. **Guia de terminologia do UNAIDS**. Brasília: ONU, 2017.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Líderes mundiais estabelecem novas metas relacionadas à aids até 2015: Declaração Política sobre HIV/aids, 2011. Brasília/DF:UNICEF, [201-]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/media_20839.html>. Acesso em: 28 out. 2017.

_____. **La Red Lazos Sur-Sur: Una década exitosa en la respuesta al VIH/SIDA en el Hemisferio Sur**. Brasília/DF: UNICEF, 2016.

UNITED STATES OF AMERICA (USA). Department of Health and Human Services. Food and Drug Administration. **HIV/Aids History of Approvals** [site]. Silver Spring, 2016. Disponível em: <<http://www.fda.gov/forpatients/illness/hivaids/history/default.htm#>> Acesso em: 27 jul. 2016.

VIEIRA, A.C.S. et al. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado: diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **R. Katál.**, Florianópolis, v,17, n.2, p.196-206, 2014.

VILLELA, W.V; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.3, p.531-540, 2015.

WALDMAN, E.A.; ROSA, T.E.C. **Vigilância em Saúde Pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, 1998. v.7. (Série Saúde & Cidadania). Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/index.html>. Acesso em: 10 out. 2016

WEGENER, M.N. et al. Vocational Counseling of HIV-infected People: A Role for Nurses in HIV Care. **J Assoc Nurses Aids Care**, Philadelphia / USA, v. 26, n. 4, p.330-339, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26066689>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

WOLFFENBÜTTEL, A. O que é? Índice de Gini. **Desafios do Conhecimento**, Brasília, a.1, ed.4, 2004. Disponível em: <http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2048:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 29 maio de 2017.

WORLD HEALT ORGANIZATION (WHO). **Health topics: Epidemiology** [Site]. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/epidemiology/en/>>. Acesso em: 16 set. 2016

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 36–45, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/06.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

YANNOULAS, S. Feminização ou feminilização? Apontamentos em torno de uma categoria. **Temporalis**, Brasília, a.11, n.22, p.271-292, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/1368/1583>>. Acesso em: 12 maio 2016.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.20, n.4, p.229-240, 2015.

ANEXO 1 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO HIV/AIDS

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **AIDS** (Pacientes com 13 anos ou mais)

Nº

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

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

Critérios de definição de casos de aids	41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*	<input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) <i>*Excluída a tuberculose como causa</i>			
	42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês	<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm ³				
43 Critério óbito -					
Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>					
Trat.	44 UF	45 Município onde se realiza o tratamento	Código (IBGE)	46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento	Código
	Evolução	47 Evolução do caso			
1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado					
Investigador	Nome			Função	
	Assinatura				
Aids em pacientes com 13 anos ou mais.			Sinan NET	SVS	08/06/2006

FONTE: BRASIL (2006c)

**ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO CÔMITE DE ÉTICA EM
PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO PARANÁ**

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A epidemia de HIV/Aids em adultos jovens em uma regional de saúde do Paraná sob a ótica da epidemiologia crítica.

Pesquisador: MARIA MARTA NOLASCO CHAVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65439617.1.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.988.988

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa proveniente do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, sob responsabilidade da professora Maria Marta Nolasco Chaves e colaboração da mestranda Marlise Lima Brandão. O projeto foi aprovado na reunião do coligado do referido Programa em 18/08/2016 e tem análise de mérito com parecer favorável à execução realizada pela professora Lilliana Muller Larocca. As pesquisadoras propõem um estudo retrospectivo do tipo ecológico, em que serão analisados dados secundários de domínio público, referentes aos casos notificados de HIV/Aids em adultos jovens. Os dados pesquisados serão aqueles referentes à segunda regional de saúde (2a RS) ou Regional Curitiba, que compreende 29 municípios. A amostra intencional será composta por todos os indivíduos com idade entre 20 a 29 anos, portadores de HIV/Aids, notificados por meio do SINAN/Net, no período compreendido entre os anos de 2007 a 2015. Parte dos dados secundários serão coletados das informações contidas na ficha de investigação epidemiológica (FIE), cujos dados alimentam o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN Net). Na mesma proporção, serão coletados os demais dados ou informações, obtidos por meio de publicações disponíveis em sites públicos de organismos que estudam a população e o modo de viver dos moradores. Entre essas instituições estão: o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), o Instituto de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 1.988.988

Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS).

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a epidemia do HIV/Aids em adultos jovens sob a ótica da epidemiologia crítica na segunda regional de saúde do Paraná.

Objetivos Específicos

Caracterizar a população de adultos jovens portadores de HIV/Aids moradora da segunda regional de saúde do estado do Paraná;

Discutir a determinação social do processo saúde-doença em adultos jovens portadores de HIV/Aids dos municípios da segunda regional de saúde do Paraná com maior número de casos;

Discutir as características da epidemia de HIV/Aids em mulheres adultas jovens moradoras de municípios da segunda regional de saúde do Paraná.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras: "Por tratar-se de uma pesquisa que utilizará banco de dados públicos, que não utilizará identificação de participantes, fica minimizado qualquer risco a população estudada. O principal benefício deste estudo é o de contribuir para a elaboração de políticas públicas no sentido de enfrentar a epidemia de HIV/Aids em adultos jovens". As pesquisadoras asseguram a confidencialidade dos dados obtidos para a pesquisa, visto que os mesmos não são identificados pelo nome dos portadores de HIV e sim codificados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com relevância social e acadêmica, com concordância para o desenvolvimento assinada pelo chefe da Divisão DST/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados. As pesquisadoras solicitam dispensa do TCLE por utilizarem dados de bancos secundários, que são codificados e não identificados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa com Instituição Co-participante, aprovada para execução.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 1.988.988

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_868943.pdf	07/03/2017 17:11:54		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_868943.pdf	07/03/2017 17:02:52		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_868943.pdf	07/03/2017 16:57:46		Aceito
Outros	EXTRATO_DE_ATA_DE_COLEGIADO_PPGENF.pdf	07/03/2017 16:55:41	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	CHECK_LIST_HIV_AIDS_PR.pdf	07/03/2017 16:03:37	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD4_CONCORDANCIA_COPARTICIPANTE.pdf	06/03/2017 22:43:28	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EPIDEMIA_HIV_AIDS_PR.pdf	03/03/2017 00:49:54	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MOD15_DISPENSA_TCLE.pdf	03/03/2017 00:08:55	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MOD12_RESPONSABILIDADES.pdf	03/03/2017 00:08:32	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD11_UTILIZACAO_DE_DADOS.pdf	03/03/2017 00:05:48	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD9_INICIO_DA_PESQUISA.pdf	03/03/2017 00:05:07	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD8_USO_DE_DADOS.pdf	03/03/2017 00:04:17	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD7_TORNAR_PUBLICO.pdf	03/03/2017	MARLISE LIMA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 1.988.988

Outros	MOD7_TORNAR_PUBLICO.pdf	00:02:33	BRANDAO	Aceito
Outros	MOD6_CONFIDENCIALIDADE.pdf	03/03/2017 00:02:04	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD3_Ciencia_PPGENF.pdf	03/03/2017 00:01:30	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD2_MERITO.pdf	03/03/2017 00:01:04	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD1_OFICIO_CEP.pdf	03/03/2017 00:00:26	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	02/03/2017 23:56:08	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 29 de Março de 2017

**Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)**

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

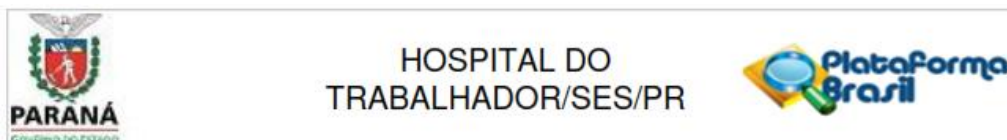
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DO TRABALHADOR DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ



HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A epidemia de HIV/Aids em adultos jovens em uma regional de saúde do Paraná sob a ótica da epidemiologia crítica.

Pesquisador: MARIA MARTA NOLASCO CHAVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65439617.1.3001.5225

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.035.675

Apresentação do Projeto:

Adequado e abrangente

"O HIV/Aids destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações, sendo que atualmente a epidemia do HIV/Aids configura-se como um dos mais graves problemas de saúde pública, representando um grande desafio para a sociedade, uma vez que não apresenta um padrão de ocorrência nas diversas regiões e países do mundo. (UNAIDS, 2008; ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013). O que acaba por desafiar não só as ciências da saúde, mas também as ciências humanas e sociais. Tal desafio busca elucidar um fenômeno carregado de significados socioculturais que interferem em aspectos políticos, econômicos e sociais. (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; MARQUES, 2015)."

Objetivo da Pesquisa:

- Objetivo Geral: Compreender a epidemia do HIV/Aids em adultos jovens sob a ótica da epidemiologia crítica na segunda regional de saúde do Paraná.

- Objetivos Específicos: Caracterizar a população de adultos jovens portadores de HIV/Aids moradora da segunda regional de saúde do estado do Paraná; Discutir a determinação social do processo saúde-doença em adultos jovens portadores de HIV/Aids dos municípios da segunda regional de saúde do Paraná com maior números de casos; Discutir as características da epidemia

Endereço: Secretaria da Saúde Rua Piquiri 170 - Rebouças - 80230-140 - Curitiba - PR 41 3330-4300

Bairro: Rebouças

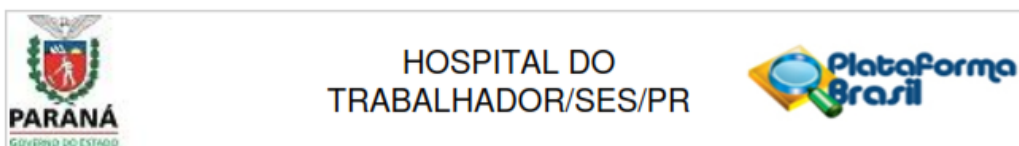
CEP: 81.050-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3212-5871

E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 2.035.675

de HIV/Aids em mulheres adultas jovens moradoras de municípios da segunda regional de saúde do Paraná.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados

"Por tratar-se de uma pesquisa que utilizará banco de dados públicos, que não utilizará identificação de participantes, fica minimizado qualquer risco a população estudada. O principal benefício deste estudo é o de contribuir para a elaboração de políticas públicas no sentido de enfrentar a epidemia de HIV/Aids em adultos jovens."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está estruturada de forma adequada e é exequível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e adequados (Termo de dispensa do TCLE)

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

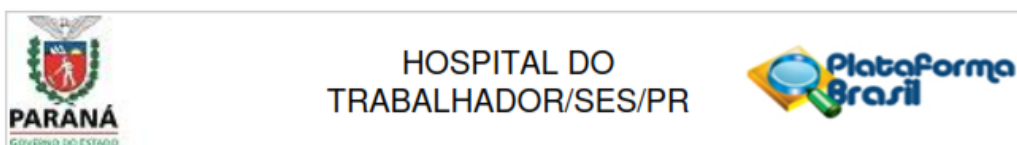
Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_868943.pdf	07/03/2017 17:11:54		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_868943.pdf	07/03/2017 17:02:52		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_868943.pdf	07/03/2017 16:57:46		Aceito
Outros	EXTRATO_DE_ATA_DE_COLEGIADO_PPGENF.pdf	07/03/2017 16:55:41	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	CHECK_LIST_HIV_AIDS_PR.pdf	07/03/2017 16:03:37	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_868943.pdf	06/03/2017 23:13:34		Aceito

Endereço: Secretaria da Saúde Rua Piquiri 170 - Rebouças - 80230-140 - Curitiba - PR 41 3330-4300
Bairro: Rebouças **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 2.035.675

Outros	MOD4_CONCORDANCIA_COPARTICI PANTE.pdf	06/03/2017 22:43:28	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EPIDEMIA_HIV_AIDS_PR.pdf	03/03/2017 00:49:54	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MOD15_DISPENSA_TCLE.pdf	03/03/2017 00:08:55	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MOD12_RESPONSABILIDADES.pdf	03/03/2017 00:08:32	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD11_UTILIZACAO_DE_DADOS.pdf	03/03/2017 00:05:48	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD9_INICIO_DA_PESQUISA.pdf	03/03/2017 00:05:07	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD8_USO_DE_DADOS.pdf	03/03/2017 00:04:17	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD7_TORNAR_PUBLICO.pdf	03/03/2017 00:02:33	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD6_CONFIDENCIALIDADE.pdf	03/03/2017 00:02:04	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD3_CIENCIA_PPGENF.pdf	03/03/2017 00:01:30	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD2_MERITO.pdf	03/03/2017 00:01:04	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Outros	MOD1_OFICIO_CEP.pdf	03/03/2017 00:00:26	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	02/03/2017 23:56:08	MARLISE LIMA BRANDAO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 27 de Abril de 2017

Assinado por:
silvania klug pimentel
(Coordenador)

Endereço: Secretaria da Saúde Rua Piquiri 170 - Rebouças - 80230-140 - Curitiba - PR 41 3330-4300
Bairro: Rebouças **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br

**ANEXO 4 – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DO BANCO DE DADOS PARA A
COORDENAÇÃO DA DIVISÃO DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS DO
CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO
PARANÁ**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



Curitiba, 03 de maio de 2017.

À Secretaria de Estado da Saúde / Superintendência de Vigilância em Saúde
A/C Divisão de Informações Epidemiológicas do Centro de Epidemiologia da
Secretaria de Estado da Saúde.
À Sra. Viviane Serra Melanda

Tendo em vista o aceite para coparticipação e a aprovação pelo comitê de ética do projeto intitulado "A EPIDEMIA DE HIV/AIDS EM ADULTOS JOVENS EM UMA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ SOB A ÓTICA DA EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA", solicito que sejam disponibilizados os seguintes campos da ficha de investigação epidemiológica e por conseguinte as informações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Net) do agravo HIV/Aids, no período compreendido entre os anos de 2007 a 2015:

	Número do campo	Descrição do campo
Dados gerais	3	Data da notificação
	4	UF
	5	Município de notificação
	6	Unidade de saúde
	7	Data do diagnóstico
Notificação individual	9	Data de nascimento
	10	Idade
	11	Sexo
	12	Gestante
	13	Raça / cor
Dados da residência	14	Escolaridade
	17	UF
	18	Município da residência
	19	Distrito
	20	Bairro
	29	Zona

	Número do campo	Descrição do campo
Antecedentes epidemiológicos	31	Ocupação
	32	Transmissão vertical
	33	Sexual
	34	Sanguínea
	35	Data da transfusão/acidente
	36	UF
	37	Município onde ocorreu transfusão/acidente
	38	Instituição onde ocorreu transfusão/acidente
	39	Após investigação, a transfusão/acidente foi considerada a causa da infecção por HIV?
Dados do laboratório	40	Evidência laboratorial de infecção pelo HIV
Critérios para caracterização Aids	41	Critério Rio de Janeiro/Caracas
	42	Critério CDC adaptado
	43	Critério de óbito
Tratamento	44	UF
	45	Município onde realiza o tratamento
	46	Unidade de saúde onde realiza o tratamento
Evolução	47	Evolução do caso

Em anexo, pareceres do Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o número 1.988.988, de 29 de março de 2017 e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador, sob o número 2.035.675, de 27 de abril de 2017, os quais aprovam a execução desse projeto de pesquisa.

Desde já agradecemos a compreensão.

Atenciosamente.

 Profª. Drª Maria Marta Nolasco Chaves
 Professora Orientadora
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
 Universidade Federal do Paraná

 Enfª. Marlise Lima Brandão
 Mestranda em Enfermagem
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
 Universidade Federal do Paraná