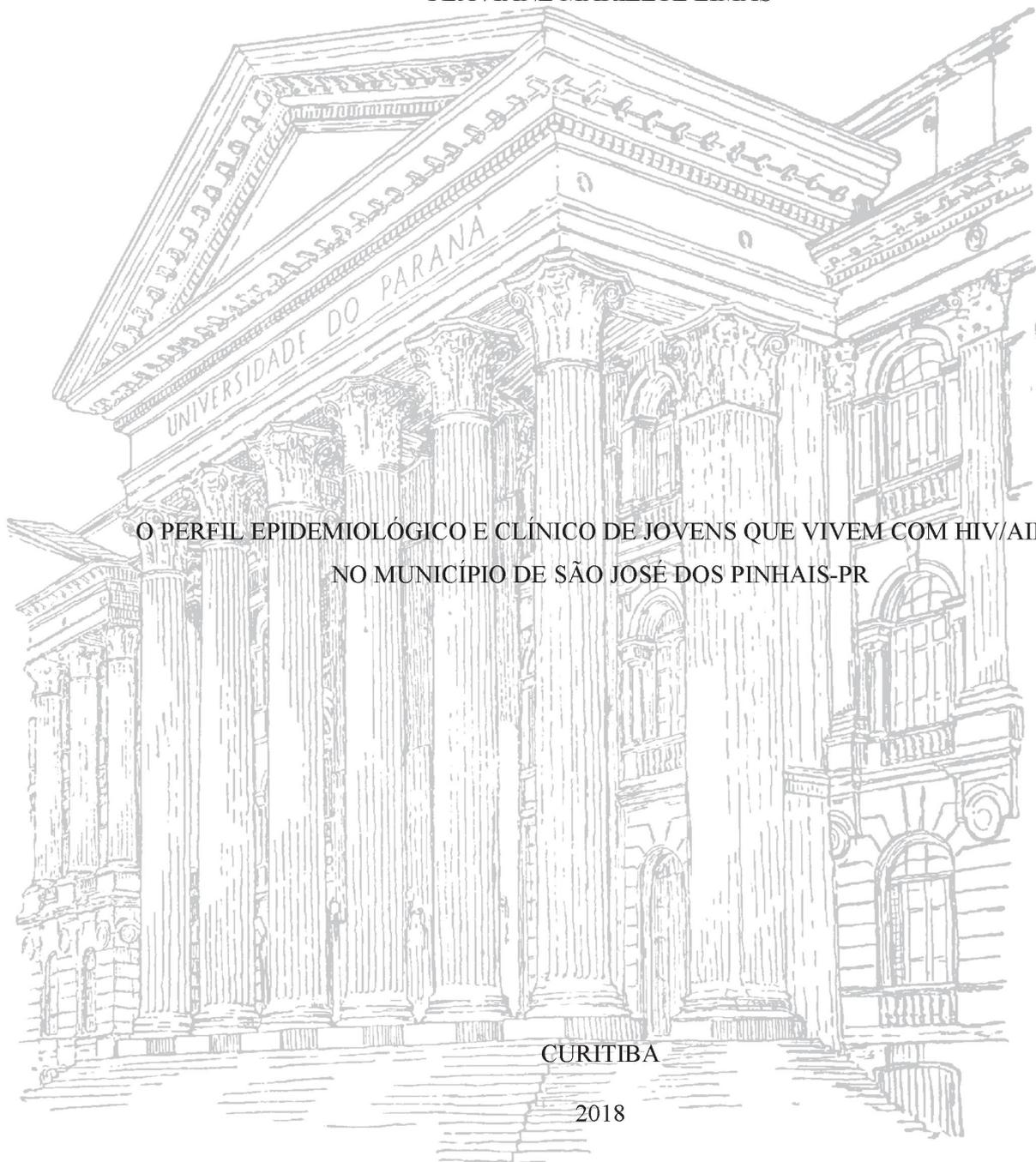


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FLAVIANE MARIZETE LIMAS



O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE JOVENS QUE VIVEM COM HIV/AIDS
NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS-PR

CURITIBA

2018

FLAVIANE MARIZETE LIMAS

O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE JOVENS QUE VIVEM COM HIV/AIDS
NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS-PR

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 na Saúde Coletiva, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a. Maria Marta Nolasco Chaves

CURITIBA

2018

Limas, Flaviane Marizete

O perfil epidemiológico e clínico de jovens que vivem com HIV/AIDS no município de São José dos Pinhais-PR [recurso eletrônico] / Flaviane Marizete Limas – Curitiba, 2018.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2018.
Orientador: Dr. Maria Marta Nolasco Chaves

1. Jovens - epidemiologia. 2. HIV. 3. Aids. I. Chaves, Maria Marta Nolasco. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.9792



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 **FLAVIANE MARIZETE LIMAS**, intitulada: **O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE JOVENS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS-PR**, 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, 05 de Dezembro de 2018.


MÁRIA MARTA NOLASCO CHAVES
Presidente da Banca Examinadora


LUCIA YASUKO IZUMI NICHIIATA
Avaliador Externo (USP)


LILIANA MÜLLER LARÓCCA
Avaliador Interno (UFPR)

Dedico este trabalho a minha família, em especial ao meu amor Haniel, que sempre me incentivou e apoiou, mesmo nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me proporcionado saúde, equilíbrio e sustentação para superação dos obstáculos que apareceram nesta caminhada.

À minha orientadora, Prof^a Dra. Maria Marta Nolasco Chaves, pelos ensinamentos, motivação e crescimento imensurável nesta jornada que muitas vezes mudou minha forma de pensar com seus conselhos sábios.

À Prof^a Dra. Liliana que me incentiva desde o período da graduação, mostrando a importância do conhecimento em minha vida.

Ao colega Renato Bossle pela prestimosa ajuda no geoprocessamento desta pesquisa e valoroso compartilhamento de seu conhecimento.

Aos membros da Banca de Qualificação e Defesa pelas preciosas contribuições e tempo dispensados a esta pesquisa.

Ao meu amor, Haniel, pelo companheirismo, confiança, incentivo e amor incondicional.

A toda minha família, em especial meus pais Carlos e Luzia, pela sustentação e apoio em minha vida e cunhados Ninfa e Eliel pela ajuda nesta etapa.

À Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais pela liberação para o Mestrado.

Ao Departamento de Promoção e Vigilância de São José dos Pinhais em especial ao Mathias pela liberação para o Mestrado, Keila e Iolanda pela liberação do banco de dados.

A todos os colegas no NUTES, em especial Leonilda e Lisene pela liberação para o Mestrado.

A todos os colegas do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC pelos momentos de troca de aprendizado e companheirismo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná pelo compartilhamento de seus conhecimentos.

A todas as pessoas que contribuíram de forma direta e indireta para a conclusão desta etapa em minha vida!

“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

Estudo ecológico de tendência temporal com abordagem quantitativa, ancorado na Epidemiologia Crítica, teve como objetivo geral analisar o perfil epidemiológico e as condições clínicas, segundo critério *CDC* adaptado e Rio de Janeiro/Caracas, de jovens que vivem com HIV/aids em São José dos Pinhais. A pesquisa foi aprovada nos Comitês de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Na primeira etapa do estudo se caracterizou o modo de vida, os processos de desgaste e de proteção, no Município por meio de dados secundários de sites públicos. Para segunda etapa foram selecionadas as notificações de HIV/aids de jovens entre 20 a 29 em São José dos Pinhais, Paraná, no período de 2007 a 2016, por meio do Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Os dados destas etapas iniciais foram organizados e categorizados com apoio do *software* Microsoft Excel[®] 2016. A terceira etapa consistiu no geoprocessamento dos casos notificados com o uso dos *softwares* *Google Earth Pro* e *QGIS*. Nos resultados destaca-se que o Município é o segundo mais populoso da 2^a Regional de Saúde do Paraná e possui um dos mais vastos polos industriais da região, com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,758 e Índice de Gini de 0,45. Sua população é majoritariamente feminina (50,5%) e com escolaridade fundamental incompleto (37,6%). No geoprocessamento se identificou concentração de casos em áreas urbanas, próximos aos equipamentos de Assistência Social e distantes dos equipamentos de Saúde. O Território 25 apresentou maior contingente populacional, carência de equipamentos de Saúde e o maior número de pessoas vivendo com HIV/aids. Nos anos de 2014 a 2016 obteve-se 64,1% das notificações de HIV/aids do período. O sexo masculino apresentou maior percentual de casos notificados (69%), com maior escolaridade e a razão de sexo foi de 4,1, em 2016. Nos indivíduos do sexo masculino a faixa etária mais atingida foi entre 20 a 24 anos (35%), e no sexo feminino a faixa etária com maior concentração foi de 25 a 29 anos (19,5%). A raça branca foi declarada por 60% dos casos notificados. A ocupação com maior percentual corresponde ao Grupo 6 - Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, com 16,2% dos indivíduos. A categoria de exposição com maior concentração foi a homossexual, em homens (38%) e heterossexual em mulheres (28,5%). Cerca de 63% das pessoas notificadas estavam assintomáticas. Em 92,6% dos casos notificados por aids foram definidos por meio do Critério *CDC* Adaptado, com contagem de linfócitos TCD4+ menor que 350 cel/mm³. O percentual de óbitos foi de 10,2% no sexo feminino e 9,7% no sexo masculino. Observou-se grande número de campos ignorados e/ou não preenchidos nas notificações, sendo raça (10%), escolaridade (31,5%), e ocupação (43,4%). Conclui-se que há necessidade de reorganização na distribuição dos serviços e do processo de trabalho em saúde para captação precoce dos casos, atualização na forma de preenchimento das fichas de notificação e mudanças estruturais que potencializem o enfrentamento do fenômeno HIV/aids nos Municípios.

Palavras-chave: HIV. Aids. Epidemiologia. Sistemas de Informação Geográfica. Enfermagem.

ABSTRACT

An ecological study of a temporal trend with a quantitative approach, anchored in Critical Epidemiology, had as general objective to analyze the epidemiological profile and the clinical conditions, according to the *CDC* adapted criteria and Rio de Janeiro/Caracas, of young people living with HIV/AIDS in São José dos Pinhais. The research was approved by the Committees of Ethics of the Health Sciences Sector of the Federal University of Paraná and the Pontifical Catholic University of Paraná. The first stage of the study characterized the lifestyle, the processes of wear and protection in the municipality, through secondary data from public sites. About the second stage, the HIV/AIDS reports of young people aged 20 to 29 were selected in São José dos Pinhais, Paraná, from 2007 to 2016, through the National System of Notifiable Diseases. Data from these initial steps were organized and categorized with the support of Microsoft Excel[®] 2016 software. The third stage consisted of the geoprocessing of cases reported using the Google Earth Pro and QGIS software. The results show that the municipality is the second most populous of the 2nd Health Region of Paraná and has one of the most extensive industrial poles in the region, with a Human Development Index of 0.758 and a Gini Index of 0.45. The population is mostly female (50.5%) and with incomplete fundamental education (37.6%). About the spatial analysis, it was identified as a concentration of cases in urban areas, close to Social Assistance equipment and distant from Health equipment. Territory 25 had a larger population, lack of health equipment and the largest number of people living with HIV / AIDS. In the years 2014 to 2016, 64.1% of the HIV / AIDS reports of the period were obtained. Most cases were men (69%), with a higher education level, and the gender ratio was 4.1 in 2016. In the males participants, the age group most affected was between 20 and 24 years old (35%), and in females participants the age range group with the highest concentration was 25 to 29 years (19.7%). The white race was declared for 60% of reported cases. The occupation with the highest percentage corresponds to Group 6 - Service workers, retailers in stores and markets, with 16.2% subject. The category of exposure with the highest concentration was homosexual behavior (38%) and heterosexual in women (28.5%). About 63% of the people reported were asymptomatic. In 92.6% of the cases reported for AIDS were defined using the Adapted *CDC* Criteria, with a TCD4 + lymphocyte count of fewer than 350 cells/mm³. The percentage of deaths was 10.2% among women and 9.7% among men. A large number of fields were ignored and/or incomplete in the notifications, as race (10%), education level (31.5%), and occupation (43.4%). Confirmed that there is a need for a reorganization in the distribution of services and the work process in health for the capture of early cases, updating in the form of filling in the notification forms and structural changes that potentiate the confrontation of the HIV/AIDS phenomenon in the municipalities.

Keywords: HIV. Aids. Epidemiology. Geographic Information Systems. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –	DIVISÃO ADMINISTRATIVA DO ESTADO DO PARANÁ POR MACRORREGIONAIS DE SAÚDE.....	30
FIGURA 2 –	REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, COM DESTAQUE PARA SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – PR.....	60
FIGURA 3 –	DISTRIBUIÇÃO DOS BAIROS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS NO ANO DE 2012, SEGUNDO RENDA.....	73

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –	TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO. BRASIL, 2006 E 2015*	29
GRÁFICO 2 –	NÚMERO DE CASOS DE HIV COM 15 ANOS OU MAIS, POR ANO DE DIAGNÓSTICO NO PARANÁ, 2007 A 2015*	29
GRÁFICO 3 –	NÚMERO DE CASOS DE HIV, POR FAIXA ETÁRIA, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, ENTRE 2007-2016	31
GRÁFICO 4 –	NÚMERO DE CASOS DE AIDS NOTIFICADOS NO SINAN POR ANO DE DIAGNÓSTICO, PARANÁ, 1984-2015*	40
GRÁFICO 5 –	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE, NO CENSO POPULACIONAL DE 2010.....	47
GRÁFICO 6 –	PIRÂMIDE ETÁRIA, DISTRIBUIÇÃO POR SEXO, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, CONFORME DADOS DO CENSO IBGE 2010, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, PARANÁ E BRASIL.....	64
GRÁFICO 7 –	LOTEAMENTOS CLANDESTINOS, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – 2010	66
GRÁFICO 8 –	ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS COM 25 ANOS OU MAIS, SEGUNDO DADOS DE 2010	69
GRÁFICO 9 –	FLUXO ESCOLAR POR FAIXA ETÁRIA EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NOS ANOS DE 1991; 2000 E 2010	70
GRÁFICO 10 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ANO DE NOTIFICAÇÃO	83
GRÁFICO 11 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO SEXO E ANO DE NOTIFICAÇÃO.	83
GRÁFICO 12 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, NAS FAIXAS ETÁRIAS DE 20 A 24 ANOS E 25 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO SEXO	84

GRÁFICO 13 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016.....	85
GRÁFICO 14 –	CASOS NOTIFICADOS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO SEXO E IDADE.....	86
GRÁFICO 15 –	CASOS NOTIFICADOS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA/COR.....	87
GRÁFICO 16 –	CASOS NOTIFICADOS POR HIV EM MULHERES, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA/COR DECLARADA	87
GRÁFICO 17 –	CASOS NOTIFICADOS POR HIV EM HOMENS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA/COR DECLARADA	88
GRÁFICO 18 –	CASOS NOTIFICADOS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ESCOLARIDADE.....	89
GRÁFICO 19 –	CASOS NOTIFICADOS POR HIV EM MULHERES, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ESCOLARIDADE	90
GRÁFICO 20 –	CASOS NOTIFICADOS POR HIV EM HOMENS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ESCOLARIDADE	91
GRÁFICO 21 –	CASOS NOTIFICADAS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE.....	92
GRÁFICO 22 –	CASOS DE MULHERES NOTIFICADAS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE	93

GRÁFICO 23 –	HOMENS NOTIFICADOS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE.....	94
GRÁFICO 24 –	CASOS NOTIFICADOS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO....	96
GRÁFICO 25 –	CASOS NOTIFICADOS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO E SEXO	97
GRÁFICO 26 –	CASOS NOTIFICADAS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS....	99
GRÁFICO 27 –	CASOS DE AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, POR ANO DE NOTIFICAÇÃO	100
GRÁFICO 28 –	CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. NO PERÍODO DE 2007 A 2016, NOS SEXOS MASCULINO E FEMININO	102
GRÁFICO 29 –	CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA/COR DECLARADA	102
GRÁFICO 30 –	CASOS DE MULHERES NOTIFICADAS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA/COR DECLARADA	103
GRÁFICO 31 –	CASOS DE HOMENS NOTIFICADOS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA/COR DECLARADA	103
GRÁFICO 32 –	CASOS NOTIFICADAS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ESCOLARIDADE	104

GRÁFICO 33 –	CASOS DE MULHERES NOTIFICADAS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ESCOLARIDADE	105
GRÁFICO 34 –	CASOS DE HOMENS NOTIFICADAS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ESCOLARIDADE	106
GRÁFICO 35 –	CASOS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA DECLARADA E ESCOLARIDADE	107
GRÁFICO 36 –	CASOS DE MULHERES NOTIFICADAS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE	108
GRÁFICO 37 –	CASOS DE HOMENS NOTIFICADOS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE	109
GRÁFICO 38 –	CASOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO SEXO E PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO - SEXUAL.....	111
GRÁFICO 39 –	CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO E SEXO	112
GRÁFICO 40 –	CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS	114
GRÁFICO 41 –	CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO CRITÉRIO <i>CDC</i> ADAPTADO	115

GRÁFICO 42 –	CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO SEXO E EVOLUÇÃO DO CASO	116
GRÁFICO 43 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, SEGUNDO RAÇA/COR DECLARADA, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS.....	140
GRÁFICO 44 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO ESCOLARIDADE	141
GRÁFICO 45 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS EM MULHERES, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO ESCOLARIDADE	142
GRÁFICO 46 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS EM HOMENS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO ESCOLARIDADE	143
GRÁFICO 47 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE	145
GRÁFICO 48 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS EM MULHERES, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE	146
GRÁFICO 49 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS EM HOMENS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE	147
GRÁFICO 50 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO	150
GRÁFICO 51 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO	

	DE 2007 A 2016, SEGUNDO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO E SEXO.....	152
GRÁFICO 52 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS.....	156
GRÁFICO 53 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO CRITÉRIO <i>CDC</i> ADAPTADO	157
GRÁFICO 54 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO EVOLUÇÃO DO CASO, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	159

LISTA DE MAPAS

MAPA 1	–	ESPECIFICAÇÃO DOS TERRITÓRIOS DE OCORRÊNCIAS HIV/AIDS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS NO PERÍODO DE 2007 A 2016	118
MAPA 2	–	TERRITÓRIOS DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS COM NOTIFICAÇÕES DE HIV/AIDS NO PERÍODO DE 2007 A 2016	119
MAPA 3	–	EQUIPAMENTOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	121
MAPA 4	–	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE HIV/AIDS NOTIFICADOS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	123
MAPA 5	–	GRAUS DE OCORRÊNCIAS DE CASOS NOTIFICADOS DE HIV/AIDS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	125
MAPA 6	–	DENSIDADE DE OCORRÊNCIAS DE CASOS NOTIFICADOS DE HIV/AIDS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	127

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	–	MARCOS PARA ORGANIZAÇÃO DO ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA HIV/AIDS NO MUNDO E NO BRASIL	41
QUADRO 2	–	DISTRIBUIÇÃO POR BAIRROS E VARIAÇÃO DA POPULAÇÃO ENTRE OS ANOS 2000 E 2010 EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS....	65
QUADRO 3	–	UNIDADES DE SAÚDE EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO ZONA	80
QUADRO 4	–	EQUIPAMENTOS PÚBLICOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO ZONA	82

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	DESCRIÇÃO DOS CASOS EXCLUÍDOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS PARA O DESENVOLVIMENTO DO GEOPROCESSAMENTO.....	55
TABELA 2 –	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, CENSO IBGE-2010, SEGUNDO TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO.	61
TABELA 3 –	NÚMERO DE FAMÍLIAS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO O NÚMERO DE PESSOAS.....	62
TABELA 4 –	DISTRIBUIÇÃO DE BENS DURÁVEIS NOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	62
TABELA 5 –	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS SEGUNDO COR/RAÇA	63
TABELA 6 –	TAXA DE MORTALIDADE GERAL, INFANTIL, EM MENORES DE 5 ANOS E MATERNA NO ANO DE 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS-PR.....	67
TABELA 7 –	NASCIDOS VIVOS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2009 A 2015, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA DA MÃE.....	68
TABELA 8 –	TAXA DE ANALFABETISMOS EM HABITANTES DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS NO ANO DE 2010, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA .	70
TABELA 9 –	RENDIMENTO EDUCACIONAIS NOS ENSINOS FUNDAMENTAL E MÉDIO, NO ANO DE 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	71
TABELA 10 –	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDHM), NO ANO DE 2010, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	71
TABELA 11 –	RENDA PER CAPITA, PERCENTUAL DE INDÍVIDUOS POBRES, EXTREMAMENTE POBRES E ÍNDICE DE GINI EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NOS ANOS DE 1991, 2000 E 2010	72
TABELA 12 –	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA (PIA) ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA) E OCUPADA, SEGUNDO TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS....	74

TABELA 13 –	NÚMERO DE PESSOAS OCUPADAS SEGUNDO ATIVIDADE ECONÔMICA, NO ANO DE 2010, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	75
TABELA 14 –	ATIVIDADES ECONÔMICAS SEGUNDO ESTABELECIMENTOS AGROPECUÁRIOS E ÁREA CORRESPONDENTE, NO ANO DE 2006, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	76
TABELA 15 –	EQUIPAMENTOS CULTURAIS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS ..	78
TABELA 16 –	EQUIPAMENTOS DE ESPORTE E LAZER EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS NA ÁREA RURAL E URBANA	79
TABELA 17 –	PESSOAS NOTIFICADAS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ANO DE NOTIFICAÇÃO E SEXO.....	86
TABELA 18 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO	95
TABELA 19 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV E TESTE DE TRIAGEM	97
TABELA 20 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV- TESTE CONFIRMATÓRIO	98
TABELA 21 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO TESTES RÁPIDOS REALIZADOS	98

TABELA 22 –	CASOS NOTIFICADOS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO EVOLUÇÃO	100
TABELA 23 –	CASOS NOTIFICADAS POR AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ANO DE NOTIFICAÇÃO E SEXO.....	101
TABELA 24 –	CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO	110
TABELA 25 –	CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV-TESTE DE TRIAGEM.....	112
TABELA 26 –	CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV-TESTE CONFIRMATÓRIO	113
TABELA 27 –	CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV-TESTE RÁPIDO	113
TABELA 28 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO.....	148
TABELA 29 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV-TESTE DE TRIAGEM.....	153
TABELA 30 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ	

	DOS PINHAIS, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV- TESTE CONFIRMATÓRIO	154
TABELA 31 –	CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV- TESTE RÁPIDO	155

LISTA DE SIGLAS

ACNUR	- Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AZT	- Zidovudina
CAFOD	- Catholic Fund for Overseas Development
CD4	- Grupamento de Diferenciação
CDC	- Center for Disease Control and Prevention
CTA	- Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DETRAN	- Departamento Estadual de Trânsito
DPV	- Departamento de Promoção e Vigilância
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
EFV	- Efavirenz
ENONG	- Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids
EPSG	- European Petroleum Survey Group
FGTS	- Fundo de garantia por tempo de serviço
GAPA	- Grupo de Apoio à Prevenção à Aids
GRID	- Gay Related Immune Deficiency
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEC	- Informação, Educação e Comunicação
IPARDES	- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

IPPUC	- Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
LPV	- Lopinavir
NESC	- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NUTES	- Núcleo Municipal de Testagem e Aconselhamento em Saúde
OIT	- Organização Internacional do Trabalho
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONG	- Organização Não Governamental
ONU Mulheres	- Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PCAP	- Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas
PCDT	- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PMA	- Centro de Excelência contra Fome do Programa Mundial de Alimentos
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PrEp	- Profilaxia pós-exposição de risco
PVHA	- Pessoa Vivendo com HIV/Aids
RTV	- Ritonavir
SAE	- Serviço de Atenção Especializada
SCS	- Setor de Ciências da Saúde
SESA	- Secretaria de Saúde do Paraná
SIG	- Sistema de Informações Geográficas
SINAN	- Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SIPAT	- Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho
SIRGAS	- Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas

SJP	- São José dos Pinhais
SVS	- Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UNAIDS	- <i>United Nations Programme on HIV/Aids</i> / Programa das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a Educação
UNFPA	- Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNITAID	- Fundo Internacional para Compra de Medicamentos
UNODC	- Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
UTM	- Universal Transversa de Mercator
VE	- Vigilância Epidemiológica
VIDDA	- Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	27
1 INTRODUÇÃO	28
1.1 LINHA DO TEMPO HIV/AIDS: A EPIDEMIA E A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO	32
1.2 DIREITOS POLÍTICOS JURÍDICOS DA PESSOA QUE VIVE COM HIV/AIDS	43
1.3 EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA	44
1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS: DO ADOLESCENTE AO ADULTO JOVEM	46
2 OBJETIVOS	48
2.1 OBJETIVO GERAL	48
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
3 MATERIAL E MÉTODOS	49
3.1 DESENHO DA PESQUISA	49
3.2 COLETA DE DADOS	50
3.2.1 Organização e categorização dos dados	51
3.2.2 Variáveis	53
3.2.3 Critérios de inclusão	54
3.2.4 Critérios de exclusão	55
3.3 ANÁLISE DOS DADOS	55
3.4 CENÁRIO DA PESQUISA	57
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	57
4 RESULTADOS	58
4.1 HISTÓRICO E COLONIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	58
4.2 LOCALIZAÇÃO E DIVISÕES GEOPOLÍTICAS DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	59
4.3 POPULAÇÃO, URBANIZAÇÃO E TAXA DE CRESCIMENTO EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	61
4.4 EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER, FECUNDIDADE, NATALIDADE E MORTALIDADE EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	67
4.5 EDUCAÇÃO	68
4.6 DESENVOLVIMENTO HUMANO E RENDA	71

4.7	TRANSPORTE.....	76
4.8	CULTURA E LAZER.....	77
4.9	EQUIPAMENTOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL	79
4.10	NOTIFICAÇÕES POR HIV E AIDS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – PARANÁ, 2007 A 2016.....	82
4.11	NOTIFICAÇÕES POR HIV NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – PARANÁ, 2007 A 2016.....	84
4.12	NOTIFICAÇÕES POR AIDS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – PARANÁ, 2007 A 2016.....	100
4.13	GEOPROCESSAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES POR HIV E AIDS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – PARANÁ, 2007 A 2016	116
5	DISCUSSÃO	128
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO MODO DE VIDA, PROCESSOS DE DESGASTE E PROTEÇÃO NO TERRITÓRIO	128
5.2	GEOPROCESSAMENTO DOS ADULTOS JOVENS NOTIFICADOS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	133
5.3	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS ADULTOS JOVENS COM HIV/AIDS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS.....	136
6	CONCLUSÃO	161
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
	REFERÊNCIAS	165
	APÊNDICE 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS BAIRROS DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS SEGUNDO RENDA DA POPULAÇÃO	180
	ANEXO 1 – FICHA DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA HIV/AIDS	182
	ANEXO 2 – FROTA DE VEÍCULOS CADASTRADOS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – 2017	184
	ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ	185
	ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ	190

APRESENTAÇÃO

Minha primeira aproximação com a Epidemiologia Crítica se deu no quinto período da graduação em enfermagem, na disciplina de Saúde Coletiva. No estágio do décimo período da Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná, realizado em um Hospital Universitário Público em Curitiba tive maior aproximação com a Epidemiologia, culminando no trabalho de conclusão de curso embasado na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva - TIPESC. Em 2016 comecei a frequentar o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC, com intuito de aprofundar meus conhecimentos na Epidemiologia Crítica. Após a conclusão da graduação, ingressei no Serviço de Atenção Especializado e Centro de Testagem e Aconselhamento – SAE/CTA, órgão subordinado à Vigilância Epidemiológica e ao Departamento de Promoção e Vigilância do Município de São José dos Pinhais - PR.

O serviço especializado realiza atendimento de pessoas que vivem com HIV/aids, hepatites virais, tuberculose e hanseníase. Aqui tive maior aproximação com o tema abordado e com o objeto de pesquisa delimitado para este estudo, o qual está inserido na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde, Enfermagem.

Foi esse contexto que despertou o interesse para o desenvolvimento desta pesquisa, pois por meio de atendimentos prestados diretamente ao usuário, capacitações, treinamentos e palestras de educação em saúde para a população sobre HIV/aids emergiu a reflexão exposta. Com ela se desenvolveu a pesquisa no processo de qualificação profissional, mestrado em enfermagem, aqui apresentado.

1 INTRODUÇÃO

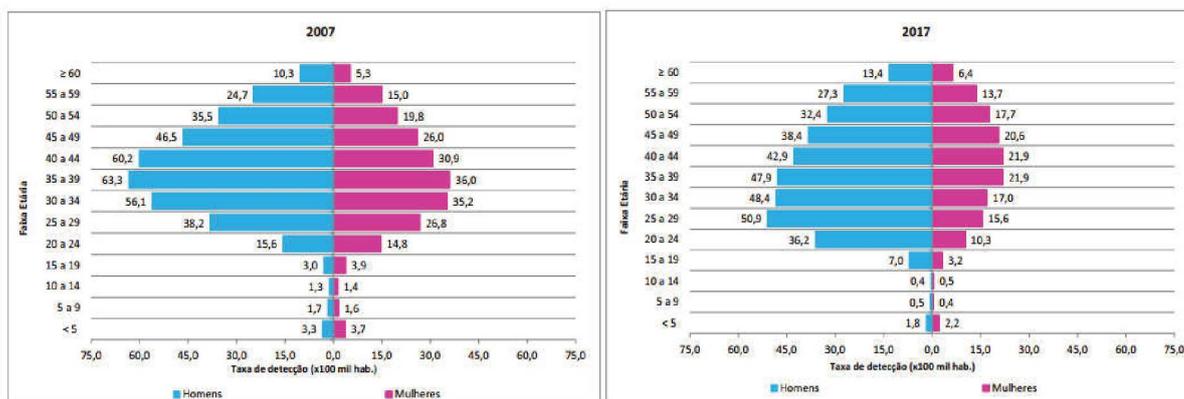
Na assistência prestada à pacientes jovens que vivem com HIV, percebe-se que adultos jovens chegam ao serviço Especializado em DST/HIV/aids do Município de São José dos Pinhais já com o quadro de aids. Estudo realizado por Reis e colaboradores (2007) demonstrou, que de 2000 a 2002, a mortalidade por aids estava entre as dez principais causas de óbito entre os adultos jovens no Brasil. Esta observação nos permite refletir sobre como será o futuro desses indivíduos, com aumento de agravos preveníveis, um processo que, ao final, pode impactar em custos com ações e assistência curativistas nos serviços públicos de saúde especializados. Nesse contexto é certo o comprometimento maior da saúde das pessoas que vivem com HIV/aids, pois o diagnóstico tardio e a não adesão ao tratamento interferirá diretamente no modo de adoecer e morrer desta população.

O aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids). Estima-se que o tempo médio entre a infecção pelo HIV e o aparecimento de infecções oportunistas esteja em torno de dez anos (BRASIL, 2016a).

Atualmente, os dados da epidemia HIV/aids demonstram que os adultos jovens representam uma das faixas etárias com maior incidência pela infecção do vírus, o que permite afirmar que esta infecção, na maioria das vezes, ocorre na adolescência. Assim, se considera que as medidas de controle e prevenção de agravos oportunistas irão interferir na evolução da infecção e da doença. Estudos demonstram que o uso de drogas, orientação homossexual/bissexual para homens, múltiplos parceiros, pouca utilização do preservativo e uso de álcool contribuem para o aumento do número de infecções por HIV em adolescentes e adultos jovens (PEREIRA et al., 2014; PINTO, A.C.S. et al., 2016; BASSOLS; BONI; PECHANSKY, 2010; SZWARCOWALD et al., 2011).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids de 2017 do Ministério da Saúde, a maior concentração dos casos de aids foi observada nos indivíduos de 25 a 39 anos, em ambos os sexos, e a taxa de detecção entre homens na faixa etária de 20 a 24 e de 25 a 29 anos se encontra três vezes maior do que entre as mulheres (BRASIL, 2018a).

GRÁFICO 1 – TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO. BRASIL, 2007 E 2017

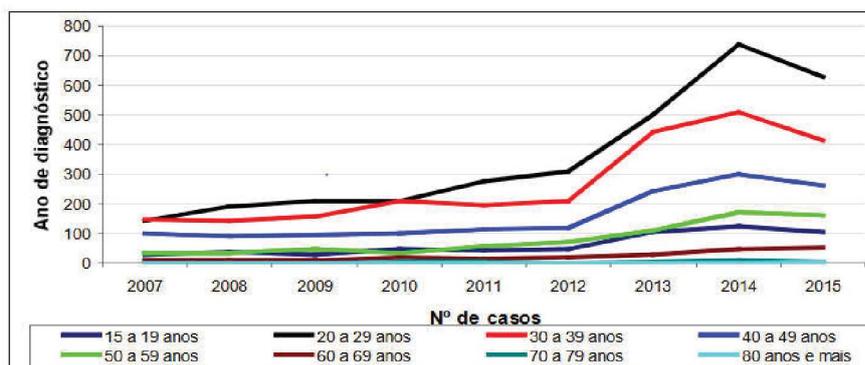


FONTE: Brasil (2018a, p. 16).

NOTA: Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2018 e no SIM de 2000 até 2017.

Os dados epidemiológicos sobre HIV/aids segundo a faixa etária, no Paraná, identificam aumento geral nos casos diagnosticados com HIV destacando-se, a partir de 2010, a elevação de casos no grupo da faixa etária de 20 a 29 anos, no período de 2010 a 2015 (PARANÁ, 2015).

GRÁFICO 2 – NÚMERO DE CASOS DE HIV COM 15 ANOS OU MAIS, POR ANO DE DIAGNÓSTICO NO PARANÁ, 2007 A 2015*

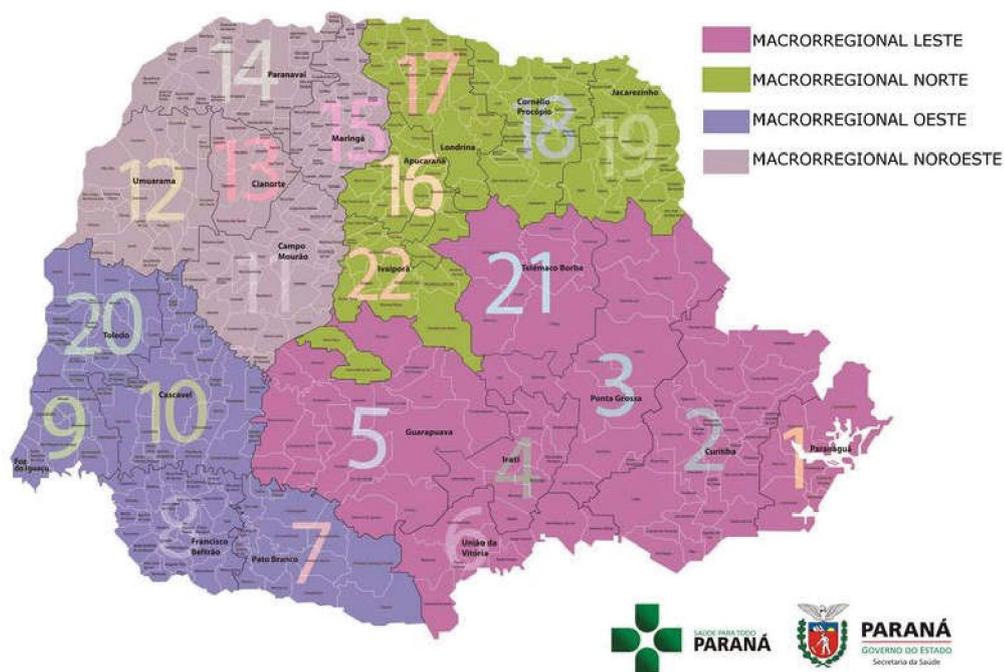


FONTE: PARANÁ (2015).

NOTA: Dados Divisão de DST, AIDS e HIV/SVS/SESA – Pr. Atualizados em 09 nov. 2015.

O Estado do Paraná está dividido em 4 macrorregionais de saúde e subdividido em 22 Regionais de Saúde, conforme FIGURA 1 (PARANÁ, 2018).

FIGURA 1 – DIVISÃO ADMINISTRATIVA DO ESTADO DO PARANÁ POR MACRORREGIONAIS DE SAÚDE

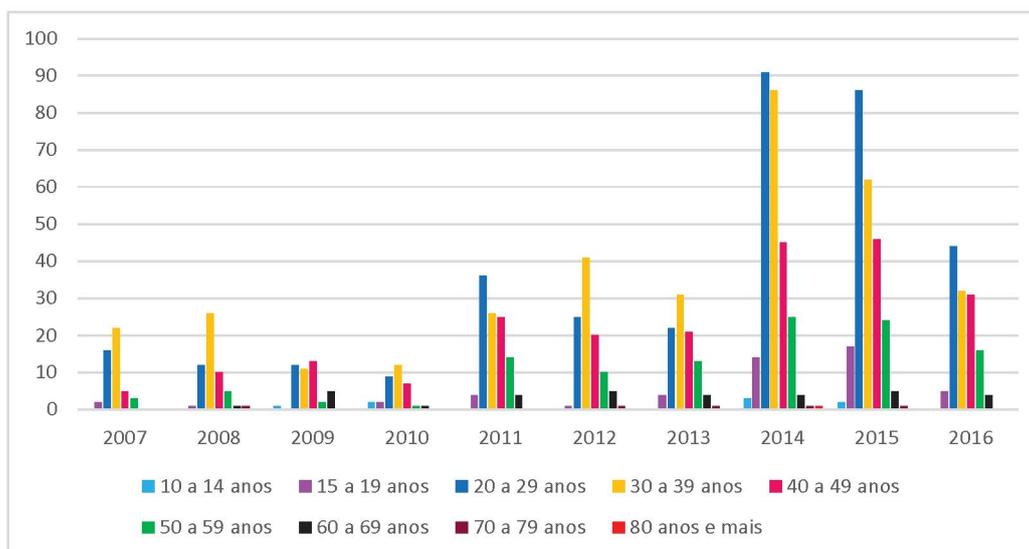


FONTE: PARANÁ (2018).

O cenário da pesquisa foi o Município de São José dos Pinhais que pertence a 2ª Regional de Saúde. Após desenvolvimento do Boletim Epidemiológico de HIV do Núcleo Municipal de Testagem e Aconselhamento em Saúde – NUTES, constatou-se que jovens entre 20 a 29 anos estão entre os mais acometidos pelo vírus HIV. Aliado a esta constatação some-se o aumento significativo de casos notificados em jovens na faixa etária de 15 a 19 anos no período de 2014 a 2015 (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2015).

No GRÁFICO 3, podemos observar os casos notificados no Município de São José dos Pinhais, segundo faixa etária. Verificamos um aumento expressivo de notificações no ano de 2014, após implantação da notificação de HIV. No caso, destaca-se que o maior aumento foi no grupo de 20 a 29 anos, seguido do grupo de 30 a 39 anos.

GRÁFICO 3 – NÚMERO DE CASOS DE HIV, POR FAIXA ETÁRIA, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, ENTRE 2007-2016



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Os perfis epidemiológicos são compostos por aspectos de saúde-doença dos grupos sociais do território, em suas expressões individual e coletiva. Ao analisar os processos de produção e reprodução social identificam-se informações protetoras e destrutivas para uma determinada sociedade (EGRY et al., 2017).

Devido aos altos índices de HIV/aids entre jovens de 20 a 29 anos no Município, torna-se imprescindível a identificação dos processos de proteção e desgaste encontrados no território em que esses adultos jovens estão inseridos para atuação da equipe de saúde.

Diante do exposto, o estudo respondeu à seguinte questão norteadora: Qual é o Perfil Epidemiológico e as condições clínicas segundo critério *CDC* adaptado e Rio de Janeiro/Caracas encontrados nas fichas de notificação epidemiológica de jovens de 20 a 29 anos que vivem com HIV/aids notificados no Município de São José dos Pinhais?

E a Hipótese de Pesquisa: Existe um significativo número de jovens, de 20 a 29 anos, que vivem com HIV/aids e que iniciam o acompanhamento em saúde com diagnóstico tardio segundo os critérios estabelecidos pelo *CDC* adaptado e Rio de Janeiro/Caracas.

Dessa forma, o estudo foi relevante, pois identificou as condições clínicas e o perfil epidemiológico dessa população jovem que nos últimos anos apresentou maior taxa de detecção de HIV/aids e também as áreas do Município onde se concentraram o maior número de casos relacionando o agravo, bem como os processos de proteção e desgaste encontrados nesse território. Com a presente pesquisa, pretendeu-se contribuir para o desenvolvimento de

políticas públicas que direcionem ações de prevenção da infecção pelo HIV, seja esta individual ou coletiva, assim como para a detecção e tratamento precoce das pessoas jovens que vivem com HIV/aids.

1.1 LINHA DO TEMPO HIV/AIDS: A EPIDEMIA E A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO

Em junho de 1981, o primeiro caso da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - aids foi descrito pelo *Centers for Disease Control and Prevention – CDC*, apresentado inicialmente como uma forma rara de pneumonia que afetava homossexuais do sexo masculino. Entre os anos de 1981 e 1982, o agravo foi conhecido como GRID - *Gay Related Immune Deficiency* (VERVILLE, 2013; GALVÃO, 2000).

Em 1983, o serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos publicou as primeiras recomendações para a prevenção da aids, no sentido de orientar grupos considerados de risco para que limitassem o número de parceiros sexuais e que não doassem sangue. Neste mesmo ano, ocorreu a identificação do vírus HIV como o agente causador da aids e, em 1985, um teste sorológico para o HIV, de metodologia imunoenzimática - ELISA, tornou-se comercialmente acessível. Em 1987, os avanços científicos resultaram no desenvolvimento e aprovação do primeiro antirretroviral, zidovudina – AZT, constituindo um avanço para a Saúde Pública no enfrentamento de um agravo que já apresentava números alarmantes de doentes e mortes (COCK; JAFFE; CURRAN, 2011).

Os casos do agravo aumentaram rapidamente nos anos 1980, e em 1992, 78.000 casos já haviam sido diagnosticados nos Estados Unidos. Desde então, uma média de 40.000 casos de HIV são diagnosticados anualmente nos Estados Unidos (SCHNEIDER, et al, 2006).

Em 1986, a Organização Mundial de Saúde - OMS cria o *Special Programme on Aids*, que no ano seguinte, foi transformado em Programa Global da Aids. Em 1988, foi instituído pela OMS o dia 1º de dezembro como Dia Mundial da Luta Contra a Aids, com a finalidade de desenvolver e reforçar mundialmente questões globais da epidemia.

Em 1990, aconteceu o boicote da VII Conferência Internacional de Aids em São Francisco, Estados Unidos pelas organizações não-governamentais devido à política norte-americana de expulsar do país estrangeiros soropositivos e implantação de uma declaração da

sorologia anti-HIV ao entrar no país. Neste ano, ocorreu a identificação de “grupos de risco¹” que incluía prostitutas, usuários de drogas e homossexuais, contribuindo ainda mais para segregação social devido suas práticas e comportamentos (GALVÃO, 2000).

Atualmente, 1,1 milhões de pessoas vivem com HIV nos Estados Unidos. Entre os anos de 2008 a 2014 o número de infecções anuais diminuiu 18%. Em 2015, cerca de 39.513 casos foram diagnosticados. Entre os casos notificados destacou-se homens que fazem sexo com homens – HSH e negros. HSH e homens bissexuais corresponderam a 67% de todos os casos diagnosticados com HIV no ano de 2015 (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

Em 2014, para acelerar o processo para o fim da aids como ameaça à saúde pública até 2030, o UNAIDS lançou a meta 90-90-90 cujos objetivos são que, até 2020, 90% das pessoas vivendo com HIV/aids - PVHA estejam diagnosticadas; 90% das PVHA diagnosticadas em terapia antirretroviral - TARV e 90% das PVHA em TARV com supressão viral (THE global HIV/aids epidemic-progress and challenges, 2017). Para a consolidação destas metas, o monitoramento clínico das PVHA é uma importante ferramenta para o acompanhamento dos avanços necessários para a melhoria da atenção as PVHA (DEEKS; LEWIN; HAVLIR, 2013).

Nesse contexto, a clínica utiliza de conhecimentos fisiológicos, químicos e histopatológicos para compreender e tratar, além de dedicar-se ao estudo do agravo no indivíduo, analisando suas particularidades caso a caso. A Epidemiologia está voltada para ocorrências em escalas massivas, visa descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde nas populações, identifica fatores etiológicos, gera dados essenciais para planejamento, execução, controle e tratamento das doenças e estabelece prioridades de saúde (LIMA NETO, 2013).

A Epidemiologia estabelece as bases para avaliação das medidas de profilaxia, fornece preceitos para diagnóstico de doenças transmissíveis e não transmissíveis e verifica a consistência de hipóteses de causalidade, distribuição da morbidade e perfil saúde-doença nas coletividades humanas, desenvolve vigilância epidemiológica, analisa processos coletivos ambientais e socioeconômicos que possam ter alguma influência no desenvolvimento de agravos na população (LIMA NETO, 2013). Desta forma, torna-se fundamental o estudo da

¹ Fator de risco designa a probabilidade de adoecer, não considera a investigação dos seus determinantes e intervenções sobre seus processos (ALMEIDA FILHO, 1992).

clínica de cada caso elucidado nas notificações para estudo do perfil epidemiológico da população delimitada para este estudo.

O relatório mais recente publicado pelo UNAIDS (2017), “Acabando com a aids: progresso rumo às metas 90-90-90”, destacou a queda de mortes relacionadas ao agravo no mundo, de 1,9 milhão em 2005 para cerca de 1 milhão em 2016 reflexo do aumento de tratamento antirretroviral. O número anual de novas infecções, no mundo, diminuiu 16%, que é estimado em 1,8 milhão de pessoas em 2016, porém o progresso é variável, várias regiões expressam aumento acentuado de novas infecções e dificuldades para expandir o tratamento.

Regiões como a África Oriental e Meridional, que concentram mais da metade de todas as pessoas que vivem com o vírus HIV no mundo demonstram maior progresso no enfrentamento ao fenômeno. Desde 2010, as mortes relacionadas à aids diminuíram 42% e as infecções por HIV caíram 29% nessas regiões. Nessas áreas, estima-se que 76% das pessoas vivendo com HIV estão diagnosticadas, 79% das pessoas diagnosticadas estão em tratamento antirretroviral e 83% das pessoas tratadas apresentam carga viral indetectável (UNAIDS, 2017).

Países como Botswana, Camboja, Dinamarca, Islândia, Singapura, Suécia e Reino Unido já atingiram a meta 90-90-90, porém o relatório demonstrou que apenas 43% de todas as pessoas vivendo com HIV, no mundo, tiveram carga viral suprimida até 2016 (THE global HIV/aids epidemic-progress and challenges, 2017).

A Europa Oriental e a Ásia Central são as únicas regiões do mundo em que as novas infecções por HIV e as mortes relacionadas à aids estão aumentando. As novas infecções aumentaram de 120.000, em 2010, para 190.000, em 2016, e apenas 28% das pessoas que vivem com HIV possuíam acesso a terapia antirretroviral (UNAIDS, 2017).

A epidemia de HIV envolve principalmente Rússia e Ucrânia. Os dados epidemiológicos de 2015 nesses países demonstraram que a contaminação por compartilhamento de insumos de drogas correspondeu a 42% das novas infecções de HIV. Em ambos os países, existe uma lacuna entre o diagnóstico e tratamento, sendo improvável que estas regiões atinjam a meta (THE global HIV/aids epidemic-progress and challenges, 2017).

As lacunas de tratamento são maiores para homens e populações-chave. As mulheres continuam a ser afetadas pela epidemia na África Subsaariana. A criminalização, estigma e discriminação corroboram para que estas populações entrem em programas de cuidados. O financiamento para ações relacionadas à aids também é uma preocupação, pois os recursos

estão abaixo dos compromissos globais. As abordagens relacionadas ao diagnóstico, tratamento, prestação de serviços, vigilância e monitoramento precisam ser mais eficientes para consolidação da meta (THE global HIV/aids epidemic-progress and challenges, 2017).

O relatório demonstrou que, em 2016, mais de 70% das pessoas que vivem com HIV no mundo tem conhecimento sobre seu estado sorológico, e ainda, que 77% das pessoas que vivem com HIV tem acesso a terapia antirretroviral, sendo que do grupo em tratamento com ARV 82% têm carga viral suprimida (UNAIDS, 2017).

A epidemia HIV/aids no Brasil é um acontecimento de grande magnitude. De 1980 a junho de 2018 foram notificados um total de 982.129 casos novos de aids (BRASIL, 2018a).

A epidemia teve início no período que é conhecido historicamente como a passagem da ditadura militar para o governo democrático. E foi nesse cenário conturbado que o país viu nas páginas de jornais uma doença denominada “*câncer gay*”. Posteriormente, na década de 80 e 90, aconteceram mudanças na conceituação sobre a epidemia, nas formas de enfrentamento e respostas da sociedade civil, ocorrendo também articulação e modificações nas organizações não-governamentais (GALVÃO, 2000).

No Brasil, a mídia escrita, principalmente, desempenhou um papel importante para tornar pública esta doença desconhecida e se tornou o principal meio de informação sobre a nova epidemia. O novo agravo ficou conhecido e popular antes que os casos fossem oficialmente reportados e, no caso brasileiro, o modelo adotado foi o norte-americano. Algumas das consequências foram as mais variadas formas de preconceito e discriminação, que mais tarde foi conceituado como violação dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/aids (GALVÃO, 2000).

Na década de 90, ocorreram desentendimentos entre o governo e representantes das ONGs brasileiras, pois os conteúdos das campanhas educativas para a prevenção da aids, eram questionados pelo movimento social organizado. Dentre essas campanhas destacou-se: “Se você não se cuidar, a aids vai te pegar” e “Eu tenho aids e vou morrer”. Esta última foi umas das mais criticadas em toda a história da epidemia (GALVÃO, 2000).

Em 1980 o Boletim Epidemiológico reporta o primeiro caso de aids no Brasil, identificado como masculino e de transmissão sexual. Inicialmente os casos ficaram restritos em São Paulo e Rio de Janeiro, porém ao final da década a disseminação do agravo ocorreu principalmente para as regiões sul e sudeste. A incidência aumentou de oito para 13,7 por 100.000 habitantes, no período de 1991 a 1998 (BRASIL, 2000).

A epidemia atingiu inicialmente homossexuais, jovens de classe média urbana das regiões mais desenvolvidas, o que conferiu maior força ao movimento social para enfrentamento do agravo. Gradualmente se introduziu em outros grupos, como receptores de sangue e hemoderivados, até atingir grupos marginalizados, como usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e presidiários. No início da epidemia o agravo alcançou índices importantes de letalidade, em consequência do diagnóstico tardio e a pouca possibilidade de tratamento efetivo (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Com o crescente número de casos surgiu o problema de moradia para as pessoas diagnosticadas com o quadro de aids, que se colocou como um dos principais entraves enfrentados por indivíduos sem família e sem condições financeiras para atender às suas necessidades de subsistência. Em 1985, para atender essa demanda surgiram as casas de apoio ao paciente de aids, que se expandiram por todo o Brasil e tornaram-se essenciais para assistência a esses usuários. Iniciativas surgiram de vários movimentos sociais, principalmente de cunho religioso (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Além dessas casas de apoio, ocorreram também mobilizações sociais, com protestos de rua que estimularam o conhecimento sobre o agravo e o debate contra a estigmatização dos homossexuais que eram considerados como responsáveis pelo avanço do agravo nas comunidades. Nesta perspectiva, os movimentos sociais expandiram-se e foram constituídos por organizações não governamentais, que surgiram com objetivos e finalidade de promover ações para mudar os índices do agravo em determinados grupos. As ações e atividades eram financiadas com recursos captados em órgão de fomento que visavam apoiar este movimento de luta social contra a expansão da aids e a discriminação dos portadores do agravo, entre outras questões relacionadas ao problema (PEREIRA; NICHATA, 2011).

As respostas frente à epidemia aconteceram de formas diversas em diferentes estados brasileiros, resultando no reconhecimento por parte do governo federal como um problema de saúde pública. A população, por meio das ONGs, mídia, universidades, grupos religiosos, grupos de homossexuais e outros grupos organizados da sociedade, exerceu papel importante na formulação de políticas públicas de saúde, com relação à aids no país na primeira década da epidemia (PINTO et al., 2007; SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2015; VILLARINHO et al., 2013).

O primeiro programa governamental para enfrentamento do agravo foi criado em 1983, no Estado de São Paulo (GALVÃO, 2000). A Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986, incluiu na relação de doenças de notificação compulsória a aids (BRASIL, 1986).

Quanto às formas de enfrentamento das organizações não-governamentais, entre 1985 a 1989, ocorreram um conjunto de respostas, a fundação em São Paulo, em 1985, do grupo de Apoio à Prevenção à Aids - GAPPA, considerada a primeira ONG/aids brasileira, e em 1986, a criação da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids - ABIA. Nesse período as entidades tiveram restrito acesso a recursos financeiros nacionais e internacionais. Em 1985, foram criadas entidades como o Movimento de Apoio ao Paciente com Aids – MAPA, em São Paulo, que oferecia diferentes formas de assistência, desde cestas básicas até atendimento médico ou remoção para o hospital (GALVÃO, 2000).

Em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST/Aids, configurando a primeira estratégia nacional voltada ao combate da aids no País, consolidado somente em 1988. Neste mesmo ano foi criada a Comissão de Assessoramento em Aids, que mais tarde transformou-se na Comissão Nacional de Aids (BRASIL, 2017a).

Em 1989, foi fundado, no Rio de Janeiro, o primeiro grupo de Valorização, Integração e Dignidade do Doente com Aids - Pela VIDDA, o que mudou o cenário nacional de respostas frente à epidemia, sendo as ações não somente centradas na prevenção, mas também nas pessoas que vivem com HIV/aids, devido ao número de casos notificados e avanços com a introdução de medicamentos como a zidovudina - AZT. Dessa forma, o conhecimento do *status* sorológico e luta por melhores condições de atendimento foram as metas prioritárias (GALVÃO, 2000).

A partir de 1991, ocorreu a implantação de uma rede brasileira de ONGs/aids e início do apoio de organizações internacionais como a Fundação Ford e *Inter American – IAF*, dos Estados Unidos, *Catholic Fund for Overseas Development – CAFOD*, da Inglaterra, *Misereor*, da Alemanha. Em 1996, já existiam 18 GAPAS em diferentes regiões do país (GALVÃO, 2000).

No Brasil, a primeira campanha realizada contra a aids ocorreu em 1992 como o tema “Vamos todos contra a aids de mãos dadas com a vida”. Em 1998, a campanha educativa para a prevenção da aids incentivava o uso da camisinha, como o *slogan* “Sem camisinha não tem carnaval” (BRASIL, 2017a).

Segundo Galvão (2000), o período entre 1992 e 1996, foi marcado por transformações no cenário nacional nos setores não-governamental e governamental, para enfrentamento do agravo. Em 1992, o “Projeto de Controle da Aids e DST”, conhecido com Aids I, foi criado a partir de um acordo firmado entre o Brasil e o Banco Mundial, com o empréstimo de 160 milhões de dólares do Banco Mundial, com contrapartida de 90 milhões do Tesouro Nacional.

Os principais objetivos do projeto foram: reduzir a incidência e transmissão do HIV e DSTs e fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST/HIV/aids.

Entre os componentes do Projeto de Controle estavam:

- Prevenção: por meio de programas de informação, educação e comunicação (IEC), expansão do diagnóstico de DST/HIV/aids, aumento da capacidade técnica do setor público em aconselhamento, testagem e intervenção;
- Serviços de tratamento: estabelecimento de sistemas de identificação e tratamento de DSTs, prevenção, serviços médicos com aconselhamento e prestação de serviços para evitar complicações hospitalares;
- Desenvolvimento institucional: treinamento de trabalhadores da saúde na prestação de serviços, controle de qualidade e monitoramento do HIV para testes laboratoriais, melhorias nos Laboratórios de Referência dos Estados;
- Vigilância, pesquisa e avaliação: vigilância epidemiológica, programas de avaliação em IEC, aconselhamento e testagem, serviços de segurança na qualidade laboratorial, análises epidemiológicas e projeções.

O Projeto de Controle da Aids e DSTs foi estruturado em um tripé, em que se encontram o Programa Nacional de DST/Aids, encarregado da gerência a nível central, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e a sociedade civil, representada por ONGs, sindicatos, universidades, movimentos sociais organizados, centros de pesquisa, hospitais, fundações e sociedades beneficentes. Entre os projetos “Aids I” e “Aids II”, este último implantado em 1996, ocorreu uma mudança nos conceitos presentes nos projetos. O primeiro referia-se a “grupos de risco”, já o segundo estava ancorado em condições de vulnerabilidade social que facilitavam a disseminação do HIV, trazendo a noção de “pauperização” para explicar as novas tendências da epidemia na sociedade brasileira.

O segundo empréstimo de 165 milhões de dólares ocorreu no período de 1998 a 2002, com contrapartida nacional de 135 milhões de dólares (GALVÃO, 2000). Os recursos destinados ao Programa Brasileiro de HIV/Aids, desde 1993, contabilizam quase 500 milhões de dólares, divididos em quatro empréstimos (WORLD BANK, 2010).

Em 1996, o Ministério da Saúde implantou a política de distribuição na rede pública de medicamentos para HIV/aids, a Lei nº 9.313 consolida a política pública de gratuidade dos medicamentos para pessoas com HIV/aids. Neste mesmo ano, foi criado o *Joint United Nations Programme on HIV/Aids*, em substituição ao Programa Global de Aids. Atualmente, o órgão é composto por 11 organizações, tendo à frente as seguintes representações:

Organização Mundial de Saúde - OMS, Banco Mundial, Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, Organização das Nações Unidas para a Educação – UNESCO, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados – ACNUR, Centro de Excelência contra Fome do Programa Mundial de Alimentos – PMA, Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime – UNODC, Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres – ONU Mulheres, Organização Internacional do Trabalho – OIT (UNAIDS, 2017).

O Brasil despertou atenção internacional e foi considerado modelo pela política pública que garante acesso universal aos antirretrovirais. O uso da terapia combinada forçou a implantação de protocolos para administração dos medicamentos, juntamente com o aumento do número de casos e a definição do que é aids e de critérios para utilização da nova terapia. Para a indústria farmacêutica, o uso da terapia configurou possibilidade de lucro pela inclusão de mais consumidores e para a população em geral, a percepção de que a aids tem tratamento e para os formuladores e financiadores das políticas públicas de saúde, o desafio de integrar prevenção e tratamento (GALVÃO, 2000).

Em 1996, o Brasil assinou a Lei de patentes nº 9.279, que proíbe o país de fabricar determinados medicamentos, tendo que os comprar da indústria que detém o monopólio do antiviral, conseqüentemente, isso elevou o custo dos produtos farmacológicos para o consumidor. Somente em 2007, ocorreu a quebra desta patente e licenciamento compulsório do antirretroviral efavirenz, juntamente com o acordo para reduzir o custo das medicações lopinavir e ritonavir (BRASIL, 2017a, 1996a).

A distribuição de medicamentos para aids, além de recursos públicos para a aquisição do fármaco, implicou em custear os aspectos logísticos e estratégicos que visaram possibilitar a existência de uma rede básica de serviços estruturada para oferecer atenção à saúde de forma gratuita, integral e descentralizada. Para consolidação da rede de serviços que atendessem parte deste objetivo, em 1997, ocorreu a implantação da Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de paciente com HIV (BRASIL, 2017a).

Em dezembro de 2013, o Brasil publicou o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos” (PCDT), que recomenda o início da terapia antirretroviral - TARV para todas as pessoas que vivem com HIV/aids - PVHA, independentemente da contagem de CD4 do usuário (BRASIL, 2015b). Esta nova forma de tratamento está sustentada em pesquisas que demonstraram que o início precoce da

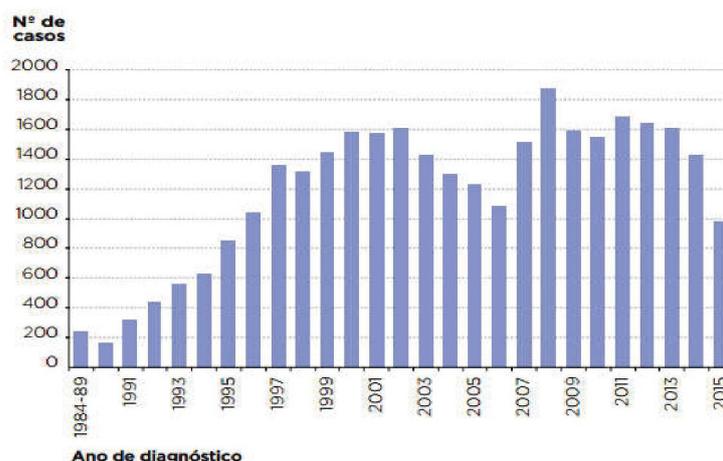
TARV não só melhora a condição de vida da PVHA, mas também reduz o risco de transmissão do vírus (COHEN, et al., 2011; LIMA, et al., 2015). A portaria do nº 1.271 de 6 junho de 2014 do Ministério da Saúde definiu que a infecção pelo HIV passa a ser de notificação compulsória em serviços públicos e privados, modificando a orientação anterior que normatizava a notificação apenas dos casos de aids (BRASIL, 2014a).

No ano de 2015, foi introduzida a profilaxia pós-exposição de risco - PEP que consistiu em uma medida de prevenção da infecção pelo HIV por meio do uso de antirretrovirais para reduzir o risco em situações de exposição ao vírus do HIV (BRASIL, 2015c).

Em 2017, ocorreu a publicação da Portaria nº 22 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da profilaxia pré-exposição de risco - PrEP à infecção pelo HIV (BRASIL, 2017c). A política pública consistiu no uso diário de um medicamento antirretroviral – Truvada – para prevenir a infecção pelo vírus HIV em populações consideradas sob maior risco (STEVANIM, 2017).

No Estado do Paraná, desde o primeiro caso diagnosticado na década de 80 até 2015, foram registrados 44.460 casos de aids, conforme demonstrado no GRÁFICO 1. A notificação de HIV foi implantada mais tarde no ano de 2014 (PARANÁ, 2015).

GRÁFICO 4 – NÚMERO DE CASOS DE AIDS NOTIFICADOS NO SINAN POR ANO DE DIAGNÓSTICO, PARANÁ, 1984-2015*



FONTE: PARANÁ (2015).

NOTA: Dados Divisão de DST, Aids e HIV/SVS/SESA – PR. Atualizados em 09 novembro de 2015.

No QUADRO 1, foram indicados marcos históricos, principais políticas públicas, legislações, protocolos e ações direcionadas ao enfrentamento da epidemia HIV/aids no mundo e no Brasil.

QUADRO 1 – MARCOS PARA ORGANIZAÇÃO DO ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA HIV/AIDS NO MUNDO E NO BRASIL

(continua)

MUNDO	BRASIL
<p>Décadas de 70 e 80</p> <p>1977 - Primeiros casos nos EUA, Haiti e África Central, descobertos e definidos como aids, em 1982.</p> <p>1981 - Primeiras preocupações da saúde pública nos EUA com uma nova e misteriosa doença.</p> <p>1982 - Doença dos 5 H (homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos e <i>hookers</i>).</p> <p>1983 - Análise de grupos de risco. Focaliza-se a origem viral da aids.</p> <p>1984 - Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, na França, isola o vírus o causador da aids.</p> <p>1985 - O primeiro teste anti-HIV para diagnóstico. Descoberta que a aids é a fase final do HIV.</p> <p>1987 - Início da utilização do AZT.</p> <p>1989 - Fabricante do AZT reduz em 20% o preço do ARV. Congresso de Caracas, na Venezuela, define novo critério para a classificação de casos de aids.</p>	<p>Décadas de 70 e 80</p> <p>1980 - Primeiro caso de aids no Brasil, em São Paulo, só classificado em 1982.</p> <p>1983 - No Brasil, primeiro caso de aids no sexo feminino.</p> <p>1984 - Estruturação do primeiro programa de controle da aids no Brasil no Estado de São Paulo.</p> <p>1985 - Fundação do Grupo de Apoio à Prevenção à aids (GAPA), primeira ONG do Brasil.</p> <p>1986 - Criação do Programa Nacional de DST e aids.</p> <p>1987 - Os ministérios da Saúde e do Trabalho incluem as DST/aids na SIPAT.</p> <p>1988 - Portaria assinada pelo ministro da Saúde passa a adotar o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta contra a Aids.</p>
<p>Década de 90</p> <p>1991 - Lançamento inibidores de transcriptase reversa.</p> <p>1992 - DSTs aumentam o risco de contágio do HIV em até 18 vezes. Inclusão no CID 10 do HIV.</p> <p>1994 - Estudos mostram que o uso do AZT previne a transmissão vertical do HIV.</p> <p>1995 - Inibidores de protease são aprovados nos EUA. Combinação de drogas reduz a progressão da infecção. Tratamento precoce das DSTs reduz em 42% o HIV.</p> <p>1998 - Registro proteína gp 120 do vírus da aids, usada para entrar nas células do sistema imunológico.</p> <p>1999 - Hipótese que o SIV foi transmitido para seres humanos transformando-se no HIV.</p>	<p>Década de 90</p> <p>1991 - Aquisição e distribuição gratuita de ARV.</p> <p>1992 - Credenciamento de hospitais para o tratamento de pacientes com aids. Campanha “Vamos todos contra a aids de mãos dadas com a vida”.</p> <p>1993 - Início da notificação da aids no Sinan. Brasil passa a produzir o AZT.</p> <p>1994 - Acordo com o Banco Mundial impulsiona ações de controle e prevenção às DST e à aids. Definição para diagnosticar casos de aids em crianças.</p> <p>1996 - Lei fixa recebimento de medicação gratuita para tratamento da aids.</p> <p>1997 - Implantação da Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de pacientes com HIV.</p> <p>1998 - Ministério da Saúde disponibiliza 11 ARV. Campanhas “Sem Camisinha não Tem Carnaval” e “A Força da Mudança: jovens em campanha”.</p> <p>1999 - Mortalidade dos pacientes de aids cai 50%. Ministério da Saúde disponibiliza 15 ARV.</p>

QUADRO 1– MARCOS PARA ORGANIZAÇÃO DO ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA HIV/AIDS NO MUNDO E NO BRASIL.

(conclusão)

<p style="text-align: center;">Anos 2000 – Primeira Década</p> <p>2000 - 13ª Conferência Internacional Aids, em Durban, na África do Sul. Nações Unidas negocia redução do preço de ARV.</p> <p>2002 - Criado o fundo Global de Combate a Aids.</p> <p>14ª Conferência Internacional sobre Aids em Barcelona.</p> <p>2003 - II Fórum em HIV/Aids e DST da América Latina, em Havana, Cuba.</p> <p>2006 - Toronto recebe 20 mil pessoas para a 16ª Conferência Mundial sobre Aids.</p> <p>2007 - UNITAID reduz preços de medicamentos ARV em até 50%. Tailândia copia o ARV Kaletra.</p> <p>2008 - Prêmio Nobel de Medicina: Françoise Barré-Sinoussi e Luc Montagnier pela descoberta do HIV</p> <p>2010 - Realizada a <i>XVIII Conferência Internacional de Aids</i>, em Viena - Áustria.</p>	<p style="text-align: center;">Anos 2000 – Primeira Década</p> <p>2000 - I Fórum em HIV/Aids e DST da América Latina, no RJ. Aumenta a incidência em mulheres.</p> <p>2006 - Brasil reduz em mais de 50% o número de casos de transmissão vertical.</p> <p>2007 - Licenciamento compulsório do ARV EFV. Acordo para reduzir preço ARV LPV/RTV. Aumenta a sobrevivência das pessoas com aids no Brasil.</p> <p>2008 - Nacionalização do teste rápido anti-HIV. <i>VII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids</i>, em Florianópolis (SC).</p> <p>2010 - Lançada a PCAP 2008. <i>VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids</i>.</p>
<p style="text-align: center;">Anos 2000 – Segunda Década</p> <p>2011 - Reunião em Nova Iorque (EUA) resposta global à epidemia de aids.</p> <p>2012 - Brasil e Moçambique inauguram a primeira fábrica de medicamentos ARV no país africano.</p>	<p style="text-align: center;">Anos 2000 – Segunda Década</p> <p>2011 - Brasil produz ATV, RTV, TDF. PEP sexual é introduzida no SUS.</p> <p>2012 - Uso de ARV \leq CD4 350 células/mm³. Protocolo Pós Exposição de Risco.</p> <p>2013 - Política de tratamento como prevenção. ARV no início da doença, implantado ARV “3 em 1”.</p> <p>2014 – Caderno de boas práticas (manejo do HIV na Atenção Básica). Campanha #Partiu teste.</p> <p>2017 – Portaria que institui a PrEP</p>

FONTE: A autora (2017) adaptado de BRASIL (2010a, 2017a)

A seguir são descritos os principais direitos jurídicos e políticos da pessoa que vive com HIV/aids conferidos ao longo da epidemia. O cenário político da década de 80 com o crescente número de casos de HIV, constantes violações de direitos de pessoas que viviam com HIV e a inércia do governo em apresentar respostas contra a aids favoreceu e impulsionou a articulação de ativistas políticos, profissionais de diferentes áreas e setores da sociedade, universidades, igrejas, na luta contra a epidemia (GALVÃO, 2000).

1.2 DIREITOS POLÍTICOS JURÍDICOS DA PESSOA QUE VIVE COM HIV/AIDS

Em 1989 foi promulgada a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa que vive com o Vírus HIV. O documento foi aprovado no Encontro Nacional de ONG que trabalham com aids (ENONG) com apoio do Departamento de DST, aids e hepatites virais. O documento garante a pessoa que vive com HIV direito à informação clara e específica sobre a aids e sua condição, assistência e tratamento, impedindo qualquer forma de discriminação por meio de isolamento, quarentena ou restrição de sua liberdade e participação em aspectos da vida social, oferta à população de sangue e hemoderivados rigorosamente testados para o vírus HIV, sigilo ao diagnóstico, testagem anti-HIV de forma consentida, direito de escolha de pessoas que deseja comunicar seu diagnóstico e continuidade de sua vida civil/profissional/sexual e afetiva (BRASIL, ([20--]),

Em 1988, a Lei nº 7.713 assegura a PVHA o direito de isenção de imposto de renda referente a aposentadoria. Em 1990, foi garantido a pessoa que vive com HIV/aids o direito ao saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, que pode ser movimentado quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for portador de vírus HIV (BRASIL, 1990a).

No ano de 1999, foi concedido o Benefício de Prestação Continuada com garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa incapacitada de trabalhar, desde que esta comprove não possuir meios de prover a própria manutenção. Este benefício independe de contribuição prévia para a Previdência Social (BRASIL, 1999a).

Entre outros direitos assegurados a PVHA, está o benefício de auxílio-doença, que é um benefício garantido a todos os segurados do Instituto Nacional de Seguro Social -INSS. É um benefício temporário e deixa de ser pago quando o segurado recupera sua capacidade laborativa. Este auxílio-doença foi promulgado nos artigos 59 a 63 da Lei 8.213/91, e artigos 71 a 80 do Decreto nº 3.048/99, atualizados com a Lei 13.202/2015 (BRASIL, 1991, 1999, 2015d).

E por fim, a aposentadoria por invalidez, que é um benefício mensal conferido ao assegurado considerado incapaz e insuscetível de reabilitação para a atividade laboral em virtude de agravos, concedida após perícia médica. A aposentadoria por invalidez, que também beneficia a pessoa que vive com HIV/aids, foi promulgada na Lei nº 8.213/91, nos artigos 42 a 47, com atualizações da Lei 13.202/2015, e ainda, artigos 43 a 50 do Decreto nº 3.048/99 (BRASIL, 1991, 1999, 2015d).

1.3 EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA

A epidemiologia vem se utilizando de três ciências básicas para explicar como ocorre o adoecimento das populações, suas causas e intervenções: ciências biológicas, ciências sociais e estatística (PITO ALEXANDRE, 2012).

As ciências biológicas contribuem para descrição e classificação de doenças e o grau de precisão na determinação da frequência com que estas estão ocorrendo. A ciência social contribui para a ampliação da visão dos epidemiologistas sobre a causalidade e intervenções sobre o adoecimento na coletividade, procura explicar além do contexto biológico e ambiental. A interação do social com o biológico na produção dos adoecimentos passou a ser fundamental para explicação do processo saúde-doença na epidemiologia atual. E por fim, a estatística desempenha um papel importante na epidemiologia por fornecer instrumentos necessários em várias investigações, quanto ao tamanho amostral, análise dos dados e compreensão das diferenças, ao acaso ou sistemáticos (PITO ALEXANDRE, 2012).

O estudo de padrões e distribuição de agravos no coletivo é o primeiro passo para delimitação dos determinantes envolvidos no processo saúde-doença. Entende-se como Perfil Epidemiológico a frequência e distribuição de variáveis ligadas à pessoa, como características demográficas; sociodemográficas; hábitos de interesse; ligadas ao local ao qual pertence como endereço; características socioambientais do domicílio; e também ligadas ao tempo como data de início dos sintomas; data diagnóstico; data cura ou data do óbito (LIMA NETO et al., 2013).

Existem inúmeras definições da epidemiologia considerando sua dinamicidade e complexidade do seu objeto. Lima Neto et al. (2013) definem epidemiologia como:

Ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, à administração e à avaliação das ações de saúde. (LIMA NETO, 2013, p. 11).

Para Breilh² (2006) a epidemiologia é uma disciplina que pode ser contra-hegemônica ao considerar a saúde como um processo, no qual se busca superar a visão unidimensional, fragmentada e estática dos fatores utilizados pela Clássica Epidemiologia que se fundamenta no pensamento positivista. Nesta perspectiva de movimento contra-hegemônico o autor propõe a Epidemiologia Crítica que se afasta da ideia de fatores de risco e fundamenta-se na ideia de processo³. Esta considera o princípio de movimento dialético da realidade em que se encontra o fenômeno e toma este na sua dimensão temporal e histórica. Para interpretação do fenômeno considera-se a realidade objetiva em que o mesmo está inserido, tomando as dimensões singular, particular e geral e também os mecanismos e modos de vida grupais. Na realidade se aponta que estão presentes os processos de proteção ou de desgaste na vida individual ou coletiva. São considerados processos de proteção aqueles que são benéficos, que são favorecedores das defesas e suportes para a vida, ou são considerados como de desgaste quando se torna um processo destrutivo e provoca privação ou deterioração na vida de indivíduos ou grupos populacionais. Esses mecanismos podem tornar-se protetores ou de desgaste conforme as condições históricas em que se desenvolva a sociedade (BREILH, 2006).

A epidemiologia crítica busca compreender a inequidade, definida na dimensão estrutural que possibilita a acumulação de poder, as diferenças étnicas e de relações de gênero fortalecendo processos que aprofundam as desigualdades sociais que está concretizada nas singularidades, no cotidiano de grupos ou indivíduos. As três categorias centrais desta discussão, segundo o autor, são classe social, etnia e gênero, que estão articuladas, porque são geradas por meio da concentração de poder e seus mecanismos de reprodução social se inter-relacionam. Esse movimento da epidemiologia crítica implica em uma renovação de conceitos, métodos e técnicas da ciência que, por meio do conhecimento já produzido pela epidemiologia tradicional, busca explicações para além das expressões matemáticas do fenômeno, associa a este o conhecimento das ciências humanas, sociais e os saberes populares, entre outros, para consolidação desta corrente contra-hegemônica. Por fim, considera necessário para o desenvolvimento humano a organização popular e pensamento crítico-reflexivo, emancipador, visando a democratização e equidade para atingir o desenvolvimento humano na sua plenitude (BREILH, 2006).

² Médico, doutor em Epidemiologia, é um dos fundadores do movimento latino-americano da saúde coletiva (BREILH, 2006).

³ Dinâmica entre contradição e superação da realidade objetiva dos processos da saúde e do cuidado (EGRY et al., 2017).

1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS: DO ADOLESCENTE AO ADULTO JOVEM

As Leis e Programas descritos a seguir correspondem as principais formulações para proteção do adolescente.

Em cumprimento a Constituição promulgada em 1988, o Ministério da Saúde oficializou o Programa de Saúde do Adolescente em 1989, que se fundamenta em uma política de promoção de saúde com identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento e reabilitação e, ainda, planejamento de ações educativas para apropriação de conhecimentos para maior controle da saúde (BRASIL, 1996b).

Em 1990, foi promulgada a Lei 8.069 nomeada como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que dispõe sobre a proteção integral da criança e do adolescente. As Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde foram promulgadas em 2010, embasadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. As Diretrizes preconizavam uma abordagem sistêmica das necessidades do público alvo e, ao mesmo tempo, instrumentalizava gestores e profissionais de saúde no processo de construção de estratégias interfederativas e intersetoriais, objetivando a redução de vulnerabilidades e integralidade (PENSO et al., 2013).

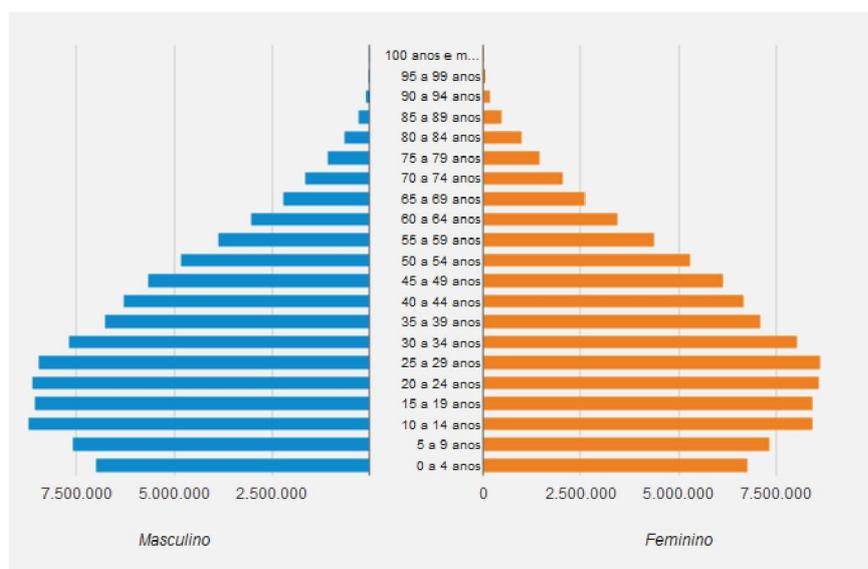
Com objetivo de promover a inclusão social e acesso ao mercado de trabalho, em 2005, foi instituída a Lei nº 11.129, sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem, substituída em 2008 pela Lei 11.692 e criação do Conselho Nacional da Juventude – CNJ e Secretaria Nacional de Juventude (BRASIL, 2005, 2008).

A Lei nº 12.594, em 2012, instituiu o Sistema de Atendimento Socioeducativo - SINASE, definido como o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios que regulamenta a execução de medidas socioeducativas destinadas a adolescentes que pratiquem ato infracional (BRASIL, 2012a).

O Estatuto da Juventude, Portaria 12.852 de 5 de agosto de 2013, define jovens as pessoas com idade entre 15 e 29 anos de idade. Esta Portaria dispõe sobre o Estatuto da Juventude, o qual determina quais são os direitos dos jovens garantidos pelo Estado, princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional da Juventude – SINAJU (BRASIL, 2013).

O GRÁFICO 5 demonstra a população brasileira por faixa etária e sexo, que demonstra a faixa etária de adultos jovens como umas das mais numerosas.

GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE, NO CENSO POPULACIONAL DE 2010



FONTE: IBGE (2017a).

A fase da adolescência é marcada por muitas transformações sejam elas físicas, psicológicas e sociais e marca a etapa da infância para a vida adulta. Para o enfrentamento desta fase distinta e repleta de mudanças em seu corpo, forma de pensar e agir, os adolescentes precisam ser preparados para iniciar sua sexualidade. Para isso, torna-se fundamental uma articulação e a intersetorialidade de setores como a Saúde, Educação e a Assistência Social para efetivação da proteção de adolescentes (HORA; PAIVA, 2017). As Leis e Programas apresentados correspondem as principais formulações para proteção do adolescente. Porém, observamos que não estão sendo suficientes para impedir que ocorra, por muitas vezes, a infecção desses adolescentes com o vírus HIV. Percebe-se a entrada de casos no serviço de referência de adultos jovens já com o quadro de aids, podendo-se inferir que esta infecção tenha ocorrido em sua adolescência.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o Perfil Epidemiológico e as condições clínicas, segundo critério *CDC* adaptado e Rio de Janeiro/Caracas, de jovens entre 20 a 29 anos que vivem com HIV/aids, no Município de São José dos Pinhais, no período de 2007 a 2016.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o modo de vida, os processos de desgaste e de proteção, para adultos jovens de 20 a 29 anos no Município de São José dos Pinhais;

Realizar o geoprocessamento dos casos de jovens de 20 a 29 anos, que vivem com HIV/aids no Município de São José dos Pinhais, no período de 2007 a 2016.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo ecológico de tendência temporal com abordagem quantitativa, ancorado na Epidemiologia Crítica. Nos estudos ecológicos, a unidade de análise é representada por grupos e grande parte dos estudos ecológicos referem-se à análise de estatísticas oficiais divulgadas ou dados disponíveis em órgãos responsáveis pelos sistemas de informação. Utiliza-se de medidas agregadas como taxas, proporções, indicadores, médias de um grupo a ser estudado. Os estudos de tendência temporal incluem a descrição de um grupo específico ao longo de um período ou comparação temporal de taxas (LOPES, 2013).

A abordagem quantitativa visa obter evidências de associações entre variáveis independentes e dependentes, utiliza-se de métodos estatísticos, trabalha com mensuração controlada e enfatiza dados confiáveis e replicáveis (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Nesta abordagem, tem-se como objetivo levantar dados, indicadores e tendências observáveis, para analisar a extensividade do fenômeno delimitado (MINAYO, 2014; MINAYO, MINAYO-GOMES, 2003).

A interpretação dos dados teve como base teórica a Epidemiologia Crítica, que busca superar a discussão das relações matemáticas tão utilizadas na Epidemiologia Clássica. Logo tem como desafio central tornar-se um instrumento que discute o processo saúde-doença no sentido de possibilitar o desenvolvimento humano, pois reconhece que os conhecimentos das ciências sociais e humanas exploram dimensões do fenômeno que também se encontram na determinação da saúde e da doença. Assim, tem como compromisso aprofundar discussões que permitam desarticular a maneira linear com que se toma a realidade em saúde, pois esta tem sido explorada e descrita a partir de uma ótica simplista e positivista. Nos pressupostos da Epidemiologia Crítica, a interpretação do processo saúde-doença ocorre de acordo com a realidade objetiva em que o indivíduo está inserido, considerando como categorias de análise as relações de gênero, classe social e etnia. Aborda o fenômeno com um olhar que resgata a dimensão histórica, em movimento e socialmente determinado (BREILH, 2006).

Foi nesta perspectiva que o estudo descreveu como é a realidade em que vive a população do Município de São José dos Pinhas e como esta determinou o fenômeno delimitado para o estudo. Tal descrição foi a partir da caracterização aprofundada de dados que permitiram discorrer sobre a dinâmica da vida da população, e ainda, como esta

determina a vida do jovem que ali mora. Baseado nos dados levantados procurou-se identificar que processos de desgaste e proteção estão presentes direta e indiretamente no cotidiano da população jovem do Município.

3.2 COLETA DE DADOS

O estudo trabalhou com dados secundários para analisar o Perfil Epidemiológico e condições clínicas, segundo critério *CDC* adaptado e Rio de Janeiro/Caracas, e realizar o geoprocessamento dos casos de jovens de 20 a 29 anos que vivem com HIV/aids, residentes no Município de São José dos Pinhais, no período de 2007 a 2016. Logo, foram selecionadas as notificações de indivíduos jovens com HIV/aids pertencentes à faixa etária delimitada para o estudo no banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação, consultado no primeiro semestre de 2018.

Os sistemas de informação em saúde são instrumentos de coleta e monitoramento de dados, que tem por finalidade o fornecimento de informações para análise e compreensão de agravos de saúde, que auxiliam na tomada de decisão nas esferas municipal, estadual e federal (BRASIL, 2006a).

Em 1975 a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 institui o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e a obrigatoriedade da notificação compulsória de doenças. A listagem nacional vigente é a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Ela apresenta agravos de interesse sanitário para o país, porém, Estados e Municípios possuem autonomia para incluir doenças de acordo com sua necessidade (BRASIL, 1975, 2016b). A aids passa a ser de notificação obrigatória no ano de 1986, e somente em 2014, com a Portaria nº 1.271 ocorre a implantação da notificação do vírus HIV (BRASIL, 1986, 2014a).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação, foi implantado gradualmente nos Estados a partir de 1993, sendo alimentado pela notificação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória. O sistema permite a realização de diagnóstico dinâmico a partir da ocorrência de um evento na população, fornecendo subsídios para explicar relações causais do agravo, colaborando para identificação da realidade epidemiológica em determinada área geográfica (BRASIL, 2006a).

Nesse sentido, o Sinan, juntamente com outros sistemas de informação são ferramentas importantes para planejamento, desenvolvimento e avaliação de políticas e

programas de saúde, subsidia a tomada de decisão e contribui para melhoria da saúde da população (BRASIL, 2006a).

Para caracterizar o modo de vida, os processos de desgaste e de proteção, para adultos jovens de 20 a 29 anos que vivem com HIV/aids no Município de São José dos Pinhais, foram coletados dados e informações de *sites* públicos como: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba – IPPUC, Instituto de Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES, Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais e demais *sites* para analisar os processos presentes no modo de viver da população geral e, principalmente, dos jovens do Município de São José dos Pinhais.

3.2.1 Organização e categorização dos dados

Os dados coletados no Sinan Net foram organizados e categorizados em Planilha *Microsoft Excel*® 2016.

Para o geoprocessamento dos casos notificados entre 2007 a 2016 de jovens de 20 a 29 anos, foi realizada a transposição dos dados do Sinan Net para Planilha Excel®. Após correção dos logradouros de residência, no que concerne a grafia, foi realizada a padronização dos dados.

O geoprocessamento foi realizado por meio do *software* QGIS (versão 2.18.9) utilizando-se coordenadas UTM e o *Datum* Geocêntrico SIRGAS 2000 (EPSG 31982) para o fuso UTM 22 do hemisfério Sul. A geolocalização (espacialização) dos casos na base cartográfica foi feita por meio do *software* *Google Earth Pro*. Para a atribuição e correção das coordenadas planas aos endereços dos casos notificados foi utilizado o *software* livre QGIS (versão 2.18.9) através do *plugin* *Geosearch* que utiliza a base de dados geoespaciais do *Google*.

A aids manifesta-se de forma desigual em indivíduos e coletivos que estão nos diversos espaços. Para compreensão da realidade objetiva de um território, é necessário interpretar os processos que determinam o modo de viver naquele local, por meio de dados. Portanto, banco de dados secundários oferecem e disponibilizam informações que permitem compreender a historicidade e a dinamicidade da realidade estudada (EGRY et al., 2017).

O geoprocessamento é uma área de conhecimento recente que se utiliza de equipamentos eletrônicos para realizar análises e subsidiar a tomada de decisão. A técnica de

geoprocessamento envolve um conjunto de elementos de cartografia, sensoriamento remoto, *Global Positioning System* - GPS e programas computacionais de Sistemas de Informação Geográfica – SIG (BOSSLE, 2016).

A cartografia representa a técnica de grafar, descrevendo uma região geográfica no papel. Utiliza-se de elementos como a escala, que é a relação entre a medida de um objeto ou lugar representado no papel e seu tamanho no mundo real, e sistema de coordenadas usados para fornecer a localização espacial de um artefato na superfície da Terra. Os sistemas de coordenadas classificam-se em geográficos e projetados. O sistema geográfico consiste nos meridianos e paralelos sobre a Terra e o sistema projetado na superfície da Terra sobre um plano (BOSSLE, 2016).

Sistemas de Informações Geográficas - SIG são recursos eficazes na identificação de áreas prioritárias que demandam ações de controle direcionadas às especificidades da população de determinado território (PEDROSA, 2015).

Os SIG são sistemas de computador utilizados para capturar, armazenar, gerenciar, analisar e apresentar informações geográficas utilizando um modelo de dados. Esses modelos de dados convertem dados geográficos reais em pontos, linhas, áreas em uma superfície contínua. Possibilita realizar análises espaciais complexas, permitindo a integração de vários dados e manipulação de grande volume de dados e recuperação rápida de informações armazenadas (BRASIL, 2006b).

Um SIG possui quatro funções básicas: aquisição de dados (captura, informação, validação e edição dos dados), gerenciamento do banco de dados (armazenamento dos dados de forma estruturada para realização das análises), visualização e apresentação cartográfica (exibição do resultado por meio de mapas síntese com boa qualidade gráfica), consulta e análise (extração e geração de novas informações sobre o espaço geográfico) (BRASIL, 2006b).

O uso de geoprocessamento constitui uma importante ferramenta para a identificação, a localização e o acompanhamento de grupos, contribui ainda para o estudo da transmissão, disseminação e das ações de controle das doenças e agravos de saúde de um determinado território (NARDI et al., 2013). Neste sentido, o geoprocessamento de casos de determinadas doenças em territórios embasa estudos sobre a transmissibilidade nas regiões e áreas de abrangência, permitindo acesso rápido às informações necessárias para realizar vigilância dos casos. Porém, com a presente pesquisa pretendeu-se entender a relação da distribuição dos

casos de jovens que vivem com HIV/aids com as condições de vida nos seus territórios, para assim refletir sobre acessibilidade, diagnóstico e tratamento precoce.

3.2.2 Variáveis

As variáveis da ficha epidemiológica foram agrupadas em dependentes e independentes, segundo ficha de notificação de HIV/aids.

As variáveis dependentes foram: Critérios de definição de casos de aids (critério Rio de Janeiro/Caracas, critério *CDC* adaptado e critério óbito) e Evolução (evolução do caso, data do óbito).

A definição de caso aids é definida segundo os critérios *CDC* adaptado e Rio de Janeiro/Caracas de acordo com a somatória de pontos dos agravos que a pessoa apresente (BRASIL, 2014b):

Casos de aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais:

1 - *CDC* Adaptado: evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV por teste sorológico (de triagem, confirmatório e teste rápido) ou virológico, normatizados pelo Ministério da Saúde; evidência de imunodeficiência: diagnóstico de pelos menos uma doença indicativa de aids e/ou contagem de linfócitos T CD4 <350 células/mm³;

2 - Rio de Janeiro/Caracas: evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV por teste sorológico (de triagem, confirmatório e teste rápido) ou virológico, normatizados pelo Ministério da Saúde; somatório de 10 pontos, de acordo com a escala de sinais, sintomas ou doenças;

3 – Critério Excepcional Óbito: menção de aids/SIDA (ou termos equivalentes) em algum campo da Declaração de Óbito ou menção a infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) e de doença indicativa/presuntiva de aids em algum campo da Declaração de Óbito e investigação epidemiológica inconclusiva.

Como doenças indicativas de aids estão: câncer cervical invasivo; candidose de esôfago, traqueia, brônquios ou pulmões; criptococose extrapulmonar; criptosporidíase intestinal crônica (mais de um mês); coccidioidomicose disseminada ou extrapulmonar; histoplasmose disseminada em órgãos que não exclusivamente pulmão ou linfonodos cervicais/ hilares; isosporidíase intestinal crônica (mais de 1 mês); linfomas não Hodgkin de células B, linfoma primário de cérebro; reativação da doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite; sepse recorrente por *Salmonella* não tifóide; citomegalovirose em qualquer

local que não sejam fígado, baço e linfonodos; herpes simples mucocutâneo (mais de 1 mês); leucoencefalopatia multifocal progressiva; pneumonia por *Pneumocystis carinii*; qualquer micobacteriose disseminada em órgãos que não o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto hanseníase ou tuberculose); retinite por citomegalovírus e toxoplasmose cerebral (BRASIL, 2014b).

A somatória de dez pontos entre os sinais, sintomas e doenças contidos na ficha de notificação no Critério Rio de Janeiro/ Caracas, descritos a seguir, caracterizam o quadro de aids (BRASIL, 2014b):

Dois (2) pontos: anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia; astenia (mais de 1 mês, excluída a tuberculose como causa básica); caquexia (perda involuntária de mais de 10% do peso corporal, excluída a tuberculose como causa básica); dermatite persistente; diarreia (mais de 1 mês); febre (=/+ 1 mês, excluída a tuberculose como causa básica); linfadenopatia (dois ou mais sítios) e tosse persistente (excluída a tuberculose como causa básica).

Cinco (5) pontos: candidose oral ou leucoplasia pilosa; disfunção do sistema nervoso central; herpes zoster em indivíduos com até 60 anos de idade e tuberculose pulmonar, pleural ou de linfonodos localizados numa única região.

Dez (10) pontos: outras formas de tuberculose e sarcoma de Kaposi.

As variáveis independentes foram: Dados Gerais (agravo/doença, data de notificação, UF, Município de notificação, fonte notificadora, data do diagnóstico), Notificação Individual (data de nascimento, idade, sexo, gestante, raça/cor, escolaridade), Dados de Residência (UF, Município de residência, distrito, bairro, logradouro, CEP, zona, país), Antecedentes Epidemiológicos (ocupação, transmissão vertical, sexual sanguínea, data da transfusão/acidente, UF, Município onde ocorreu a transfusão/acidente, instituição onde ocorreu a transfusão/acidente, após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/aids a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?), Dados do Laboratório (evidência laboratorial de infecção pelo HIV), tratamento (UF, Município onde se realiza o tratamento, unidade de saúde onde se realiza o tratamento).

3.2.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo todos os casos residentes no Município do São José dos Pinhais de jovens entre 20 a 29 anos, que vivem com HIV/aids, notificados no Sistema de Notificação de Agravos no período de 2007 a 2016.

3.2.4 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo as notificações em duplicidade, totalizando 312 casos residentes no Município de São José dos Pinhais, segundo código do Município contido nas notificações, no período de 2007 a 2016, na faixa etária de 20 a 29 anos. Após a codificação dos casos foram excluídos três casos da pesquisa devido ao preenchimento do código do Município de residência do caso notificado de forma errônea, totalizando 309 casos para análise do banco de dados do Sinan.

Após codificação dos logradouros dos casos notificados por meio do *Software Google Earth Pro* foram analisados 251 casos para o desenvolvimento da técnica de geoprocessamento. Os casos com logradouros não preenchidos, notificações com código do Município de São José dos Pinhais com logradouro correspondentes a outros Municípios, logradouros sem possibilidade de correção de sua grafia e não localizados pelo *software Google Earth Pro*, logradouros que não correspondem aos bairros contidos na notificação e que após correção do bairro de moradia não fazem fronteira (bairro contido na notificação e bairro de moradia) foram excluídos do geoprocessamento.

TABELA 1 – DESCRIÇÃO DOS CASOS EXCLUÍDOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS PARA O DESENVOLVIMENTO DO GEOPROCESSAMENTO

MOTIVO DA EXCLUSÃO	N	%
Logradouros não preenchidos na Notificação	10	3%
Logradouros com código IBGE do Município de residência errado	3	1%
Logradouros com grafia errada, sem possibilidade de correção ou não localizados pelo <i>software Google Earth Pro</i>	30	10%
Bairro contido na notificação não correspondente ao logradouro de residência ou que não faz fronteira com o bairro de residência	18	6%
TOTAL	61	20%

FONTE: A autora (2018).

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados quantitativos foram utilizadas medidas absolutas e agregadas como frequência (%), taxa, proporção, incidência, prevalência, somatório (Σ), razão entre sexos, calculados em planilha dinâmica do Excel[®] 2016. A pesquisa foi ancorada na Epidemiologia Crítica para verificação dos processos de proteção e desgaste presentes na vida da população delimitada para este estudo, jovens entre 20 a 29 anos, que vivem com HIV/aids

no Município de São José dos Pinhais, utilizando as categorias que ancoram a discussão da Epidemiologia Crítica para a análise, no caso destacamos: a história de ocupação do território municipal, o modo de produção, a inserção no trabalho, a oferta de emprego no Município, nível de escolaridade da população, oferta de serviços públicos no Município e região, entre outras informações que estavam em estudos publicizados em *sites* públicos.

O geoprocessamento dos casos notificados foi realizado por meio da construção de um *Shapefile*⁴ dos territórios onde ocorreram casos notificados de HIV/aids. Os territórios foram numerados de 1 a 40 para manter o anonimato quanto ao nome dos bairros e colônias do Município.

Foi realizada a construção de mapas temáticos. A ilustração dos bairros com maior número de casos notificados foi realizada por meio de um mapa graduado. Segundo Pamboukian (2010), os mapas temáticos são utilizados para uma análise visual de informações contidas em uma tabela de atributos de uma camada vetorial. O estilo graduado expressa as feições de acordo com os graus de ocorrências de casos notificados por HIV/aids nos Territórios.

Para elucidar a concentração de casos notificados em áreas de cada território foi construído um mapa de calor com raio delimitado de 1000 metros de cada caso notificado. Segundo Bossle (2016), os mapas de calor utilizam-se de dois parâmetros fundamentais: o raio de influência e a função de interpolação que permitem estimar a intensidade dos eventos da área. Quanto maior a aglomeração de pontos (“cluster”) maior a intensidade calculada, gerada pela interação de um ponto ao outro.

⁴ Um *shapefile* armazena a geometria, informações e atributos para o espaço, reunidos em um conjunto de dados (ESRI, 1998).

3.4 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário da pesquisa foi o Município de São José dos Pinhais (SJP) localizado na Região Metropolitana de Curitiba. É o sexto maior Município em número de habitantes do Estado do Paraná, conta com o número estimado de 317.476 habitantes. A população do último Censo no ano de 2010 foi de 264.210, com cerca de 90% da população residente na área urbana (IBGE, 2017b).

O Município de São José dos Pinhais foi descrito no capítulo de resultados quanto sua localização; divisões geopolíticas; histórico e colonização; características socioeconômicas; pirâmide populacional e densidade populacional; características demográficas; taxa de natalidade, fecundidade e gravidez na faixa etária de 20 a 29 anos; transporte e lazer; segurança; escolas; saúde e serviços de saúde; questões ambientais; ocupação do território e áreas de ocupação irregular.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos desta 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, 2012b). De acordo com esta resolução, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (SCS/UFPR) e ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná 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 indivíduos, assim como seus endereços e também não objetivou realizar intervenções em seus participantes, bem como a coleta de dados secundários foi realizada em bancos de dados disponíveis em *sites* públicos.

O Município foi convidado como coparticipante do estudo. Foi solicitada a viabilidade do estudo ao órgão responsável e à Escola de Saúde do Município de São José dos Pinhais, que assinou o documento correspondente para tal.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, primeiramente, foi apresentada a caracterização do Município de São José dos Pinhais, por meio dos aspectos históricos, colonização, divisões geopolíticas, densidade demográfica, taxas de natalidade, fecundidade, mortalidade, renda, economia, equipamentos dos setores saúde e educação. Tal caracterização foi baseada em banco de dados secundários com informações e estudos disponibilizados em *sites* públicos das instituições: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), que reúne dados de fontes diversas, com destaque para o Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiros de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria de Estado da Cultura do Paraná (SEC), Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP), Ministério da Educação (MEC), Ministério da Saúde (MS), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Secretaria da Fazenda do Paraná (SEFA-PR), Companhia de Saneamento do Paraná (Sanepar), Departamento de Trânsito do Paraná (DETRAN) e da Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais (PMSJP).

Na sequência, foram apresentados os dados referentes aos casos notificados dos municípios com HIV/aids na faixa etária 20 a 29 anos organizados e agrupados, as informações provenientes do Sinan foram consultadas no primeiro semestre de 2018, conforme descrito no capítulo de metodologia.

4.1 HISTÓRICO E COLONIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

Em 1.649 uma expedição se instalou no litoral do Paraná, nomeada como Nossa Senhora do Rosário de Paranaguá. Em busca de mais ouro, partiram de Paranaguá outras duas expedições, em 1.649 e 1.651. Nestas expedições foi encontrado ouro em rios do planalto, o que provocou o surgimento do Arraial Grande, sendo o primeiro povoado português em terras são-joseenses. A região era ocupada por sociedades indígenas Jê e Tupi-Guarani (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017a).

Em 1.690 ocorreu a inauguração da Capela Católica de Bom Jesus dos Perdões, na época considerava-se a presença da Igreja Católica como importante para a sociedade, pois era uma instituição que fazia parte do processo administrativo de colonização. Com a inauguração da Capela a região passou a ter uma autoridade que representava o Governo

Português. Em 1.721 o Ouvidor Geral Raphael Pires Pardini solicitou a eleição das primeiras autoridades para a Freguesia de São José (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017a).

No século XVIII e parte do século XIX, a Freguesia de São José possuía uma população pobre e dispersa com uma agricultura de subsistência. No dia 16 de julho de 1.852, foi sancionada a Lei nº10 da província de São Paulo, criando a Villa de São José dos Pinhaes. A instalação e posse ocorreu no dia 08 de janeiro de 1.853, com a Lei Estadual nº 259, de 27 de dezembro de 1.897, a vila recebeu o nome de cidade, assim a sede do Município passou a se chamar Cidade de São José dos Pinhais (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017a).

Durante o século XIX, o Município atingiu um considerável crescimento econômico e populacional devido a diversidade de atividades econômicas e de imigrantes europeus, sobretudo poloneses, italianos e ucranianos na zona rural do Município. O comércio, a agricultura, a pecuária, a extração e o beneficiamento de erva-mate, a fabricação de tijolos foram as atividades que se destacaram a partir da segunda metade do século XIX (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017a).

No início do século XX o Município tinha uma população de 20.000 habitantes, contando com estabelecimentos comerciais e engenhos de mate, e surgimento de pequenas indústrias de madeira, bebidas, utensílios de metal, entre outras. Entre 1970 e 1980, São José dos Pinhais teve um crescimento populacional de cerca de 106,99%, devido à intensa migração rural-urbana, característica do Paraná no período, que foi em decorrência da expansão das atividades da agricultura, no caso a monocultura da soja e do trigo em grandes espaços rurais do Estado, e ainda, a formação de um grande aglomerado urbano em torno da capital pela busca do emprego na indústria que se expandia. A partir deste período o Município teve o seu desenvolvimento econômico devido à instalação de inúmeras indústrias na região (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017a).

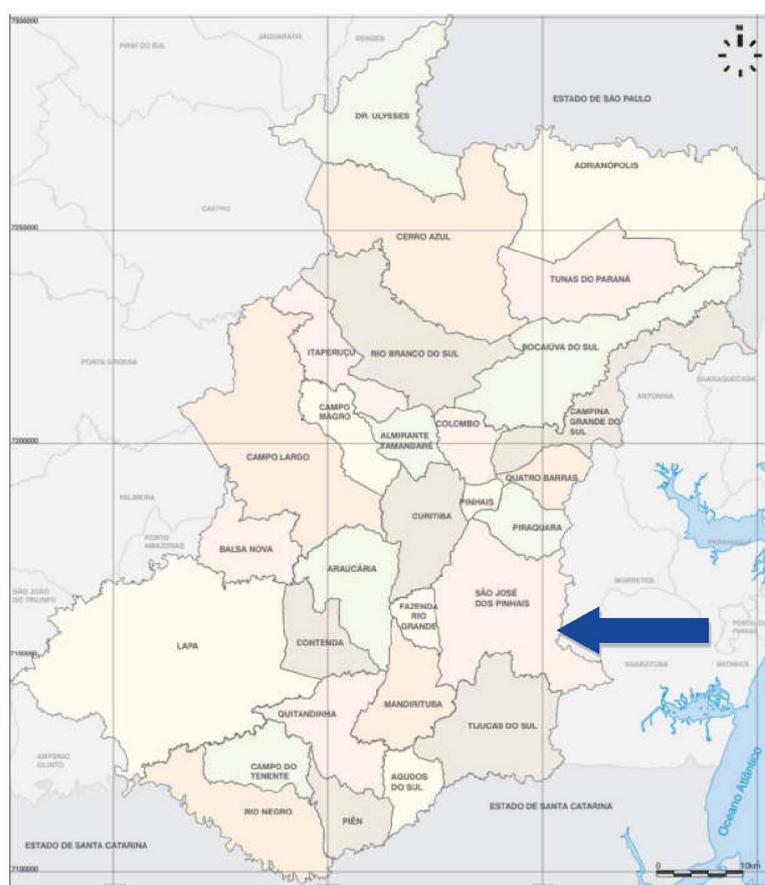
4.2 LOCALIZAÇÃO E DIVISÕES GEOPOLÍTICAS DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

O Município de São José dos Pinhais (SJP) localiza-se na Região Metropolitana de Curitiba juntamente com mais 28 Municípios. Na área da saúde é considerado como pertencente à 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, que tem hoje 22 Regionais de Saúde. O território municipal faz fronteira com os Municípios: Pinhais e Piraquara ao norte; Tijucas do Sul ao sul; Morretes e Guaratuba a leste; Fazenda Rio Grande, Mandirituba e Curitiba a oeste. Sua sede está inserida nas coordenadas 25°32'06" de latitude sul e 49°12'21" de longitude oeste.

de longitude oeste do meridiano de Greenwich (IPARDES, 2018a; SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017a).

A área territorial do Município é de 946,24 Km² está dividida em 7 distritos administrativos: São José dos Pinhais, Borda do Campo de São Sebastião, Cachoeira de São José, Campo Largo da Roseira, Colônia Murici, Marcelino e São Marcos (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017f).

FIGURA 2 – REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, COM DESTAQUE PARA SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – PR



FONTE: PARANÁ (2012).

4.3 POPULAÇÃO, URBANIZAÇÃO E TAXA DE CRESCIMENTO EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

Conforme dados do último Censo Demográfico de 2010, a população de São José dos Pinhais apresentava 264.210 indivíduos. A atual estimativa populacional apontou que o Município tem 317.476 mil habitantes, sendo considerado o sexto Município em número de habitantes no Estado do Paraná. Entre os Municípios mais populosos do Paraná destacam-se Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Cascavel e São José dos Pinhais (IBGE, 2017b).

Cerca de 10,34% da população municipal reside na área rural. Na TABELA 2 se verifica a distribuição de residentes no Município de São José dos Pinhais segundo sexo e tipo de domicílio, urbano ou rural.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, CENSO IBGE-2010, SEGUNDO TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO

TIPO DE DOMICÍLIO	MASCULINA		FEMININA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Urbano	116.457	89,18	120.438	90,14	236.895	89,66
Rural	14.140	10,82	13.175	9,86	27.315	10,34
TOTAL	130.597	100	133.613	100	264.210	100

FONTE: IPARDES (2018a).

A taxa de urbanização atingiu 89,66% em 2010 e taxa de crescimento urbano de 2,59% e a de crescimento rural 2,69%, segundo dados do censo de 2010. O recenseamento demográfico constatou que a taxa de crescimento geométrico⁵ anual da população geral de São José dos Pinhais foi de 2,6% (IPARDES, 2018a).

No Município de São José dos Pinhais, no ano de 2010, existiam 80.728 domicílios particulares permanentes. Desses 80.252 (99,4%) possuíam cobertura de água canalizada, 80.601 (99,8%) esgotamento sanitário, 79.373 (98,3%) coleta do lixo e 80.637 (99,9%) energia elétrica (IPARDES, 2018a).

Com relação ao número de pessoas que compõem as famílias, que são residentes no Município, TABELA 3, na qual se pode verificar a composição das famílias por 3 pessoas 25.499 (32,7%), 2 pessoas 23.568 (30,2%) e 4 pessoas 18.642 (23,9%), seguida de famílias com 5 pessoas 7.119 (9,1%) e 6 pessoas 3.197 (4,1%).

⁵ A taxa de crescimento geométrico é definida por meio do incremento médio anual da população do município (IBGE, [20--]).

TABELA 3 – NÚMERO DE FAMÍLIAS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO O NÚMERO DE PESSOAS

Nº DE PESSOAS NAS FAMÍLIAS	Nº DE FAMÍLIAS	%
Com até 2 pessoas	23.568	30,2%
Com 3 pessoas	25.499	32,7%
Com 4 pessoas	18.642	23,9%
Com 5 pessoas	7.119	9,1%
Com 6 pessoas ou mais	3.197	4,1%
TOTAL	78.026	100%

FONTE: IPARDES (2018a).

Ainda sobre as características dos domicílios, se pode verificar que, segundo a aquisição de bens duráveis, 78.583 (97,3%) possuem televisão, 79.411 (98,4%) geladeira, 73.196 (90,7%) telefone celular, 72.422 (89,7%) rádio, 62.086 (76,9%) máquina de lavar roupa, 41.840 (51,8%) famílias possuem computador e 31.231 (38,7%) têm acesso à internet.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DE BENS DURÁVEIS NOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

BENS DURÁVEIS	Nº DE DOMICÍLIOS	%
Número de domicílios particulares permanentes	80.728	100%
Rádio	72.422	89,7%
Televisão	78.583	97,3%
Máquina de lavar roupa	62.086	76,9%
Geladeira	79.411	98,4%
Telefone celular	73.196	90,7%
Telefone Fixo	45.585	56,5%
Microcomputador	41.840	51,8%
Microcomputador – com acesso à internet	31.231	38,7%
Motocicleta para uso particular	13.271	16,4%
Automóvel para uso particular	50.478	62,5%

FONTE: IPARDES (2018a).

Com relação à raça declarada pelos munícipes no inquérito populacional se pode verificar que 191.838 (72,61%) da população do Município se declara da raça branca, seguida de 61.874 (23,42%) de pardos, 8.490 (3,21%) de negros, 1.798 (0,68%) amarelos e 179 (0,7%) indígenas.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS SEGUNDO COR/RAÇA

COR/RAÇA	POPULAÇÃO	%
Branca	191.838	72,61%
Preta	8.490	3,21%
Amarela	1.798	0,68%
Parda	61.874	23,42%
Indígena	179	0,07%
Sem declaração	31	0,01%
TOTAL	264.210	100%

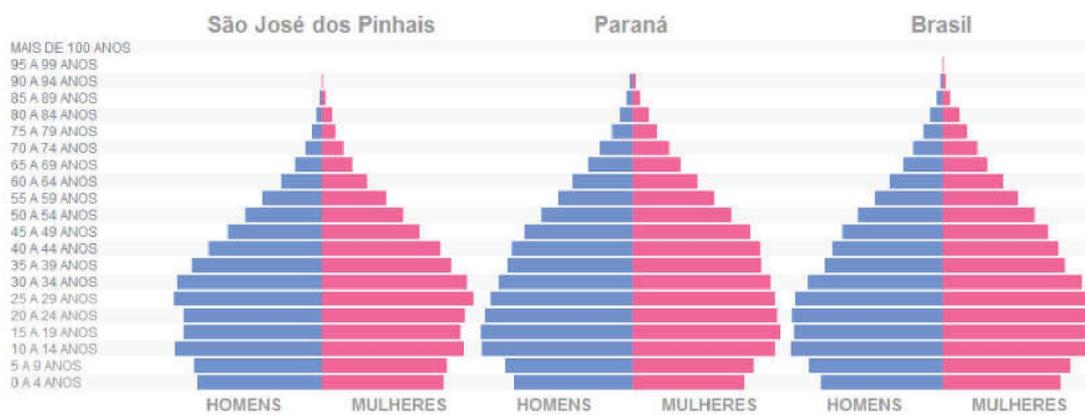
FONTE: IPARDES (2018a).

O Município possui uma taxa de dependência⁶ de 42,42%, abaixo da taxa do Paraná 43,78% e do Brasil 45,87% (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, [2010?]).

Conforme pirâmide etária de São José dos Pinhais, apresentada seguir, podemos verificar o estreitamento das bases e ampliação dos ápices das pirâmides, confirmando o processo de envelhecimento da população no Município, o que segue a tendência da população estadual e nacional, conforme se verifica no GRÁFICO 6. O Estado do Paraná apresenta um processo de envelhecimento na sua população que é superior ao envelhecimento da população do Município de São José dos Pinhais. Considerando a faixa etária delimitada para o estudo, observamos que a faixa etária de 20 a 29 anos apresenta-se como uma das mais numerosa em todas as pirâmides etárias. O cenário nacional apresenta um estreitamento do topo da pirâmide superior ao encontrado em São José dos Pinhais e no Paraná.

⁶ A razão de dependência é expressa por meio da população considerada inativa, 0 a 14 anos e 65 anos e mais de idade, sobre a população potencialmente ativa, 15 a 64 anos de idade IBGE ([20--]).

GRÁFICO 6 – PIRÂMIDE ETÁRIA, DISTRIBUIÇÃO POR SEXO, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, CONFORME DADOS DO CENSO IBGE 2010, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, PARANÁ E BRASIL



FONTE: IBGE (2018b).

São José dos Pinhais possui um índice de idosos⁷ de 18,34%, abaixo da média do Estado do Paraná que é de 32,98%. Sua taxa de envelhecimento⁸ é de 4,61%, também abaixo da média estadual que registrou 7,36%. A densidade demográfica no Município é de 278,09 hab./km², maior do que a do Estado do Paraná de 52,4 hab./km² (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, [2010?]).

O território municipal é composto por 33 colônias rurais e 41 bairros urbanos. Entre as colônias que compõem a zona rural estão: Accioli, Agaraú, Alto da Boa Vista, Antinha, Avencal, Cachoeira, Campestre da Faxina, Campina do Taquaral, Campo Largo da Roseira, Capão Grosso, Capivari, Castelhanos, Contenda, Córrego Fundo, Costeira, Cotia, Currealinho, Faxina, Gamelas, Inhoaíva, Malhada, Marcelino, Mergulhão, Murici, Osso da Anta, Papanduva da Serra, Purgatório, Rio de Una, Rio Pequeno, Roça Velha, Roseira de Campo Largo, Saltinho da Malhada, Santos Andrade. Divididas em oito Regionais Rurais Central 1, Central 2, Rural Nordeste, Rural Noroeste, Rural Norte 1, Rural Norte 2, Rural Sudeste e Rural Sudoeste (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018d).

De acordo com o QUADRO 2, verificam-se os bairros da zona urbana do Município e o crescimento populacional de cada um, entre 2000 e 2010. Os maiores crescimentos foram

⁷ O índice de idosos mede a relação entre o número de pessoas idosas, 65 anos e mais, e o número de pessoas nos grupos etários mais jovens, menores de 15 anos de idade (IPARDES, 2018a).

⁸ A taxa de envelhecimento é a razão entre a população de 65 anos ou mais de idade e a população total multiplicado por 100 (IPARDES, 2018a).

nos bairros: Roseira de São Sebastião (134,98%), Costeira (102,51%), Santo Antônio (78,22%), Iná (72,76%), Aristocrata (65,54%), Ouro Fino (65,17%), Academia (53,81%), Pedro Moro (46,87%) Borda do Campo (43,33%), Parque da Fonte (41,38%). Os bairros São Pedro (-14,05), Bom Jesus (-9,18), Arujá (-7,44), Águas Belas (-5,2) e São Marcos (-0,33) apresentaram retração de sua população, no mesmo período. Os bairros mais populosos no Município segundo último censo foram: Parque da Fonte (21.849), Guatupê (16.743), Borda do Campo (18.198), Ipê (14.436), Iná (12.316), Quississana (11.958), Santo Antônio (11.789) e Cidade Jardim (11.199), Cruzeiro (11.052) e Afonso Pena (10.052).

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO POR BAIRROS E VARIAÇÃO DA POPULAÇÃO ENTRE OS ANOS 2000 E 2010 EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

(continua)

BAIRRO	2000	2010	VARIAÇÃO (%)
Academia	1.297	1.995	53,81
Afonso Pena	9.219	10.119	9,76
Águas Belas	2.959	2.805	-5,2
Área Inst. Aeroportuária ¹	-	415	-
Aristocrata	2.629	4.352	65,54
Arujá	632	585	-7,44
Aviação	3.838	5.225	36,14
Barro Preto	621	692	11,43
Bom Jesus	3.334	3.028	-9,18
Boneca do Iguaçú	5.652	5.927	4,87
Borda do Campo	12.697	18.198	43,33
Cachoeira	-	1.278	-
Campina do Taquaral ¹	-	1.342	-
Campo Largo da Roseira ²	-	968	-
Centro	7.847	8.115	3,42
Cidade Jardim	10.513	11.199	6,53
Colônia Rio Grande ³	2.082	2.610	25,36
Contenda ¹	-	825	-
Costeira	4.023	8.147	102,51
Cristal ¹	-	3.363	-
Cruzeiro	9.814	11.052	12,61
Del Rey ²	-	1.719	-
Dom Rodrigo ²	-	616	-
Guatupê	15.738	16.743	6,39
Iná	7.129	12.316	72,76
Ipê	11.677	14.436	23,63
Itália	5.785	7.560	30,68
Jurema ¹	-	4.371	-
Miringuava ¹	-	4.118	-

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO POR BAIRROS E VARIAÇÃO DA POPULAÇÃO ENTRE OS ANOS 2000 E 2010 EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

(conclusão)

BAIRRO	2000	2010	VARIAÇÃO (%)
Ouro Fino	3.612	5.966	65,17
Parque da Fonte ³	15.454	21.849	41,38
Pedro Moro	3.019	4.434	46,87
Quississana	10.870	11.958	10,01
Rio Pequeno	7.454	8.063	8,17
Roseira de São Sebastião	1.412	3.318	134,98
Santo Antônio ³	6.615	11.789	78,22
São Cristóvão	1.518	1.751	15,35
São Domingos	2.815	3.027	7,53
São Marcos ¹	8.910	8.881	-0,33
São Pedro	4.072	3.500	-14,05
Zacarias	-	507	-

FONTE: São José dos Pinhais (2017a).

LEGENDA: (1) Bairros atualizados, criados e delimitados conforme as Leis Complementares nº 45/2009 e nº112/2016.

(2) Bairros que não foram considerados urbanos pelo IBGE no período do Censo 2000, portanto, não possuem dados populacionais.

(3) No ano 2000 o bairro Colônia Rio Grande era denominado Zaniolo; o bairro Parque da Fonte era denominado Independência; e o bairro Santo Antônio era denominado Colônia Rio Grande.

Segundo o GRÁFICO 7, o Município de São José dos Pinhais apresenta 4.437 assentamentos precários, 92 loteamentos clandestinos, com 4.437 edificações clandestinas nestes loteamentos e 1.315 lotes vazios.

GRÁFICO 7 – LOTEAMENTOS CLANDESTINOS, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – 2010



FONTE: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (2017a).

4.4 EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER, FECUNDIDADE, NATALIDADE E MORTALIDADE EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

Em São José dos Pinhais a esperança de vida ao nascer⁹ em 2010 era de 76,53 anos. As médias estadual e nacional foram 74,80 e 73,94, respectivamente. A taxa de fecundidade¹⁰ do Município foi de 2,0. A registrada no Estado do Paraná foi de 1,86 e de 1,89 no Brasil (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, [2010?]).

A taxa de natalidade do Município encontra-se em 16,10 nascidos vivos por mil habitantes. A média do Paraná se encontra em 13,79 e a nacional 15,88 em 2016 (IBGE, 2017a).

A taxa de mortalidade geral no Município foi de 5,28 óbitos por mil habitantes, a de mortalidade infantil de 10,26, mortalidade em menores de 5 anos 11,69 e mortalidade materna de 41,03 por 100 mil nascidos vivos (IBGE, 2017b).

TABELA 6 – TAXA DE MORTALIDADE GERAL, INFANTIL, EM MENORES DE 5 ANOS E MATERNA NO ANO DE 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS-PR

TAXA DE MORTALIDADE	SJP	PARANÁ	UNIDADE
Taxa de Mortalidade Geral	5,28	6,72	mil habitantes
Taxa de Mortalidade Infantil	10,26	10,43	mil nascidos vivos
Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos	11,69	12,34	mil nascidos vivos
Taxa de Mortalidade Materna	41,03	39,99	100 mil nascidos vivos

FONTE: IPARDES (2018a).

A TABELA 7 demonstra o quantitativo de nascidos vivos por faixa etária da mãe, nos anos de 2009 a 2015. No ano de 2009 verifica-se 4.335 nascidos vivos e no ano de 2015, 5.078 nascidos vivos, número inferior ao registrado do ano de 2014 de 5.155 nascidos vivos. Entre a faixa etária da mãe, verificamos que a faixa etária de 20 a 29 anos demonstra maior quantitativo de nascidos vivos em todo o período de 2009 a 2015. Nas faixas etárias mais jovens, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, observamos redução no número de nascidos vivos no

⁹ A expectativa de vida ao nascer é expressa por meio do número médio de anos que um recém-nascido pode viver caso as taxas de mortalidade registradas da população residente, no ano de seu nascimento, permaneçam as mesmas ao longo de sua vida (IBGE, [20--]).

¹⁰ A taxa de fecundidade expressa o número médio de filhos que teria uma mulher (15 e 49 anos de idade) ao final de seu período reprodutivo (IBGE, [20--]).

período, e aumento nas faixas etárias de 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos e 45 a 49 anos.

TABELA 7 – NASCIDOS VIVOS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2009 A 2015, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA DA MÃE.

NASCIDOS VIVOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mãe de 10 a 14 anos	41	27	28	25	32	31	26
Mãe de 15 a 19 anos	769	758	774	789	804	821	726
Mãe de 20 a 24 anos	1.097	1.191	1.115	1.143	1.217	1.242	1.283
Mãe de 25 a 29 anos	1.157	1.201	1.157	1.232	1.236	1.251	1.280
Mãe de 30 a 34 anos	830	866	939	1.025	1.087	1.146	1.051
Mãe de 35 a 39 anos	348	402	389	435	486	543	519
Mãe de 40 a 44 anos	89	99	97	108	143	113	147
Mãe de 45 a 49 anos	3	4	6	5	6	8	10
Mãe de 50 anos ou mais	1	1	1	-	-	-	-
Mãe com idade ignorada	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	4.335	4.549	4.506	4.752	5.011	5.155	5.078

FONTE: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (2017a).

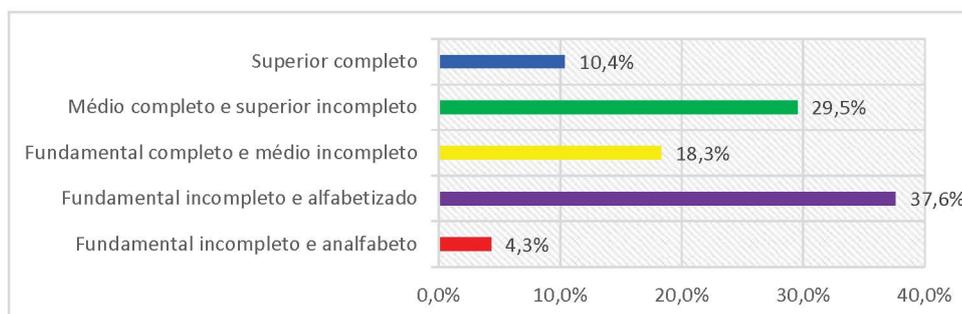
O percentual de mulheres que tiveram filhos com idade entre 10 e 17 anos, conforme último recenseamento demográfico do ano de 2010, foi de 3,07%, apresentou queda em comparação ao ano 2000 de 4,65% no Município de São José dos Pinhais (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, [2010?]).

4.5 EDUCAÇÃO

O Município de São José dos Pinhais apresentou uma taxa de alfabetização¹¹ de 96,8% (IBGE, 2017b). Conforme o GRÁFICO 8 podemos verificar que 37,6% da população são-joseense possui nível fundamental incompleto, 29,5% médio completo e superior incompleto, 18,3% fundamental completo e médio incompleto, 10,4% superior completo e 4,3% fundamental incompleto e analfabeto (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, [2010?]).

¹¹ A taxa de alfabetização indica o percentual da população, em determinada localidade, com aptidão de ler e escrever, sendo um dos indicadores de desenvolvimento do país, utilizado para calcular o índice de desenvolvimento humano - IDH (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017a).

GRÁFICO 8 – ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS COM 25 ANOS OU MAIS, SEGUNDO DADOS DE 2010

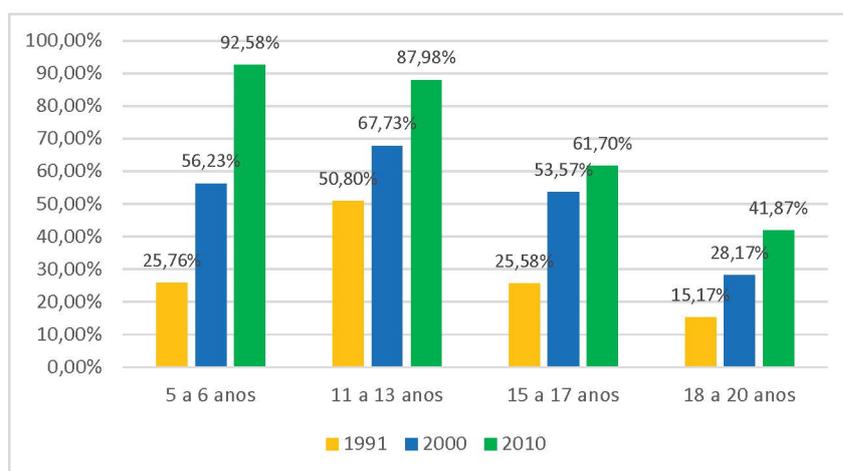


FORNTE: ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, [2010?]).

No que se refere aos estabelecimentos do setor de educação, o Município possui ao total 29 estabelecimentos estaduais, 102 municipais e 41 privados. Não existem instituições de ensino da esfera federal (IPARDES, 2018a).

No Município, em 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola foi de 92,58%. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental foi de 87,98%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo foi de 61,70%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo foi de 41,87%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 66,82 pontos percentuais, 37,18 pontos percentuais, 36,12 pontos percentuais e 26,70 pontos percentuais (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, [2010?]).

GRÁFICO 9 – FLUXO ESCOLAR POR FAIXA ETÁRIA EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NOS ANOS DE 1991; 2000 E 2010



FONTE: ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL ([2010?]).

Conforme a TABELA 8, a faixa etária em que verificamos a maior taxa de analfabetismo foi entre 50 anos e mais com 10,51%, seguida da faixa etária de 15 anos ou mais 3,4%, de 40 a 49 com 2,95%, de 30 a 39 com 1,34%, de 25 a 29 anos com 0,81%, de 15 a 19 com 0,7% e de 20 a 24 anos com 0,64%.

TABELA 8 – TAXA DE ANALFABETISMOS EM HABITANTES DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS NO ANO DE 2010, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA (anos)	TAXA (%)
De 15 ou mais	3,40
De 15 a 19	0,70
De 20 a 24	0,64
De 25 a 29	0,81
De 30 a 39	1,34
De 40 a 49	2,95
De 50 e mais	10,51

FONTE: IPARDES (2018a).

As maiores taxas de reprovação escolar no Município se concentram no ensino médio 13,4%, 6º e 9º ano de estudo com 11,9% e fundamental com 10,2%. Os anos iniciais de 1º a 5º ano registraram a menor taxa de reprovação com 8,8%, conforme a TABELA 9.

TABELA 9 – RENDIMENTO EDUCACIONAIS NOS ENSINOS FUNDAMENTAL E MÉDIO, NO ANO DE 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

TIPO DE ENSINO	APROVAÇÃO (%)	REPROVAÇÃO (%)	ABANDONO (%)
Fundamental	88,7	10,2	1,1
Anos iniciais (1ª a 4ª série e/ou 1º ou 5º ano)	91,0	8,8	0,2
Anos finais (5ª a 8ª série e/ou 6º a 9º ano)	85,7	11,9	2,4
Médio	81,0	13,4	5,6

FONTE: IPARDES (2018a).

4.6 DESENVOLVIMENTO HUMANO E RENDA

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)¹² de São José dos Pinhais foi de 0,758, no ano de 2010, o que coloca o Município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, [2010?]). A dimensão que mais contribui para o IDHM do Município foi a longevidade, com índice de 0,859, seguida de renda, com índice de 0,749, e de educação, com índice de 0,678.

TABELA 10 – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDHM), NO ANO DE 2010, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

INFORMAÇÃO	ÍNDICE (1)	UNIDADE
Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)	0,758	
IDHM – Longevidade	0,859	
Esperança de vida ao nascer	76,53	anos
IDHM – Educação	0,678	
Escolaridade da população adulta	0,61	
Fluxo escolar da população jovem (Frequência escolar)	0,71	
IDHM – Renda	0,749	
Renda per capita	846,93	R\$ 1,00
Classificação na unidade da federação	21	
Classificação nacional	400	

FONTE: IPARDES (2018a).

NOTA: (1) O índice varia de 0 (zero) a 1 (um) e apresenta as seguintes faixas de desenvolvimento humano municipal: 0,000 a 0,499 - muito baixo; 0,500 a 0,599 - baixo; 0,600 a 0,699 - médio; 0,700 a 0,799 - alto e 0,800 e mais - muito alto.

A renda per capita média de São José dos Pinhais cresceu 87,18% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 452,48, em 1991, para R\$ 619,53, em 2000, e para R\$ 846,93, em 2010 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, [2010?]). Isso

¹² O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) é um instrumento que permite conhecer a realidade do desenvolvimento humano do território brasileiro, analisa as dimensões Longevidade, Educação e Renda (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

representa uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,35%. O Índice de Gini¹³ do Município no ano de 1991 era de 0,49, com aumento no ano de 2000 para 0,51 e no ano de 2010 redução para 0,45, apresentando um nível de desigualdade menor ao do Paraná de 0,54 no ano de 2010 (IBGE, 2017b). Conforme a TABELA 11 verificamos que a proporção da população extremamente pobre em São José dos Pinhais no ano de 1991 era de 3,87, passando para 2,55 em 2000 e para 0,66% no ano de 2010. A proporção de indivíduos pobres na população em geral em 1991 era de 16,06%, no ano de 2000 foi de 11,32% e, no ano de 2010 foi de 2,56%, demonstrando redução deste grupo no decorrer do período.

TABELA 11 – RENDA PER CAPITA, PERCENTUAL DE INDÍVIDUOS POBRES, EXTREMAMENTE POBRES E ÍNDICE DE GINI EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NOS ANOS DE 1991, 2000 E 2010

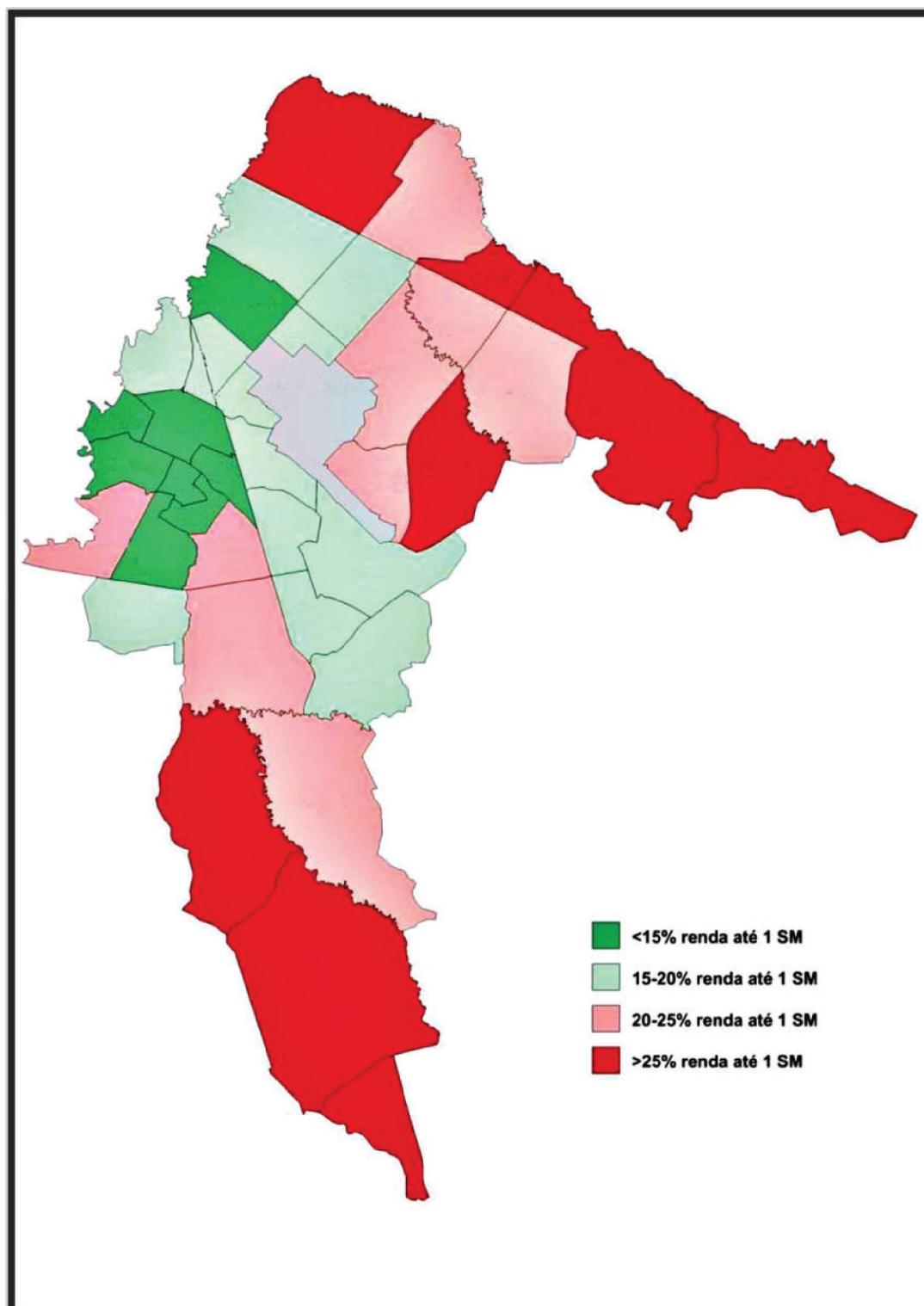
	1991	2000	2010
Renda per capita	452,48	619,53	846,93
% de extremamente pobres	3,87	2,55	0,66
% de pobres	16,06	11,32	2,56
Índice de Gini	0,49	0,51	0,45

FONTE: ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL [2010?]).

O Município de São José dos Pinhais possui 41 bairros na área urbana. Os bairros que apresentam mais de 25% da população vivendo com até um salário mínimo foram: Ipê, Cristal, Jurema, Borda do Campo, Dom Rodrigo, Campina do Taquaral, Contenda e Campo Largo da Roseira. Os bairros que concentram de 20 a 25% da população com renda até um salário mínimo foram Arujá, Colônia Rio Grande, Guatupê, Itália, Ouro Fino, Parque da Fonte, Quississana, Rio Pequeno, Roseira de São Sebastião, São Cristóvão e São Marcos. Os bairros que concentram de 15 a 20% da população com renda até um salário mínimo foram Águas Belas, Aviação, Barro Preto, Boneca do Iguaçu, Cidade Jardim, Costeira, Cruzeiro, Del Rey, Iná e Zacarias. Os bairros que concentram menos de 15% da população com um salário mínimo foram: Afonso Pena, Centro, São Domingos, Pedro Moro, Aristocrata, Bom Jesus, Santo Antônio e Bom Jesus, todos pertencentes a área urbana do Município (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2016).

¹³ O índice de Gini é um instrumento utilizado para medir o grau de concentração de renda, apontando a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos (0 indicando completa igualdade e 1 completa desigualdade) (IBGE, [20--]).

FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS BAIRROS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS NO ANO DE 2012, SEGUNDO RENDA.



FONTE: São José dos Pinhais (2016, p. 109).

Conforme a TABELA 12, no ano de 2010 a População em Idade Ativa¹⁴ (PIA), na área urbana, foi de 199.100 domicílios, na área rural foi de 22.938 domicílios. Quanto ao sexo foram 109.177 homens e 112.861 mulheres em idade ativa. No mesmo ano a População Economicamente Ativa¹⁵ (PEA), na área urbana foi de 131.608 domicílios e 15.004 domicílios na área rural. Quanto ao sexo foram 81.754 homens e 64.858 mulheres economicamente ativas. A População Ocupada, no ano de 2010, foi de 125.065 domicílios em área urbana e 14.429 domicílios em área rural. Quanto ao sexo 78.856 são homens e 60.638 mulheres, A População Não Economicamente Ativa¹⁶ do Município foi 75.426 mil habitantes no ano de 2010 (IPARDES, 2018a).

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA (PIA) ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA) E OCUPADA, SEGUNDO TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

TIPO DE DOMICÍLIO EM SJP/ POPULAÇÃO SEGUNDO SEXO	PIA (10 anos e mais)	PEA (10 anos e mais)	POPULAÇÃO OCUPADA
Domicílio – Urbano	199.100	131.608	125.065
Domicílio – Rural	22.938	15.004	14.429
Sexo – Masculino	109.177	81.754	78.856
Sexo – Feminino	112.861	64.858	60.638
TOTAL	222.039	146.612	139.494

FONTE: IPARDES (2018a).

Entre a população ocupada segundo atividades econômicas as que concentram maior número de trabalhadores em São José dos Pinhais são: indústria de transformação; comércio, reparação e de veículos automotores, motocicletas e construção, conforme a TABELA 13.

¹⁴ A População em Idade Ativa compreende a População Economicamente Ativa e a População Não Economicamente Ativa (IBGE, [20--]).

¹⁵ A população Economicamente Ativa abrange todo o potencial de mão-de-obra para o setor produtivo, formada pela somatória da população ocupada (empregadas, empregadores, autônomos e não-remunerados) e a população desocupada (pessoas sem trabalho, porém dispostas a trabalhar) (IBGE, [20--]).

¹⁶ A População Não Economicamente Ativa são todas as pessoas que não são classificadas como ocupadas ou desocupadas (IBGE, [20--]).

TABELA 13 – NÚMERO DE PESSOAS OCUPADAS SEGUNDO ATIVIDADE ECONÔMICA, NO ANO DE 2010, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

ATIVIDADES ECONÔMICAS (1)	Nº DE PESSOAS
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	5.649
Indústrias extrativas	441
Indústrias de transformação	26.327
Eletricidade e gás	291
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	1.154
Construção	10.882
Comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas	23.383
Transporte, armazenagem e correio	11.525
Alojamento e alimentação	6.395
Informação e comunicação	1.525
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	2.104
Atividades imobiliárias	845
Atividades profissionais, científicas e técnicas	3.946
Atividades administrativas e serviços complementares	5.895
Administração pública, defesa e seguridade social	4.423
Educação	6.067
Saúde humana e serviços sociais	3.529
Artes, cultura, esporte e recreação	862
Outras atividades de serviço	3.748
Serviços domésticos	6.919
Atividades mal especificadas	13.583
TOTAL	139.494

FONTE: IPARDES (2018a).

O maior quantitativo de indústrias presentes no Município é de fabricação de produtos metálicos (321 indústrias), fabricação de produtos alimentícios (223 indústrias), fabricação de produtos minerais não metálicos (179 indústrias), fabricação de artigos de mobiliário (163 indústrias) e confecções de artigos de vestuário (102 indústrias) (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2016b).

Os setores de indústria e serviços são as atividades mais significativas economicamente, com destaque para o setor industrial automotivo, químicos, perfumaria e redes de varejo do Paraná (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017b).

No ano de 2013 o Município apresentou o 2º maior PIB do Estado do Paraná e 23º do Brasil (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017b).

Entre os principais estabelecimentos agropecuários destaca-se a horticultura e floricultura, culturas temporárias de produção agrícola como milho, soja, feijão, batata-doce, cebola, ervilha, mandioca, tomate e trigo. E entre as culturas permanentes encontram-se a banana, palmito, uva, caqui, erva-mate e pêssego (IPARDES, 2018a).

Na criação de animais o Município possui rebanhos de bovinos, equinos, ovinos, suínos, vacas ordenhadas e galináceos. Entre os produtos de origem animal destacam-se o leite, lã, mel e ovos de galinha (IPARDES, 2018a).

TABELA 14 – ATIVIDADES ECONÔMICAS SEGUNDO ESTABELECIMENTOS AGROPECUÁRIOS E ÁREA CORRESPONDENTE, NO ANO DE 2006, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

ATIVIDADES ECONÔMICAS	ESTABELECIMENTOS	ÁREA (ha)
Lavoura temporária	424	8.986
Horticultura e floricultura	1.109	10.891
Lavoura permanente	79	2.831
Produção de sementes, mudas e outras formas de propagação vegetal	1	X
Pecuária e criação de outros animais	1.290	13.702
Produção florestal de florestas plantadas	12	277
Produção florestal de florestas nativas	4	40
Pesca	3	5
Aquicultura	34	394
TOTAL	2.956	37.129

FONTE: IPARDES (2018a).

NOTA: Não foram encontrados dados mais recentes em estudo do IPARDES.

4.7 TRANSPORTE

São José dos Pinhais encontra-se cerca de 15 Km da capital e está conectado a malha viária regional, distante 80 Km do Porto de Paranaguá. O Município também contempla o Aeroporto Internacional Afonso Pena que atende a capital Curitiba e região metropolitana (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2014a).

A cidade possui a 6ª maior frota de veículos do Estado do Paraná, com 185.858 veículos. Entre suas maiores frotas de veículos encontram-se: automóvel (117.064), motocicleta (21.577), caminhonete (13.068), caminhão (7.999), camioneta (6.370), semirreboque (5.444) e caminhão trator (4.246), conforme Anexo 2 (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017c).

O sistema de transporte coletivo urbano e metropolitano no Município tem a gestão da Coordenação Metropolitana de Curitiba – COMEC, o sistema é dirigido por três empresas. Existem as linhas metropolitanas integradas à Rede Integrada de Transporte – RIT (sistema de transporte de passageiros de Curitiba e Região Metropolitana) e as linhas não integradas à RIT, além da linha de serviço especial executivo aeroporto (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2014b).

As linhas não integradas à RIT possuem como destino final regiões de Curitiba, Pinhais e Colombo. As linhas metropolitanas integradas à RIT integram terminais e estações tubo ao longo do trajeto, possuem como destino o Terminal do Barreirinha, Hauer, Carmo, Boqueirão, Tubo Centro Cívico, Terminal do Maracanã (Colombo) e Pinhais (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2014b).

O sistema de transporte coletivo é operado por ônibus e composto por 62 linhas, sendo 48 urbanas e 14 rurais, há três pontos para integração no sistema: Terminal Central/Urbano, Terminal Afonso Pena e Ponto de Integração São Marcos. O Terminal Central/Urbano é aberto, não existindo integração física entre linhas, apesar de ser localizado no centro da cidade, está afastado do núcleo central do Município de maior demanda, resultando em um terminal subutilizado (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2014b).

O Terminal Afonso Pena, localizado no bairro Afonso Pena é um terminal fechado que permite a integração física e tarifária, porém apresenta sua capacidade operacional saturada e não apresenta infraestrutura adequada. O ponto de integração São Marcos, está localizado no bairro São Marcos, afastado da região central, sendo um local aberto de transbordo de algumas linhas rurais, poderia ser um local estratégico de ligação entre as linhas rurais, eliminando a necessidade dessas seguirem para o centro da cidade, com fácil ligação ao Terminal Central do Município (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2014b).

4.8 CULTURA E LAZER

Entre os equipamentos de lazer no Município encontram-se Bibliotecas, Museu, Escola de Linguagens Culturais, Banda Marcial, Oficina de Bonecos e a Casa da Cultura. Na Escola de Linguagens Culturais são trabalhadas as linguagens da música, da dança, do teatro e do coral, atendem a população a partir de sete anos de idade. A casa da Cultura está localizada na Colônia Murici, área rural do Município, tem como objetivos principais a divulgação da história e da cultura polonesa, possui uma pequena biblioteca e realiza ações educativas, como as visitas monitoradas, palestras e projetos como “A Hora do Conto Polonês” que resgata a trajetória dos imigrantes poloneses em São José dos Pinhais. E a oficina de Bonecos que busca aproximar a população da arte bonequeira, por meio do carnaval de bonecos, de oficinas de confecção, manipulação e de espetáculos de teatro de bonecos e formas animadas, apoia também ações dos Departamentos de Saúde, Demutran, Meio Ambiente, Esporte e

Lazer e Educação (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018a). A seguir foram listados os equipamentos culturais do Município.

TABELA 15 – EQUIPAMENTOS CULTURAIS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

EQUIPAMENTOS CULTURAIS	NÚMERO
Anfiteatro	-
Arquivo	1
Ateliê/ Estúdio	-
Auditório	2
Biblioteca	50
Centro comunitário/Associações	1
Centro cultural/Casa da Cultura	2
Centro de documentação e pesquisa	-
Cine teatro	-
Cinema	1
Círculo	-
Concha acústica	1
Coreto	-
Galeria de arte	1
Livraria	5
Museu	3
Sala de exposição	2
Salão para convenção	-
Teatro	1
Videolocadora	17
Outros espaços	14
TOTAL	101

FONTE: IPARDES (2018a).

Entre os equipamentos de Esporte e Lazer disponíveis no Município encontram-se academia da primeira idade (4), academia da terceira idade (83), academia de portador de necessidade especial (3), campo de futebol (6), cancha de bocha (2), cancha de futebol de areia (57), cancha de vôlei de praia (5), centro de esporte e lazer (7), estádio (3), núcleo de esporte e lazer (5), parque (2), parquinho (39), pista de caminhada (13), pista de skate (4) e quadra poliesportiva (9), os demais equipamentos disponíveis no Município estão descritos na TABELA 16 (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017e).

TABELA 16 – EQUIPAMENTOS DE ESPORTE E LAZER EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS NA ÁREA RURAL E URBANA

EQUIPAMENTOS	URBANA	RURAL	TOTAL
Academia da Primeira Idade	4	–	4
Academia da Terceira Idade	74	9	83
Academia de Portador de Necessidade Especial	3	–	3
Bosque da Usina	1	–	1
Campo de Futebol	5	1	6
Cancha de Bocha	2	–	2
Cancha de Futebol de Areia	52	2	57
Cancha de Vôlei de Praia	5	–	5
Centro de Esporte e Lazer	6	1	7
Centro de Excelência do Boxe	1	–	1
Centro de Treinamento de Canoagem e Paracanoagem	1	–	1
Centro de Treinamento de Ginástica Rítmica	1	–	1
Centro de Treinamento de Tênis de Mesa	1	–	1
Estádio	3	–	3
Núcleo de Esporte e Lazer	5	–	5
Parque	2	–	2
Parquinho	38	1	39
Pista de Caminhada	13	–	13
Pista de Skate	4	–	4
Quadra Poliesportiva	9	–	9

FONTE: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (2017d).

4.9 EQUIPAMENTOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

A rede pública de saúde de São José dos Pinhais possui os seguintes equipamentos: Ambulatório de Feridas; Ambulatório de Psiquiatria; Ambulatório Sentinela; CAPS –Álcool e Drogas (CAPS-AD); CAPS – Infantil (CAPS i); CAPS – Transtorno Mental (CAPS-TM); Centro de Atendimento Multiprofissional (CAM); Centro de Referência do Adolescente; Centro Integral de Assistência à Criança e Adolescente (CIAC); Centro e Especialidades Odontológicas (CEO); Escola de Saúde Pública de São José dos Pinhais; Farmácia Básica Central; Farmácia Especial; Hospital e Maternidade Municipal de São José dos Pinhais (HMMSJP); Laboratório Municipal de São José dos Pinhais; Núcleo Municipal de Testagem e Aconselhamento em Saúde (NUTES); Polo de Educação Permanente do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Promoção e Vigilância (Divisão de Projetos e Programas, Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e Setor de Segurança e Saúde do Trabalhador); Sede SAMU; Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais; Unidade de Pronto Atendimento Afonso Pena (UPA Afonso Pena); Unidade de Saúde Afonso Pena c/ Farmácia Básica (Posto Avançado: Parque da Fonte); Unidade de Saúde Agaraú; Unidade de

Saúde Borda do Campo; Unidade de Saúde Cachoeira; Unidade de Saúde CAIC; Unidade de Saúde Campina do Taquaral (Posto Avançado Patronato Santo Antônio); Unidade de Saúde Campo Largo da Roseira; Unidade de Saúde Castelhanos; Unidade de Saúde Central; Unidade de Saúde Cidade Jardim; Unidade de Saúde Contenda; Unidade de Saúde Córrego Fundo; Unidade de Saúde Cotia; Unidade de Saúde Cristal; Unidade de Saúde Faxina; Unidade de Saúde Guatupê com Farmácia Básica; Unidade de Saúde Ipê; Unidade de Saúde Malhada; Unidade de Saúde Marcelino; Unidade de Saúde Martinópolis com Farmácia Básica; Unidade de Saúde Moradias Trevisan; Unidade de Saúde Murici; Unidade de Saúde Quississana; Unidade de Saúde Riacho Doce; Unidade de Saúde São Marcos com Farmácia Básica; Unidade de Saúde Veneza; Unidade de Saúde Xingu; Unidade de Vigilância a Zoonoses (UVZ) (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018b).

QUADRO 3 – UNIDADES DE SAÚDE EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO ZONA
(continua)

UNIDADES DE SAÚDE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS		
UNIDADES DE SAÚDE	ZONA	TOTAL
Afonso Pena	Urbana	15
Cristal		
Borda do Campo		
CAIC		
Central		
Cidade Jardim		
Guatupê		
Saúde Ipê		
Martinópolis		
Moradias Trevisan		
São Marcos		
Quississana		
Riacho Doce		
Veneza		
Xingu		
Murici	Rural	12
Marcelino		
Campina do Taquaral		
Contenda		
Córrego Fundo		

QUADRO 3 – UNIDADES DE SAÚDE EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO ZONA
(conclusão)

UNIDADES DE SAÚDE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS		
UNIDADES DE SAÚDE	ZONA	TOTAL
Cotia	Rural ¹⁷	12
Agaraú		
Cachoeira		
Campo Largo da Roseira		
Castelhano		
Faxina		
Malhada		

Fonte: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (2018b).

Na rede privada do setor saúde o Município possui 271 estabelecimentos, sendo que estão distribuídos em um Centro de Saúde, um Hospital Geral, 35 Policlínicas, 30 Centros de Especialidades, 179 Consultórios e 25 Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapia (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2013).

Os equipamentos públicos que compõe a rede de Assistência Social estão divididos em: Divisão de Proteção Social Básica (atua na organização, coordenação e desenvolvimento de serviços, programas e projetos na prevenção e ocorrência de situações de vulnerabilidade social nos territórios), Casa do Idoso (atua no fortalecimento dos vínculos sociais e afetivos aos idosos cadastrados na Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS), Casa Verde (atua no atendimento de adolescentes em situação de vulnerabilidade social, encaminhados da rede), Centro da Juventude (espaço de referência para a juventude, por meio de atividades culturais, artísticas, esportivas, tecnológicas, profissionalizantes e de formação para a cidadania e tem como premissa o protagonismo juvenil), Guarda Mirim (atua na formação integral do adolescente, provendo o desenvolvimento social, educacional e profissional em regime paramilitar). Os Centros de Referência de Assistência Social totalizam 11 equipamentos: CRAS – Affonso Celso de Araújo Franco, CRAS – Alcídio Zeni Zaniolo, CRAS – Campestre da Faxina, CRAS – Cyro Pellizzari I, CRAS – Cyro Pellizzari II, CRAS – Da Juventude, CRAS – Francisco Quirino dos Santos, CRAS – Helena Meister, CRAS – Miguel Haluch, CRAS – Parque da Fonte e CRAS – José Zen (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018c). A distribuição espacial dos equipamentos de Saúde e Assistência Social serão apresentados no tópico 4.13.

¹⁷ Unidades de Saúde pertencentes a zona rural do Município, segundo delimitação de São José dos Pinhais (2018b).

QUADRO 4 – EQUIPAMENTOS PÚBLICOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO ZONA

EQUIPAMENTOS PÚBLICOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL		
EQUIPAMENTOS	ZONA	TOTAL
Divisão de Proteção Social Básica	Urbana	16
Casa do Idoso		
Casa Verde		
Centro da Juventude		
Guarda Mirim		
CRAS – Affonso Celso de Araújo Franco		
CRAS – Alcídio Zeni Zaniolo		
CRAS – Campestre da Faxina		
CRAS – Cyro Pellizzari I		
CRAS – Cyro Pellizzari II		
CRAS – Da Juventude CRAS – Francisco Quirino dos Santos		
CRAS – Da Juventude		
CRAS – Helena Meister		
CRAS – Miguel Haluch		
CRAS – Parque da Fonte		
CRAS – José Zen		

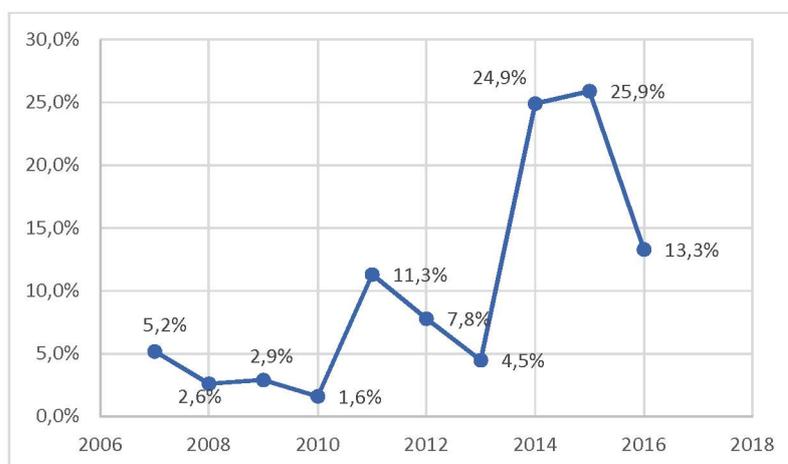
FONTE: Adaptado SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (2018c).

4.10 NOTIFICAÇÕES POR HIV E AIDS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – PARANÁ, 2007 A 2016.

A seguir foram apresentados os dados provenientes do banco de dados Sinan, no primeiro momento, os dados referentes a todas as pessoas de 20 a 29 anos, notificadas com HIV e aids, no período de 2007 a 2016, em seguida esses dados estão apresentados segundo notificações de pessoas que vivem com HIV e pessoas que vivem com aids.

Em São José dos Pinhais foram notificados no período de 2007 a 2016 cerca de 1.135 pessoas que vivem com HIV/aids. Na faixa etária delimitada para a pesquisa foram notificadas 309 pessoas, o que correspondeu a 27,2% do total das pessoas que vivem com HIV/aids. O GRÁFICO 10 apresenta os casos notificados no período de 2007 a 2016, de jovens de 20 a 29 anos. No ano de 2007 foram notificados 16 (5,2%) casos, oito (2,6%) em 2008, nove (2,9%) em 2009, cinco (1,6%) em 2010, 35 (11,3%) em 2011, 24 (7,8%) em 2012, 14 (4,5%) em 2013, 77 (24,9%) em 2014, 80 (25,9%) em 2015 e 41 (13,3%) casos em 2016.

GRÁFICO 10 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ANO DE NOTIFICAÇÃO

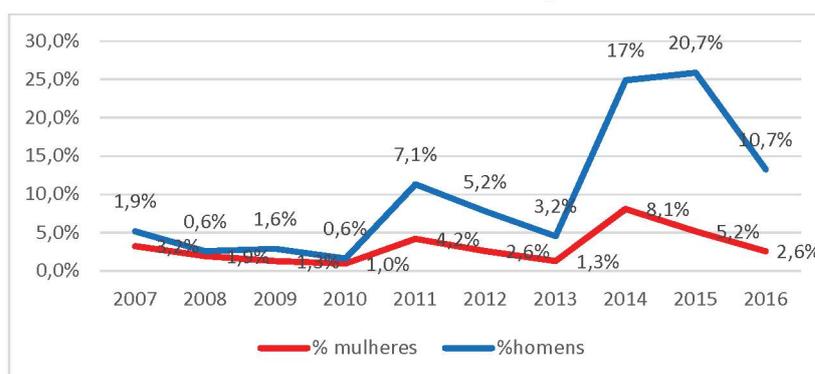


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Com relação à distribuição por sexo, teve-se que 97 (31%) pessoas do sexo feminino foram notificadas no período com HIV/aids. No ano de 2007 foram notificados 10 (3,2%) mulheres, seis (1,9%) em 2008, quatro (1,3%) em 2009, três (1%) em 2010, 13 (4,2%) em 2011, oito (2,6%) em 2012, quatro (1,3%) em 2013, 25 (8,1%) em 2014, 16 (5,2%) em 2015 e oito (2,6%) mulheres em 2016. Pessoas do sexo masculino foram 212 (69%) casos com HIV/aids notificados. No ano de 2007 seis (1,9%) casos, dois (0,6%) em 2008, cinco (1,6%) em 2009, dois (0,6%) em 2010, 22 (7,1%) em 2011, 16 (5,2%) em 2012, 10 (3,2%) em 2013, 52 (17%) em 2014, 64 (20,7%) em 2015 e 33 (10,7%) em 2016, conforme o GRÁFICO 11.

GRÁFICO 11 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO SEXO E ANO DE NOTIFICAÇÃO

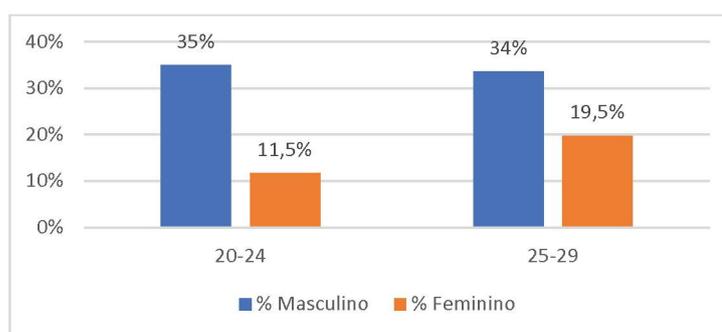


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Ao identificar a distribuição por sexo e faixas etárias dos 309 casos notificados no período, teve-se que os casos notificados em pessoas do sexo masculino, a faixa etária de 20 a 24 anos apresentou 108 (35%) casos e a faixa etária de 25 a 29 anos 104 (34%) notificações. Em pessoas do sexo feminino a faixa etária de 20 a 24 anos apresentou 36 (11,5%) notificações e a faixa etária de 25 a 29 anos 61 (19,5%) casos, conforme o GRÁFICO 12.

GRÁFICO 12 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, NAS FAIXAS ETÁRIAS DE 20 A 24 ANOS E 25 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO SEXO



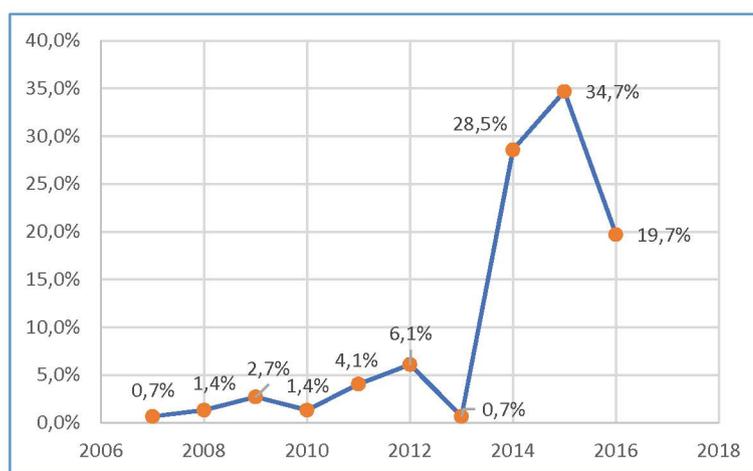
FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

4.11 NOTIFICAÇÕES POR HIV NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – PARANÁ, 2007 A 2016.

Em São José dos Pinhais foram notificados no período de 2007 a 2016, 147 pessoas que vivem com HIV na faixa etária de 20 a 29 anos, valor que corresponde a 47,5% do total de notificados por HIV e aids no mesmo período. No ano de 2007 um (0,7%) notificado, dois (1,4%) em 2008, quatro (2,7%) em 2009, dois (1,4%) em 2010, seis (4,1%) em 2011, nove (6,1%) em 2012, um (0,7%) em 2013, 42 (28,5%) em 2014, 51 (34,7%) em 2015 e 29 (19,7%) em 2016, conforme o GRÁFICO 13.

GRÁFICO 13 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018. No ano de 2014 inicia a notificação de HIV.

Conforme a TABELA 17, nos anos de 2007 e 2008, ocorreu uma (2,6%) notificação no sexo feminino em cada ano, duas (5,2%) notificações em 2009, em 2010 não ocorreram notificações, uma (2,6%) notificada em 2011, quatro (10,5%) notificadas em 2012, uma (2,6%) notificada em 2013, 14 (37%) notificadas 2014, nove (23,7%) notificadas em 2015 e cinco (13,2%) notificadas em 2016, totalizando 38 mulheres o que corresponde a 26% do total de casos notificados com HIV neste período.

No sexo masculino, no ano de 2007 não ocorreu nenhum caso notificado de HIV, um (1%) notificado em 2008, 2009 e 2010 dois (1,8%) notificados em cada ano, 2011 e 2012 com cinco (4,6%) notificados em cada ano, 2013 não ocorreu nenhum caso notificado de HIV entre os homens, 30 (27%) homens em 2014, 42 (38,5%) em 2015 e 24 (22%) notificados em 2016, totalizando 109 homens o que corresponde a 74% do total de casos notificados com HIV, neste mesmo período.

TABELA 17 – PESSOAS NOTIFICADAS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ANO DE NOTIFICAÇÃO E SEXO

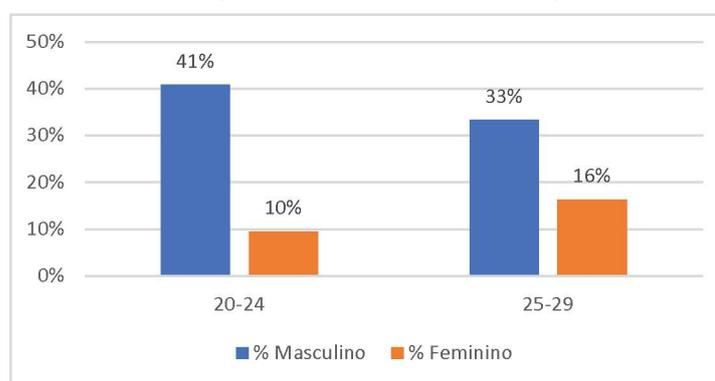
ANO	MULHERES		HOMENS		TOTAL/ANO	
	N	%	N	%	N	%
2007	1	2,6%	0	0,0%	1	0,7%
2008	1	2,6%	1	1%	2	1,4%
2009	2	5,2%	2	1,8%	4	2,7%
2010	0	0,0%	2	1,8%	2	1,4%
2011	1	2,6%	5	4,6%	6	4,1%
2012	4	10,5%	5	4,6%	9	6,1%
2013	1	2,6%	0	0,0%	1	0,7%
2014	14	37%	28	25,7%	42	28,5%
2015	9	23,7%	42	38,5%	51	34,7%
2016	5	13,2%	24	22,0%	29	19,7%
TOTAL	38	100,0%	109	100,0%	147	100,0%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

O GRÁFICO 14 apresenta os casos notificados segundo sexo e idade. Os homens na faixa etária de 20 a 24 anos apresentaram 60 (41%) notificações e a faixa etária de 25 a 29 anos 49 (33%) casos entre o total de notificados por HIV. As mulheres na faixa etária de 20 a 24 anos apresentaram 14 (10%) notificações e a faixa etária de 25 a 29 anos 24 (16%) casos do total dos notificados com HIV.

GRÁFICO 14 – CASOS NOTIFICADOS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO SEXO E IDADE



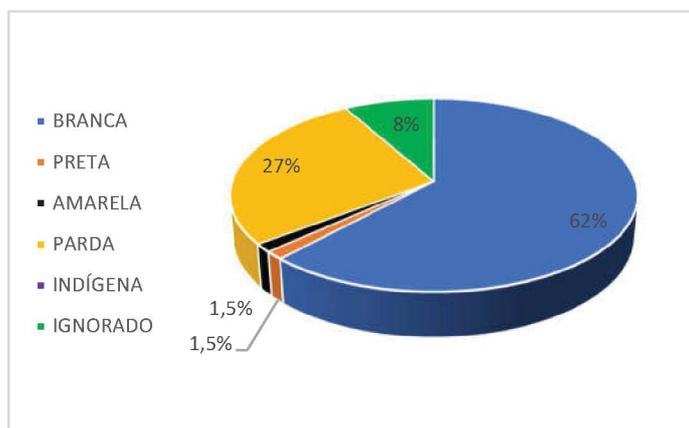
FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Entre as mulheres notificadas por HIV, seis (16%) estavam gestantes. Entre estas gestantes, duas encontravam-se no primeiro trimestre e quatro estavam no terceiro trimestre da gestação. Três fichas de todos os casos notificados em mulheres encontravam-se com o

campo estado gestacional ignorado. Entre todos os casos notificados com HIV, quanto a raça/cor declarada, 91 (62%) são brancos, 40 (27%) são pardos, dois (1,5%) negros, dois (1,5%) amarelos e 12 (8%) apresentavam o campo ignorado.

GRÁFICO 15 – CASOS NOTIFICADOS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA/COR

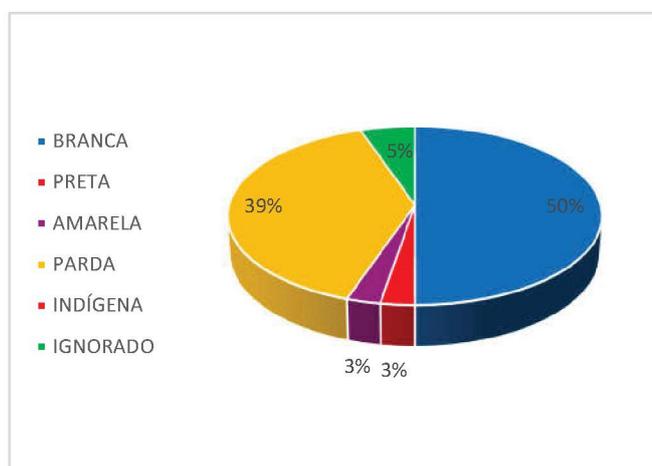


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Entre as 38 notificações realizadas em mulheres com HIV, no período de 2007 a 2016, 19 (50%) declararam pertencer à raça branca, 15 (39%) à raça parda, uma (3%) à raça negra, uma (3%) à raça amarela, e duas (5%) com à raça ignorada na ficha de notificação.

GRÁFICO 16 – CASOS NOTIFICADOS POR HIV EM MULHERES, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA/COR DECLARADA

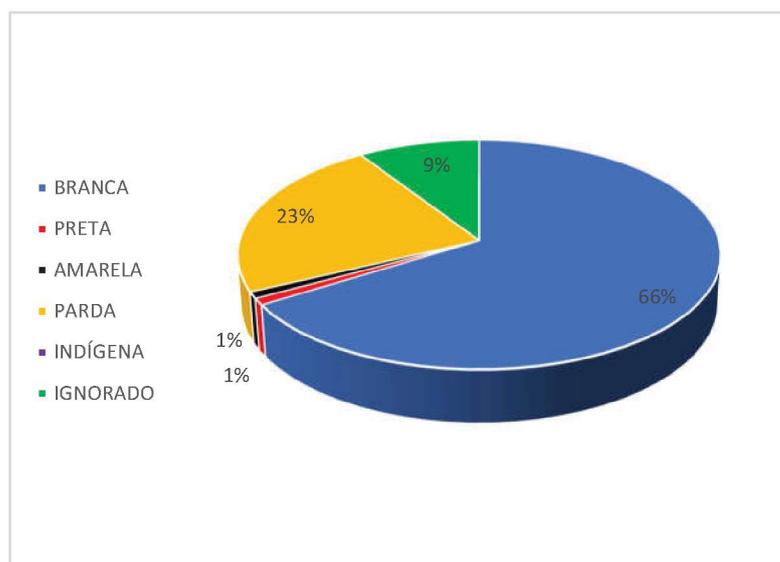


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Neste mesmo período foram realizadas 109 notificações em homens com HIV, desses, 72 (66%) declararam pertencer à raça branca, 25 (23%) à raça parda, um (1%) à raça negra, um (1%) à raça amarela e 10 (9%) apresentaram à raça ignorada na ficha de notificação.

GRÁFICO 17 – CASOS NOTIFICADOS POR HIV EM HOMENS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA/COR DECLARADA

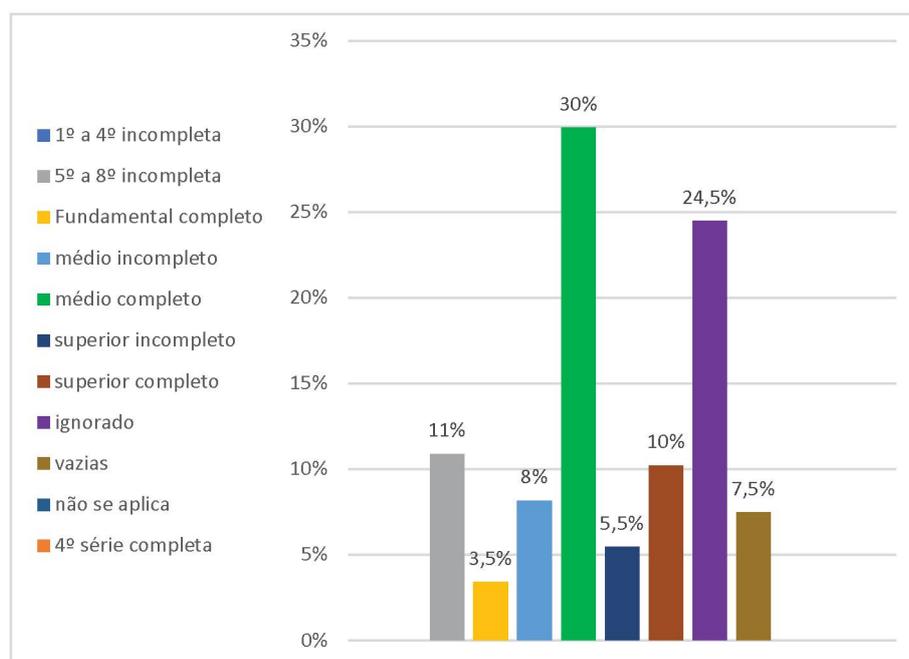


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Com relação à escolaridade das pessoas que vivem com HIV em São José dos Pinhais, conforme GRÁFICO 18, identificamos que 16 (11%) indivíduos cursaram de 5ª a 8ª série incompleta, cinco (3,5%) indivíduos apresentaram fundamental completo, 12 (8%) indivíduos médio incompleto, 44 (30%) indivíduos médio completo, oito (5,5%) indivíduos superior incompleto, 15 (10%) indivíduos com superior completo, 36 (24,5%) notificados apresentavam este campo da ficha de notificação ignorado e 11 (7,5%) com este campo não preenchido.

GRÁFICO 18 – CASOS NOTIFICADOS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ESCOLARIDADE

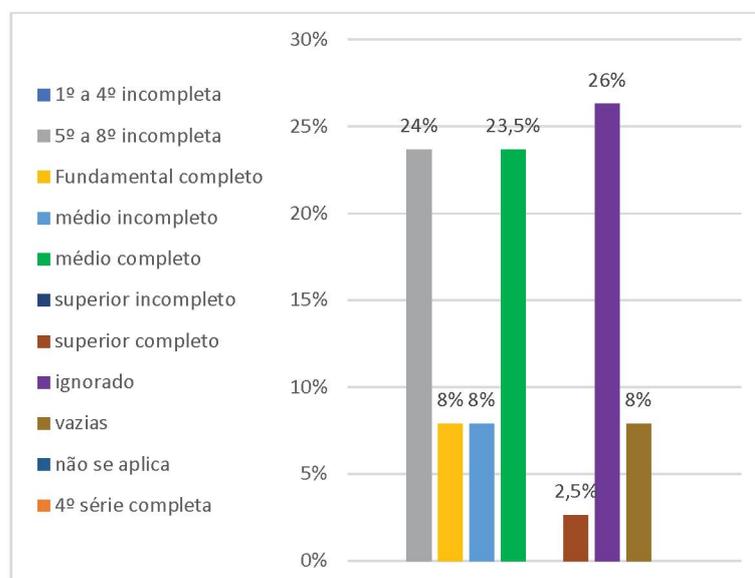


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018. O termo “vazias” refere-se as notificações com este campo não preenchido.

Entre as mulheres notificadas por HIV (GRÁFICO 19), observamos que nove (23,5%) cursaram de 5ª a 8ª série incompleta, três (8%) ensino fundamental completo, três (8%) ensino médio incompleto, nove (23,5%) médio completo e uma (3%) notificada apresentava nível superior de ensino. Em 10 (26%) fichas de notificação este campo estava ignorado e em três (8%) não preenchido.

GRÁFICO 19 – CASOS NOTIFICADOS POR HIV EM MULHERES, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ESCOLARIDADE

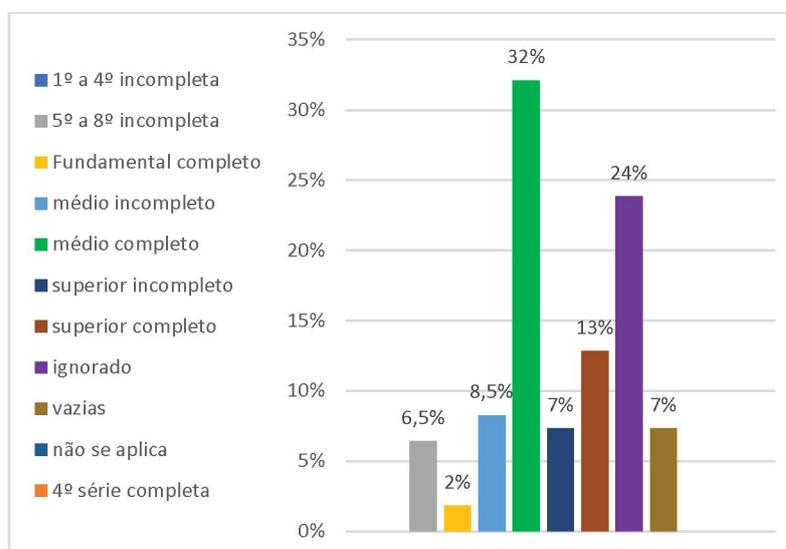


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018. O termo “vazias” refere-se as FIE com o este campo não preenchido.

Entre os homens notificados por HIV, verificamos que sete (6,5%) homens cursaram de 5ª a 8ª série incompleta, dois (2%) fundamental completo, nove (8,5%) médio incompleto, 35 (32%) ensino médio completo, oito (7%) superior incompleto, 14 (13%) nível superior completo de ensino. Em 26 (24%) fichas de notificação este campo estava ignorado e em oito (7%) não preenchido.

GRÁFICO 20 – CASOS NOTIFICADOS POR HIV EM HOMENS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ESCOLARIDADE



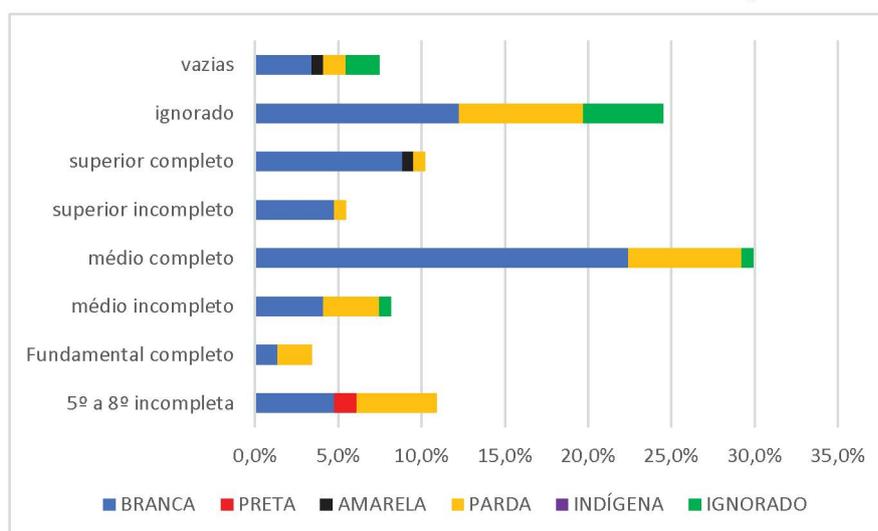
FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018. O termo “vazias” refere-se as FIE com o este campo não preenchido.

Entre as 147 PVHIV, segundo raça e escolaridade, a raça branca apresentou 91 (61,9%) notificados. Deste grupo, sete (4,8%) pessoas com 5ª a 8ª série incompleta, duas (1,4%) pessoas com nível fundamental completo, seis (4,1%) pessoas com ensino médio incompleto, 33 (22,4%) pessoas com ensino médio completo, sete (4,8%) pessoas com superior incompleto, 13 (8,8%) pessoas com ensino superior, 18 (12,2%) pessoas com escolaridade ignorada e cinco (3,4%) pessoas com escolaridade não preenchida.

A raça negra apresentou dois (1,4%) notificados, com escolaridade de 5º a 8º série incompleta. A raça amarela apresentou dois (1,4%) notificados, com ensino superior completo e escolaridade não preenchida. A raça parda apresentou 40 (27,2%) notificados, sete (4,8%) pessoas com 5ª a 8ª série incompleta, três (2%) com fundamental completo, cinco (3,4%) com médio incompleto, 10 (6,8%) com médio completo, um (0,7%) com ensino superior incompleto e um (0,7%) com ensino superior completo, 11 (7,5%) com escolaridade ignorada e dois (1,4%) com escolaridade não preenchida. Em 12 (8,1%) notificados o campo raça estava ignorado, um (0,7%) com ensino médio incompleto, um (0,7%) com ensino médio completo, sete (4,8%) com escolaridade ignorada e três (2%) com o campo escolaridade não preenchido.

GRÁFICO 21 – CASOS NOTIFICADAS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE

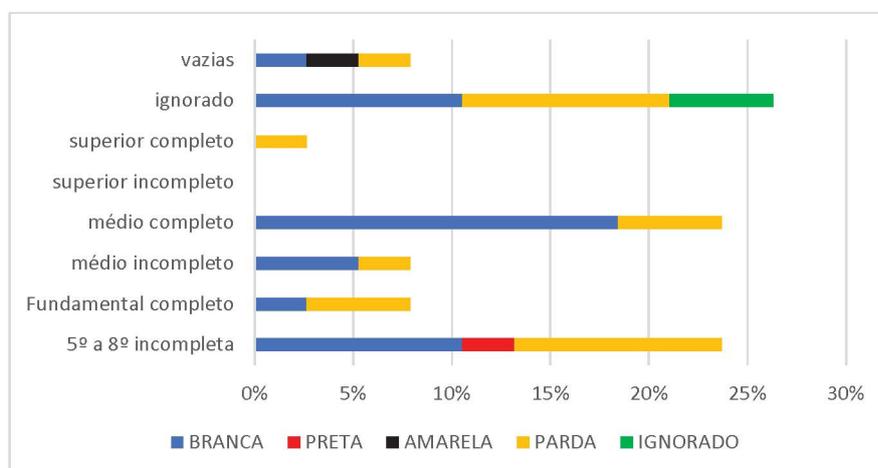


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Como podemos observar no GRÁFICO 22, entre as mulheres notificadas por HIV, a raça branca apresentou 19 (50%) notificadas, quatro (10,5%) mulheres com 5ª a 8ª série incompletas, uma (3%) mulher com fundamental completo, duas (5%) com ensino médio incompleto, sete (18%) mulheres com ensino médio completo, quatro (10,5%) com escolaridade ignorada e uma (3%) com escolaridade não preenchida. A raça parda apresentou 15 (39%) notificadas, quatro (10,5%) mulheres de 5ª a 8ª série incompleta, duas (5,3%) fundamental completo, uma (2,5%) médio incompleto, duas (5,3%) médio completo, uma (2,5%) superior completo, quatro (10,5%) com escolaridade ignorada e uma (2,5%) com escolaridade não preenchida. A raça negra e amarela apresentou uma (3%) notificação cada, sendo que a escolaridade foi de 5ª a 8ª série incompleta e campo não preenchido, respectivamente. Em duas (5%) notificadas os campos raça e escolaridade estavam ignorados.

GRÁFICO 22 – CASOS DE MULHERES NOTIFICADAS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE

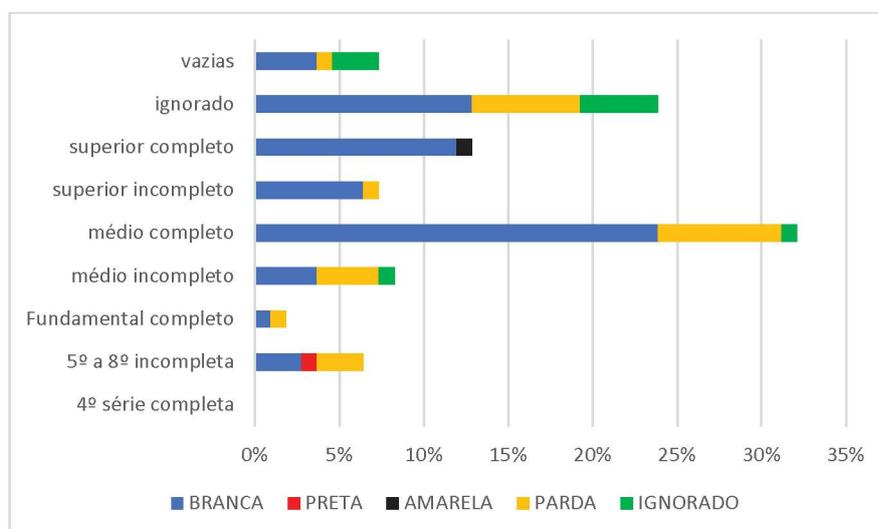


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Nos casos de HIV notificados em homens, a raça branca apresentou 72 (66%) notificados, três (3%) homens com 5ª a 8ª série incompleta, um (1%) com ensino fundamental completo, quatro (3,5%) com ensino médio incompleto, 26 (24%) ensino médio completo, sete (6%) superior incompleto, 13 (12%) superior completo, 14 (13%) com o campo escolaridade ignorado e quatro (3,5%) com o campo escolaridade não preenchido. A raça parda apresentou 25 (23%) notificados, três (3%) apresentaram 5ª a 8ª série incompleta, um (1%) fundamental completo, quatro (4%) médio incompleto, oito (7%) médio completo, um (1%) superior incompleto, sete (6%) com o campo escolaridade ignorado e um (1%) com o campo escolaridade não preenchido. As raças negra e amarela apresentaram uma (1%) notificação cada, sendo que a escolaridade foi de 5ª a 8ª série incompleta e superior completo, respectivamente. Do total das notificações, 10 (9%) apresentaram raça ignorada, dois (2%) com ensino médio incompleto e completo, cinco (4,5%) com escolaridade ignorada e três (2,5%) com escolaridade não preenchida, conforme demonstrado no GRÁFICO 23.

GRÁFICO 23 – HOMENS NOTIFICADOS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Entre as notificações de HIV as ocupações encontradas foram: Grupo 2 - Membros superiores do poder público, dirigentes de organização de interesse público e de empresas e gerentes com três (2%) notificações; Grupo 3 - Profissionais das ciências e das artes, nove (6,1%) notificações; Grupo 4 - Técnico de nível médio, sete (4,8%) notificações; Grupo 5 - Trabalhadores de serviços administrativos, seis (4,1%) notificações; Grupo 6 - Trabalhadores dos serviços/vendedores do comércio em lojas e mercados, 23 (15,6%) notificações; Grupo 7 - Trabalhadores agropecuários/florestais/da caça e pesca, uma (0,7%) notificação; Grupo 8 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, sete (4,8%) notificações; Grupo 9 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, uma (0,7%) notificação. Em três (2%) notificações o campo estava ignorado, um (0,7%) estudante, 11 (7,5%) donas de casa, 15 (10,2%) desempregados crônicos ou cuja ocupação habitual não foi possível obter e 60 (40,8%) notificações com este campo não preenchido.

TABELA 18 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

GRUPO ¹⁸	DESCRIÇÃO	N	%
1	Forças Armadas, policiais e bombeiros militares	0	0%
2	Membros superiores do poder público, dirigentes de organização de interesse público e de empresas e gerentes	3	2%
3	Profissionais das ciências e das artes	9	6,1%
4	Técnico de nível médio	7	4,8%
5	Trabalhadores de serviços administrativos	6	4,1%
6	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	23	15,6%
7	Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	1	0,7%
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	7	4,8%
9	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	1	0,7%
	Ignorado	3	2%
	Estudante	1	0,7%
Outros	Dona de casa	11	7,5%
	Desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter	15	10,2%
	Não preenchido	60	40,8%

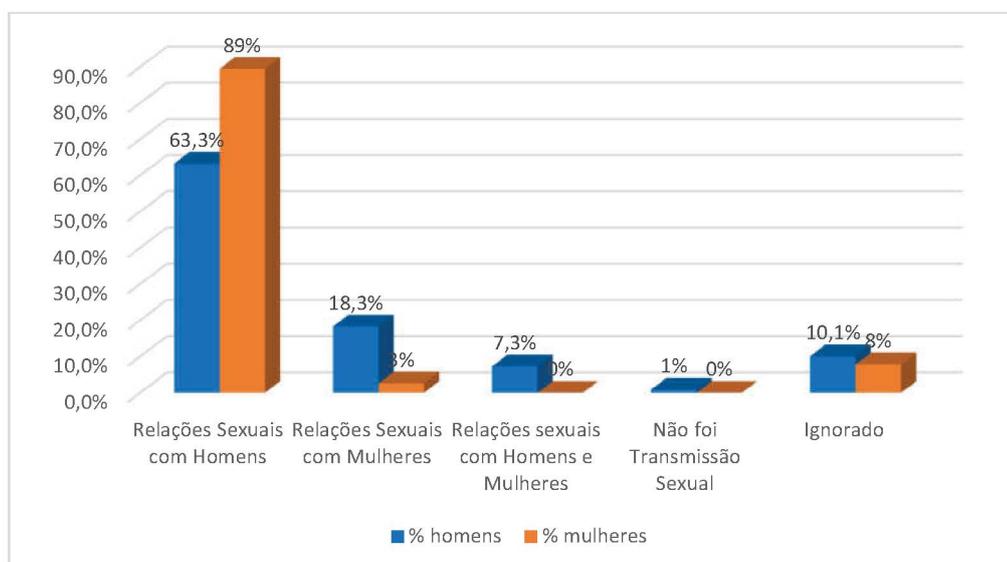
FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Conforme o GRÁFICO 24, entre os 38 casos notificados em mulheres com HIV, 34 (89%) notificações foram de mulheres que mantêm relações sexuais com homens, um (3%) caso de mulher que mantém relação com mulher e em três (8%) notificações este campo estava ignorado. Entre os 109 casos de HIV em homens podemos verificar que 69 (63,3%) notificações são de homens que mantêm relações sexuais com homens, 20 (18,3%) casos de homens que mantêm relações sexuais com mulheres, oito (7,3%) que mantêm relações bissexuais, em um (1%) caso o provável modo de transmissão não foi sexual e em 11 (10,1%) o campo estava ignorado na ficha de notificação.

¹⁸ Ocupações segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego, seguindo a divisão pelos grandes grupos (BRASIL, 2010b). As ocupações estudante, dona de casa, desempregado crônico cuja ocupação habitual não foi possível obter, ignorado e não preenchido são modalidades procedentes do Sinan-Net.

GRÁFICO 24 – CASOS NOTIFICADOS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO



FONTE: A autora (2018).

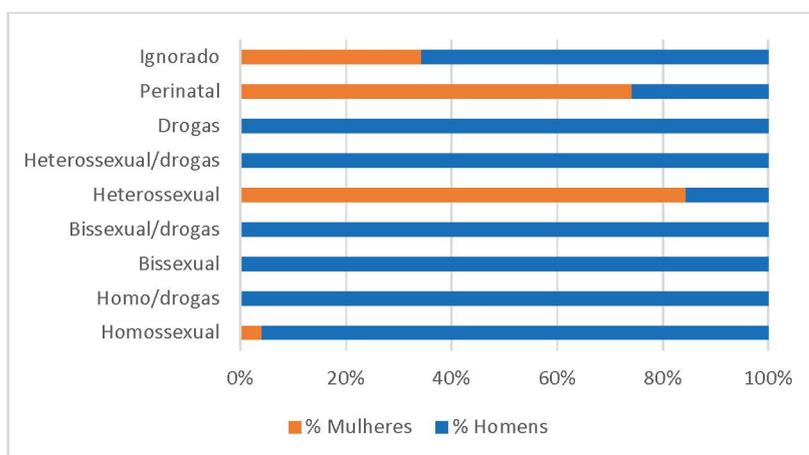
NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Em dois (1%) casos notificados com HIV o provável modo de transmissão ocorreu por via vertical, quatro (3%) por uso de drogas injetáveis e dois (1%) por transmissão sanguínea.

Conforme o GRÁFICO 25 entre as mulheres notificadas com HIV, as categorias de exposição encontradas nas fichas de notificação foram: heterossexual 34 (89%) mulheres, perinatal uma (3%) mulher, homossexual uma (3%) mulher. Em duas (5%) notificações este campo estava ignorado.

Entre os homens notificados por HIV foram encontradas as seguintes categorias de exposição: homossexual em 68 (62%) pessoas, heterossexual em 18 (17%) pessoas, bissexual em sete (6%) pessoas, homossexual/drogas em uma (1%) pessoa, bissexual/drogas em uma (1%) pessoa, heterossexual/drogas em uma (1%) pessoa, drogas em uma (1%) pessoa e perinatal em uma (1%) pessoa. Entre os casos notificados em homens, em 11 (10%) este campo estava ignorado, conforme o GRÁFICO 25.

GRÁFICO 25 – CASOS NOTIFICADOS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO E SEXO



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Nas notificações realizadas de HIV quanto a evidência laboratorial de infecção pelo HIV, no teste de triagem 130 (88,4%) foram positivos/reagente, um (0,7%) negativo/não reagente e um (0,7%) inconclusivo. Em 15 (10,2%) casos este exame não foi realizado.

TABELA 19 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS NO MUNICÍPIO E SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV E TESTE DE TRIAGEM

EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV - TESTE DE TRIAGEM	N	%
Positivo/Reagente	130	88,4%
Negativo/Não reagente	1	0,7%
Inconclusivo	1	0,7%
Não-realizado	15	10,2%
Indeterminado	0	0,0%
Ignorado	0	0,0%
TOTAL	147	100,0%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Quanto ao teste confirmatório para HIV na evidência laboratorial de infecção pelo HIV, 131 (89,1%) foram positivos/reagentes, duas (1,4%) notificações com campo ignorado e uma (0,7%) notificação com resultado indeterminado. Em 13 (8,8%) notificações, o teste confirmatório para HIV não foi realizado.

TABELA 20 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV- TESTE CONFIRMATÓRIO

EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV - TESTE CONFIRMATÓRIO	N	%
Positivo/Reagente	131	89,1%
Negativo/Não reagente	0	0,0%
Inconclusivo	0	0,0%
Não-realizado	13	8,8%
Indeterminado	1	0,7%
Ignorado	2	1,4%
TOTAL	147	100,0%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Quanto a evidência laboratorial de infecção pelo HIV, como podemos observar na TABELA 21, o Teste Rápido 1 foi positivo/reagente em 19 (13%) notificações, em 16 (11%) casos não foi realizado, em três (2%) casos estava ignorado e em 109 (74%) notificações este campo não estava preenchido. O Teste Rápido 2 foi positivo/reagente em 19 (13%) notificações, em 16 (11%) casos não foi realizado, em três (2%) casos ignorados e em 109 (74%) este campo não estava preenchido. O Teste Rápido 3 foi positivo/reagente em cinco (3,4%) notificações, em 27 (18,4%) casos não foi realizado, em três (2%) casos estava ignorado e em 112 (76,2%) casos este campo não estava preenchido.

TABELA 21 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO TESTES RÁPIDOS REALIZADOS

TESTE RÁPIDO	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
Reagente	19	13%	19	13%	5	3,4%
Não reagente	0	0%	0	0%	0	0%
Inconclusivo	0	0%	0	0%	0	0%
Não-realizado	16	11%	16	11%	27	18,4%
Indeterminado	0	0%	0	0%	0	0%
Ignorado	3	2%	3	2%	3	2%
Vazias	109	74%	109	74%	112	76,2%

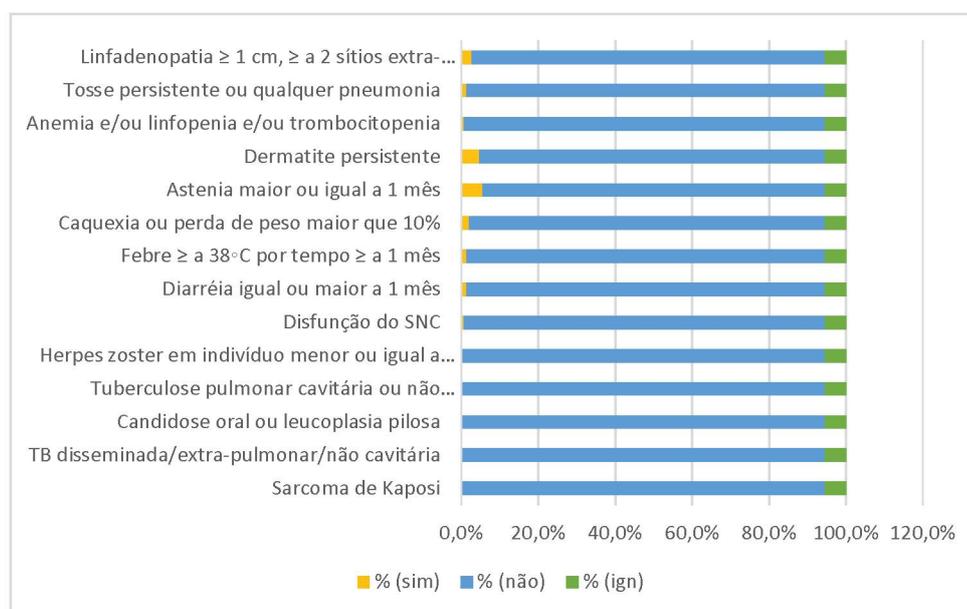
FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Os sinais e sintomas relatados, segundo o critério Rio de Janeiro/Caracas foram: astenia com tempo maior ou igual a um mês em oito (5,4%) pessoas, dermatite persistente em

sete (4,8%) pessoas, linfadenopatia ≥ 1 cm ≥ 2 sítios extra-inguinais e por tempo \geq a 1 mês com quatro (2,7%) pessoas, caquexia ou perda de peso maior que 10% em três (2%) pessoas, diarreia igual ou maior a 1 mês em duas (1,4%) pessoas, febre \geq a 38°C por tempo \geq a 1 mês em duas (1,4%) pessoas, tosse persistente ou qualquer pneumonia em duas (1,4%) pessoas, disfunção do sistema nervoso central em uma (0,7%) pessoa e anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia em uma (0,7%) pessoa. Ressalta-se que cada caso notificado pode ter apresentado mais de um sintoma. Entre os notificados por HIV, 111 (75,5%) casos não apresentavam sintomas do agravo, conforme o GRÁFICO 26.

GRÁFICO 26 – CASOS NOTIFICADAS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Conforme a TABELA 22, no período de 2007 a 2016 ocorreu um óbito por HIV no Município de São José dos Pinhais. Em duas fichas de notificação o campo evolução do caso estava ignorado.

TABELA 22 – CASOS NOTIFICADOS POR HIV, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO DO CASO	N	%
Vivo	144	98%
Óbito por aids	1	1%
Óbito por outras causas	0	0%
Ignorado	2	1%
TOTAL	147	100%

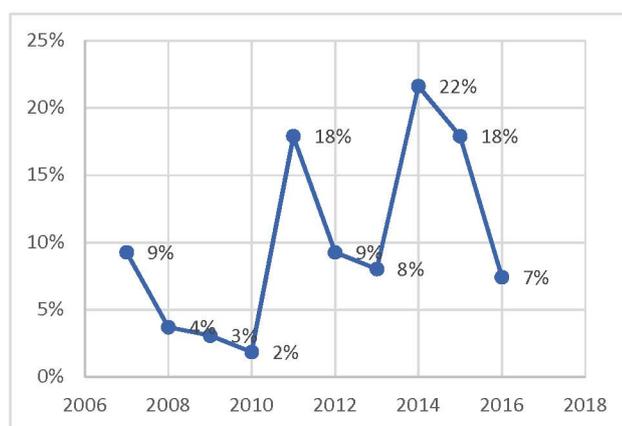
FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

4.12 NOTIFICAÇÕES POR AIDS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – PARANÁ, 2007 A 2016

Em São José dos Pinhais foram notificados, no período de 2007 até 2016, 162 pessoas que vivem com aids, na faixa etária de 20 a 29 anos. Destes, 160 (99%) casos foram definidos por meio do critério *CDC* adaptado e dois (1%) casos por meio do Critério Rio de Janeiro/Caracas. Quanto a distribuição dos casos de aids por ano de notificação, conforme o GRÁFICO 27, no ano de 2007 foram notificados 15 (9%) casos, seis (4%) em 2008, cinco (3%) em 2009, três (2%) em 2010, 29 (18%) em 2011, 15 (9%) em 2012, 13 (8%) em 2013, 35 (22%) em 2014, 29 (18%) em 2015 e 12 (7%) casos em 2016.

GRÁFICO 27 – CASOS DE AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, POR ANO DE NOTIFICAÇÃO



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Conforme a TABELA 23, no ano de 2007, ocorreram nove (15%) notificações em pessoas do sexo feminino, cinco (8%) notificadas em 2008, duas (3,5%) notificadas em 2009, três (5%) notificadas em 2010, 12 (20,5%) notificadas em 2011, quatro (7%) notificadas em 2012, três (5%) notificadas em 2013, 11 (19%) notificadas 2014, sete (12%) notificadas em 2015 e três (5%) notificadas em 2016, totalizando 59 mulheres o que corresponde a 36,4% do total de casos notificados com aids neste período.

No ano de 2007 ocorreram seis (6%) casos notificados em pessoas do sexo masculino, um (1%) notificado em 2008, três (3%) notificados em 2009, em 2010 não ocorreu nenhuma notificação, 17 (17%) notificados em 2011, 11 (10,5%) notificados em 2012, 10 (9,5%) notificados em 2013, 24 (23%) notificados em 2014, 22 (21%) notificados em 2015 e nove (9%) notificados em 2016, totalizando 103 homens, o que corresponde a 63,6% do total de casos notificados com aids neste mesmo período.

TABELA 23 – CASOS NOTIFICADAS POR AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ANO DE NOTIFICAÇÃO E SEXO

ANO	MULHERES		HOMENS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
2007	9	15%	6	6%	15	9%
2008	5	8%	1	1%	6	4%
2009	2	3,5%	3	3%	5	3%
2010	3	5%	0	0%	3	2%
2011	12	20,5%	17	17%	29	18%
2012	4	7%	11	10,5%	15	9%
2013	3	5%	10	9,5%	13	8%
2014	11	19%	24	23%	35	22%
2015	7	12%	22	21%	29	18%
2016	3	5%	09	9%	12	7%
TOTAL	59	100%	103	100%	163	100%

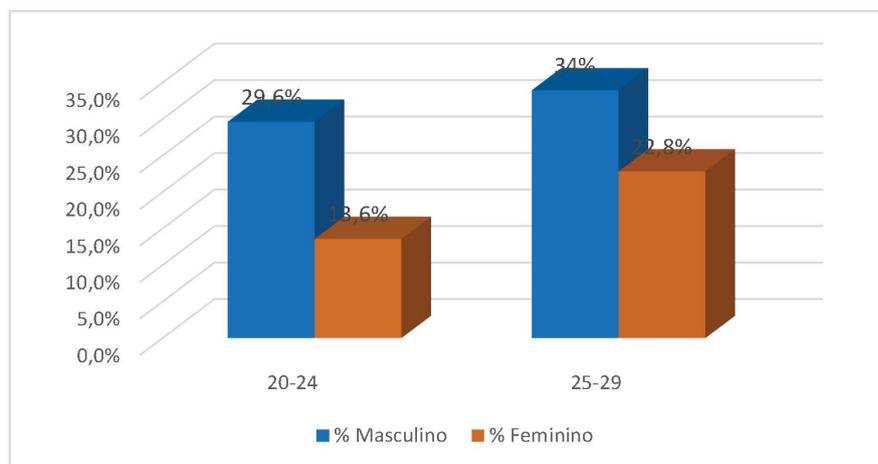
FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Nos casos notificados por aids no período de 2007 a 2016, em pessoas do sexo feminino, foram 22 (13,6%) notificações na faixa etária de 20 a 24 anos e 37 (22,8%) na faixa etária de 25 a 29 anos entre todos os casos notificados com aids.

No mesmo período, pessoas do sexo masculino representaram 48 (29,6%) casos notificados na faixa etária de 20 a 24 anos e 55 (34%) casos na faixa etária de 25 a 29 anos, entre todos os casos notificados com aids, como podemos observar no GRÁFICO 28.

GRÁFICO 28 – CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. NO PERÍODO DE 2007 A 2016, NOS SEXOS MASCULINO E FEMININO



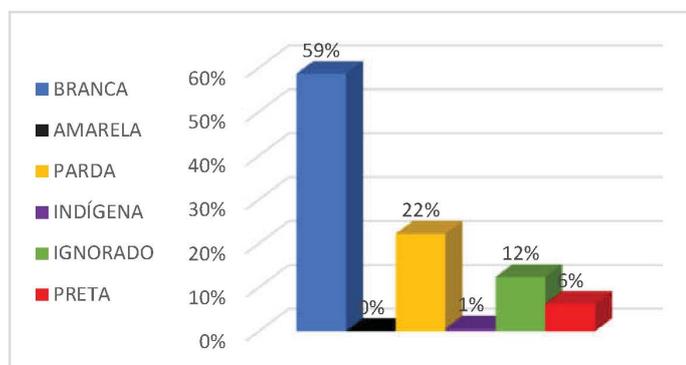
FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Quanto ao estado gestacional, entre as 59 mulheres notificadas com aids, foram identificadas três (5%) mulheres em fase gestacional, dessas, duas (3%) estavam no primeiro trimestre e uma (2%) no segundo trimestre da gravidez.

Entre as 162 pessoas notificadas por aids no período de 2007 a 2016, 95 (59%) pessoas declararam pertencer à raça branca, 36 (22%) à raça parda, 10 (6%) à raça negra, um (1%) à raça indígena e 20 (12%) encontravam-se com este campo ignorado.

GRÁFICO 29 – CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA/COR DECLARADA

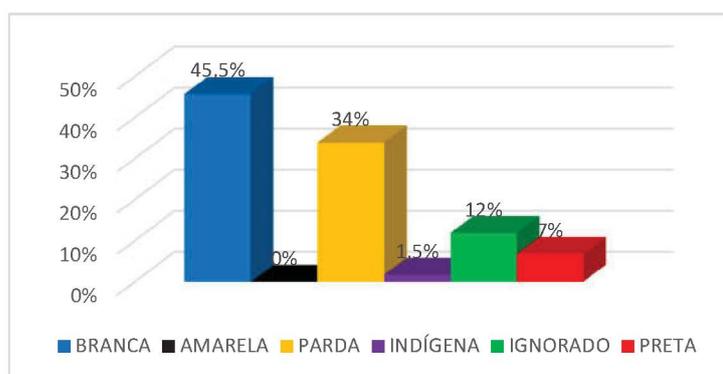


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Do total de casos de aids notificados em mulheres, 27 (45,5%) pessoas declararam pertencer à raça branca, 20 (34%) casos à raça parda, uma (1,5%) mulher pertencente à raça indígena, quatro (7%) casos à raça negra, e sete (12%) casos encontravam-se com o registro ignorado neste campo.

GRÁFICO 30 – CASOS DE MULHERES NOTIFICADAS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA/COR DECLARADA

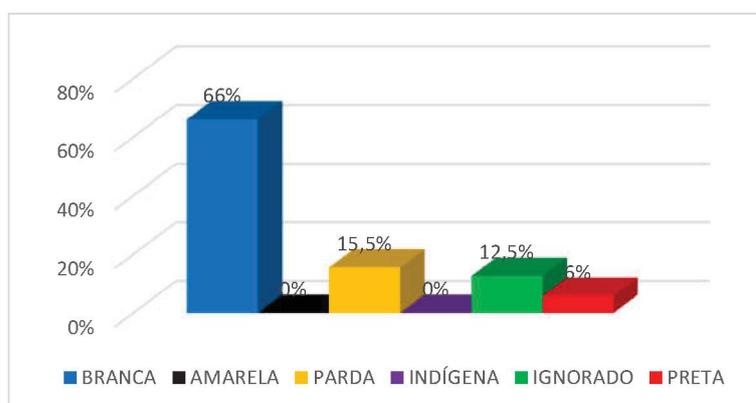


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

No período de 2007 a 2016 foram notificados 103 homens com aids, 68 (66%) casos pertencem à raça branca, 16 (15,5%) à raça parda, seis (6%) à raça negra e 13 (12,5%) apresentaram este campo ignorado, conforme o GRÁFICO 31.

GRÁFICO 31 – CASOS DE HOMENS NOTIFICADOS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA/COR DECLARADA

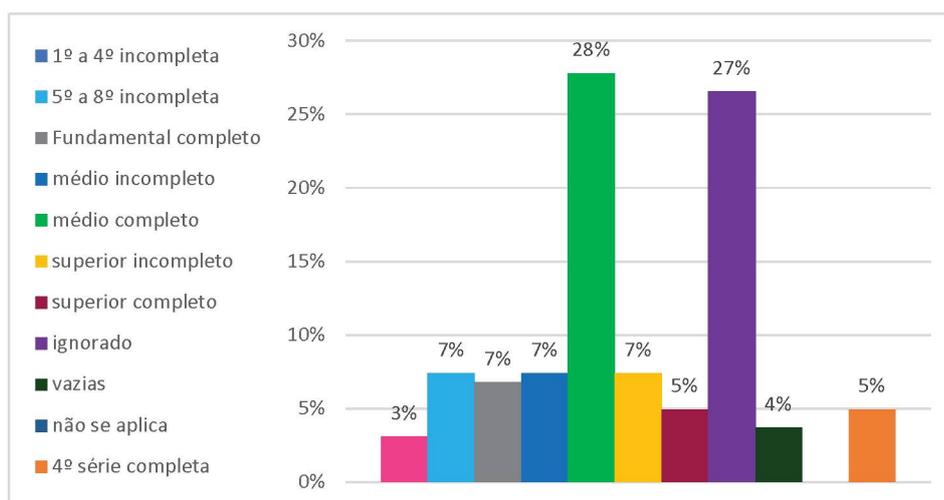


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

O GRÁFICO 32 apresenta o nível de escolaridade das pessoas notificadas com aids no período de 2007 a 2016. Entre os 162 casos notificados, cinco (3%) cursaram da 1ª a 4ª série, oito (5%) 4ª série completa, 12 (7%) de 5ª a 8ª série incompleta, 11 (7%) fundamental completo, 12 (7%) médio incompleto, 45 (28%) médio completo, 12 (7%) superior incompleto, oito (5%) superior completo. Do total de notificados por aids, 43 (27%) pessoas notificadas tiveram este campo preenchido como ignorado e seis (4%) casos o campo não foi preenchido.

GRÁFICO 32 – CASOS NOTIFICADAS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ESCOLARIDADE

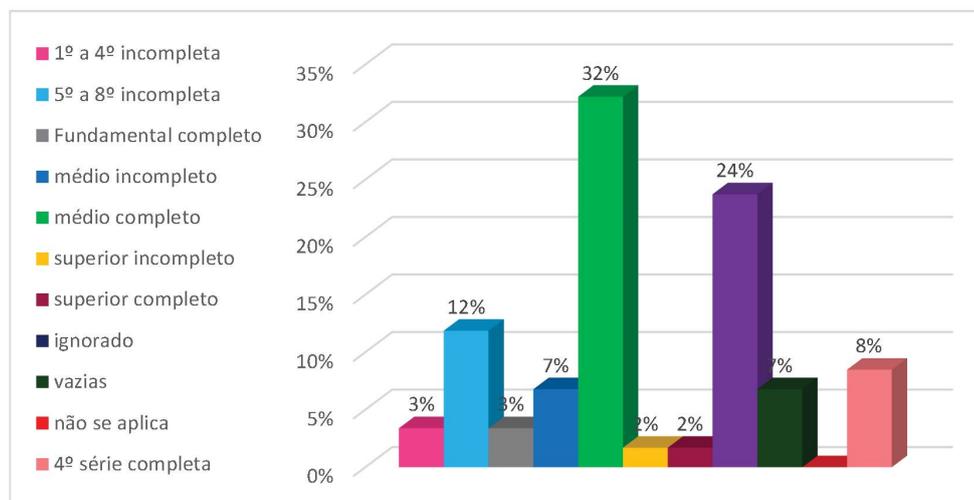


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Nos casos de mulheres notificadas com aids, duas (3%) cursaram da 1ª a 4ª série, cinco (8%) 4ª série completa, sete (12%) 5ª a 8ª série incompleta, duas (3%) fundamental completo, quatro (7%) médio incompleto, 19 (32%) médio completo, uma (2%) superior incompleto, uma (2%) superior completo. Do total de mulheres notificadas por aids, 14 (24%) notificadas tiveram este campo preenchido como ignorado e quatro (7%) o campo não foi preenchido.

GRÁFICO 33 – CASOS DE MULHERES NOTIFICADAS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ESCOLARIDADE

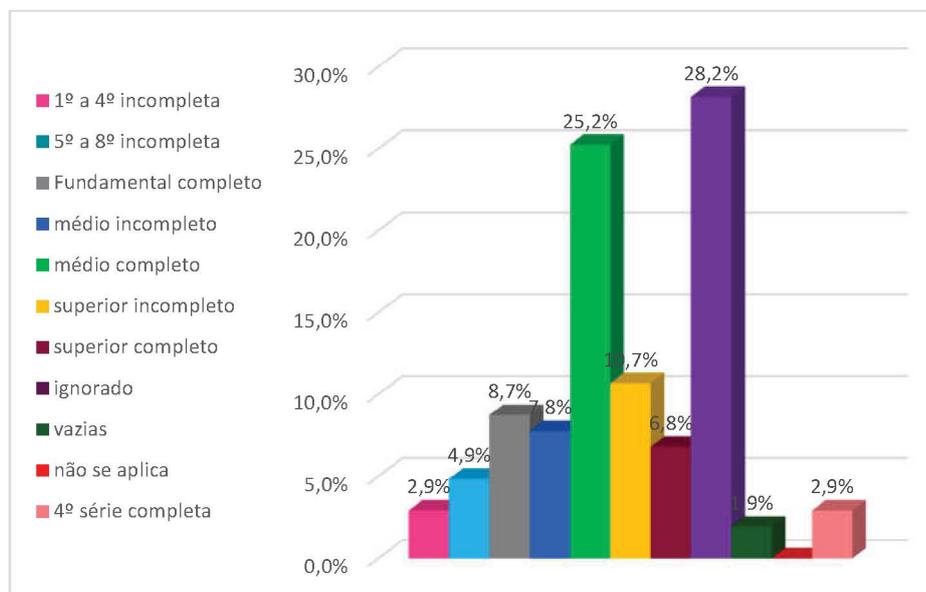


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Entre os homens notificados com aids, três (2,9%) cursaram da 1ª a 4ª série, três (2,9%) 4ª série completa, cinco (4,9%) 5ª a 8ª série incompleta, nove (8,7%) fundamental completo, oito (7,8%) médio incompleto, 26 (25,2%) médio completo, 11 (10,7%) superior incompleto, sete (6,8%) superior completo. Do total de homens notificados por aids 29, (28,2%) notificados tiveram este campo preenchido como ignorado e dois (1,9%) casos o campo não foi preenchido.

GRÁFICO 34 – CASOS DE HOMENS NOTIFICADAS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO ESCOLARIDADE



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Conforme o GRÁFICO 35, pessoas que declaram pertencer à raça branca representam 95 (59%) do total dos casos notificados com aids, um (0,5%) apresentou de 1ª a 4ª série incompleta, dois (1%) 4ª série completa, seis (4%) de 5ª a 8ª série, sete (4,5%) fundamental completo, cinco (3%) médio incompleto, 29 (18%) médio completo, nove (6%) superior incompleto, sete (4%) superior completo, 26 (16%) das fichas de notificação estavam com o campo ignorado e três (2%) não estavam com este campo preenchido.

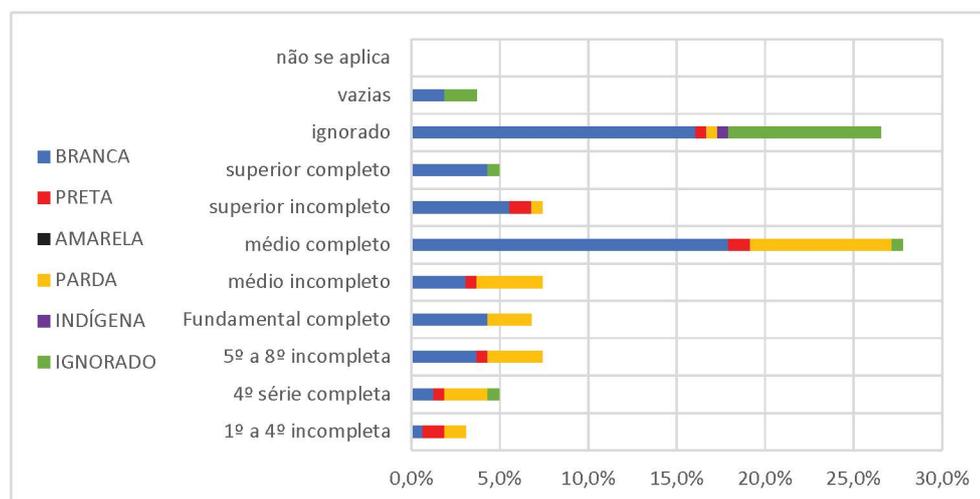
Pessoas da raça negra corresponderam a 10 (6%) casos notificados com aids, sendo dois (1,2%) com 1ª a 4ª série incompleta, um (0,6%) com 4ª série completa, um (0,6%) com 5ª a 8ª série incompleta, um (0,6%) com médio incompleto, dois (1,2%) com médio completo, dois (1,2%) com superior incompleto e um (0,6%) com este campo ignorado.

Foram 36 (22%) casos notificados com aids de pessoas que declararam pertencer à raça parda, sendo dois (1%) com 1ª a 4ª série incompleta, quatro (2%) com 4ª série completa, cinco (3%) com 5ª a 8ª série incompleta, quatro (2%) com fundamental completo, seis (4%) com médio incompleto, 13 (8%) com médio completo, um (1%) com superior incompleto e um (1%) com o campo escolaridade ignorado.

Uma pessoa (1%) declarou pertencer à raça indígena e o campo escolaridade estava como ignorado. Em 20 (12%) pessoas notificadas com aids, o campo raça estava ignorado,

um (0,5%) com 4ª série completa, um (0,5%) com ensino médio completo, um (05%) com superior completo, 14 (8,5%) com escolaridade ignorada e três (2%) com o campo escolaridade não preenchido.

GRÁFICO 35 – CASOS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO RAÇA DECLARADA E ESCOLARIDADE



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Entre as 59 (36%) mulheres notificadas com aids, conforme o GRÁFICO 36, a raça branca foi declarada em 27 (45%) casos, sendo que uma (2%) apresentou 4ª série completa, duas (3%) de 5ª a 8ª série, uma (2%) fundamental completo, uma (2%) ensino médio incompleto, 11 (18%) ensino médio completo, nove (15%) com o campo escolaridade ignorado e duas (3%) não estavam com este campo preenchido.

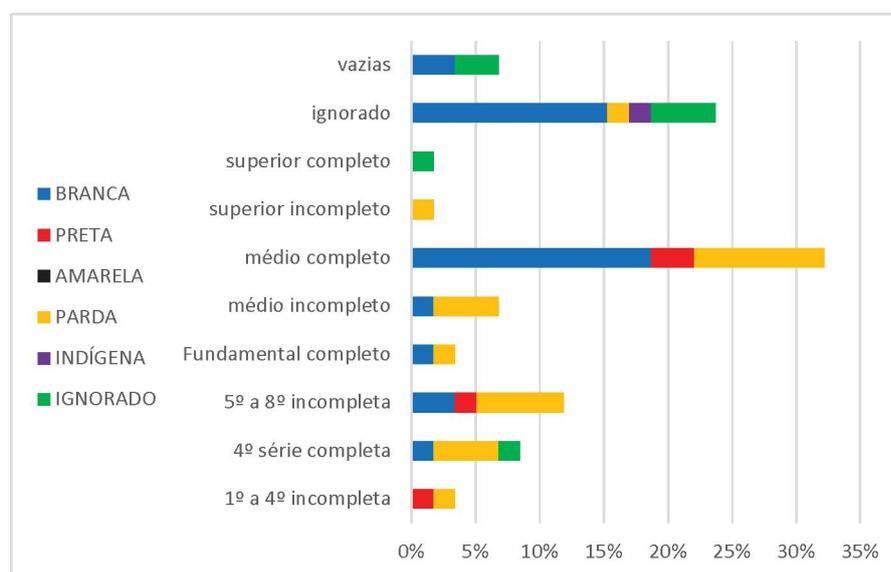
A raça negra foi declarada em quatro (7%) mulheres notificadas com aids, sendo uma (2%) com 1ª a 4ª série incompleta, uma (2%) com 5ª a 8ª série incompleta e duas (3%) com médio completo.

Quanto a raça parda foi declarada em 20 (34%) casos de mulheres notificadas com aids, sendo uma (1,8%) com 1ª a 4ª série incompleta, três (5%) com 4ª série completa, quatro (7%) com 5ª a 8ª série incompleta, uma (1,8%) com fundamental completo, três (5%) com ensino médio incompleto, seis (10%) com ensino médio completo, uma (1,8%) com superior incompleto e uma (1,8%) com este campo ignorado.

A raça indígena foi declarada em uma (2%) mulher notificada com o campo escolaridade ignorado. Em sete (12%) mulheres notificadas com aids o campo raça estava

ignorado, sendo uma (2%) com 4ª série completa, uma (2%) com nível superior completo, três (5%) com escolaridade ignorada e duas (3%) com o campo escolaridade não preenchido.

GRÁFICO 36 – CASOS DE MULHERES NOTIFICADAS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE



FONTE: A autora (2018).

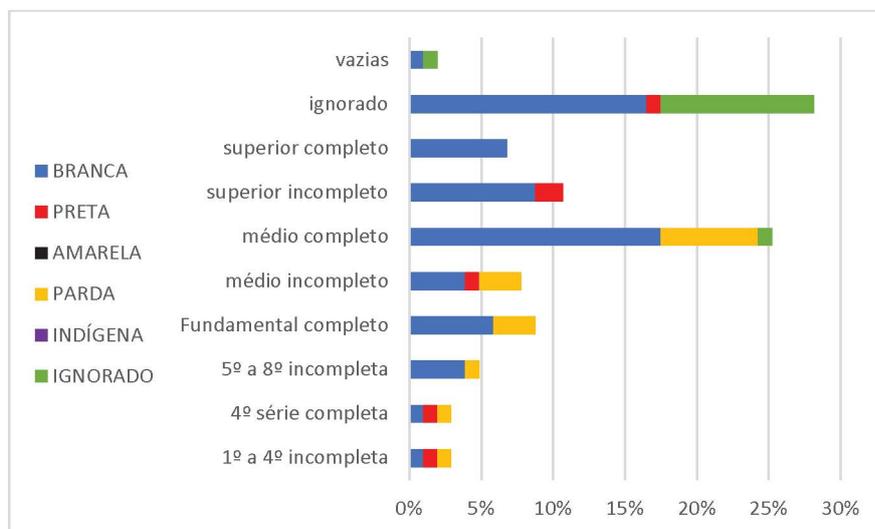
NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Conforme o GRÁFICO 37, entre os 103 (64%) casos de homens notificados com aids, 68 (66%) homens são brancos. Desses, um (1%) apresentou de 1ª a 4ª série incompleta, um (1%) com 4ª série completa, quatro (4%) de 5ª a 8ª série, seis (6%) fundamental completo, quatro (4%) médio incompleto, 18 (17%) com ensino médio completo, nove (8,5%) com ensino superior incompleto, sete (7%) com ensino superior completo, 17 (16,5%) com o campo escolaridade ignorado e um (1%) com este campo não preenchido.

A raça negra apresentou seis (6%) homens notificados com aids, sendo um (1%) com 1ª a 4ª série incompleta, um (1%) com 4ª série completa, um (1%) com ensino médio incompleto, dois (2%) com ensino superior incompleto e um (1%) com este campo ignorado.

A raça parda apresentou 16 (16%) casos de homens notificados com aids, sendo um (1%) com 1ª a 4ª série incompleta, um (1%) com 4ª série completa, um (1%) com 5ª a 8ª série incompleta, três (3%) com fundamental completo, três (3%) com médio incompleto e sete (7%) com médio completo. Em 13 (12%) homens notificados com aids com o campo raça ignorado, desses, um (1%) caso com ensino médio completo, 11 (10%) com escolaridade ignorada e um (1%) caso com o campo escolaridade não preenchido.

GRÁFICO 37 – CASOS DE HOMENS NOTIFICADOS COM AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Entre as 162 notificações de aids, as ocupações encontrados nas fichas foram: Grupo 6 – Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, 27 (17%) notificações; Grupo 4 - Técnico de nível médio, 12 (7%) notificações; Grupo 8 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, sete (4,5%) notificações; Grupo 5 - Trabalhadores de serviços administrativos cinco, (3%) notificações e Grupo 3 - Profissionais das ciências e das artes, quatro (2,5%) notificações. Em 23 (14%) notificações a ocupação registrada foi dona de casa, em 10 (6%) notificações as pessoas encontravam-se desempregadas, em três (2%) eram estudantes e em 71 (44%) o campo apresentava-se não preenchido na ficha de notificação, conforme a TABELA 24.

TABELA 24 – CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

GRUPOS ¹⁹	OCUPAÇÃO	N	%
1	Forças Armadas, policiais e bombeiros militares	0	0%
2	Membros superiores do poder público, dirigentes de organização de interesse público e de empresas e gerentes	0	0%
3	Profissionais das ciências e das artes	4	2,5%
4	Técnico de nível médio	12	7%
5	Trabalhadores de serviços administrativos	5	3%
6	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	27	17%
7	Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	0	0%
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	7	4,5%
9	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	0	0%
	Ignorado	0	0%
	Estudante	3	2%
Outros	Dona de casa	23	14%
	Desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter	10	6%
	Não preenchido	71	44%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

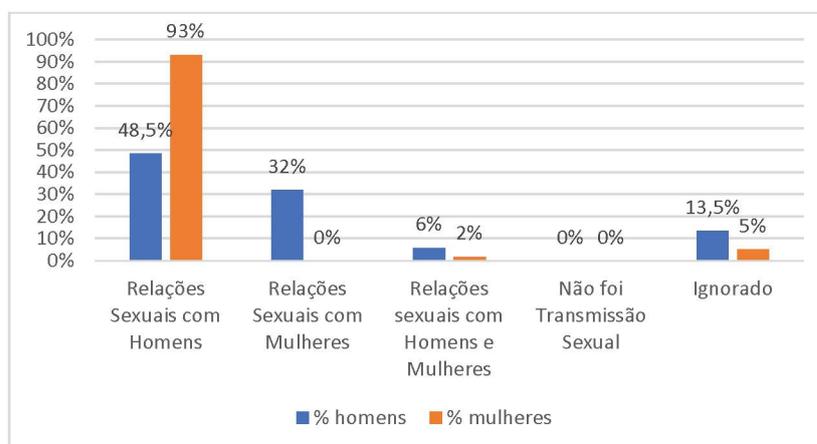
Nos casos notificados por aids, no período de 2007 a 2016, ocorreu uma (1%) notificação com provável modo de transmissão vertical e três (2%) notificações com este campo ignorado.

Conforme o GRÁFICO 38, nos casos de aids em homens, observamos que 50 (48,5%) notificações são de homens que mantém relações sexuais com homens, 33 (32%) casos de homens que mantém relações sexuais com mulheres e seis (6%) homens que mantém relações bissexuais. Em 14 (13,5%) notificações o campo provável modo de transmissão estava ignorado.

Nos casos notificados em mulheres, 55 (93%) notificações foram de mulheres que mantém relações sexuais com homens e um (2%) caso de mulher que mantém relação bissexual. Em três (5%) notificações o campo provável modo de transmissão estava ignorado.

¹⁹ Ocupações segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego, seguindo a divisão pelos grandes grupos (BRASIL, 2010b). As ocupações estudante, dona de casa, desempregado crônico cuja ocupação habitual não foi possível obter, ignorado e vazio são modalidades procedentes do SINAN-Net.

GRÁFICO 38 – CASOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO SEXO E PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO - SEXUAL



FONTE: A autora (2018).

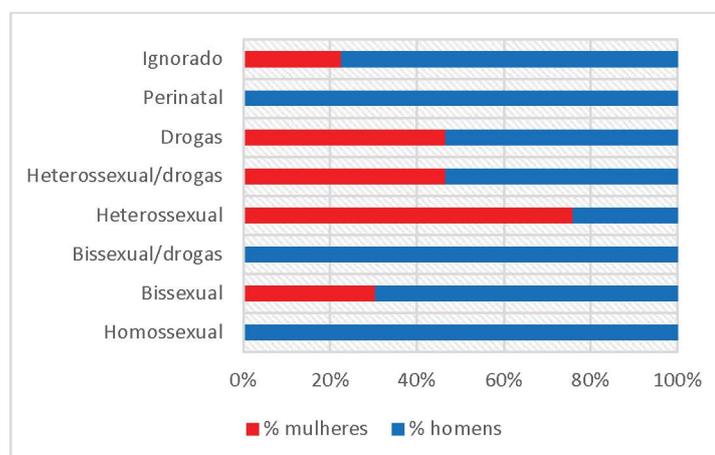
NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Quanto a provável forma de transmissão, segundo forma parenteral, ocorreu oito (5%) casos por meio de compartilhamento de insumos de drogas injetáveis e um (1%) caso por transfusão sanguínea.

O GRÁFICO 39, apresenta as categorias de exposição encontradas nas notificações de aids. Entre os 103 (64%) casos de homens notificados, a categoria homossexual apresentou 50 (48,5%) casos, bissexual com quatro (4%) casos, bissexual/drogas com dois (2%) casos, heterossexual com 30 (29%) casos, heterossexual/drogas com dois (2%) casos, drogas com dois (2%) casos, perinatal com um (1%) caso e 12 (11,5%) casos estavam ignorados nas fichas de notificação.

Entre as 59 (36%) mulheres notificadas por aids, a categoria de exposição bissexual apresentou um (1,5%) caso, heterossexual 54 (92%) casos, heterossexual/drogas um (1,5%) caso, drogas um (1,5%) caso e dois (3,5%) casos estavam ignorados na ficha de notificação.

GRÁFICO 39 – CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO E SEXO



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Nas notificações realizadas de aids quanto a evidência laboratorial de infecção pelo HIV, no teste de triagem, 137 (84,6%) foram positivos/reagentes e dois (1,2%) negativos/não reagentes. Em oito (4,9%) casos este campo estava ignorado e em 15 (9,3%) casos este exame não foi realizado.

TABELA 25 – CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV- TESTE DE TRIAGEM

EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV - TESTE DE TRIAGEM	N	%
Positivo/Reagente	137	84,6%
Negativo/Não reagente	2	1,2%
Inconclusivo	0	0,0%
Não-realizado	15	9,3%
Indeterminado	0	0,0%
Ignorado	8	4,9%
TOTAL	162	100,0%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

A evidência laboratorial de infecção pelo HIV, no teste confirmatório para HIV nos casos notificados por aids, 150 (92,6%) foram positivos/reagentes, um (0,6%) inconclusivo, em cinco (3,1%) casos este exame não foi realizado e seis (3,7%) casos estavam com este campo preenchido como ignorado.

TABELA 26 – CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV- TESTE CONFIRMATÓRIO

EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV - TESTE CONFIRMATÓRIO	N	%
Positivo/Reagente	150	92,6%
Negativo/Não reagente	0	0,0%
Inconclusivo	1	0,6%
Não-realizado	5	3,1%
Indeterminado	0	0,0%
Ignorado	6	3,7%
TOTAL	162	100,0%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Quanto a evidência laboratorial de infecção pelo HIV, nos testes rápidos, o Teste Rápido 1 foi positivo/reagente em 19 (12%) notificações, em 38 (23%) notificações este exame não foi realizado, em nove (6%) notificações este campo estava ignorado e em 96 (59%) notificações este campo não estava preenchido. O Teste Rápido 2 foi positivo/reagente em 14 (9%) casos, em 42 (26%) casos este exame não foi realizado, em 10 (6%) casos este campo estava preenchido como ignorado e em 96 (59%) casos este campo não estava preenchido. O Teste Rápido 3 foi positivo/reagente em três (2%) casos, em 45 (28%) casos este exame não foi realizado, em 12 (7%) casos este campo estava ignorado e em 102 (63%) casos este campo não estava preenchido.

TABELA 27 – CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV- TESTE RÁPIDO

TESTE RÁPIDO	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
Positivo/Reagente	19	12%	14	9%	3	2%
Negativo/Não reagente	0	0%	0	0%	0	0%
Inconclusivo	0	0%	0	0%	0	0%
Não-realizado	38	23%	42	26%	45	28%
Indeterminado	0	0%	0	0%	0	0%
Ignorado	9	6%	10	6%	12	7%
Vazias	96	59%	96	59%	102	63%

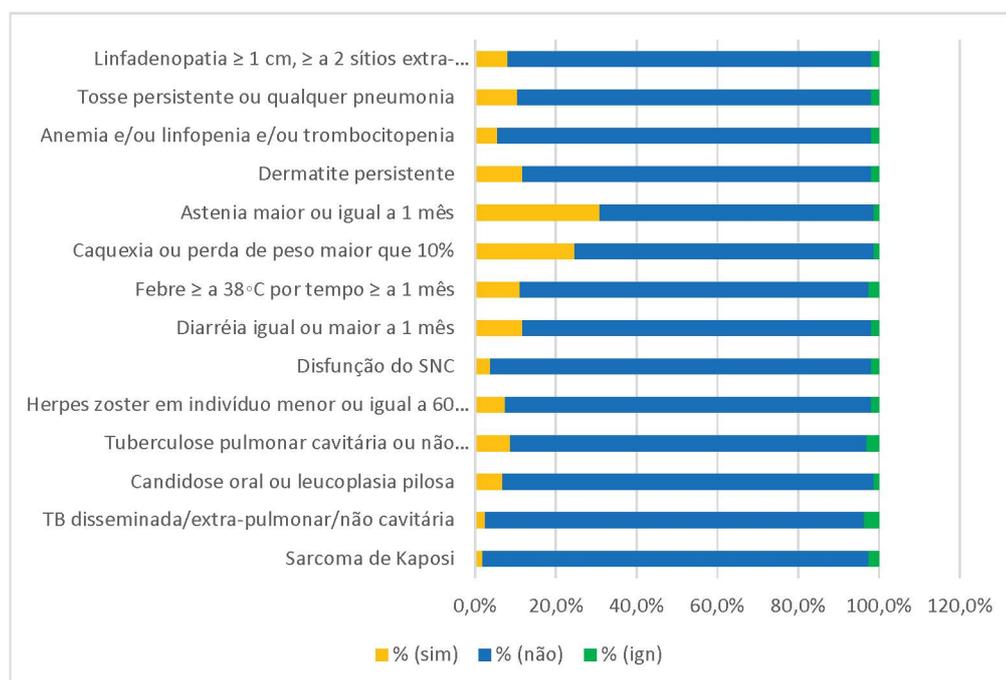
FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Os sinais e sintomas verificados nos 162 casos de aids, segundo o critério Rio de Janeiro/Caracas foram: astenia 50, (30,9%) pessoas; caquexia, 40 (24,7%) pessoas; dermatite, 19 (11,7%) pessoas; diarreia com tempo igual ou maior a 1 mês, 19 (11,7%) pessoas; febre \geq

a 38°C por tempo \geq a 1 mês, 18 (11,1%) pessoas; tosse persistente ou pneumonia, 17 (10,5%) pessoas; tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada, 14 (8,6%) pessoas; linfadenopatia, 13 (8%) pessoas; herpes zoster, 12 (7,4%) pessoas; candidose oral, 11 (6,8%) pessoas; anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia, nove (5,6%) pessoas; disfunção do sistema nervoso central, seis (3,7%) pessoas; tuberculose disseminada/extrapulmonar/não cavitária, quatro (2,5%) pessoas e sarcoma de Kaposi, três (1,9%) pessoas. Ressalta-se que cada caso notificado pode ter apresentado mais de um sintoma e dois (1%) casos notificados com aids foram definidos por meio do Critério Rio de Janeiro/Caracas. Entre os notificados por aids, 75 (46%) casos não apresentavam nenhum sinal e sintoma do Critério Rio de Janeiro Caracas, conforme o GRÁFICO 40.

GRÁFICO 40 – CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS



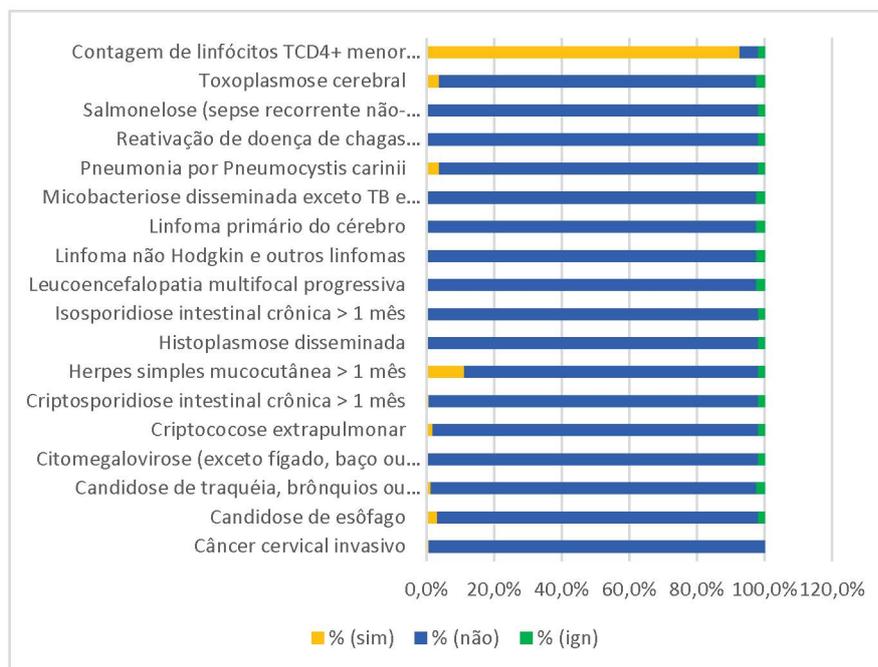
FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Conforme o GRÁFICO 41, 160 casos de aids foram definidos segundo Critério *CDC* Adaptado. Os sinais e sintomas foram: contagem de linfócitos TCD4 menor que 350 cel/mm³, 150 (92,6%) casos; herpes simples mucocutânea > 1 mês, 18 (11,1%) casos; pneumonia por *Pneumocystis carinii*, seis (3,7%) casos; toxoplasmose cerebral, seis (3,7%) casos; candidose de esôfago, cinco (3,1%) casos; criptococose extrapulmonar, três (1,9%)

casos; candidose de traquéia, brônquios ou pulmão, dois (1,2%) casos; câncer cervical invasivo, um (0,6%) caso e criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês, um (0,6%) caso.

GRÁFICO 41 – CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO CRITÉRIO CDC ADAPTADO

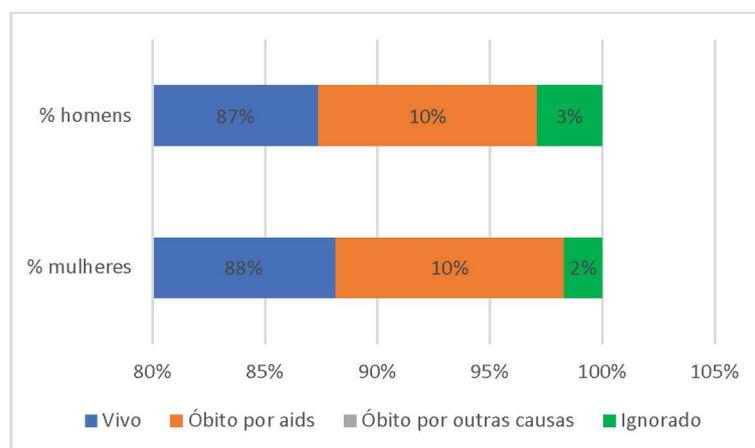


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Entre os 162 casos notificados por aids no período de 2007 a 2016, 16 casos (10%) evoluíram para óbito por aids. Ocorreram seis (9,7%) óbitos por aids em mulheres. Nos homens ocorreram 10 (10,2%) óbitos por aids. A faixa etária de 20 a 24 anos obteve sete (44%) óbitos e a faixa etária de 25 a 29 anos obteve nove (56%) óbitos. Em seis (5%) fichas de notificação, o campo evolução do caso estava ignorado.

GRÁFICO 42 – CASOS NOTIFICADOS COM AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO SEXO E EVOLUÇÃO DO CASO



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

4.13 GEOPROCESSAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES POR HIV E AIDS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – PARANÁ, 2007 A 2016

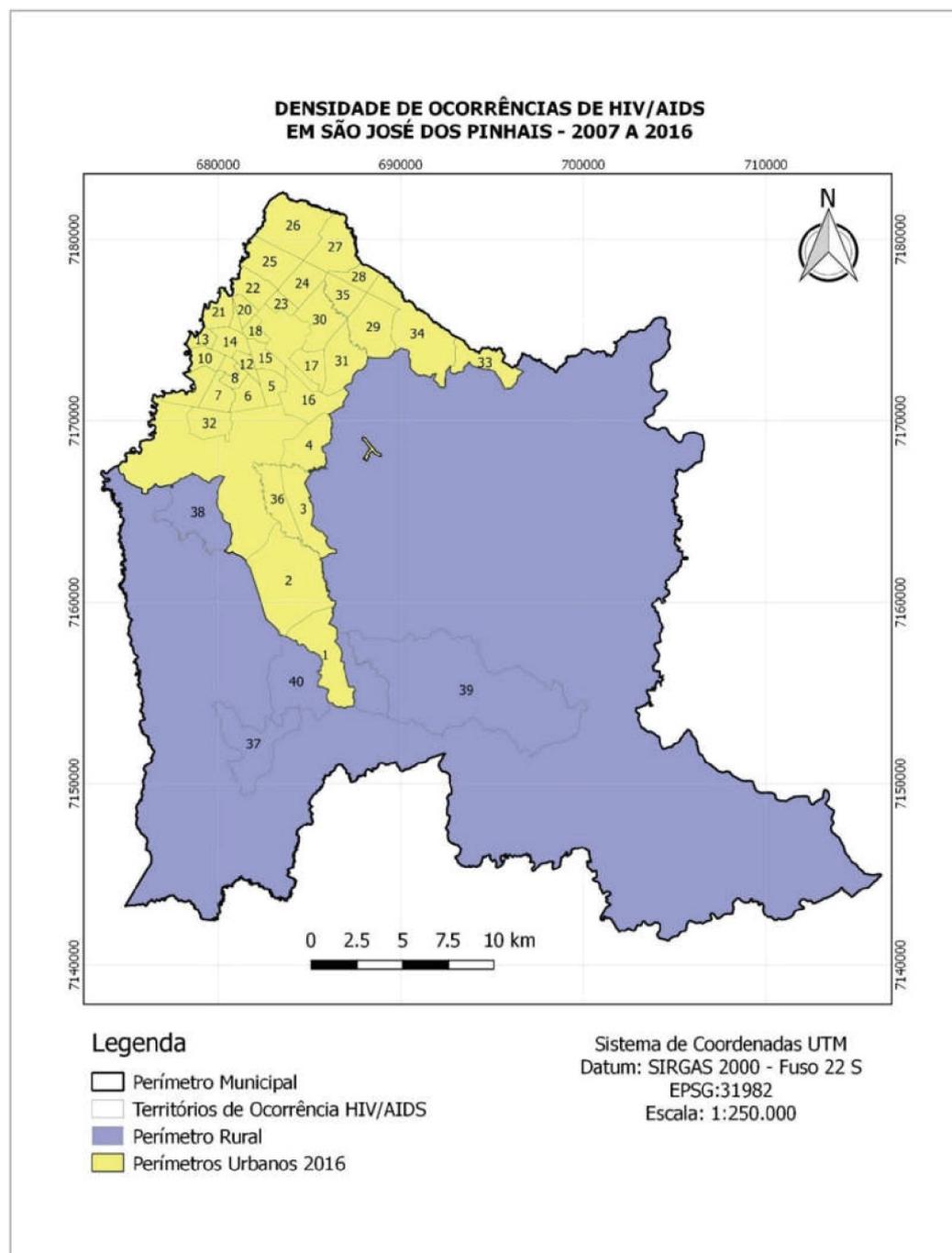
A seguir estão apresentados e descritos os mapas com o geoprocessamento dos casos notificados por HIV/aids em São José dos Pinhais, no período de 2007 a 2016. Conforme já apresentado neste capítulo, no Município foram notificadas 312 pessoas na etária delimitada para a pesquisa no período. Após codificação de todos os casos utilizando-se o software *Google Earth Pro* foram identificados três casos com código de notificação de São José dos Pinhais e logradouros referentes a Cidade de Curitiba (dois casos) e de Piraquara (um caso), o que resultou no quantitativo de 309 pessoas notificadas e residentes no Município de São José dos Pinhais para esta fase do estudo.

Após codificação dos 309 casos com software *Google Earth Pro*, mais 58 (18%) casos foram excluídos da etapa de geoprocessamento devido a logradouros incorretos não localizados com o uso do *software* e *shapefile* de limites do Município de São José dos Pinhais, notificações sem o logradouro do caso notificado e logradouros não correspondentes ou vizinhos aos bairros contidos na ficha de notificação.

O MAPA 1 apresenta os limites de São José dos Pinhais, com ênfase nos territórios²⁰ onde apresentaram casos notificados de HIV e aids. A área urbana apresenta uma extensão territorial de 195,29 Km², com 247 (98%) casos notificados, nos territórios de 1 a 36. A área rural possui 750,95 Km², e concentrou quatro (2%) notificações nos territórios de 37 a 40.

²⁰ O Município de São José dos Pinhais está dividido por bairros na área urbana e colônias na área rural. Para desenvolvimento da técnica de geoprocessamento foi desenvolvido um *shapefile* das regiões (bairros e colônias) onde ocorreram notificações. Esses espaços foram denominados territórios e identificados por números ordinais para não haver a identificação dos mesmos, conforme ilustrado no MAPA 1.

MAPA 1 – ESPECIFICAÇÃO DOS TERRITÓRIOS DE OCORRÊNCIAS HIV/AIDS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS NO PERÍODO DE 2007 A 2016

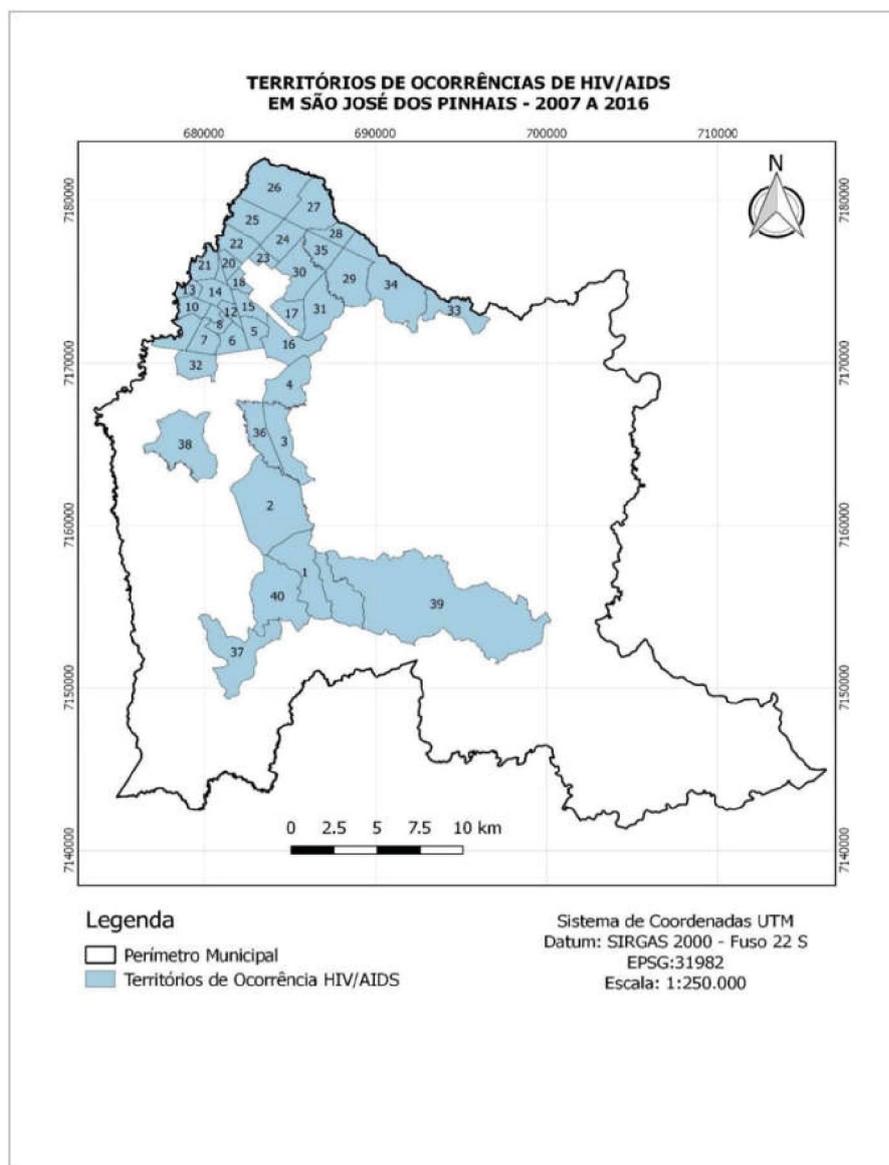


FONTE: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, (2017g, 2017h, não publicado)²¹.
ELABORAÇÃO: A autora (2018).

²¹ Os arquivos vetoriais (*shapefiles*) para construção dos mapas são oriundos da Secretaria de Agricultura e Secretaria de Urbanismo de São José dos Pinhais-PR.

O MAPA 2 ilustra o *shapefile* dos territórios de São José dos Pinhais, numerados de 1 a 40, onde apresentaram casos notificados de HIV/aids. O *shapefile* foi desenvolvido a partir dos casos notificados e sua distribuição pelos territórios de moradia.

MAPA 2 – TERRITÓRIOS DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS COM NOTIFICAÇÕES DE HIV/AIDS NO PERÍODO DE 2007 A 2016



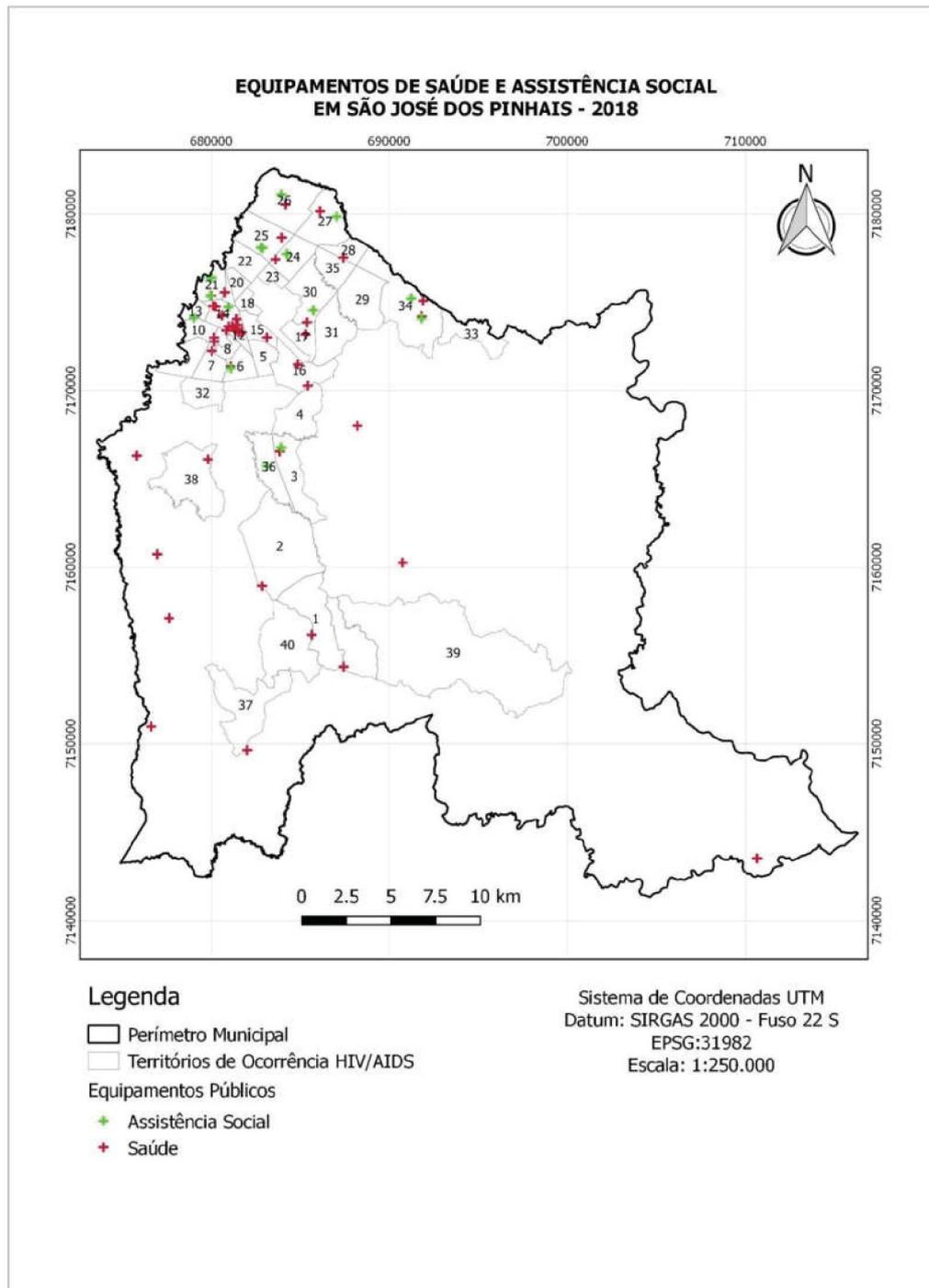
FONTE: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, (2017g, 2017h, não publicado)²².
ELABORAÇÃO: A autora (2018).

²² Os arquivos vetoriais (*shapefiles*) para construção dos mapas são oriundos da Secretaria de Agricultura e Secretaria de Urbanismo de São José dos Pinhais-PR.

O MAPA 3 ilustra a distribuição geográfica dos equipamentos de Saúde e Assistência Social em São José dos Pinhais. Os estabelecimentos de Saúde totalizam 43 equipamentos, conforme descrito no tópico 4.9 deste capítulo, divididos em 35 (81%) na área urbana e oito (19%) na área rural. Os estabelecimentos de Assistência Social totalizam 16 equipamentos localizados em área urbana, também descritos no tópico 4.9.

O Território 1 apresentou um equipamento de saúde (2%); Território 2, um (2%) equipamento de saúde; Território 3, um (2%) equipamento de saúde e um (6%) equipamento de assistência social; Território 6, um (2%) equipamento de saúde e um (6%) equipamento de assistência social; Território 7, um (2%) equipamento de saúde; Território 11, dois (5%) equipamentos de saúde; Território 12, sete (16%) equipamentos de saúde; Território 13, um (6%) equipamento de assistência social; Território 14, cinco equipamentos de saúde (12%) e um (6%) equipamento de assistência social; Território 15, um (2%) equipamento de saúde; Território 16, dois (5%) equipamentos de saúde; Território 17, um (2%) equipamento de saúde; Território 19, um (2%) equipamento de saúde; Território 21, um (2%) equipamento de saúde e três (19%) de assistência social; Território 24, um (2%) equipamentos de saúde e um (6%) de assistência social; Território 25, um (2%) equipamento de saúde e dois (13%) de assistência social; Território 26, um (2%) equipamento de saúde e um (6%) de assistência social; Território 27, um (2%) equipamento de saúde e um (6%) de assistência social; Território 28, um (2%) equipamento de saúde; Território 30, um (2%) equipamento de saúde e um (6%) de assistência social; Território 34, dois (5%) equipamentos de saúde e dois (13%) de assistência social; Território 36, um (6%) equipamento de assistência social; Território 37, um (2%) equipamento de saúde; Território 38, um (2%) equipamento de saúde; e Território 40, um (2%) equipamento de saúde. Os Territórios 4, 5, 8, 9, 10, 18, 20, 22, 23, 29, 31, 32, 33, 35 e 39 não apresentam equipamentos de saúde e/ou assistência social, e sete (16%) equipamentos de saúde não estão em territórios de notificações de casos de HIV/aids.

MAPA 3 – EQUIPAMENTOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

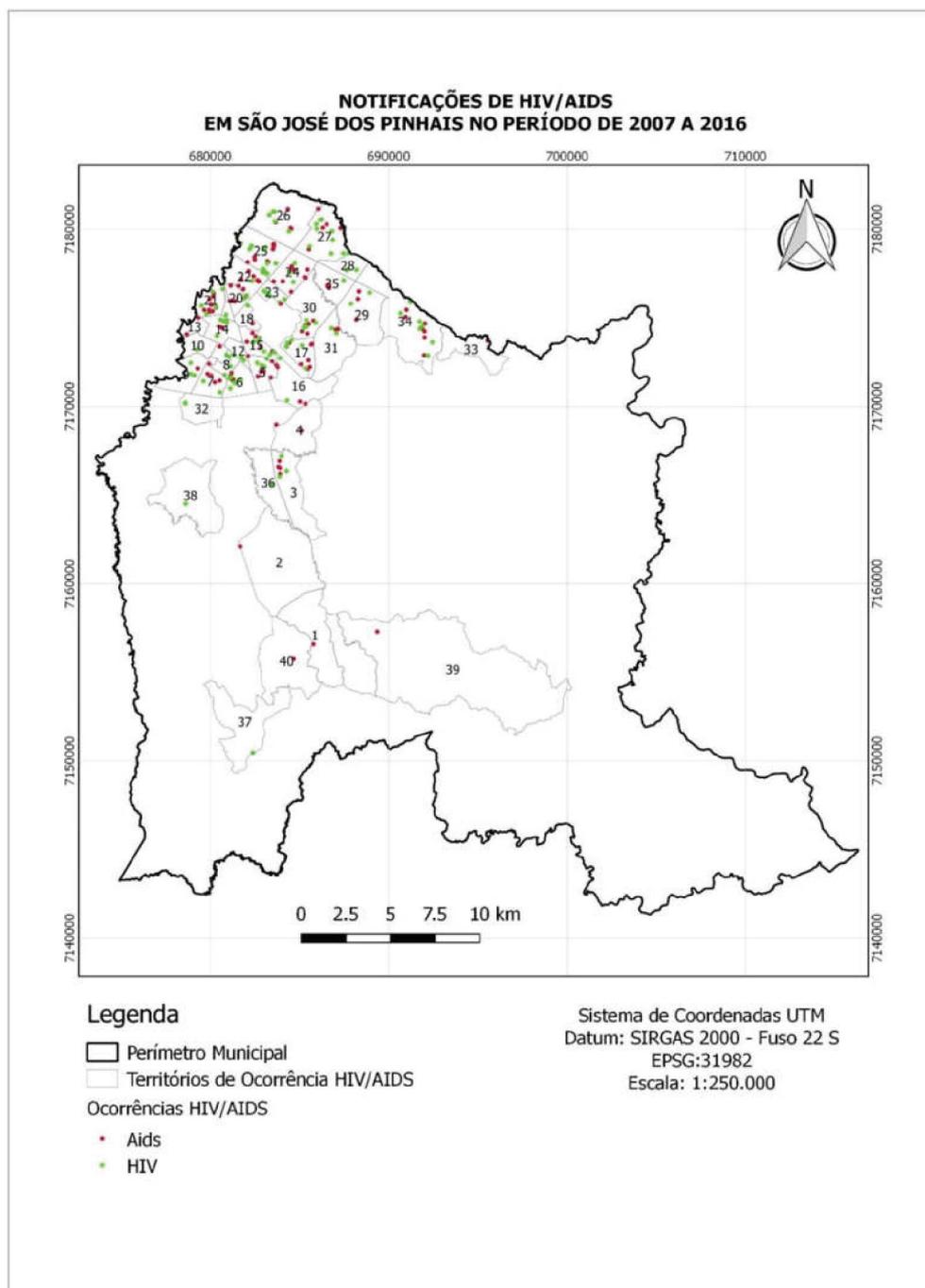


FONTE: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, (2017g, 2017h, não publicado)²³.
ELABORAÇÃO: A autora (2018).

²³ Os arquivos vetoriais (*shapefiles*) para construção dos mapas são oriundos da Secretaria de Agricultura e Secretaria de Urbanismo de São José dos Pinhais-PR.

O MAPA 4 apresenta a distribuição geográfica dos casos notificados de HIV e aids, segundo territórios de moradia, no período de 2007 a 2016, na faixa etária de 20 a 29 anos. O Território 1 apresentou um (0,7%) caso de aids; Território 2, um (0,7%) caso de aids; Território 3, quatro (2,8%) casos de aids e três (2,7%) de HIV; Território 4, dois (1,4%) casos de aids; Território 5, cinco (3,5%) casos de aids e três (2,7%) de HIV; Território 6, seis (4,3%) casos de aids e sete (6,4%) de HIV; Território 7, quatro (2,8%) casos aids e dois (1,8%) de HIV; Território 8, dois (1,4%) casos de aids; Território 9, dois (1,4%) casos de aids e dois (1,8%) casos de HIV; Território 10, um (0,7%) caso de aids e um (0,9%) caso de HIV; Território 11, dois (1,4%) casos aids e um (0,9%) de HIV; Território 12, três (2,1%) casos de HIV; Território 13, três (2,1%) casos de aids; Território 14, dois (1,4%) casos de aids e cinco (4,5%) de HIV; Território 15, oito (5,7%) casos de aids e oito (7,3%) casos de HIV; Território 16, três (2,1%) casos de aids e dois (1,8%) de HIV; Território 17, oito (5,7%) casos aids e cinco (4,5%) de HIV; Território 18, um (0,7%) caso de aids e um (0,9%) caso de HIV; Território 19, um (0,9%) caso de HIV; Território 20, cinco (3,5%) casos de aids e um (0,9%) caso de HIV; Território 21, 10 (7,1%) casos de aids e cinco (4,5%) de HIV; Território 22, nove (6,4%) casos de aids e dois (1,8%) de HIV; Território 23, sete (6,4%) casos de HIV; Território 24, nove (6,4%) casos de aids e três (2,7%) de HIV; Território 25, 11 (7,8%) casos de aids e 11 (10%) de HIV; Território 26, cinco (3,5%) casos de aids e cinco (4,5%) de HIV; Território 27, cinco (3,5%) casos de aids e 12 (10,9%) casos de HIV; Território 28, dois (1,4%) casos de aids e dois (1,8%) casos de HIV; Território 29, dois (1,4%) casos de aids e dois (1,8%) casos de HIV; Território 30, seis (4,3%) casos de aids e seis (5,5%) de HIV; Território 31, três (2,1%) casos de aids e dois (1,8%) de HIV; Território 32, dois (1,8%) casos de HIV; Território 33, um (0,7%) caso de aids; Território 34, nove (6,4%) casos de aids e sete (6,4%) de HIV; Território 35, dois (1,4%) casos de aids e um (0,9%) caso de HIV; Território 36, um (%) caso de HIV; Território 37, um (%) caso de aids; Território 38, um (0,7%) caso de aids; Território 39, um (0,7%) caso de aids e Território 40, um (0,7%) caso de aids.

MAPA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE HIV/AIDS NOTIFICADOS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

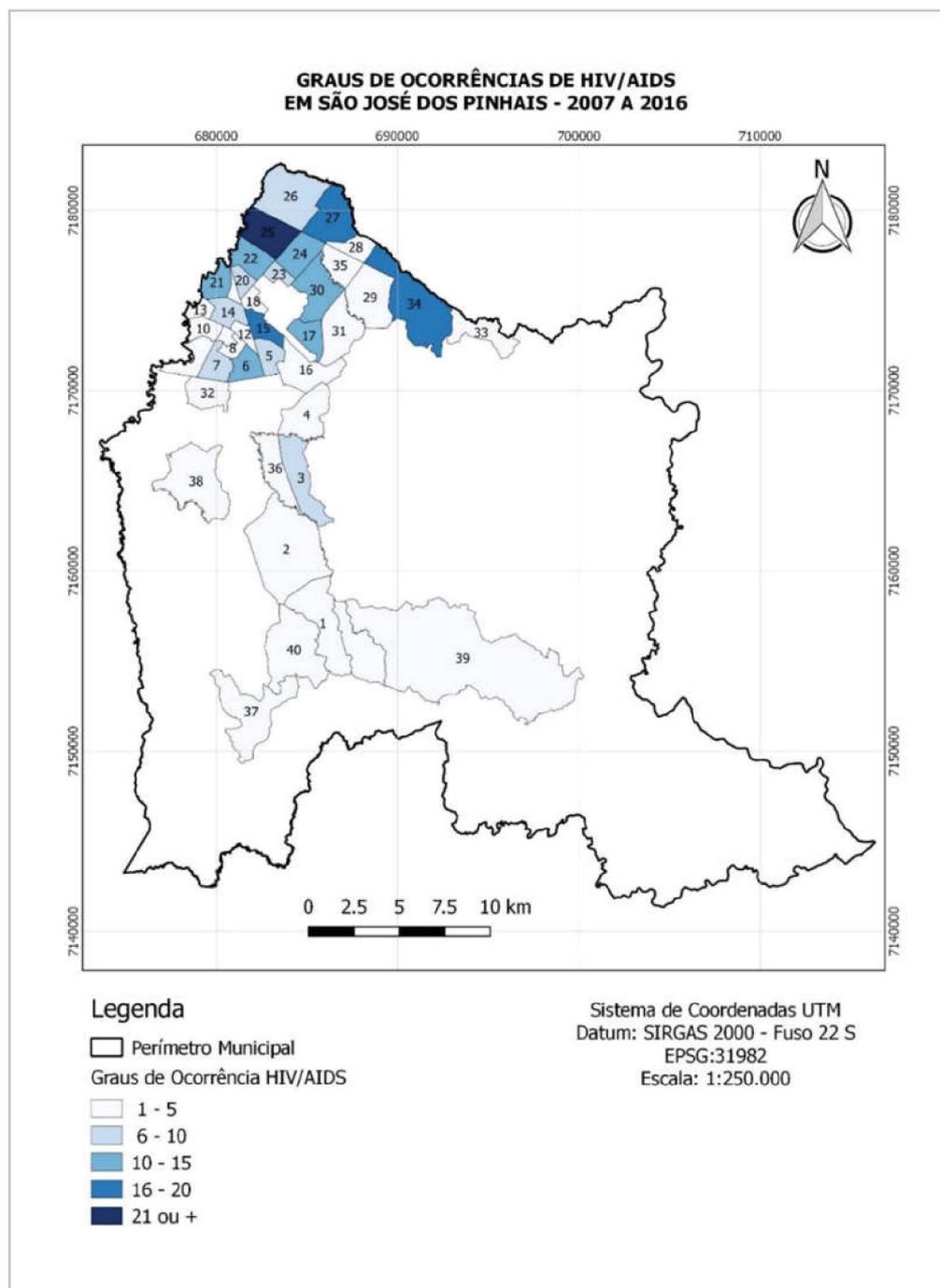


FONTE: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, (2017g, 2017h, não publicado)²⁴.
ELABORAÇÃO: A autora (2018).

²⁴ Os arquivos vetoriais (*shapefiles*) para construção dos mapas são oriundos da Secretaria de Agricultura e Secretaria de Urbanismo de São José dos Pinhais-PR.

O MAPA 5 apresenta os graus de ocorrência dos casos notificados de HIV e aids, segundo territórios de moradia no período de 2007 a 2016, na faixa etária de 20 a 29 anos. Os Territórios 1, 2, 4, 8 a 13, 16, 18, 19, 28, 29, 31 a 33 e 35 a 40 apresentaram de 0 a 5 casos notificados, os Territórios 3, 5, 7, 14, 20 e 23 apresentaram de 6 a 10 casos notificados, os Territórios 6, 17, 21, 22, 24, 26 e 30 apresentaram de 11 a 15 casos notificados, os Territórios 15, 27 e 34 apresentaram de 16 a 20 casos notificados e o Território 25 apresentou de 21 a mais casos notificados de HIV/aids.

MAPA 5 – GRAUS DE OCORRÊNCIAS DE CASOS NOTIFICADOS DE HIV/AIDS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

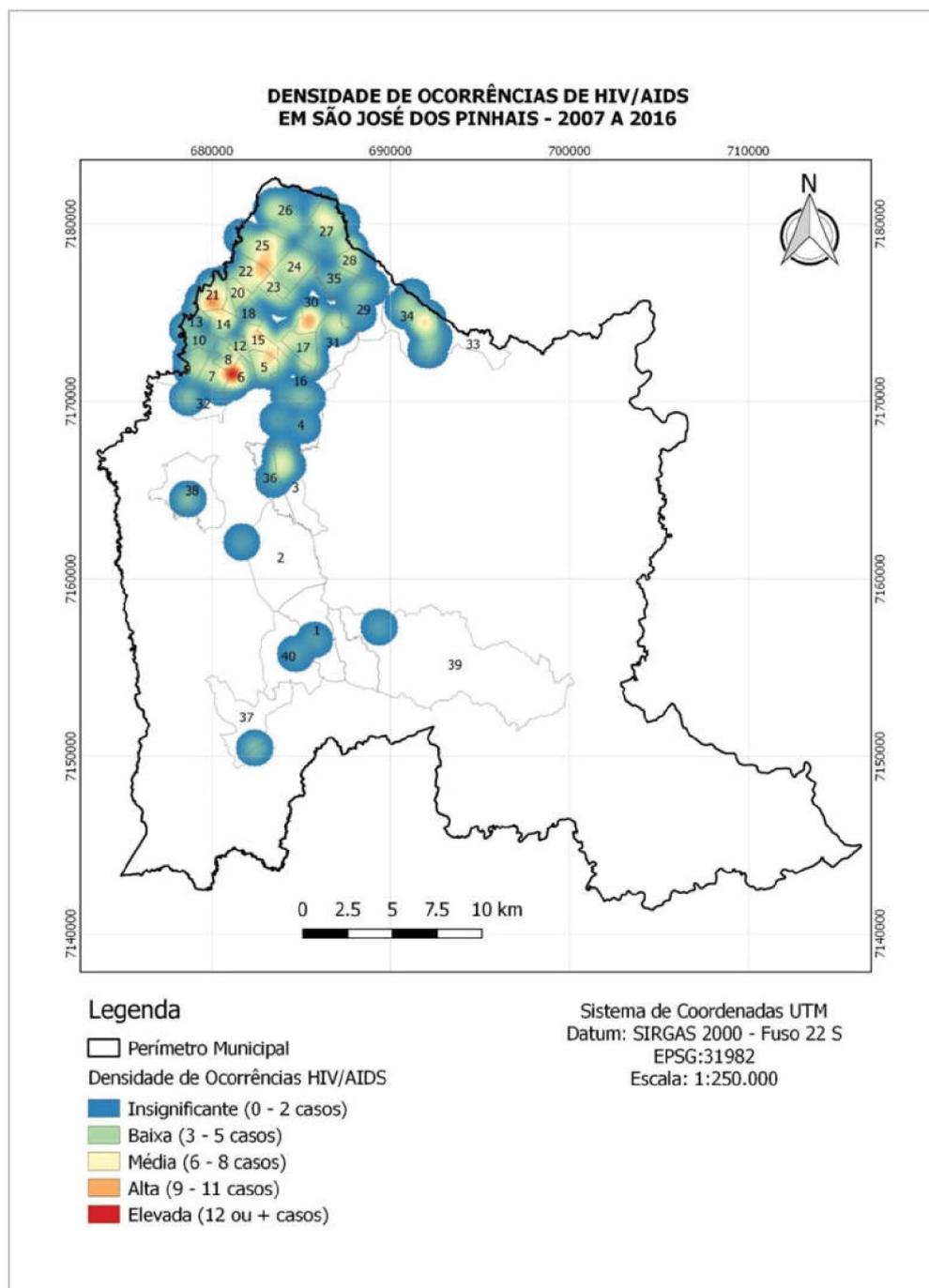


FONTE: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, (2017g, 2017h, não publicado)²⁵.
ELABORAÇÃO: A autora (2018).

²⁵ Os arquivos vetoriais (*shapefiles*) para construção dos mapas são oriundos da Secretaria de Agricultura e Secretaria de Urbanismo de São José dos Pinhais-PR.

O MAPA 6 demonstra a densidade de ocorrências de HIV/aids em São José dos Pinhais no período de 2007 a 2016, na faixa etária de 20 a 29 anos por meio de um mapa de calor. A proximidade de casos notificados produz uma área de calor, o raio de influência delimitado na pesquisa foi de 1000 metros. Conforme o MAPA 6 podemos observar nos Territórios: 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40; Territórios 20, 26 e 29 áreas com baixa densidade; nos Territórios 3, 7, 9, 17, 23, 24, 27, 28, 31 e 34 áreas de média densidade; nos Territórios 5, 15, 21, 22, 25 e 30 áreas de alta densidade e no Território 6 área de elevada densidade.

MAPA 6 – DENSIDADE DE OCORRÊNCIAS DE CASOS NOTIFICADOS DE HIV/AIDS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS



FONTE: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, (2017g, 2017h, não publicado)²⁶.
ELABORAÇÃO: A autora (2018).

²⁶ Os arquivos vetoriais (*shapefiles*) para construção dos mapas são oriundos da Secretaria de Agricultura e Secretaria de Urbanismo de São José dos Pinhais-PR.

5 DISCUSSÃO

A presente discussão foi ancorada na Epidemiologia Crítica e desenvolvida em três subtópicos: Caracterização do modo de vida e seus processos de proteção e desgaste no território; geoprocessamento dos casos de adultos jovens residentes em São José dos Pinhais e, por fim, o Perfil Epidemiológico e as condições clínicas, segundo critério *CDC adaptado* e Rio de Janeiro/Caracas, de adultos jovens com HIV/aids, no Município de São José dos Pinhais, no período de 2007 a 2016.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MODO DE VIDA, PROCESSOS DE DESGASTE E PROTEÇÃO NO TERRITÓRIO

O Município de São José dos Pinhais é considerado o sexto Município em número de habitantes no Estado do Paraná, está entre os seis Municípios mais populosos do Estado, nos quais se destacam Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Cascavel e São José dos Pinhais (IBGE, 2017a; IBGE 2017b).

A taxa de crescimento geométrico anual da população geral de São José dos Pinhais foi de 2,6%, com uma taxa de urbanização de 89,66% em 2010, acima da média do Estado do Paraná com crescimento geográfico de 0,89% ao ano com uma taxa de urbanização de 85,3%. Apesar da taxa de crescimento urbano do Município estar acima da média estadual, sua taxa de crescimento rural de 2,69% foi maior que a taxa de crescimento urbano de 2,59% (IPARDES, 2018a; PARANÁ, 2016). Corroborando com estudo realizado por Matos e Baeninger (2018) no qual destaca-se que há uma nova etapa no processo de ocupação territorial, com a maturação do desenvolvimento industrial e a redução do fluxo rural.

Os bairros²⁷ mais populosos em São José dos Pinhais são Parque da Fonte (21.849 hab.), Guatupê (16.743 hab.) e Borda do Campo (18.198 hab.). Estes bairros apresentam as regiões mais industrializadas de São José dos Pinhais que contemplam ou estão próximos a fábricas de automóveis e indústrias, no entanto, não estão localizados no centro do Município. Em estudo realizado por Lobo (2016) aponta a existência de relações entre as atividades econômicas e os deslocamentos espaciais da população, e evidências de fases iniciais de

²⁷ Considerando o parecer do CEP PUC, não se fará análise do geoprocessamento neste capítulo, a discussão não identificará os bairros onde vivem PVHA, visto o parecer considera a possibilidade de mitigação da população moradora do território.

dispersão espacial na periferia menos distante. Em contrapartida, alguns bairros apresentaram retração de sua população, no caso são os bairros São Pedro (-14,05 hab.), Bom Jesus (-9,18 hab.), Arujá (-7,44 hab.), Águas Belas (-5,2 hab.) e São Marcos (-0,33 hab.). Os bairros São Pedro e Bom Jesus, mais próximos ao centro, e Arujá, Águas Belas e São Marcos em regiões periféricas do Município.

No que concerne as características dos domicílios conforme recenseamento de 2010, se pode verificar, segundo a aquisição de bens duráveis que a maior parte da população possuía televisão 78.583 (97,3%), geladeira 79.411 (98,4%) e telefone celular 73.196 (90,7%). No entanto, apenas 41.840 (51,8%) famílias possuíam computador e 31.231 (38,7%) com acesso à internet. Dados atuais nacionais nos trazem que cerca de 64,7% dos brasileiros com idade igual ou maior de 10 anos possuem acesso à internet, 63,8% são homens e 65,5% de mulheres. No que concerne a faixa etária delimitada para a pesquisa, de 20 a 24 anos, 85,2% possuem acesso à internet, caindo para 83,8% na faixa etária de 25 a 29 anos. Na região sul 71,3% das pessoas possuem acesso a internet em seu domicílio, dessas 95,8% acessam a internet por meio de telefone móvel celular (IBGE, 2016).

Segundo a última estimativa populacional, o Município de São José dos Pinhais é o segundo mais populoso da 2ª Regional de Saúde do Paraná, logo após encontram-se Colombo (240.850 habitantes) e Araucária (141.410 habitantes). Quanto ao sexo, segundo o último recenseamento, o sexo feminino (133.613 hab.; 50,5%) se apresentou em maior número em relação ao masculino (130.597 hab.; 49,5%).

No que diz respeito a composição familiar, se verifica que em maior parte as famílias são compostas por 3 pessoas 25.499 (32,7%) e 2 pessoas 23.568 (30,2%). Dado também encontrado em Municípios próximos como Colombo (19.783) e Araucária (11.365), com maior parte da população composta por 3 pessoas (IPARDES, 2018b; IPARDES, 2018c).

Em relação à raça declarada pelos munícipes se verificou que a maior parte se declara da raça branca 191.838 (72,61%) e parda 61.874 (23,42%), informação que se reproduz em Colombo (137.456) e Araucária (82.266), com a maior parte da população branca. O que se justifica, pois, os primeiros colonizadores da região foram portugueses e espanhóis, sobretudo, poloneses, italianos e ucranianos na zona rural de São José dos Pinhais, conforme já apresentado no capítulo de resultados (IPARDES, 2018b; IPARDES, 2018c).

O Município apresenta aumento no processo de envelhecimento da população, o que segue a tendência da população estadual e nacional. O Estado do Paraná (7,55%) apresenta um processo de envelhecimento em sua população que é superior ao envelhecimento da

população de São José dos Pinhais (4,62%). No entanto, a taxa de fecundidade estadual caiu de 2,62, em 1991, para 1,86 em 2010, média abaixo da registrada pelo Município de São José dos Pinhais de 2,7 em 1991, para 2,0, em 2010. Isto corrobora com o alargamento da pirâmide na faixa etária de 20 a 29 anos que se apresenta numerosa em São José dos Pinhais, Paraná e Brasil. Observa-se que há intenso declínio da fecundidade desde a década de 1960 em todas as regiões do país e seguimentos sociais, trazendo repercussões sobre a pirâmide etária com redução dos segmentos infanto-juvenil e em contraposição aumento expressivo na população adulta e idosa (PARANÁ, 2016).

No ano de 2016, as taxas de natalidade (16,10) e esperança de vida ao nascer (76,53) estavam acima da média estadual (13,79 – 74,80) e nacional (15,88 – 73,94). As taxas de mortalidade geral (5,28), mortalidade infantil (10,26) e mortalidade em menores de 5 anos (11,69) em São José dos Pinhais se apresentavam abaixo das médias estadual (6,78 – 10,43 – 12,34). Em contrapartida a taxa de mortalidade materna do Município (41,03) encontrava-se superior à registrada no Estado do Paraná (39,99) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, [2010?]).

Com relação à idade da mãe, a faixa etária de 20 a 29 anos teve o maior quantitativo de nascidos vivos, e houve aumento nas faixas etárias de 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos e 45 a 49 anos. Enquanto nas faixas etárias mais jovens, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, ocorreu redução no número de nascidos vivos. Esta queda no número de mães adolescentes pode estar associada à várias questões, tais como o aumento da distribuição de métodos contraceptivos, ampliação da educação em saúde à população e da cobertura dos Programas Saúde da Família e Saúde na Escola (BRASIL, 2017c).

Podemos verificar que 37,6% da população são-joseense possui nível fundamental incompleto; 29,5% médio incompleto e superior incompleto; 18,3% fundamental completo e médio incompleto; 10,4% superior completo e 4,3% fundamental incompleto e analfabeto, apresentando maior escolaridade quando comparado a Municípios próximos, o que pode ser observado ao comparar os dados com o Município de Colombo que apresenta 46,1% da população com nível fundamental incompleto, 18,7% médio incompleto e superior incompleto, 23,7% fundamental completo e médio incompleto, 5,4% superior completo e 5,93% fundamental incompleto e analfabeto, e Araucária com 43,5% da população com nível fundamental incompleto, 20,2% médio incompleto e superior incompleto, 26% fundamental completo e médio incompleto, 5,7% superior completo e 4,6% fundamental incompleto e analfabeto (IPARDES, 2018b, 2018c).

A faixa etária em que verificamos a maior taxa de analfabetismo foi entre 50 anos e mais com 10,51%, a qual converge com os dados dos Municípios de Colombo (14,52%) e Araucária (11,61%). A taxa de analfabetismo de 25 a 29 anos foi de 0,81% e na faixa de 20 a 24 anos de 0,64% apresentando a menor taxa de analfabetismo em São José dos Pinhais, o que não se aplica aos Municípios de Colombo, em que as faixas etárias com menor percentual de analfabetismo se encontram nas faixas de 15 a 19 (0,84%), e 20 a 24 (0,78%) anos, e Araucária com e 0,68%, 0,52%, respectivamente (IPARDES, 2018b, 2018c).

O Índice de Desenvolvimento Humano de São José dos Pinhais foi de 0,758, em 2010, o que coloca o Município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Quanto ao seu IDHM ocupa o 21º lugar no Estado do Paraná e 400º lugar no Brasil, acima da média estadual de 0,749 e nacional de 0,727 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, [2010?]).

A renda per capita média de São José dos Pinhais cresceu 87,18% nas últimas duas décadas chegando a R\$ 846,93, em 2010, renda similar ao Município de Araucária (R\$ 814,39) e estas superiores ao Município de Colombo (R\$ 682,85). O índice de Gini do Município no ano de 2010 foi de 0,45, apresentando um nível de desigualdade menor que o índice do Paraná de 0,54 (IPARDES, 2018b, 2018c).

No que concerne à população em situação de pobreza em São José dos Pinhais, em 2010, a proporção de extremamente pobres foi de 0,66% e a proporção de pobres 2,56. Dados divergentes dos Municípios de Araucária (extremamente pobres 0,83%, pessoas pobres 3,13%) e de Colombo (pessoas extremamente pobres 0,77%, pessoas pobres 3,75%) que expressaram piores indicadores (IPARDES, 2018b, 2018c).

São José dos Pinhais possui 41 bairros na área urbana e 33 colônias na área rural do Município. Os bairros que apresentam maior desigualdade na distribuição de renda, com mais de 25% da população vivendo com até um salário mínimo foram: Ipê, Cristal, Jurema, Borda do Campo, Dom Rodrigo, Campina do Taquaral, Contenda e Campo Largo da Roseira, consistem em bairros mais afastados da região central do Município. Os bairros que concentram menos de 15% da população com um salário mínimo foram: Afonso Pena, Centro, São Domingos, Pedro Moro, Aristocrata, Santo Antônio e Bom Jesus, estes bairros estão localizados próximos a região central do Município, com exceção do Bairro Afonso Pena que, apesar de estar localizado em um região mais periférica, se pode visualizar que possui um vasto polo industrial.

As atividades econômicas que concentram maior número de trabalhadores em São José dos Pinhais são: indústria de transformação; comércio, reparação e de veículos automotores, motocicletas; transporte, armazenagem e correio; construção e alojamento e alimentação, atividades econômicas semelhantes aos Municípios de Araucária e Colombo. Isto é condizente com o maior quantitativo de indústrias presentes em São José dos Pinhais na fabricação de produtos metálicos (321 indústrias) e fabricação de produtos alimentícios (223 indústrias), e diverge quanto as indústrias de fabricação de produtos minerais não metálicos (179 indústrias), fabricação de artigos de mobiliário (163 indústrias) e confecções de artigos de vestuário (102 indústrias), que apesar de representarem grande contingente industrial não empregam o maior número de trabalhadores. Quanto as atividades mais significativas economicamente convergem com o setor industrial automotivo e divergem com as atividades econômicas químicas, de perfumaria e redes de varejo (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2016b). No que se refere a acessibilidade de transportes, conforme já exposto no capítulo de resultados, dois terminais (Terminal Central/Urbano e Ponto de Integração São Marcos) não permitem a integração física e tarifária e encontram-se distantes da região central do Município e seu único terminal com integração apresenta sua capacidade saturada e sem infraestrutura adequada.

Ainda neste contexto, quanto ao acesso da população aos equipamentos de Assistência Social e Saúde, se verifica que todos os Centros de Referência de Assistência Social estão localizados na área urbana do Município e 12 Unidades de Saúde atendem à população da zona rural apesar de apenas oito estarem localizadas em área rural. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica a população adstrita por equipe de Atenção Básica e de Saúde da Família é de 2.000 a 3.500 pessoas, localizadas nos territórios de abrangência, e de quatro equipes (Atenção Básica ou Saúde da Família) nas Unidades de Saúde (BRASIL, 2017d). Com os resultados apresentados se constata que mesmo obtendo o número de equipes preconizadas pelo Ministério da Saúde existem Bairros que sua população residente necessitaria de mais de uma Unidade de Saúde para atingir seu potencial ideal, como observamos nos Bairros Parque da Fonte (21.849 hab.), Guatupê (16.743 hab.), Ipê (14.436 hab.), Borda do Campo (18.198 hab.), segundo o recenseamento de 2010 do IBGE. E, ainda, é possível verificar que a distribuição das Unidades de Saúde foi por meio de uma distribuição irregular ao se contrapor o número de equipamentos e o contingente populacional de cada bairro do Município. Cabe ressaltar que essa distribuição dos equipamentos públicos de Saúde

interfere diretamente na promoção de ações contínuas para a população, assim como compromete a acessibilidade desta aos serviços (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018b).

5.2 GEOPROCESSAMENTO DOS ADULTOS JOVENS NOTIFICADOS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

Conforme visto no MAPA 1, a maior extensão territorial do Município corresponde a área rural com 750,95 Km², no entanto 98% das notificações se concentram em territórios urbanos, com maior contingente populacional (236,895 habitantes), nos territórios de 1 a 36. Apenas 4 territórios (37, 38, 39 e 40) apresentaram casos notificados na área rural do Município, correspondendo a 2% das notificações.

Conforme demonstrado nos MAPAS 2, 3 e 4, os quais ilustraram os territórios onde ocorreram notificações de HIV/aids, a maior concentração dos casos foi na área urbana do Município, em espaços próximos aos equipamentos de Saúde e Assistência Social de São José dos Pinhais. Achados esperados conforme publicado em vários estudos que apresentam a maior concentração de casos notificados com HIV/aids em áreas urbanas, constituindo a epidemia como de área urbana, principalmente em regiões metropolitanas de grandes cidades (KUCHENBECKER; GRANGEIRO; VERAS, 2015; GALVÃO; COSTA; GALVÃO, 2017; MORAIS; OLIVEIRA, 2015; BRANDÃO, 2018).

Os Territórios 12 (três notificações) e 14 (sete notificações) apresentam maior número de equipamentos de saúde, com sete (16%) e cinco (12%) equipamentos. Estes Territórios correspondem a áreas centrais do Município. Porém, estes não representam o maior contingente populacional do Município, com 3.500 e 8.115 habitantes, destarte para o território 12 que sofreu retração (-14,05 hab.) em seu contingente populacional segundo último recenseamento. Se ressalta que menos de 15% da população nestes territórios apresentou renda até um salário mínimo, conforme já apresentado no capítulo de resultados.

Os Territórios 21, 25, 34 apresentaram maior número de equipamentos de assistência social, com três (19%), dois (13%) e dois (13%) equipamentos. Constata-se que estes territórios apresentam altos contingentes populacionais com 11.199, 21.849 e 18.198 habitantes, respectivamente, sendo que os territórios 21 e 25 demonstraram rendas com 15 a 20% da população residente com até um salário mínimo, e mais que 25% da população residente no território 34 com até um salário mínimo, apresentando menor renda. O Território 25, apresentou 22 (7%) notificações e possui um (2%) equipamento de saúde e dois (13%) de

assistência social, e demonstra alto contingente populacional com 21.849 habitantes. Ressalta-se que o equipamento de saúde presente neste território é uma Unidade de Pronto Atendimento Hospitalar, não existindo Unidade Básica de Saúde nesta região, o que mais uma vez reforça a reflexão acerca da dificuldade da população quanto a acessibilidade à saúde neste território.

Os territórios 15 (16 notificações), 21 (15 notificações), 27 (17 notificações) e 34 (16 notificações), também apresentaram os mais altos números de casos notificados e possuem um (2%) equipamento de saúde; um (2%) equipamento de saúde e três (19%) de assistência social; um (2%) equipamento de saúde e um (6%) de assistência social e dois (5%) equipamentos de saúde e dois (13%) de assistência social, respectivamente. Identifica-se a presença de equipamentos de saúde e assistência social em todos estes territórios que também apresentam alto número de casos notificados, com exceção do território 15, em que não existe nenhum equipamento de assistência social. Com relação ao número de equipamentos de saúde todos os territórios que apresentaram maior número de notificações possuem um equipamento de saúde. A renda apresentada nos territórios 15 e 21 foi de 15 a 20% da população residente com até um salário mínimo, e o território 27 com 20 a 25% da população residente com até um salário mínimo, apresentando menor renda.

Podemos verificar que os territórios onde possuem maior número de casos notificados não correspondem aos que possuem maior número de equipamentos de saúde e renda. Quanto aos equipamentos de assistência social estão presentes nos Bairros com maior contingente populacional e nos territórios com maior número de casos notificados com exceção do Território 15, onde não existe equipamento de assistência social, no entanto, agrupam-se em sua totalidade na área urbana do Município, onde também se concentraram 98% dos casos notificados de HIV/aids. Conforme o QUADRO 4 o Município possui 12 Unidades de Saúde consideradas de zona rural, porém apenas oito desses equipamentos estão localizados em área rural, o que demonstra que três equipamentos de saúde atendem usuários da zona rural e urbana do Município.

Os territórios 4, 5, 8, 9, 10, 18, 20, 22, 23, 29, 31, 32, 33, 35 e 39 não apresentam equipamentos de saúde e/ou assistência social, no entanto possuem casos notificados de HIV/aids. Acredita-se que isso possa impedir o acesso do indivíduo ao sistema de saúde, o que contribui para o diagnóstico tardio e na cadeia de transmissão do agravo.

As causas que podem influenciar o acesso, disponibilidade e utilização dos serviços de Atenção Especializada de HIV/aids são em sua maioria estruturais que incluem o transporte e

a distância aos serviços de saúde, barreiras do sistema relacionados a recursos humanos para a saúde, qualidade dos serviços de saúde prestados à população e o estigma (BAJUNIRWE et al., 2018).

Em relação a acessibilidade das PVHA o território também pode assumir um significado paradoxal, principalmente devido ao estigma relacionado à aids. A proximidade territorial nem sempre pode ser considerado como facilitador ao acesso de diagnóstico e tratamento do HIV/aids, visto que vários usuários se deslocam para outros Municípios para assistência apesar de uma rede organizada de atendimento em seu Município de moradia (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2015).

Conforme o MAPA 5, no que tange os territórios com maior número de notificações, os territórios 15, 27, 34 e 25 apresentaram maior grau de ocorrência de HIV/aids. Com destaque para o território 25 que é um dos bairros mais populosos do Município e que ocorreu o maior grau de ocorrência (de 21 ou +) de HIV/aids no período de 2007 a 2016. No que se refere a renda entre esses territórios com maior número de casos notificados, o território 34 apresentou menor renda, com mais que 25% da população com até um salário mínimo, o território 27 com 20 – 25% da população apresentando até um salário mínimo e os territórios 25 e 15 com 15 a 20% da população com até um salário mínimo. Ressalta-se que todos os territórios rurais apresentaram baixo grau de ocorrência de HIV/aids (de 0 a 5 casos notificados).

No entanto, no que diz respeito a proximidade dos casos notificados, conforme MAPA 6, o território 6 apresentou maior proximidade entre os casos notificados, com elevada densidade de casos HIV/aids notificados e apresentou 20 a 25% de sua população com renda até um salário mínimo. Os territórios 5, 15, 21, 22, 25, 30 apresentaram alta densidade de casos HIV/aids notificados. Os territórios 27 e 34 apesar de possuírem maior grau de ocorrências de PVHA, apresentaram zonas de média densidade de notificados. Cabe destacar que todos os territórios rurais apresentaram baixa densidade de casos notificados.

Estudo realizado por Loch e colaboradores (2018) sobre o papel e organização dos serviços de saúde nas ações de promoção, monitoramento e suporte à retenção do indivíduo no seguimento ao tratamento evidenciou que as ações gerenciais de retenção e apoio permanecem com baixo percentual nos serviços e saúde, tais como na discussão de casos e registros de faltosos em consultas; as ações assistenciais quanto a adesão permanecem centradas no médico e recursos de provisão federal como medicações e exames de acompanhamento do HIV mantiveram-se altos nos serviços. Reitera que só ocorrerá o

controle da epidemia do HIV enquanto a permanência no tratamento for a prioridade de todos os serviços de saúde.

5.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS ADULTOS JOVENS COM HIV/AIDS EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

O total de notificações de HIV/aids no Município de São José dos Pinhais no período de 2007 a 2016 na faixa etária de 20 a 29 anos correspondeu a 309 casos. Desses, 147 foram notificados com HIV e 162 com aids. Entre os 162 notificados por aids, 160 (99%) indivíduos foram definidos por meio do Critério *CDC* Adaptado (critério 100) e dois (1%) por meio do Critério Rio de Janeiro/Caracas (critério 300). Os critérios são atribuídos pelo sistema Sinan Net e identificado com os códigos 901 (HIV), 100 e 300 (aids), conforme características de cada indivíduo com a somatória dos componentes de cada critério (BRASIL, 2012c).

Dados do Boletim Epidemiológico (2017e) apontam o Município com a 89ª maior taxa de detecção de HIV/aids entre os 100 Municípios brasileiros com populações acima de 100 mil habitantes.

A faixa etária de 20 a 29 anos, a partir do ano de 2014, foi a que apresentou maior aumento entre os casos notificados por HIV/aids (GRÁFICO 5), com destaque para os anos de 2014, 2015 e 2016 com 77 (24,9%), 80 (25,9%) e 41 (13,3%) pessoas, respectivamente, que representaram 64,1% das notificações nesta faixa etária. Cabe destacar que este dado é ainda maior ao encontrado nos casos notificados com HIV, que apresentaram nos anos de 2014 a 2016 o equivalente a 82,9% do total de notificações de pessoas que vivem com HIV realizadas no período de 2007 a 2016. Esta elevação nos casos notificados por HIV pode ser justificada com o início da notificação compulsória de HIV com a Portaria Ministerial nº 1.271 de 6 de junho de 2014 (BRASIL, 2014a). Ressalte que a faixa etária de 20 a 29 anos é uma das mais numerosas, segundo pirâmide etária do Município, conforme exposto no capítulo de resultados.

A partir de 2012, os dados epidemiológicos do Paraná acerca do fenômeno HIV/aids demonstram um declínio dos casos de aids no Estado e aumento nos casos notificados com HIV, sugerindo impacto da implantação da notificação de HIV implementada em Curitiba desde 2002, que objetivou o diagnóstico precoce e a indicação da terapia antirretroviral independente da contagem de linfócitos CD4. Curitiba é o maior Município do Estado e suas ações de saúde impactam diretamente nos dados do Estado. Para exemplificar esta questão

aponta-se que em 2014 é verificada uma taxa de detecção de aids na 2ª Regional de Saúde de 13,9 e de HIV de 29,2, Regional de Saúde, esta que engloba São José dos Pinhais e mais 28 Municípios (PARANÁ, 2015; CURITIBA, 2014).

No ano de 2017, o Paraná (1040) foi o segundo Estado da região Sul do Brasil com maior número de casos notificados com HIV. O Rio Grande do Sul foi o primeiro Estado em número de casos na região com 1885 casos notificados (BRASIL, 2017e).

Entre os casos notificados por aids, observou-se que houve o maior número de casos notificados nos anos de 2011, 2014 e 2015 com 29 (18%), 35 (22%) e 29 (18%) casos, respectivamente. A partir do ano de 2014, após a implantação da notificação compulsória de HIV, ocorreu um aumento na sensibilidade em notificações de aids, o que pode ser confirmado por meio do quantitativo de notificações. No período de 2014 a 2016, ocorreram cerca de 47% das notificações realizadas no período delimitado para a pesquisa.

Observamos, ao decorrer da epidemia HIV/aids, as mudanças nas diferentes faixas etárias e grupos vulneráveis à infecção. Segundo Breilh (2011), as doenças transmissíveis são geradas como grandes ciclos em diferentes períodos da humanidade produzidas pela persistência das deficiências e distúrbios profundos causados em cada período histórico.

Nos anos de 2007, 2008 e 2010, o sexo feminino apresentou maior número de casos notificados de HIV/aids em relação aos homens. Porém, a partir de 2011, ocorreu mudança neste panorama e o sexo masculino começa a apresentar maior número de casos notificados. No período de 2007 a 2016, o sexo masculino demonstrou mais que o dobro das notificações registradas em mulheres e os anos de 2011 (22 – 7%), 2014 (52 – 17%), 2015 (64 – 21%) e 2016 (33 – 11%) evidenciaram maior número de casos notificados entre os homens.

Em 2016, a Razão de Sexo HIV/aids, HIV e aids do Município foi de 4,1; 4,8 e de 3,0, respectivamente. A razão de sexo no Brasil de HIV nos anos de 2016 e 2017 foi 2,5 e 2,6, e, no Paraná, em 2014, de 2,4, enquanto a razão de sexo de aids se manteve em 2,2 nos dois anos, a qual ficou acima da razão de sexo registrada na Região Sul de 1,7 (BRASIL, 2018a). Nos últimos anos a razão de sexo de aids na faixa etária de 20 a 29 anos foi a que apresentou um dos maiores aumentos, passando de 3,3 em 2016 para 3,4 em 2017 (BRASIL, 2018a). Esses dados do Município, demonstraram significativa diferença do número de notificações entre os sexos, apresentando médias superiores a nacional quanto a razão de sexo de HIV, que indicou maior contaminação pelo vírus HIV em homens, e inferior à média nacional em relação a razão de sexo de aids.

Estudos demonstram que o uso de drogas, orientação homossexual/bissexual para homens, baixa escolaridade, infecções sexualmente transmissíveis, múltiplos parceiros, pouca utilização do preservativo ou seu uso eventual no último ano, uso de álcool, mais de oito parceiros sexuais e não ter realizado o teste de sífilis na vida aumentam a vulnerabilidade de infecção pelo vírus HIV (PEREIRA et al., 2014; PINTO et al., 2016; BASSOLS; BONI; PECHANSKY, 2010; SZWARCOWALD et al., 2011; AMARAL et al., 2017; BRIGNOL et al., 2016).

No que tange o estado gestacional entre as mulheres notificadas com HIV/aids, nove (9%) eram gestantes, dessas, quatro (4,1%) com faixa etária de 20 a 24 anos e cinco (5,1%) com faixa etária de 25 a 29 anos. Quanto ao trimestre gestacional, quatro (4%) foram notificadas no primeiro trimestre gestacional, uma (1%) no segundo trimestre gestacional e quatro (4%) notificadas no terceiro trimestre gestacional.

Estudos demonstram que a vinculação ao pré-natal após o 2º trimestre gestacional, início do tratamento antirretroviral tardiamente, infecções do trato urogenital com elevação da carga viral, não aceitação da gravidez, descoberta tardia da gestação e dificuldade de acesso aos serviços estão associados ao aumento do risco da transmissão vertical do HIV (PIMENTA et al., 2015; SANTOS et al., 2017; ÁVILA, 2017).

Dados nacionais mostram a faixa etária entre 20 e 24 anos como a mais notificada entre as gestantes infectadas com HIV (28,4%). Com relação à escolaridade desse grupo, observa-se que a maior parte das gestantes infectadas com HIV possui de 5ª a 8ª série incompleta (36,8%) dos casos notificados (BRASIL, 2018a). Apesar do baixo número de gestantes encontradas neste estudo, a faixa etária de 25 a 29 anos obteve maior percentual em São José dos Pinhais, o que diverge dos dados nacionais encontrados. Se destaca que a faixa etária de mães de 20 a 29 anos foi a que apresentou maior número de nascidos vivos no Município, conforme apresentado no capítulo de resultados. A escolaridade não pode ser analisada devido a maior parte das notificações de mulheres que estavam gestantes apresentarem o campo escolaridade ignorado.

Em relação aos casos de aids em mulheres, por ano de notificação, no período estudado, verifica-se que, apenas nos anos de 2007, 2008 e 2010, ocorreram maior número de notificações por aids em mulheres, com nove (15%), cinco (8%) e três (5%) casos, respectivamente. Os casos de aids notificados em pessoas do sexo masculino apresentaram 103 (64%) notificações, correspondendo quase ao dobro registrado no sexo feminino 59

(36%) casos, superando o número de notificações do sexo feminino no período de 2009 e 2011 a 2016.

Nesse contexto, os casos notificados entre homens com HIV/aids, na faixa etária de 20 a 24 anos apresentou maior número de notificados com 108 (35%) casos, com uma diferença de apenas quatro notificações em relação a faixa etária de 25 a 29 anos, com 104 (34%) casos. Em contrapartida, no sexo feminino, a faixa etária de 25 a 29 anos obteve maior número de notificações, 61 (19,5%) casos, com um aumento de 25 (8%) casos em relação a faixa etária mais jovem de 20 a 24 anos com 36 (11,5%) casos notificados.

Este achado também se observa nos casos notificados por HIV em ambos os sexos. Ao distribuir esses casos fica evidente que, no sexo masculino, a faixa etária de 20 a 24 anos apresentou 60 (41%) casos notificados e a faixa etária de 25 a 29 anos 49 (33%) casos e, no sexo feminino a faixa etária de 25 a 29 anos, com 24 (16%) casos, apresenta quase o dobro do registrado na faixa etária mais jovem de 20 a 24 anos, com 14 (10%) notificadas.

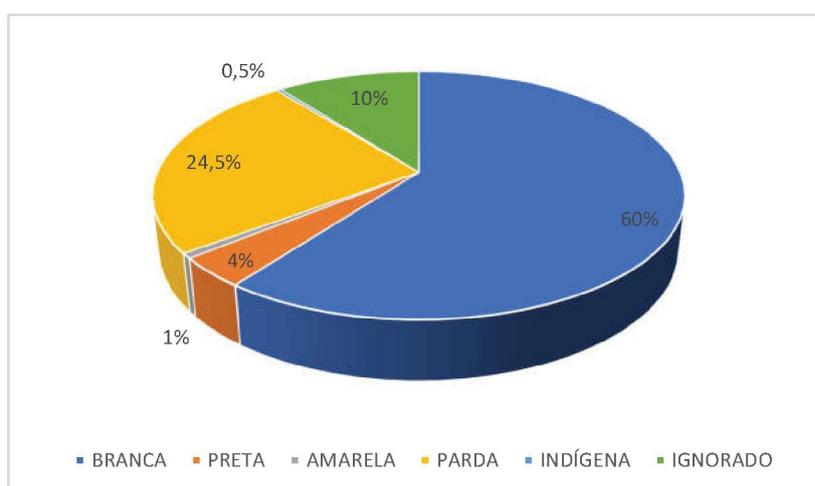
É também constatado entre os casos de aids, no sexo feminino, a faixa etária de 25 a 29 anos 37 (22,8%) casos, com maior número de casos notificados com uma diferença de 15 (25%) casos em relação a faixa etária de 20 a 24 anos. É divergente ao encontrado no sexo masculino, em que o maior número de notificados ocorreu na faixa etária de 25 a 29 anos com 55 (34%) pessoas, com uma diferença de sete (7%) casos em relação a faixa etária mais jovem de 20 a 24 anos.

Os achados corroboram com os dados estaduais os quais demonstraram que nos últimos anos, de forma geral, ocorreu aumento do número de casos de HIV destacando-se a faixa etária de 20 a 29 anos, e maior número de casos registrados no sexo masculino com grande aumento de novos casos nos últimos anos (PARANÁ, 2015). Este fenômeno também é verificado a nível nacional, pois, nesta instância de dados, foi observado que a maior parte das notificações por aids encontra-se nas faixas etárias de 25 a 39 anos, com percentual de 52,6% dos casos no sexo masculino e 48,7% no sexo feminino, no período de 1980 até junho de 2018. No que concerne aos casos de aids no Brasil, em 2017, a maior taxa de detecção foi de 50,9 casos por 100 mil habitantes na faixa etária de 25 a 29 anos entre os homens, chegando a ser três vezes maior do que entre as mulheres, nas faixas etárias de 20 a 24 e 25 a 29 anos (BRASIL, 2018a).

Neste estudo, entre o total de casos notificados com HIV/aids, nos anos de 2007 a 2016, a raça branca se apresentou em maior número com 186 (60%) casos (GRÁFICO 43), seguida da raça parda com 76 (24,5%) casos e negra com 12 (4%) casos, achado que converge

com a população total do Município que foi colonizado por povos europeus, conforme já citado em tópicos anteriores. Destarte para a notificação de um (0,5%) indivíduo indígena e dois (1%) casos com a raça amarela, conforme caracterização do Município estas raças não se encontram entre aquelas que iniciaram o povoamento do território, mas movimentos migratórios atuais têm trazido modificações na população municipal. Em 32 (10%) notificações este campo encontrava-se ignorado, achado que não atende as orientações do Ministério da Saúde, por este ser um campo de preenchimento obrigatório (BRASIL, 2017f).

GRÁFICO 43 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, SEGUNDO RAÇA/COR DECLARADA, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Esse achado é convergente com os achados nos casos notificados com aids: a raça branca obteve 95 (59%) notificados e a parda 36 (22%) notificados, totalizando 131 (81%) casos. Constatou-se, nas notificações de HIV, que o maior percentual dos casos foi de brancos e pardos com 91 (62%) e 40 (27%) notificados, respectivamente. Cabe destacar que os dados encontrados no Município divergem do panorama nacional com relação à raça declarada, no período de 2007 a 2017 observou-se queda de 20,9% na proporção de brancos e aumento de 23,5% entre negros e pardos notificados (BRASIL, 2018a).

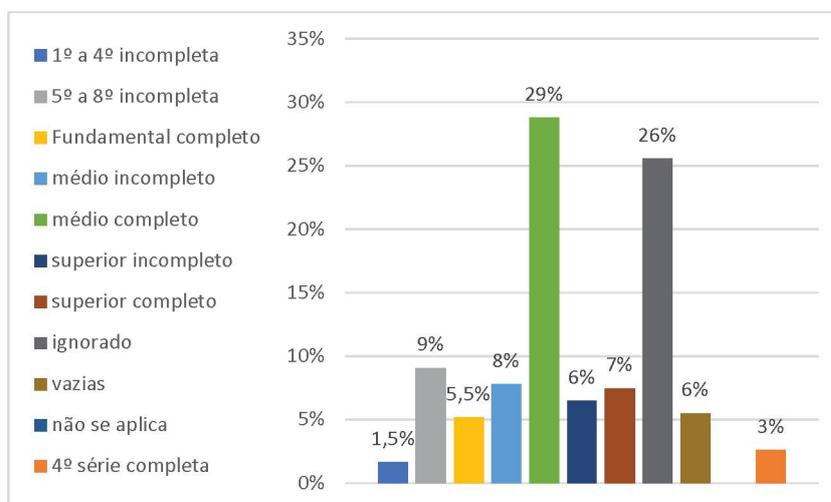
No que concerne ao sexo e raça, do total de casos notificados entre mulheres que vivem com HIV/aids, a raça branca apresentou maior percentual de casos notificados com 46 (47,5%) mulheres, seguida da raça parda com 35 (36%) mulheres. Entre os homens que vivem com HIV/aids, a raça branca se apresentou em maior número em relação ao sexo feminino, com 140 (66%) casos, com menor número à raça parda com 41 (19,5%) casos. É também

constatado nas notificações de HIV, em que o sexo masculino obteve 72 (66%) notificações de homens brancos e 25 (23%) de homens pardos e o sexo feminino com 19 (50%) mulheres com raça branca e 15 (39%) mulheres pardas. E nas notificações de aids em que o sexo masculino obteve 68 (66%) notificações de homens brancos e 16 (16%) de homens pardos e o sexo feminino com 27 (46%) mulheres com raça branca e 20 (34%) mulheres pardas.

Com relação à raça e sexo, os dados encontrados nesta pesquisa divergem dos dados nacionais, em que as proporções observadas foram de 57,3% e 61,1% entre homens e mulheres negras, respectivamente (BRASIL, 2018a). A pesquisa demonstrou maior número de pardas entre o sexo feminino, porém não ultrapassou o número de brancas.

No que se refere a escolaridade (GRÁFICO 44), os casos notificados com HIV/aids apresentaram, em maior número, nível médio completo com 89 (29%) pessoas, seguida de 5ª a 8ª série incompleta 28 (9%) pessoas, 24 (8%) médio incompleto, 23 (7%) superior completo e 20 (6%) superior incompleto. Estes achados divergem com a escolaridade da população em geral do Município em que 37,6% apresentam ensino fundamental incompleto. Em 79 (26%) casos este campo não foi preenchido e em 17 (5,5%) estavam ignorados, conforme citado anteriormente este achado não segue as orientações do Ministério da Saúde, quanto a completude da ficha de notificação, e por se tratar de um campo de preenchimento obrigatório.

GRÁFICO 44 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO ESCOLARIDADE



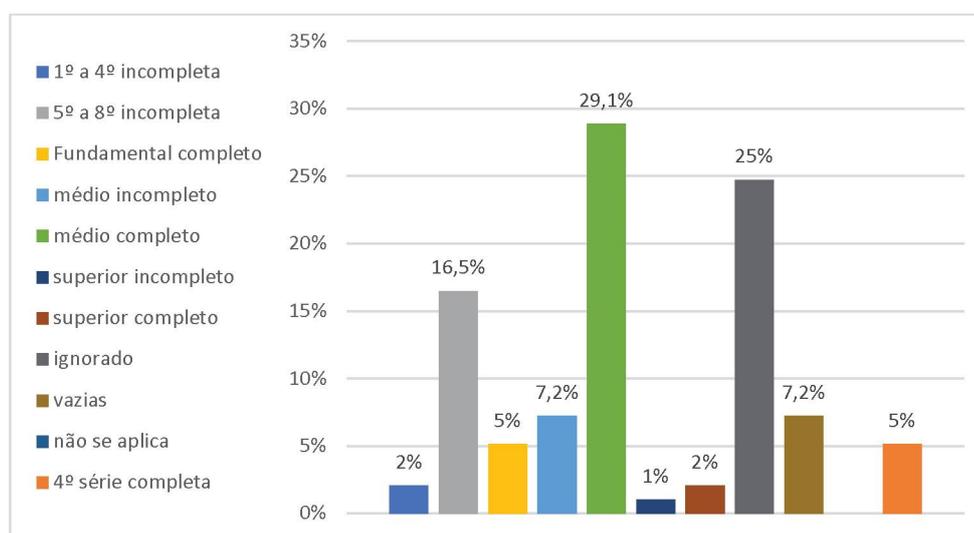
FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Dado que se replica entre os casos notificados com HIV com 44 (30%) indivíduos com ensino médio, seguido por 16 (11%) indivíduos com escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta e diverge quanto o terceiro maior grupo, em que nos casos notificados por HIV somam 15 (10%) indivíduos com nível superior completo. É verificado também, nas notificações por aids, um maior percentual dos notificados com ensino médio completo 45 (28%) pessoas, seguido de 12 (7%) com escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta e diverge quanto ao terceiro maior grupo em que 12 (7%) indivíduos possuem nível superior incompleto.

Em relação aos sexos, nos casos notificados por HIV/aids, o sexo feminino (97), conforme GRÁFICO 45, apresentou em maior número nível médio completo com 28 (29,1%) casos, e 16 (16,5%) casos de 5ª a 8ª série incompleta. Ressalta-se que apenas uma (1%) mulher apresentou nível superior incompleto e duas (2%) superior completo.

GRÁFICO 45 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS EM MULHERES, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO ESCOLARIDADE

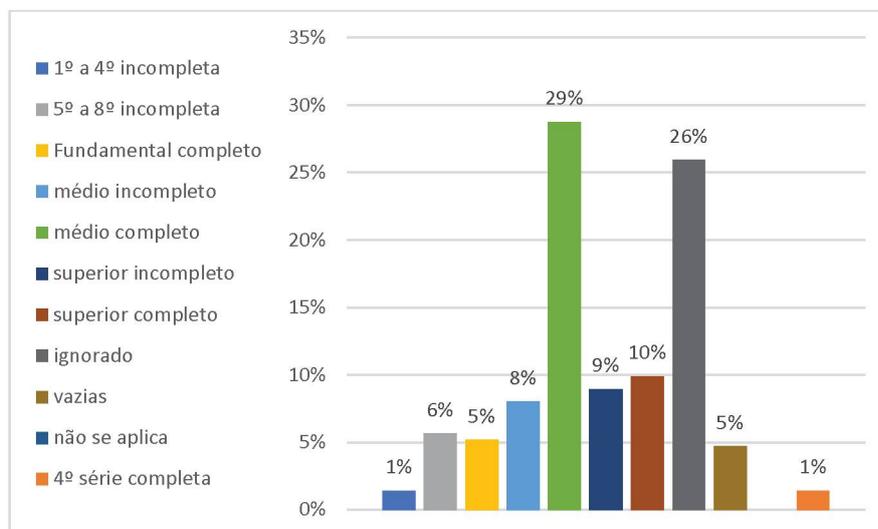


FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Os homens notificados por HIV/aids (212), conforme GRÁFICO 46, apresentaram maior escolaridade em relação ao sexo feminino com 61 (29%) pessoas com nível médio completo, 21 (10%) nível superior completo e 19 (9%) superior incompleto.

GRÁFICO 46 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS EM HOMENS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO ESCOLARIDADE



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Entre os casos notificados com HIV, o sexo feminino apresentou, em maior percentual, nove (23,5%) mulheres com escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta, seguido de nove (23,5%) mulheres com nível médio completo, três (8%) mulheres com ensino fundamental completo e três (8%) mulheres com ensino médio incompleto e apenas uma (3%) mulher apresentou nível superior de ensino. Entre os notificados por HIV, o sexo masculino, assim como nos casos notificados com HIV/aids, demonstrou maior escolaridade em relação ao sexo feminino, com 35 (32%) homens com ensino médio completo, seguido de 14 (13%) homens com nível superior completo de ensino e nove (8,5%) com médio incompleto.

Nas notificações de aids, no que diz respeito ao sexo e escolaridade, ambos apresentaram maior percentual com ensino médio, no sexo feminino 19 (32%) apresentaram ensino médio completo, sete (12%) 5ª a 8ª série incompleta e quatro (7%) médio incompleto. E, no sexo masculino, 26 (25,2%) cursaram nível médio completo, 11 (10,7%) superior incompleto e nove (8,7%) fundamental completo. O sexo masculino apresentou maior número de casos com ensino superior (completo e incompleto) com 17 (17,5%) casos; em contrapartida o sexo feminino apresentou apenas duas (4%) mulheres com ensino superior (completo e incompleto).

Cabe destacar que os homens notificados com aids apresentaram menor escolaridade em relação aos notificados por HIV, ao passo que as mulheres notificadas com aids apresentaram maior escolaridade em comparação com as notificadas por HIV.

No Paraná o maior percentual dos casos notificados por HIV/aids está concentrado nos níveis de escolaridade ensino médio completo e de 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental, o que converge ao encontrado neste estudo, apresentando também alto percentual de ignorados e campo não preenchido. No que se refere a escolaridade por sexo, verifica-se uma predominância do sexo masculino principalmente na educação superior incompleta e completa, dado também verificado neste estudo (PARANÁ, 2015).

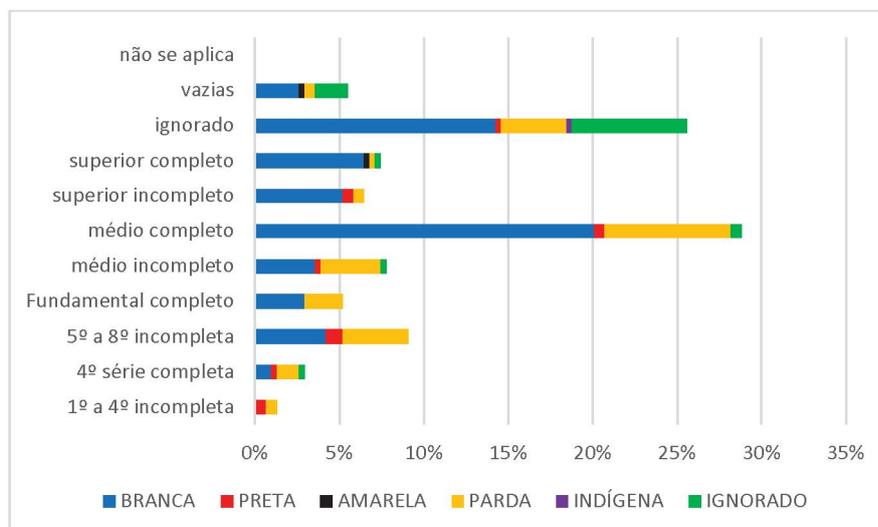
De acordo com o Boletim de HIV/aids (2018a) observam-se diferenças em relação a escolaridade. Em 2017, a proporção de homens analfabetos foi de 2,3%, enquanto entre as mulheres este percentual foi de 4%. Nos indivíduos com nível superior completo, estas proporções eram de 14,1% dos homens e de 4,3% das mulheres, no mesmo ano, a escolaridade mais prevalente foi a de indivíduos com nível médio completo com 26,9% entre os homens e 24,6% entre mulheres. Demonstrando convergência com os dados do Município em relação ao sexo masculino com escolaridade mais elevada em relação ao sexo feminino.

Resultados de pesquisa realizada por De Neve et al. (2015) na Botswana acusou a associação entre o risco de infecção pelo HIV e a quantidade de anos de estudo, se obtendo um pico até 8-9 anos de educação e diminuindo drasticamente depois disso, sobretudo em mulheres, assim a escolaridade foi considerado um fator protetivo na infecção pelo HIV, considerada uma prevenção eficaz em termos de custos além de benefícios sociais.

Segundo os dados desta pesquisa, entre as 309 pessoas que vivem com HIV/aids, segundo raça e escolaridade (GRÁFICO 47), a raça branca apresentou 60% dos casos notificados. O maior percentual de notificações apresentou nível médio completo com 62 (20%) pessoas, 20 (6,5%) pessoas com ensino superior completo e 16 (5,2%) pessoas com superior incompleto.

A raça parda foi a segunda raça mais notificada e correspondeu a 24,5% das notificações e demonstrou menor escolaridade em relação a raça branca, 23 (7,4%) casos apresentaram nível médio completo, seguida de 12 (3,9%) com 5ª a 8ª série incompleta e 11 (3,6%) com ensino médio incompleto. Somente duas (0,6%) pessoas cursaram ensino superior incompleto e uma (0,3%) com ensino superior completo.

GRÁFICO 47 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

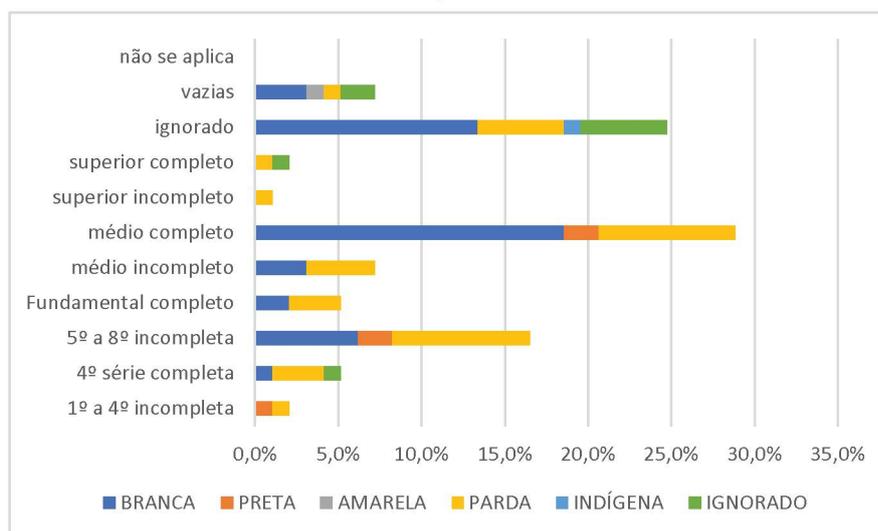
Este panorama se manteve entre as PVHIV, segundo raça e escolaridade, a raça branca apresentou 61,9% dos notificados por HIV, em maior percentual com ensino médio completo 33 (22,4%) pessoas, seguida por 13 (8,8%) pessoas com ensino superior, sete (4,8%) pessoas com 5ª a 8ª série incompleta e sete (4,8%) pessoas com superior incompleto. E também converge quanto a menor escolaridade na raça parda que apresentou 27,2% dos notificados, com 10 (6,8%) pessoas com nível médio completo, seguido de sete (4,8%) pessoas com 5ª a 8ª série incompleta e cinco (3,4%) com médio incompleto.

Dados encontrados nos casos notificados por HIV se demonstraram semelhantes aos encontrados nos casos notificados por aids, entre os 95 (59%) pessoas com raça branca, 29 (18%) apresentaram nível médio completo, nove (6%) com superior incompleto, sete (4,5%) com fundamental completo e sete (4%) com superior completo. A raça parda, nos casos notificados por aids, também foi a segunda mais notificada com 36 (22%) casos, 13 (8%) com médio completo, seguido de seis (4%) com médio incompleto e cinco (3%) com 5ª a 8ª série incompleta.

Quando associado raça e escolaridade, entre as 97 mulheres (GRÁFICO 48), que vivem com HIV/aids, a raça branca apresentou 47% dos casos. Destas, em maior número, 18 (19%) mulheres apresentaram ensino médio completo e seis (6%) de 5ª a 8ª série incompleta. A raça parda apresentou 36% das notificações, com oito (8,5%) mulheres com escolaridade de

5ª a 8ª série incompleta e oito (8,5%) com ensino médio completo. Entre as mulheres apenas duas (2%) com a raça parda obtiveram nível superior incompleto e superior completo de ensino, respectivamente.

GRÁFICO 48 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS EM MULHERES, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE



FONTE: A autora (2018).

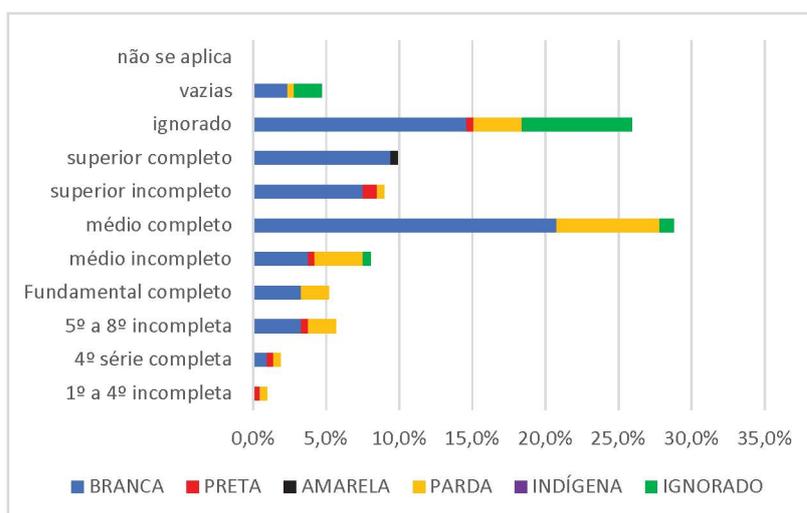
NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Entre as mulheres notificadas por HIV, a raça branca se apresentou em maior percentual com 50% das notificações, sete (18%) mulheres com ensino médio completo, seguido de quatro (10,5%) mulheres com 5ª a 8ª série incompleta e duas (5%) com ensino médio incompleto. A raça parda foi a segunda mais notificada, com 39% das notificações, quatro (10,5%) mulheres cursaram de 5ª a 8ª série incompleta, seguida de duas (5,3%) mulheres com fundamental completo e duas (5,3%) médio completo.

Os dados encontrados entre as mulheres notificadas por HIV convergem com os dados encontrados entre as 59 (36%) mulheres notificadas com aids. A raça branca apresentou 27 (45,5%) casos, e dessas, 11 (18,5%) mulheres com ensino médio completo e duas (3%) com 5ª a 8ª série incompleta. A raça parda foi a segunda mais notificada e divergiu quanto aos grupos de escolaridade em maior número; entre as 20 (34%) mulheres notificadas com aids, seis (10%) cursaram ensino médio completo, seguida de quatro (7%) com 5ª a 8ª série incompleta, três (5%) com 4ª série completa e três (5%) com ensino médio incompleto.

Entre os 212 homens que vivem com HIV/aids, segundo raça e escolaridade (GRÁFICO 49), a raça branca apresentou 65,7% dos casos notificados. Entre estes, o maior percentual demonstrou ensino médio completo com 44 (20,8%) homens, seguido de 20 (9,4%) homens com ensino superior completo e 16 (7,5%) homens com ensino superior incompleto. A raça parda foi a segunda mais notificada e apresentou 19,3% dos notificados, em maior número apresentaram ensino médio completo com 15 (7%) homens.

GRÁFICO 49 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS EM HOMENS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO RAÇA E ESCOLARIDADE



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Nos casos de HIV notificados em homens, a raça branca apresentou 66% dos notificados. Destes um maior percentual apresentou ensino médio completo 26 (24%) homens, seguido de 13 (12%) homens com superior completo e sete (6%) com superior incompleto. A raça parda aparece como a segunda mais notificada com 23% das notificações de HIV, oito (7%) homens com nível médio completo, seguido por quatro (4%) com nível médio incompleto e três (3%) com escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta.

Os dados encontrados nos homens notificados com HIV, convergem aos encontrados nas notificações por aids, em que 68 (66%) homens são brancos, e divergem quanto ao segundo e terceiro grupo de escolaridade em maior número: 18 (17%) cursaram ensino médio completo, nove (8,5%) ensino superior incompleto e sete (7%) ensino superior completo. O que também é encontrado na raça parda, com 16 (16%) casos de homens notificados com

aids, sete (7%) com médio completo, três (3%) com fundamental completo e três (3%) com médio incompleto.

Nesta pesquisa, as ocupações encontradas nas notificações com maior percentual (TABELA 28) foram: “Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados”, 50 (16,2%) pessoas; “Donas de casa”, 34 (11%); “Técnico de nível médio, 19 (6,1%) pessoas”; “Trabalhadores da produção de bens/serviços industriais, 14 (4,5%) pessoas” e “Profissionais das ciências e das artes”, 13 (4,2%) pessoas. Cabe ressaltar que 131 (42,4%) notificações apresentavam este campo não preenchido.

TABELA 28 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO

GRUPO	DESCRIÇÃO	n	%
1	Forças Armadas, policiais e bombeiros militares	0	0,0%
2	Membros superiores do poder público, dirigentes de organização de interesse público e de empresas e gerentes	3	1,0%
3	Profissionais das ciências e das artes	13	4,2%
4	Técnico de nível médio	19	6,1%
5	Trabalhadores de serviços administrativos	11	3,6%
6	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	50	16,2%
7	Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	1	0,3%
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	14	4,5%
9	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	1	0,3%
	Ignorado	3	1%
	Estudante	4	1,3%
Outros	Dona de casa	34	11%
	Desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter	25	8,1%
	Não preenchido	131	42,4%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Vários estudos demonstram alto percentual de campos ignorados nas fichas de notificação de diversos agravos, sobretudo o campo ocupação, escolaridade e raça (AGUIAR, et al., 2014; MORAIS; OLIVEIRA, 2015; ALVARES et al., 2015; BRANDÃO, 2018). Os achados desta pesquisa frente aos dados encontrados em outros estudos nos permitem refletir sobre a magnitude do fenômeno, visto que para identificação dos indivíduos que estão mais vulneráveis a determinados agravos se faz necessário o estudo do seu perfil epidemiológico para implementação de ações específicas voltadas à esta população.

Como exposto no capítulo de resultados, os equipamentos de saúde se concentram em territórios urbanos e sua lógica de distribuição não está organizada de acordo com os

contingentes populacionais de cada território atingindo diretamente a capilaridade dos indivíduos, a promoção e prevenção à saúde, inserção em programas de saúde, diagnóstico precoce e prevenção de complicações de agravos. Segundo Breilh (2011) é dever do Estado garantir o acesso ao bem comum para superação das inequidades. Reafirmar as propostas da Epidemiologia Crítica na perspectiva emancipatória de expandirmos nos três “S” de vida: produção soberana sustentável de bens para reprodução coletiva e individual; construção de uma sociedade solidária como o patrimônio total; e uma sociedade com modos saudáveis de viver se tornam essenciais para diminuição das infecções e vida saudável. Reitera que são necessários três requisitos no quadro jurídico para alcançar uma vida autêntica e consolidar o direito à saúde: a justiça social, justiça cultural e justiça ambiental.

As ocupações mais frequentes nas notificações por HIV foram: “Vendedores do comércio em lojas e mercados”, 23 (15,6%) pessoas; “Profissionais das ciências e das artes”, nove (6,1%) pessoas; “Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais”, sete (4,8%) pessoas e “Técnico de nível médio”, sete (4,8%) pessoas.

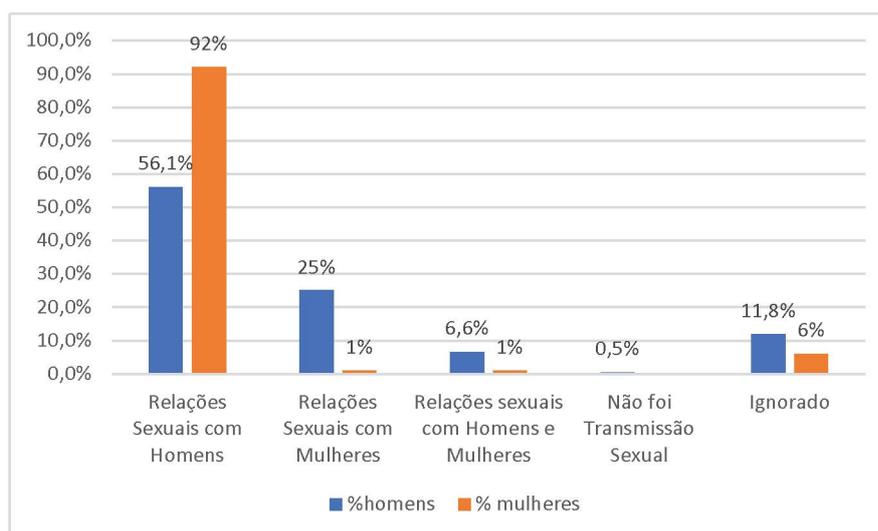
Dados divergentes são encontrados no banco de dados de aids, em que 27 (17%) são “Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados”, seguido de 12 (7%) notificações de “Técnico de nível médio” e sete (4,5%) notificações “Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais”.

Destaca-se que as ocupações contidas no banco de dados do Sinan demonstraram formas de inserção no mercado de trabalho que requerem menor escolaridade. Apenas 13 (4,2%) exerciam ocupações de nível superior, apesar de 23 (7%) pessoas relatarem nível superior de ensino. Estudos demonstram que não ocorre uma padronização quanto a nomenclatura para elucidar os tipos de ocupações em pesquisas, o que dificulta a análise deste dado para configurar em quais profissões ocorrem com maior incidência e prevalência o agravo ou apontar processos relacionados à inserção do indivíduo nos meios de produção e o desenvolvimento do agravo. Apesar do Ministério da Saúde normatizar que a notificação deve ser preenchida conforme Portaria MS nº 3.497 de 25 de novembro de 1998, ocorrem dificuldades na codificação das classes e famílias ocupacionais de acordo com a lista de Classificação Brasileira de Ocupações – CBO (ALVARES et al., 2015; BRANDÃO, 2018). Além disso, é indispensável suscitar aos profissionais de saúde a importância do preenchimento correto das fichas de notificação, assim como capacitá-lo para o preenchimento completo do instrumento de notificação (AGUIAR et al., 2014). Cabe também refletir sobre a disponibilidade desta informação para o profissional no momento do

preenchimento da ficha de notificação, além das condições gerais para o trabalho que muitas vezes impedem ou comprometem as ações de vigilância epidemiológica nos serviços de saúde.

Entre os casos de HIV/aids em homens, podemos verificar que 119 (56,1%) notificações são de homens que mantém relações sexuais com homens, 53 (25%) casos de homens que mantém relações sexuais com mulheres, 14 (6,6%) homens que mantém relações bissexuais, um (0,5%) caso com transmissão não sexual e em 25 (11,8%) notificações o campo provável modo de transmissão - sexual estava ignorado. Nos casos notificados em mulheres, 89 (92%) notificações foram de mulheres que mantêm relações sexuais com homens, um (1%) caso que mantém relação com mulher, um (1%) caso de mulher que mantém relação bissexual e seis (6%) notificações o campo provável modo de transmissão - sexual estava ignorado, conforme o GRÁFICO 50.

GRÁFICO 50 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Quanto ao provável modo de transmissão (sexual) nas notificações por HIV 34 (89%) notificações foram de mulheres que mantêm relações sexuais com homens. No sexo masculino 69 (63,3%) notificações são de homens que mantêm relações sexuais com homens e 20 (18,3%) casos de homens que mantêm relações sexuais com mulheres. Nas notificações por aids, no sexo masculino, verificamos que 50 (48,5%) notificações são de homens que

mantém relações sexuais com homens, enquanto, no sexo feminino, 55 (93%) notificações foram de mulheres que mantêm relações sexuais com homens.

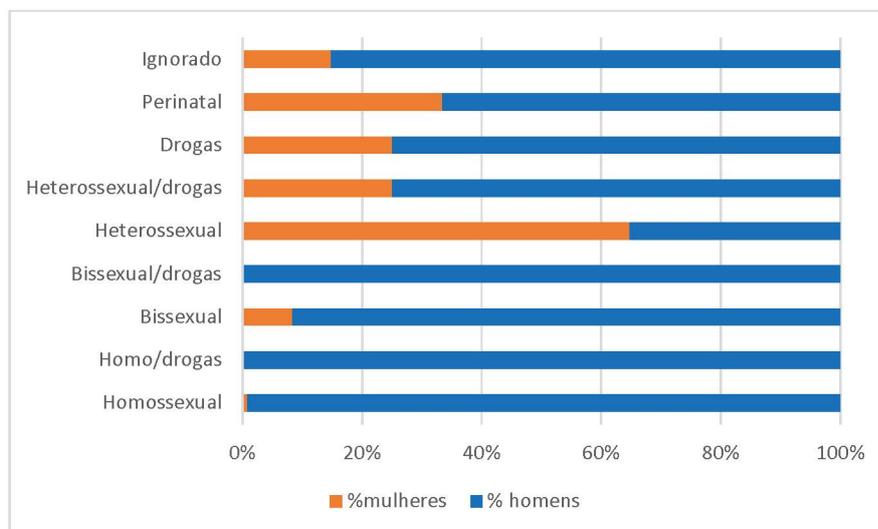
Dados contidos no Boletim Estadual de HIV/aids referentes a categoria de exposição dos casos de aids notificados indicam que a maior frequência se concentra na categoria heterossexual (74%), seguida da homossexual (16%). Em homens a categoria heterossexual cai para 61% e a homossexual sobe para 25% (PARANÁ, 2015). Dados nacionais reafirmam como sexual a principal via de transmissão do HIV e predomínio da categoria de exposição heterossexual em ambos os sexos até o ano de 2016. No ano de 2017, entre os homens, observou-se o predomínio da categoria de exposição homo/bissexual (48,7%), superando pela primeira vez na última década a categoria heterossexual (BRASIL, 2017e; BRASIL, 2018a).

Nesse contexto o panorama de transmissão no Município de São José dos Pinhais diverge ao encontrado no Estado e converge com o panorama atual do Brasil, pois nos casos notificados de HIV/aids prevalecem as notificações, no sexo masculino, de homens que mantêm relações sexuais com homens.

Entre os casos notificados por HIV/aids, no período de 2007 a 2016, na faixa etária de 20 a 29 anos, foram notificados três (1%) casos por transmissão vertical, dois (0,6%) homens e uma (0,3%) mulher. Quanto a provável forma de transmissão, segundo a forma sanguínea, ocorreu 12 (3,9%) casos por compartilhamento de insumos de drogas injetáveis e três (1%) casos por transfusão sanguínea. O que converge com os dados nacionais, pois, conforme o Boletim Nacional de HIV/aids, se constata redução ao longo dos anos em todo Brasil dos casos notificados de usuários de drogas injetáveis de 3,2% para 2,7% em homens e de 1,9% para 1,4% em mulheres nos anos de 2016 e 2017 (BRASIL, 2017e; BRASIL, 2018a).

A categoria de exposição (GRÁFICO 51) mais frequente encontrada nas notificações de HIV/aids entre os homens foi a categoria homossexual com 118 (38%) casos, seguida da categoria heterossexual com 48 (16%) casos e bissexual com 11 (4%) casos. Entre as mulheres notificados por HIV/aids, a categoria de exposição mais frequente foi a heterossexual com 88 (28,5%) casos.

GRÁFICO 51 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO E SEXO



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Nesse contexto, a categoria de exposição mais encontrada na ficha de notificação de HIV, entre as mulheres foi heterossexual em 34 (89%) mulheres. Ocorrendo o oposto entre os homens que em 68 (62%) casos, a categoria foi a homossexual.

Quanto a provável forma de transmissão, nas notificações por aids, no sexo masculino prevaleceu os casos de homens que mantém relações sexuais com homens com 50 (48,5%) casos, apresentando uma diferença de 20 (19,5%) casos em relação a categoria heterossexual. No sexo feminino prevaleceram os casos de mulheres que mantém relações com homens com 55 (93%) casos.

Pesquisas de Vigilância Epidemiológica e comportamental realizadas pelo DIAHV no ano de 2016, apontam uma prevalência de HIV de 19,8% entre HSH com 25 ou mais de idade e de 9,4% entre HSH de 18 a 24 anos (BRASIL, 2017e). Para alcance de uma prevenção efetiva do HIV/aids para os HSH no mundo barreiras estruturais devem ser superadas como a diversidade, em relação ao gênero e renda; estigma e acesso aos serviços de saúde, limitado por muitas vezes devido a barreiras econômicas e a falta de serviços amigáveis com a população HSH (PHILBIN et al., 2018).

Para acabar com a epidemia de HIV/aids e novas infecções que acompanham um modelo social centrado na ganância, devemos construir de forma participativa uma justiça que garanta conquistas sociais de equidade, não só para acesso aos serviços de saúde, mas também uma vida completa; conquistas culturais para alcançar a igualdade de etnia, gênero e o bem-

estar; e conquistas ambientais que nos permitem trabalhar, viver e respirar em ambientes saudáveis (BREILH, 2011).

Kerr et al. (2017) analisou a prevalência do vírus HIV em 4.176 HSH de 12 cidades brasileiras, apresentando uma média de 18,4% amostras reagentes para HIV. A taxa de novos casos de HIV/aids na faixa etária de 15 a 19 passou de 2,4 para 6,7 entre 2006 a 2015, e na faixa etária de 20 a 24 anos de 15,9 para 33,1 por 100 mil habitantes. A cidade de São Paulo apresentou a maior taxa de infecção por HIV/aids com 24,8%, seguida por Recife 21,5% e Curitiba 20,2%. Atribui ainda, como determinantes deste processo, o esvaziamento de campanhas destinadas ao público HSH, perda de financiamentos de organizações não-governamentais, mudanças no comportamento sexual com o avanço de tecnologias que ampliaram as formas de interação por meio de aplicativos, e abordagens que tratam a infecção do HIV como uma condição crônica do indivíduo.

A consolidação do poder de grandes corporações na internet ampliou as possibilidades tecnológicas de subordinação dos modos de viver, resultando em comunidades com padrões de comportamento massivo. A má utilização das novas tecnologias digitais implicará em gerações futuras afetando negativamente os processos de pensar, aspirar e viver, movimento que desencadeará efeitos radicais na saúde chamado de determinação e subsunção cibernética (BREILH, 2015).

No que se refere a evidência laboratorial de infecção pelo HIV no teste de triagem para HIV, nos casos notificados por HIV/aids (TABELA 29), 267 (86,4%) casos foram positivos/reagentes, três (1%) negativos/não reagentes, um (0,3%) inconclusivo e em 30 (9,7%) o teste de triagem não foi realizado. Em oito (2,6%) notificações este campo estava ignorado.

TABELA 29 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV- TESTE DE TRIAGEM

EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV - TESTE DE TRIAGEM	N	%
Positivo/Reagente	267	86,4%
Negativo/Não reagente	3	1,0%
Inconclusivo	1	0,3%
Não-realizado	30	9,7%
Indeterminado	0	0,0%
Ignorado	8	2,6%
TOTAL	309	100,0%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

No mesmo período, a evidência laboratorial de infecção pelo HIV, no teste confirmatório para HIV, nos casos notificados por HIV/aids (TABELA 30), 281 (91%) casos foram positivos/reagentes, um (0,3%) inconclusivo, um (0,3%) indeterminado, em 18 (5,8%) casos não foi realizado, e em oito (2,6%) casos este campo estava ignorado.

TABELA 30 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV- TESTE CONFIRMATÓRIO

EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV - TESTE CONFIRMATÓRIO	N	%
Positivo/Reagente	281	91%
Negativo/Não reagente	0	0,0%
Inconclusivo	1	0,3%
Não-realizado	18	5,8%
Indeterminado	1	0,3%
Ignorado	8	2,6%
TOTAL	309	100,0%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Conforme Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV (BRASIL, 2018b), o diagnóstico do vírus HIV deve ser realizado por meio de dois testes de metodologias diferentes, o que não se observa em que em 30 (9,7%) notificações no teste de triagem e em 18 (5,8%) notificações no teste confirmatório o segundo exame para diagnóstico não foi realizado.

Quanto a evidência laboratorial de infecção pelo HIV, nas notificações de HIV/aids (TABELA 31), o Teste Rápido 1 foi positivo/reagente somente em 38 (12%) notificações, em 54 (17,5%) casos não foi realizado, em 12 (4%) casos estava com este campo ignorado e em 205 (66,5%) notificações este campo não estava preenchido. O Teste Rápido 2 foi positivo/reagente em 33 (11%) notificações, em 58 (19%) casos não foi realizado, em 13 (4%) casos ignorados e em 205 (66%) este campo não estava preenchido. O Teste Rápido 3 foi positivo/reagente em oito (3%) notificações, em 72 (23%) casos não foi realizado, em 15 (5%) casos estava ignorado e em 214 (69%) casos este campo não estava preenchido.

TABELA 31 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE HIV- TESTE RÁPIDO

TESTE RÁPIDO	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
Positivo/Reagente	38	12%	33	11%	8	3%
Negativo/Não reagente	0	0%	0	0%	0	0%
Inconclusivo	0	0%	0	0%	0	0%
Não-realizado	54	17,5%	58	19%	72	23%
Indeterminado	0	0%	0	0%	0	0%
Ignorado	12	4%	13	4%	15	5%
Vazias	205	66,5%	205	66%	214	69%

FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

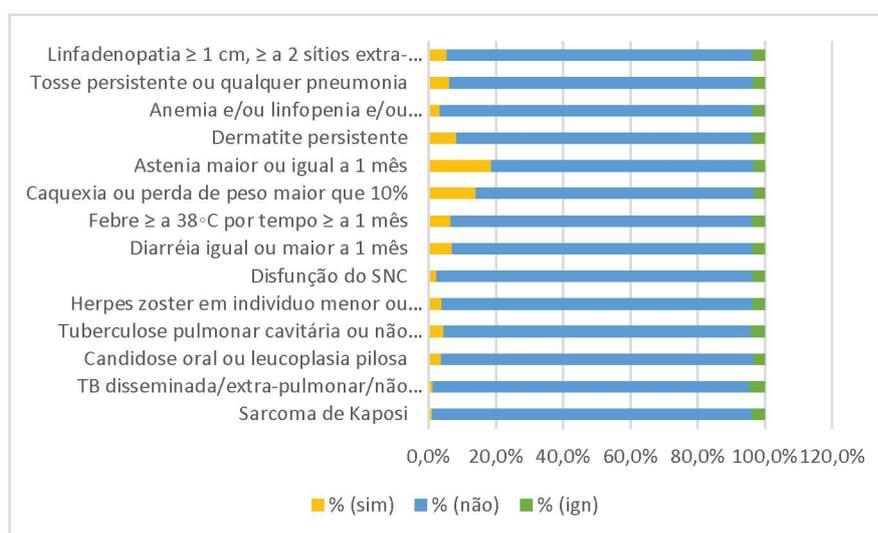
Conforme o Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV (BRASIL, 2018b) o diagnóstico do HIV utilizando testes rápidos deve ser realizado por meio de dois testes rápidos, cujo resultado reagente confirma a presença do vírus, devendo o indivíduo ser encaminhado para realização do exame de quantificação da carga viral e contagem de linfócitos T-CD4+ (BRASIL, 2018b).

Cabe ressaltar que o Serviço de Atendimento Especializado à PVHA também possui em sua estrutura física um Centro de Testagem e Aconselhamento, onde se realiza diariamente testes rápidos aberto a toda população do Município. Devido a esta realidade presente em São José dos Pinhais se destaca que foram diagnosticados por testagem rápida uma amostra aquém da esperada, sugerindo subnotificação ou mesmo erro no preenchimento da ficha de notificação. Outro dado encontrado nas fichas de notificação indica a realização de 38 testes rápidos 1 e somente 33 testes rápidos 2, números que deveriam ser equivalentes devido necessidade da positividade de dois testes rápidos para diagnóstico conforme já citado anteriormente.

Entre as situações e locais recomendados para a realização da testagem rápida, conforme Boletim Estadual de HIV/aids, destacam-se os Centros de Testagem e Aconselhamento, Rede Cegonha, Programa de Saúde da Família, Consultório de Rua, dentre outros programas. Ressalta-se ainda que a 2ª Regional de Saúde, à qual pertence o Município, foi a quarta Regional que realizou maior número de testes rápidos no ano de 2014 (PARANÁ, 2015). Entretanto, estudo realizado por Martins e colaboradores (2018) indicou que a disponibilidade do teste em locais não relacionados à saúde e a oferta em unidades básicas em horários não comerciais foram condições que estimularam a realização do teste rápido.

Os principais sinais e sintomas verificados nas notificações de HIV/aids, segundo o critério Rio de Janeiro/Caracas foram: astenia em 58 (18,8%) pessoas, caquexia em 43 (13,9%) pessoas, dermatite persistente em 26 (8,4%) pessoas, diarreia com tempo igual ou maior a 1 mês em 21 (6,8%) pessoas, febre \geq a 38°C por tempo \geq a 1 mês em 20 (6,5%) pessoas, tosse persistente ou qualquer pneumonia em 19 (6,1%) pessoas, linfadenopatia em 17 (5,5%) pessoas, tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada em 14 (4,5%) pessoas, herpes zoster em indivíduo com idade menor ou igual a 60 anos em 12 (3,9%) pessoas e candidose oral em 11 (3,6%) pessoas. Ressalta-se que entre todos os notificados, 194 (63%) pessoas não apresentaram sintomas do agravo, conforme o GRÁFICO 52.

GRÁFICO 52 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

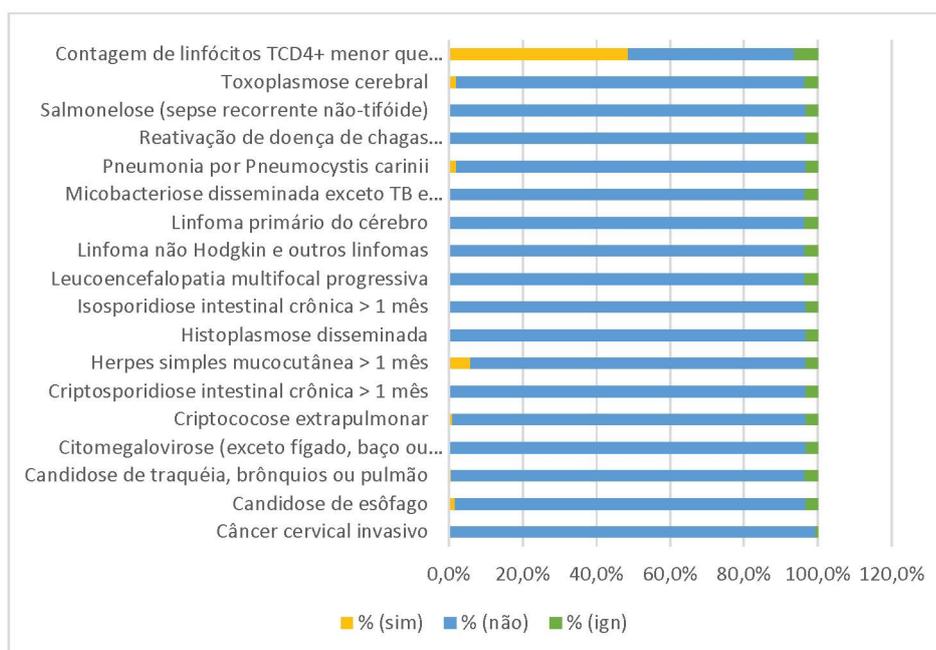
No que diz respeito aos sinais e sintomas relatados nos casos notificados por HIV, segundo o critério Rio de Janeiro/Caracas, em 111 (75,5%) casos não ocorreram sintomas do agravo. Nos casos sintomáticos, os sinais e sintomas relatados foram: astenia com tempo maior ou igual a um mês em oito (5,4%) pessoas, dermatite persistente em sete (4,8%) pessoas, linfadenopatia \geq 1 cm \geq 2 sítios extra-inguinais e por tempo \geq a 1 mês com quatro (2,7%) pessoas, caquexia ou perda de peso maior que 10% em três (2%) pessoas, diarreia igual ou maior a 1 mês em duas (1,4%) pessoas, febre \geq a 38°C por tempo \geq a 1 mês em duas (1,4%) pessoas, tosse persistente ou qualquer pneumonia em duas (1,4%) pessoas, disfunção

do sistema nervoso central em uma (0,7%) pessoa e anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia em uma (0,7%) pessoa.

Entre as notificações de aids, duas (1%) foram definidas por meio do Critério Rio de Janeiro/Caracas, o que diverge do banco de dados, pois três casos notificados por aids apresentaram sarcoma de Kaposi, já definidor de aids devido somatório de 10 pontos, no entanto, o Sistema só nos trouxe dois casos definidos por este critério. Entre os sintomas mais relatados encontraram-se astenia 50 (30,9%) pessoas, caquexia 40 (24,7%) pessoas, dermatite 19 (11,7%) pessoas, diarréia com tempo \geq 1 mês 19 (11,7%) pessoas, febre \geq a 38°C por tempo \geq a 1 mês 18 (11,1%) pessoas, tosse persistente ou pneumonia 17 (10,5%) pessoas, tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada 14 (8,6%) pessoas, linfadenopatia 13 (8%) pessoas, herpes zoster 12 (7,4%) pessoas, candidose oral 11 (6,8%) pessoas.

Entre os principais sinais e sintomas verificados segundo o critério *CDC* Adaptado estão: em 150 (48,5%) notificações contagem de linfócitos TCD4 menor que 350 cel/mm³, 18 (5,8%) casos herpes simples mucocutânea > 1 mês, seis (1,9%) casos pneumonia por *Pneumocystis carinii*, seis (1,9%) casos toxoplasmose cerebral e em cinco (1,6%) notificações candidose de esôfago, conforme o GRÁFICO 53.

GRÁFICO 53 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, SEGUNDO CRITÉRIO *CDC* ADAPTADO



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

Pesquisa realizada por Affeldt, Silveira e Barcelos (2015) demonstrou entre as principais doenças oportunistas candidíase, seguida por diarreia, anemia, pneumonia e tuberculose. Santos et al. (2015) apresentam como as principais doenças oportunistas encontradas em sua pesquisa pneumonia, tuberculose, toxoplasmose cerebral e pneumocistose.

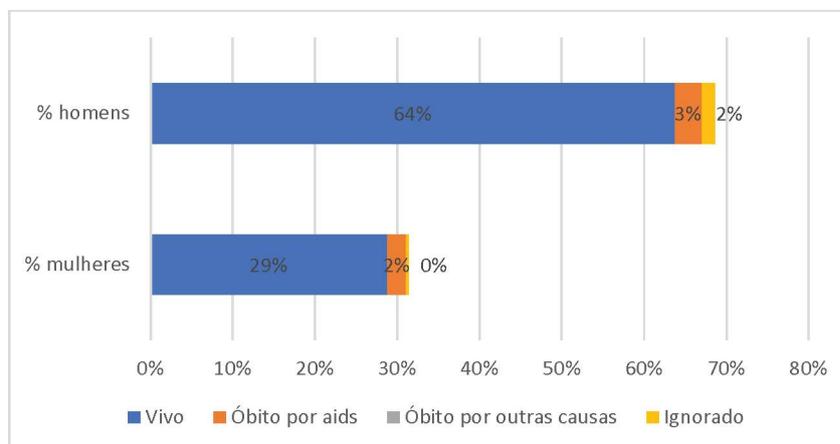
Entende-se que a facilidade ao acesso de serviços de saúde implicará no diagnóstico precoce do HIV e redução das comorbidades relacionadas à aids. Com a implementação da notificação de HIV espera-se que os casos sejam detectados precocemente e com início da terapia antirretroviral permitindo cargas virais indetectáveis, reduzindo as mortes, novas infecções de HIV e melhora das condições de vida da PVHA (CASTRO et al., 2018; COHEN et al., 2011; LIMA, et al., 2015).

Se destaca que cerca de 92,6% dos casos notificados por aids foram definidos por meio do Critério *CDC* Adaptado, com contagem de linfócitos TCD4 menor que 350 cel/mm³. O segundo sinal mais encontrado foi herpes simples mucocutânea > 1 mês em 18 (11,1%) notificações.

A Nota Informativa nº 47 de 2016 do MS instrumentaliza o enfermeiro a solicitar exames de CD4+ e carga viral de HIV o que auxilia no fechamento do diagnóstico de HIV/aids por esses profissionais. Cabe ressaltar que os critérios contidos na ficha de notificação demonstram que devem ser superadas questões estruturais para que ocorra o fechamento da ficha de notificação por profissionais não médicos, visto que a maior parte dos componentes dos critérios são de diagnósticos médicos conforme a classificação internacional de doenças.

Entre as 309 notificações por HIV/aids, 17 (5%) casos evoluíram para óbito no período de 2007 a 2016 (GRÁFICO 54). O número de óbitos registrados nos casos notificados por aids perfaz 16 casos. Desses, seis foram registrados em mulheres e 10 em homens, o que corresponde a um percentual de óbitos semelhante de 10,2% e 9,7% entre as notificações registradas em cada sexo. A faixa etária de 20 a 24 anos obteve sete (44%) óbitos, enquanto a faixa etária de 25 a 29 anos obteve nove (56%) óbitos. Houve um caso de óbito de mulher identificado como causa morte aids, porém com código identificador para HIV, ou seja, a usuária não vivia com aids, segundo o banco de dados. Assim este é um óbito que merece maior investigação, pois as variáveis assinaladas são contraditórias.

GRÁFICO 54 – CASOS NOTIFICADOS COM HIV/AIDS, COM FAIXA ETÁRIA DE 20 A 29 ANOS, NO PERÍODO DE 2007 A 2016, SEGUNDO EVOLUÇÃO DO CASO, EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS



FONTE: A autora (2018).

NOTA: Sinan/Net/SJP 1º semestre de 2018.

O coeficiente de mortalidade de aids em 2015 na 2ª Regional de Saúde foi de 5,6 por 100 mil habitantes, acima da média nacional dos anos de 2016 e 2017 de 5,2 e 4,8 por 100 mil habitantes, respectivamente. Dos 12.366 óbitos registrados no Brasil, cerca de 19,6% pertencem a Região Sul. A razão de óbitos por aids registrada no Brasil em 2016 foi de 19 óbitos de homens para cada 10 mulheres. Em relação aos óbitos no Brasil por faixa etária, a faixa entre 20 a 24 anos apresentou aumento no número de óbitos que passou de 2,7 em 2006 para 3,6 óbitos por 100 mil habitantes em 2016. Neste mesmo período a proporção de óbitos no Brasil de pessoas brancas apresentou redução de 21,8% ao passo que em pessoas negras e pardas ocorreu crescimento de 2,8 e 32,7%, respectivamente (PARANÁ, 2015; BRASIL, 2017e; BRASIL, 2018a).

Os dados encontrados no Município demonstram maior mortalidade na faixa etária de 25 a 29 anos com nove (56%) óbitos e percentual de mortalidade semelhante entre os sexos, não correspondendo aos achados nacionais.

Em contrapartida, era esperado que os óbitos de mulheres se mostrassem em menor número frente aos óbitos em homens, visto a demanda fisiológica do corpo feminino relacionada a maternidade que torna o cuidado com o corpo uma rotina para as mulheres, ao passo que para o homem desde a infância são ensinados a demonstrar força, resistência e virilidade, atribuindo-se assim culturalmente a fragilidade física como característica feminina (COSTA-JUNIOR; COUTO; MAIA, 2016).

Estudos reforçam a maior ocorrência de óbitos no sexo masculino, por meio de infecções oportunistas que continuam sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos pacientes com aids, diagnóstico da infecção em fases avançadas, baixa adesão ao tratamento antirretroviral e dificuldade de acesso ao serviço são algumas das causas do alto número de óbitos por aids (NUNES et al., 2015; SANTOS et al., 2015; GUIMARÃES et al., 2017). Portanto, a associação entre a terapia antirretroviral e a mortalidade por aids está diretamente ligada a sobrevida e redução do número de óbitos por aids.

6 CONCLUSÃO

Com os resultados e discussão deste estudo conclui-se que a hipótese de pesquisa foi confirmada, pois foi demonstrado que os adultos jovens que vivem com HIV/aids em São José dos Pinhais, notificados no período de 2014 a 2016, iniciaram o acompanhamento em saúde com diagnóstico tardio, pois 47% destes indivíduos foram notificados com o quadro de aids, mesmo após implementação da notificação de HIV em 2014.

No que tange seus objetivos considera-se que esses foram alcançados, uma vez que foi caracterizado o Município de São José dos Pinhais, realizado o geoprocessamento dos casos notificados e apresentado o perfil epidemiológico e clínico dos jovens notificados no período de 2007 a 2016 por meio do banco de dados Sinan.

São José dos Pinhais apresentou população majoritariamente feminina 50,5%, com taxa de crescimento rural 2,69%, a qual é um pouco acima da taxa de crescimento urbano 2,59%. Um fenômeno que pode ser relacionado com a retração no crescimento dos bairros São Pedro, Bom Jesus e Arujá, Águas Belas e São Marcos. Os bairros Parque da Fonte (21.849), Guatupê (16.743) e Borda do Campo (18.198) foram caracterizados como mais populosos, e apresentaram regiões industrializadas de São José dos Pinhais e localizados em zonas periféricas do Município. A acessibilidade por meio de transportes públicos mostrou-se deficitária, mesmo com três pontos para integração.

O geoprocessamento permitiu evidenciar a maior concentração dos casos na área urbana do Município, próximos aos equipamentos de Assistência Social, porém não localizados nos mesmos territórios dos equipamentos de Saúde. Estes dados indicam uma distribuição da rede de atenção à saúde de forma irregular, não guiada por meio do contingente populacional de cada território, o que aqui se entende como um processo dificultador no acesso aos serviços públicos de saúde, visto que em todo o período, de 2007 a 2016, 52% dos casos foram notificados já com o quadro de aids.

Os indivíduos do sexo masculino apresentaram o maior número de casos notificados com uma razão de sexo de HIV/aids de 4,1 em 2016, com predominância na educação superior incompleta e completa. E, ainda, foram mais notificados na faixa etária mais jovem, de 20 a 24 anos. Em contrapartida os indivíduos do sexo feminino tiveram o maior número de notificações na faixa etária de 25 a 29 anos e apresentou maior percentual com ensino médio completo e de 5ª a 8ª série incompleta.

Entre os casos notificados com HIV/aids a raça branca apresentou maior percentual entre os casos notificados, com ensino médio completo. A ocupação com maior percentual encontrada nas notificações corresponde ao Grupo 6 “Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados”, o que indicou uma inserção no mercado de trabalho com baixa qualificação e escolaridade. Campos como raça, escolaridade e ocupação tiveram altos percentuais como ignorados ou mesmo não foram preenchidos na ficha de notificação, esta é uma questão que deverá merecer maior dedicação e estudos, pois a informação incompleta dificulta a elaboração de análise aprofundada e as possíveis relações de dados, principalmente no que se refere às possibilidades de inserção dos indivíduos na produção e o aparecimento de agravos.

A provável forma de transmissão sexual, se mostrou predominante em ambos os sexos e a categoria de exposição mais frequente encontrada nas notificações de HIV/aids foi a homossexual, em homens, e heterossexual em mulheres. Se ressalta que 63% dos indivíduos não apresentaram sintomas do agravo e nos casos notificados por aids cerca de 92,6% foram definidos por meio do Critério *CDC* Adaptado, com contagem de linfócitos TCD4+ menor que 350 cel/mm³. O percentual de óbitos encontrado na pesquisa foi de 10,2% no sexo feminino e 9,7% no sexo masculino, o que demonstrou um percentual semelhante de mortalidade entre os sexos. Um resultado que se distancia dos dados nacionais, nos quais os maiores números de óbitos são do sexo masculino.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do perfil epidemiológico e clínico e o geoprocessamento dos casos notificados por HIV/aids permitiu a realização de várias reflexões acerca da epidemia no território estudado. A distribuição dos equipamentos de Saúde demonstrou uma organização não centrada no contingente populacional de cada território, o que nos leva a pensar sobre a necessidade de descentralização das ações em saúde, sejam essas ações de promoção ou prevenção da saúde, para alcance das populações mais vulneráveis e superação das inequidades em saúde.

Quanto a organização do processo de trabalho das notificações dos casos instituídos nos diversos serviços de atenção à saúde, verificamos na ficha de notificação de HIV/aids, nos Critérios *CDC* adaptado e Rio de Janeiro Caracas, que os critérios são focados em diagnósticos médicos, uma contradição ao se perceber que as notificações são realizadas, em sua maioria, por enfermeiros e técnicos de enfermagem. Esse achado demonstra que é imprescindível se discutir modificações nos padrões da notificação, visto a competência e regulamentação do exercício profissional aqui envolvidos, uma questão estrutural que indica a necessidade de se instrumentalizar profissionais ou readequar fluxos de notificação nos serviços de saúde.

No que se refere as dificuldades para o desenvolvimento da pesquisa, destaca-se a impossibilidade da divulgação dos nomes dos bairros, exigência registrada no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, o que dificultou a apresentação e aprofundamento das informações nos capítulos de resultados e discussão. O alto número de dados ignorados ou em branco nas notificações de HIV/aids também impediu algumas análises da amostra estudada, assim como a ausência de campos nas fichas de notificação quanto ao gênero e classe social, visto que são dados que indicam processos relacionados à determinação social do agravo.

Aponta-se também como fator limitador uma grande divergência em relação ao número de casos notificados no banco de dados do Sinan entre as esferas municipal, estadual e nacional. E ainda, sugere-se atualização na forma de preenchimento das fichas de notificação (preenchimento manual), devidos aos erros, no que se refere a grafia, Município de residência, interpretação errônea de caligrafia e preenchimento incompleto, pois a não completude dos campos raça, escolaridade, ocupação, logradouro e bairro interferem

diretamente no geoprocessamento destes casos e no planejamento de diversas políticas públicas destinadas a este público.

Por fim, registra-se que é necessário compreender o agravo para além das informações dos bancos de dados de notificações, pois a historicidade e a dinamicidade da vida do jovem no Município indicam que o modo de viver deste grupo está presente nos dados do agravo naquele território. Portanto, desenvolver esta pesquisa permitiu construir um olhar mais crítico sobre o enfrentamento necessário para atingir as metas estabelecidas e apontadas pelos órgãos gestores do setor saúde, que é a supressão da carga viral das PVHA. A compreensão sobre as fragilidades e as potencialidades do setor saúde, assim como, do modo de viver dos jovens que vivem em territórios periféricos aos grandes centros urbanos permitirão refletir sobre as políticas públicas e ações de saúde que objetivem transformar dados indesejados como os que aqui foram demonstrados - jovens que vivem com HIV/aids chegam tardiamente aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AFFELDT, A. B.; SILVEIRA, M. F. da; BARCELOS, R.S. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, Sul do Brasil, 1998 a 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 24, n. 1, p. 79-86, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100009>>. Acesso em: 24 de out. 2018.

AGUIAR, L. R. et. al. Avaliação da completude dos dados registrados na ficha de notificação de tétano acidental. *Cadernos ESP*, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 38-49, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/198>>. Acesso em: 24 out. 2018.

ALMEIDA FILHO, N de. *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador: APCE/ABRASCO, 1992.

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.*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 123-136, jan./mar. 2015. DOI. 10.1590/1980-5497201500010010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010010>>. Acesso em: 24 out. 2018.

AMARAL, R. da S. et al. Soropositividade para HIV/aids e características sociocomportamentais em adolescentes e adultos jovens. *Pesq. Saúde*, São Luís, MA, v. 18, n. 2, p. 108-113, maio/ago. 2017. DOI. 10.5123/S1679-49742015000100009. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/8384/5209>>. Acesso em: 24 de out. 2018.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. São José dos Pinhais, PR. [2010?]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/5441>. Acesso em: 12 de fev. 2018.

ÁVILA, G. M. R. Perfil Clínico e Epidemiológico das gestantes infectadas pelo HIV acompanhadas no serviço de infectologia do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF no período de maio/1998 a dezembro/2013. 92 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/4587>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

BASSOLS, A. M. S.; BONI, R. de; PECHANSKY, F. Alcool, drogas e comportamento sexual de risco estão relacionados à infecção por HIV em mulheres adolescentes. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 361-368, dez. 2010. DOI. 10.1590/S1516-44462010000400008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010000400008&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 de out 2017.

BRASIL. Lei nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 06 mai. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em: 02 de out. 2017.

_____. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Portaria nº Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece

normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 out. 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm>. Acesso em: 21 de ago. 2017.

_____. Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Código de Menores. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 out. 1979. Seção 1, p. 14945. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6697-10-outubro-1979-365840-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 03 de maio 2017.

_____. Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 dez. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7713.htm>. Acesso em: 20 de out. 2017.

_____. Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 mai. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8036consol.htm> Acesso em: 04 de maio 2017.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990b. Seção 1, p.13.563. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 20 de fev. 2017.

_____. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jul. 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213compilado.htm>. Acesso em: 02 de out. 2017.

_____. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 mai. 1996a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9279.htm>. Acesso em: 07 de set. 2017.

_____. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Jovens, Conselho Nacional da Juventude e a Secretaria Nacional da Juventude, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jun. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm> Acesso em: 09 de set. 2017.

_____. Lei nº 11.692, de 10 de junho de 2008. Dispõe o Programa Nacional de Inclusão de Jovens, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jun. 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111692.htm>. Acesso em: 09 de set. 2017.

_____. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE); regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 jan. 2012a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm>. Acesso em: 02 de set. 2017.

_____. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o o Sistema Nacional de Juventude, SINAJUVE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 ago.

2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm>. Acesso em: 09 de set. 2017.

_____. Lei nº 13.202, de 08 de dezembro de 2015. Institui o Programa de Redução de Litígios Tributários; autoriza o Poder Executivo federal a atualizar monetariamente o valor das taxas que indica; altera as Leis nos 12.873, de 24 de outubro de 2013, 8.212, de 24 de julho de 1991, 8.213, de 24 de julho de 1991, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, e 12.546, de 14 de dezembro de 2011; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 dez. 2015d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13202.htm>. Acesso em: 02 de out. 2017.

_____. Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços. **Comex Vis: Visualização de Comércio Exterior: Municípios**. Brasília, DF, [201-?]. Disponível em: <<http://www.mdic.gov.br/comercio-exterior/estatisticas-de-comercio-exterior/comex-vis/frame-municipio?municipio=4125506>>. Acesso em: 09 de jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-Aids**. Brasília, 2016a. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/387532/>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. 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. 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 06 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Direitos das PVHIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [20--]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Ficha de Investigação Epidemiológica Aids (Pacientes com 13 anos ou mais)**, 2006b. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/03_-_AIDS_ADU_NET_-_AIDS_Pacientes_com_13_anos_ou_mais.pdf> Acesso em: 01 de jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portal Ministério da Saúde. **Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil**. Brasília, DF, 2017c. Disponível em: <<portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>>. Acesso em 09 de out. 2018.

_____. 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 território nacional. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 6 jun. de 2014a. Disponível em: <http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/portaria_1271_6jun2014.pdf>. Acesso em: 31 de ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, Brasília,

DF, 21 set. 2017d. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 15 de out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.947 de 25 de 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: 23 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 22, de 25 de maio de 2017b. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP), no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2017b. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/29.05.2017_-_II.pdf>. Acesso em: 07 de ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 34, de 22 de julho de 2015. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) profilaxia antirretroviral pós-exposição a risco para infecção pelo HIV (PEP) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 22 jul. 2015c. Disponível em: <<http://www.brasilus.com.br/index.php/legislacoes/resolucoes/39-sctie/3799-34sctie>>. Acesso em 07 de set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. 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. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 17 fev. 2016b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: 18 de out. 2017.

preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.

Ministério da Saúde, Brasília, DF, 02 fev. 2017g. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html>. Acesso em: 23 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986. Inclui na relação de doenças de notificação compulsória no território nacional a sífilis congênita e a aids. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 24 dez. 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2015b. 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: 30 de ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 705 p. 2014b. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/Guia_VE.pdf>. Acesso em: 02 de out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 13, n.1, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/166Boletim_epidem_aids_01_2000.pdf>. Acesso em: 16 de out. 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, 2017e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação: normas e rotinas**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 80 p. (Série A, Normas e manuais técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_agravos_notificacao_sinan.pdf>. Acesso em 30 de nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais**. Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/2010/257>>. Acesso em: 20 de fev. 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. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>>. Acesso em: 07 de jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids, e das Hepatites Virais. **Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>>. Acesso em: 21 de out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais. Nota Informativa nº 047, de 2016. Informa sobre a solicitação de exames de contagem de linfócitos CD4+/CD8+ e carga viral de HIV por enfermeiros. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 20 jun. 2016a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-0472016-ddahvsms>>. Acesso em: 23 out. 2018.

_____. 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 a profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 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 30 de set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Abordagens Espaciais na Saúde Pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. 136 p. (Série B, Textos básicos em saúde. Série capacitação e atualização em geoprocessamento em

saúde). Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie_geoproc_vol_1.pdf>. Acesso em: 24 de mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**: bases programáticas. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf>. Acesso em: 04 de maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Dicionário dos Dados: SINAN Net: Versão 5.0: Agravos Aids Adulto**. Brasília: SINAN, 2012c. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AidsAdulto/DIC_DADO_S_Aids_adulto_v5.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2018.

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

BAJUNIRWE, F. et al. Towards 90-90-90 Target: factors influencing availability, access, and utilization of HIV services: a qualitative study in 19 Ugandan Districts. *Biomed. Res. Int.*, v. 2018, mar. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5884295/>>. Acesso em 29 de out. 2018.

BOSSLE, R. C. **QGIS do ABC ao XYZ**. 1. ed. São José dos Pinhais: Ed. Íthala, 2016.

BRANDÃO, M. L. **A epidemia HIV/AIDS em adultos jovens em uma Regional de Saúde do Paraná sob a ótica da Epidemiologia Crítica**. 179 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/55432>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

BREILH, J. El SIDA, la ciencia y las tres justicias. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá, Colombia, v. 10, n. 21, p. 219-223, jul./dic. 2011. Disponível em: <<http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3530/1/Breilh%2C%20J-CON-163-SIDA-rese%20C3%B1a.pdf>>. Acesso em 01 de nov. 2018.

BREILH, J. **Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

BREILH, J. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 972-982, out./dez. 2015. DOI. 10.1590/1980-5497201500040025. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2015.v18n4/972-982>>. Acesso em 29 de out. 2018.

BRIGNOL, S. et al. Fatores associados a infecção por HIV numa amostra respondent-driven sampling de homens que fazem sexo com homens, Salvador. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v.19, n.2, p.256-271, abr./jun. 2016. DOI. 10.1590/1980-5497201600020004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n2/1980-5497-rbepid-19-02-00256.pdf>>. Acesso em 29 de out. 2018.

CASTRO, S. S. et al. HIV/AIDS case definition criteria and association between sociodemographic and clinical aspects of the disease reported in the State of Minas Gerais

from 2007 to 2016. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 51, n. 4, p. 427-435, july/aug. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30133624>>. Acesso em 29 de out. 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **HIV in the United States: at a glance**. 2017. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hiv/statistics/overview/ataglance.html>>. Acesso em: 04 de set. 2017.

COHEN, M. S. et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. **N. Engl. J. Med.**, Massachusetts, v. 365, n. 6, p.493-505, aug. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21767103>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

COSTA-JUNIOR, F. M. da; COUTO, M. T.; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Rev. Latino Americana.**, Rio de Janeiro, n. 23, pp.97-117, ago. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/n23/1984-6487-sess-23-00097.pdf>>. Acesso em: 02 de nov. 2018.

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

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.**, Bucaramanga, v.8, n.3, p.1919-1928, sept. 2017. Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/462>>. Acesso em: 23 out. 2018.

DE COCK, K. M.; JAFFE, H. W.; CURRAN, J. W. Reflections on 30 years of aids. **Emerg. Infect. Dis.**, Atlanta, v. 17, n. 6, p. 1044 – 1048, jun. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3358222/>> Acesso em: 02 de set. 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**, Reino Unido, v.3, p. 470-77, jun. 2015. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2815%2900087-X>>. Acesso em: 23 out. 2018.

DEEKS, S. G.; LEWIN; S. R.; HAVLIR, D. V. The end of aids: HIV infection as a chronic disease. **Lancet**, Reino Unido, v.382, n. 9903, p. 1525-1533, nov. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4058441/>>. Acesso em: 31 de ago. 2016.

EGRY, E. et al. O Coletivo como objeto do cuidado de enfermagem: uma abordagem qualitativa. In: COSTA, A. P.; SÁNCHEZ-GOMEZ, M. C.; CILLEROS, M. V. M. **A Prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos**. 1. ed. Aveiro: Ludomedia, 2017. p. 104-137.

ENVIRONMENTAL SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE. **ESRI Shapefile Technical Description**. Redlands: ESRI, 1998. Disponível em: <<https://www.esri.com/library/whitepapers/pdfs/shapefile.pdf>>. Acesso em 16 de out. 2018.

GALVÃO, J. *Aids no Brasil: uma agenda de construção de uma epidemia*. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 2000.

GALVÃO, J. M. V.; COSTA, A.C.M. da; 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. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5533>>. Acesso em: 23 out. 2018.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M. I. B. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, pp. 5-8, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>>. Acesso em: 23 out. 2018.

GUIMARÃES, M. D. C et al. Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: motivos para preocupação?. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 20 , p. 182-190, maio 2017. Suplemento 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050015>>. Acesso em: 23 out. 2018.

HORA, T. D; PAIVA, A. R. Violência sexual contra crianças e adolescentes no campo da saúde e a intersetorialidade no sistema de garantias de direitos. **Sustinere: revista de saúde e educação**, Rio de Janeiro, v.5, n 2, p. 296-316, jul./dez. 2017. Disponível em: <www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/>. Acesso em 03 de abril 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação**. 2017a. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php>. Acesso em 5 de out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores sociais mínimos. **Conceitos**. [20--]. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 12 de fev. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios Contínua. **Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal**. 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101543.pdf>>. Acesso em: 09 de out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **São José dos Pinhais**. 2017b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=412550&search=parana|sao-jose-dos-pinhais>>. Acesso em: 29 de jan. 2018.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Caderno Estatístico: Município de Araucária**. Curitiba: IPARDES, out. 2018b.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Caderno Estatístico: Município de Colombo**. Curitiba: IPARDES, out. 2018c.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL.
Caderno Estatístico: Município de São José dos Pinhais. Curitiba: IPARDES, jan. 2018a.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Perfil avançado do município de São José dos Pinhais.** Disponível em:
<http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=6&btOk=ok>.
Acesso em: 05 de fev. 2018.

KERR, L., et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine**, v. 97, 1S Suppl 1, 2018, S9-S15. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5991534/>>. Acesso em: 22 out. 2018.

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, p. 5-6, set. 2015. Suplemento 1. DOI. 10.1590/1809-4503201500050002. Disponível em:
<<https://pdfs.semanticscholar.org/9a05/f0411bc65e812861586ea7343ef82e6484df.pdf>>.
Acesso em: 22 out. 2018.

LIMA, V. D. et al. Initiation of antiretroviral therapy at high CD4+ cell counts is associated with positive treatment outcomes. **AIDS**, [S.l.], v. 29, n. 14, p. 1871-1882, sep. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26165354>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

LIMA NETO, A. S et al. Epidemiologia Descritiva: características e possibilidades de uso. In: ROUQUAYROL, M. C.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 65-96.

LOBO, C. Dispersão Espacial da População no Brasil. **Mercator**: revista de geografia da UFC. Fortaleza, vol. 15, n. 3, p 19-36, jul./set. 2016. DOI. 10.4215/RM2016.1503. 0002. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2736/273647136003/>>. Acesso em: 08 de out. 2018.

LOCH et al. Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2018. Disponível em:
<<https://www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n2/e00047217>>. Acesso em 29 de out. 2018.

LOPES, M. V. O. 6 Desenhos de pesquisa em Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. C.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 121-132.

MARTINS, T. A. et al. Incentivos e barreiras ao teste de HIV entre mulheres profissionais do sexo no Ceará. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 64, 2018. Disponível em
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000300.pdf>.
Acesso em 01 nov. 2018.

MATOS, R.; BAENINGER, R. Migração e Urbanização no Brasil: processos de concentração e descontração espacial e o debate recente. **Cadernos do Leste**, Belo Horizonte, v. 1, n.1, dez. 2008. Edição especial 2000 a 2008. Disponível em: <
<http://igc.ufmg.br/portaldeperiodicos/index.php/leste/article/view/1092>>. Acesso em: 08 de out. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. 20. ed., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GÓMES, C. Díficeis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. cap. 8, p.117-41.

MORAIS, M. T. M.; OLIVEIRA, T. de J. Perfil epidemiológico e sociodemográfico de portadores de hepatite C de um município do sudoeste baiano. **Rev. Saúde. Com.**, Jequié, v. 11, n. 2, p. 137-146, 2015. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11n2a04.pdf>>. Acesso em 20 out. 2018.

NARDI S. M. T., et al. Geoprocessamento em Saúde Pública: fundamentos e aplicações. **Revista Instituto Adolfo Lutz**. São Paulo, v. 72, n. 3, p.185-191, 2013. Disponível em: <<http://revistas.bvs-vet.org.br/rialutz/article/view/22284/23728>>. Acesso em: 24 de mar. 2017.

NUNES, A. A. et al. Análise do perfil de pacientes com HIV/Aids hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3191-3198, out. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.03062015>>. Acesso em: 20 out. 2018.

PAMBOUKIAN; S. V. D. **Mapas Temáticos no QGIS**. São Paulo: Laboratório de Geotecnologias da Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2010. Disponível em: <https://www.mackenzie.br/fileadmin/ARQUIVOS/PUBLIC/user_upload/_imported/fileadmin/LABGEO/Curso/03._Aula_03/0304._Mapas_Tematicos_no_QGIS.pdf>. Acesso em: 16 de out. 2018.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Critérios de Definição e Escala: Aids& DST's**. Curitiba: Secretaria da Saúde, [20--?]. Disponível em:<www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=40>. Acesso em: 01 de maio 2017.

PARANÁ. Secretaria de Desenvolvimento Urbano. **Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba, COMEC**. 2012. Disponível em: <http://www.comec.pr.gov.br/arquivos/File/Mapas2013/RMC_2013_Politico.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids: 2015**. Curitiba: SESA, 2015. 29 p. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AIDS/Boletim_HIV_AIDS_2015.pdf>. Acesso em 30 de ago. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde: Paraná 2016 a 2019**. Curitiba: SESA, 2016. 200 p. Disponível em:

<<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PlanoEstadualSaude2016MioloAlt.pdf>>. Acesso em: 08 de out. 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Mapa político do Estado do Paraná**: divisão por macrorregionais. Curitiba: SESA, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/mapa_das_macrorregionais_colorido_.jpg>. Acesso em: 16 jan. 2018.

PEDROSA N. L. **Dinâmica espacial e temporal da Aids em Fortaleza**. 2015, 73 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/15639>>. Acesso em: 05 de abr. 2017.

PENSO, M. A. et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.2, p.542-553, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a23.pdf>>. Acesso em: 04 de maio de 2017.

PEREIRA, A. J.; NICHATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3249-3257, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/24.pdf>>. Acesso em: 16 de out. 2017.

PEREIRA, B.S. et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/aids entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 747-758, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000300747&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 05 de maio de 2017.

PHILBIN, M.M. et al. Structural barriers to HIV prevention among men who have sex with men (MSM) in Vietnam: diversity, stigma, and healthcare access. **PLoS One**, [S.l.], v.13, n. 4, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5882136/>>. Acesso em 29 de out. 2018.

PIMENTA, A. T. M. et al. Gestantes infectadas pelo HIV-1 atendidas em serviço de referência: características clínicas e sociodemográficas. **Rev. de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 13, n. 45, p. 20-25, jul./set. 2015. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2719>. Acesso em: 21 de out. 2018.

PINTO, A. C. S et al. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. **DST: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista19-1-2007/7.pdf>>. Acesso em: 10 de set. 2017.

PINTO, A. C. S, et al. Prática educativa com jovens usuários de crack visando a prevenção do HIV/aids. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 3, jul./set., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300216&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 de out. 2017.

PITO ALEXANDRE, L. B. dos S. **Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde**. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2012.

REIS, A. C., SANTOS, E. M. dos; CRUZ, M. M. da. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 195-205, jul./set. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000300006>. Acesso em: 05 de fev. 2017.

SANTOS, E. R. F. et al. Perfil de pacientes HIV-AIDS que evoluíram ao óbito em um hospital de referência em Belém, PA. **Rev. Paraense de Medicina**, Belém, v.29, n. 3, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2015/v29n3/a5601.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

SANTOS, S. M. et al. Transmissão vertical do HIV: dificuldade na adesão ao pré-natal. **Rev. Enf. Contemporânea**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 56-61, abr. 2017. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1109>>. Acesso em: 20 de out. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. **Plano Municipal de Saúde**. São José dos Pinhais, 2017a. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/PLANO-MUNICIPAL-DE-SA%C3%A9-2018-2021-SJP-05.12.2017-2.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Portal da Prefeitura. **Equipamentos Públicos**. 2017d. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/equipamentos-publicos/>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Portal da Prefeitura. **PIB e Renda**. 2017b. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/pib-e-renda/>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Portal da Prefeitura. **Transporte**. 2017c. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/transportes-2/>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Portal da Prefeitura. **Atlas de São José dos Pinhais, Mapas Detalhados do Município**. 2017f. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/secretarias/secretaria-agricultura-e-abastecimento/>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. **Secretaria Municipal de Agricultura e Abastecimento**. 2017g. Não Publicado

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. **Secretaria Municipal de Urbanismo**. 2017h. Não Publicado.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Secretaria de Saúde. **Relatório Quadrimestral, 2º Quadrimestre**. São José dos Pinhais: Secretaria de Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2013/10/RELAT%C3%93RIO-2%C2%BA-QUADRIMESTRE-2013.pdf>>. Acesso em: 09 de jul. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Portal da Prefeitura. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Divisão de Proteção Social Básica**. 2018c. Disponível em:

<<http://www.sjp.pr.gov.br/secretarias/secretaria-assistencia-social/divisao-de-protecao-social-basica/>>. Acesso em 03 out. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Portal da Prefeitura. Secretaria Municipal de Agricultura e Abastecimento. **Mapas Detalhados do Município**. 2018d. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/05-Col%C3%B4nias.pdf>>. Acesso em 03 out. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Portal da Prefeitura. Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. **Catálogo de Indústrias. 2016b**. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/secretarias/secretaria-planejamento-e-des-economico/catalogo-de-industrias/>>. Acesso em: 13 de out. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Portal da Prefeitura. Secretaria Municipal do Esporte e Lazer. **Locais para prática esportiva**. 2017e. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/secretarias/secretaria-esporte-e-lazer/locais-para-pratica-esportiva/>>. Acesso em 13 fev. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Prefeitura Municipal. **Estudo de Macroestruturação Urbana: relatório 1: leitura da realidade**. São José dos Pinhais: Prefeitura Municipal; Jaime Lerner Arquitetos Associados: dez. 2014a. Disponível em: <http://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2014/05/PARTE-A-Relatorio1_Leitura_Realidade_SJP_Completo_Revisado_B_COMPACTADO.pdf>. Acesso em 13 de fev. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Prefeitura Municipal. **Sistema de Transporte Coletivo de Passageiros**, 2014b. Disponível em: <http://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2014/05/PARTE-B-Relatorio1_Leitura_Realidade_SJP_Completo_Revisado_B_COMPACTADO.pdf>. Acesso em 13 de fev. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais. **Secretaria Municipal de Cultura**, 2018a. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/secretarias/secretaria-cultura/>>. Acesso em 13 fev. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Promoção e Vigilância. Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. São José dos Pinhais: Secretaria Municipal de Saúde, 2015.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior (RDQA): 1º Quadrimestre 2018**. São José dos Pinhais: Secretaria Municipal de Saúde, 2018b. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/1%C2%BA-RDQA-2018-SEMS-SJP-29.05.2018.pdf>>. Acesso em: 09 de jul. 2018.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saneamento Básico de São José dos Pinhais, PR**. São José dos Pinhais: Prefeitura Municipal, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/PMSB-Volume-5-Institucional-e-Indicadores.pdf>>. Acesso em 12 de fev. 2018.

SCHNEIDER, E, et al. Epidemiology of HIV/Aids: United States, 1981-2005. **Centers Disease Control and Prevention, CDC: Morbidity and Mortality Weekly Report, MMWR**, Atlanta, v. 55, n. 21, p.589-592, jun. 2006. Disponível em:

<<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5521a2.htm>>. Acesso em 02 de set. 2017.

SIQUEIRA, A. C. A garantia ao direito à convivência familiar e comunitária em foco. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 3, p. 437-444, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n3/13.pdf>>. Acesso em 04 de maio 2017.

SOUZA, W. A. de; SANTOS, J. A. T; OLIVEIRA, M. L. F. de. Trinta anos de avanços políticos e sociais e os novos desafios para o enfrentamento da aids no Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 487-500, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/13749/0>>. Acesso em: 10 de set. 2017.

STEVANIM, L. F. PrEP no SUS: o que esperar do novo método de prevenção ao HIV que começa a ser oferecido na rede pública de saúde? **Radis**, Rio de Janeiro, n.178, p. 26-27, jul. 2017. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/178/reportagens/prep-no-sus>>. Acesso em: 07 de set. 2017.

SZWARCWALD, C. L., et al. Práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV entre jovens brasileiros do sexo masculino, 2007. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27 Sup. 1, p. S19-S26, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011001300003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 de out. 2017.

TEODORESCU, L. L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da Aids no Brasil, v.2: a sociedade civil se organiza pela luta contra a aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 360 p. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002355/235558POR.pdf>>. Acesso em: 16 de out. 2017.

THE global HIV/aids epidemic-progress and challenges. Lancet, Reino Unido, v. 390, jul. 2017. Editorial. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)31920-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)31920-7.pdf)>. Acesso em: 02 de set. 2017.

UNAIDS. Acabando com a aids: o progresso rumo às metas 90 - 90 - 90: atualização sobre a aids no mundo. **19,5 mi estão em tratamento para HIV no mundo e mortes relacionadas à AIDS caem pela metade desde 2005, diz UNAIDS**. Jul. 2017. Disponível em: <<http://unaids.org.br/2017/07/19-mi-em-tratamento-hiv-mortes-relacionadas-aids-caem-no-mundo/>>. Acesso em: 09 set. 2017.

VERVILLE, J. Health Line, **Histórico do vírus HIV e da aids**, 2013. Disponível em: <<http://pt.healthline.com/health/historico-do-virus-hiv-e-da-aids#1>>. Acesso em: 02 de set. 2017.

VILLARINHO, M. V. et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da aids e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 66, n. 2, p. 271-277, mar./abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200018>. Acesso em: 11 de abr. 2017.

WORLD BANK. Programa Nacional de DST e Aids recebe empréstimo de US\$ 67 milhões do Banco Mundial. Maio 2010. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/pt/news/press-release/2010/05/18/brazil-67-million-sustained-hivaids-prevention-care-efforts>>. Acesso em: 09 de set. 2017.

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. **Estud. Psicol.**, Natal, v.20, n.4, p.229-240, 2015. DOI. 10.5935/1678-4669.20150024. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2015000400229&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 nov. 2018.

**APÊNDICE 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS BAIRROS DE SÃO JOSÉ DOS
PINHAIS SEGUNDO RENDA DA POPULAÇÃO**

(continua)

BAIRRO	RENDA			
	> 25% Renda 1 até SM	20 - 25% Renda 1 até SM	15 a 20% Renda até 1 SM	< 15% Renda até 1 SM
Academia	-	X	-	-
Afonso Pena	-	-	-	X
Águas Belas	-	-	X	-
Área Inst. Aeroportuária	-	-	-	-
Aristocrata	-	-	-	X
Arujá	-	X	-	-
Aviação	-	-	X	-
Barro Preto	-	-	X	-
Bom Jesus	-	-	-	X
Boneca do Iguaçu	-	-	X	-
Borda do Campo	X	-	-	-
Cachoeira	-	-	-	-
Campina do Taquaral	X	-	-	-
Campo Largo da Roseira	X	-	-	-
Centro	-	-	-	X
Cidade Jardim	-	-	X	-
Colônia Rio Grande	-	X	-	-
Contenda	X	-	-	-
Costeira	-	-	X	-
Cristal	X	-	-	-
Cruzeiro	-	-	X	-
Del Rey	-	-	X	-
Dom Rodrigo	X	-	-	-

(conclusão)

Guatupê	-	X	-	-
Iná	-	-	X	-
Ipê	X	-	-	-
Itália	-	X	-	-
Jurema	X	-	-	-
Miringuava	-	-	-	-
Ouro Fino	-	X	-	-
Parque da Fonte	-	X	-	-
Pedro Moro	-	-	-	X
Quississana	-	X	-	-
Rio Pequeno	-	X	-	-
Roseira de São Sebastião	-	X	-	-
Santo Antônio	-	-	-	X
São Cristóvão	-	X	-	-
São Domingos	-	-	-	X
São Marcos	-	X	-	-
São Pedro	-	-	-	X
Zacarias	-	-	X	-

FONTE: Adaptado de SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (2016).

ANEXO 1 – FICHA DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA HIV/AIDS

(continua)

ANEXO I – FICHA DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA HIV/AIDS

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)

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 Agravado/doença	AIDS	Código (CID10) B 24	
	3 Data da Notificação			
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	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	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação		
Provável modo de transmissão				
32 Transmissão vertical		33 Sexual		
34 Sanguínea		35 Data da transfusão/acidente		
36 UF		37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente		
Dados do Laboratório	38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente			
	39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?			
	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV			

(conclusão)

ANEXO I - FICHA DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA HIV/AIDS
(continua)

21

Critérios de definição de casos de aids	<p>41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</p> <p><input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)*</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)*</p> <p><input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)*</p> <p><input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)* *Excluída a tuberculose como causa</p>
	<p>42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</p> <p><input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva</p> <p><input type="checkbox"/> Câncer de esôfago <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas</p> <p><input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro</p> <p><input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase</p> <p><input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Pneumonia por Pneumocystis carinii</p> <p><input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês <input type="checkbox"/> Salmonelose (sepsis recorrente não-tifóide)</p> <p><input type="checkbox"/> Histoplasmoze disseminada <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm³</p>
	<p>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"/></p>
Trat.	<p>44 UF 45 Município onde se realiza o tratamento Código (IBGE) 46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento Código</p>
Evolução	<p>47 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 48 Data do Óbito</p> <p>1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado</p>
Investigador	<p>Nome _____ Função _____</p> <p>Assinatura _____</p>

Aids em pacientes com 13 anos ou mais. Sinan NET SVS 08/06/2006

FONTE: BRASIL, (2006a).

**ANEXO 2 – FROTA DE VEÍCULOS CADASTRADOS EM SÃO JOSÉ DOS
PINHAIS – 2017.**

MODELO	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Automóvel	96.728	105.157	107.947	111.824	115.136	117.064
Caminhão	6.965	7.152	7.280	7.641	7.867	7.999
Caminhão trator	3.337	3.763	3.982	4.162	4.165	4.246
Caminhonete	9.169	10.490	11.166	12.112	12.751	13.068
Camioneta	5.760	6.633	5.763	6.091	6.209	6.370
Ciclomotor	125	141	152	158	167	171
Microônibus	645	877	660	682	668	647
Motocicleta	19.238	19.960	20.435	20.758	21.144	21.577
Motoneta	3.316	3.336	3.362	3.391	3.391	3.408
Motor-casa	28	29	33	39	44	45
Ônibus	764	758	775	796	821	837
Quadriciclo	1	1	1	1	-	-
Reboque	2.389	2.659	3.014	3.371	3.697	3.854
Semi-reboque	3.938	4.406	4.920	5.158	5.356	5.444
Side-car	5	5	4	4	3	3
Trator Esteira	1	1	1	1	1	1
Trator de rodas	24	25	31	32	33	33
Trator misto	-	-	-	-	-	-
Triciclo	79	79	79	79	81	78
Utilitário	663	778	871	932	973	1.013
TOTAL	153.175	166.250	170.480	177.232	182.507	185.858

FONTE: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (2017c).

**ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO CÔMITE DE ÉTICA EM
PESQUISA 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: O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE JOVENS QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS -

Pesquisador: MARIA MARTA NOLASCO CHAVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79969817.9.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.435.190

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR, sob a responsabilidade do Profa Maria Marta Nolasco Chaves e colaboração de Flaviane Marizete Limas. A pesquisa será realizada no Município de São José dos Pinhais/ Departamento de Promoção e Vigilância/ Divisão de Vigilância Epidemiológica após aprovação do CEP/SD - a Fevereiro de 2019

Objetivo da Pesquisa:

1.1 Objetivo Geral

Analisar o Perfil Epidemiológico e as condições clínicas, segundo critério CDC adaptado e Rio de Janeiro/Caracas, de jovens entre 20 a 29 anos que vivem com HIV/aids, no Município de São José dos Pinhais, no período de 2007 a 2016.

1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o modo de vida, os processos de desgaste e de proteção, para adultos jovens de 20 a 29 anos no Município de São José dos Pinhais;
- Analisar a distribuição espacial dos casos de jovens de 20 a 29 anos, que vivem com HIV/aids no Município de São José dos Pinhais, no período de 2007 a 2016.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80060-240

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: 2.435.190

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não oferecerá riscos, pois irá trabalhar com dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e de sites publicizados.

O estudo é relevante, pois identificará qual é o perfil clínico e epidemiológico da população jovem, na faixa etária de 20 a 29 anos, que vivem com HIV/aids no município de São José dos Pinhais, e também as áreas do município onde concentram-se o maior número de casos do agravo e os processos de proteção e desgaste encontrados nesse território. Com a presente proposta de pesquisa, pretende-se contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas que direcionem ações de prevenção da infecção pelo HIV e também para a detecção precoce dos adultos jovens que vivem com HIV/aids para promover o tratamento e interrupção na cadeia de transmissão do agravo. Portanto, a pesquisa contribuirá para ações de prevenção, que ao final podem impactar em custos com ações de assistência nos serviços públicos de saúde especializados, tendo como comprometimento maior a saúde das pessoas que vivem com HIV/aids, pois o diagnóstico tardio e a não adesão ao tratamento interferirá diretamente na qualidade de vida e no desenvolvimento de comorbidades nesta população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo ecológico, que analisará dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação sobre a epidemia de HIV/aids, no período compreendido entre os anos de 2007 e 2016, em adultos jovens com idade entre 20 a 29 anos. Obterá ainda, informações de sites públicos que estudam a população e o modo de viver desta, tais como o do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Instituto Paranaense de

Desenvolvimento Econômico e Social, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do site da Prefeitura de São José dos Pinhais. A pesquisa tem como questão norteadora: Qual é o Perfil Epidemiológico e as condições clínicas segundo critério CDC adaptado e Rio de Janeiro/Caracas encontrados nas fichas de notificação epidemiológica de jovens de 20 a

29 anos que vivem com HIV/aids no Município de São José dos Pinhais? E a seguinte Hipótese de Pesquisa: Existe um significativo número de jovens, de 20 a 29 anos, que vivem com HIV/aids e que iniciam o acompanhamento em saúde com diagnóstico tardio segundo os critérios estabelecidos pelo CDC adaptado e Rio de Janeiro/Caracas. Objetiva-se analisar o Perfil Epidemiológico e as condições clínicas, segundo critério

CDC adaptado e Rio de Janeiro/Caracas; caracterizar o modo de vida, os processos de desgaste e

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.435.190

de proteção e analisar a distribuição espacial dos casos de jovens de 20 a 29 anos, que vivem com HIV/aids no Município de São José dos Pinhais, no período de 2007 a 2016. A base filosófica que norteará o estudo é o Materialismo Histórico Dialético e a base teórica está ancorada na Epidemiologia Crítica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram anexados

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

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_1034000.pdf	14/11/2017 17:04:41		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: 2.435.190

Declaração de Pesquisadores	utilizac_dados_arquivo.pdf	14/11/2017 16:45:00	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	uso_espec_dados.pdf	14/11/2017 16:44:24	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Tornar_publico_resultados.pdf	14/11/2017 16:42:52	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_confidencialidade.pdf	14/11/2017 16:42:20	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Concord_Instituic.pdf	14/11/2017 16:40:50	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso_inicio_pesquisa.pdf	14/11/2017 16:38:22	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cep_documento.pdf	14/11/2017 16:36:50	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Ata_Aprovac_Projeto.pdf	14/11/2017 16:36:03	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	analise_merito.pdf	14/11/2017 16:34:10	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.docx	14/11/2017 16:23:10	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa_termo_consentimento.pdf	14/11/2017 16:14:54	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declar_responsabilidade_projeto.pdf	14/11/2017 16:12:51	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declarac_nesc_.pdf	14/11/2017 16:10:41	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	14/11/2017 16:01:33	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	check_list.pdf	14/11/2017 16:01:06	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	14/11/2017 15:55:59	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.435.190

CURITIBA, 13 de Dezembro de 2017

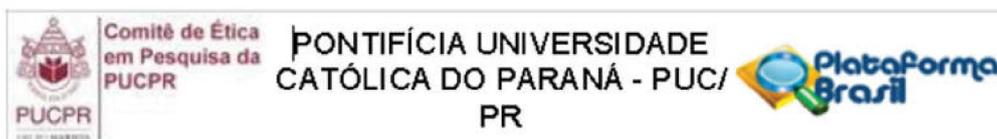
Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE JOVENS QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS -

Pesquisador: MARIA MARTA NOLASCO CHAVES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 79969817.9.3001.0020

Instituição Proponente: MUNICIPIO DE SAO JOSE DOS PINHAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

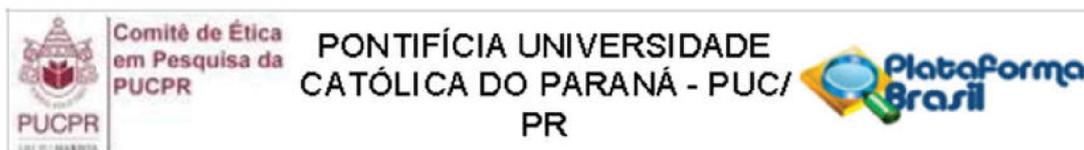
Número do Parecer: 2.691.350

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo ecológico, que analisará dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação sobre a epidemia de HIV/aids, no período compreendido entre os anos de 2007 e 2016, em adultos jovens com idade entre 20 a 29 anos. Obterá ainda, informações de sites públicos que estudam a população e o modo de viver desta, tais como o do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do site da Prefeitura de São José dos Pinhais. A pesquisa tem como questão norteadora: Qual é o Perfil Epidemiológico e as condições clínicas segundo critério CDC adaptado e Rio de Janeiro/Caracas encontrados nas fichas de notificação epidemiológica de jovens de 20 a

29 anos que vivem com HIV/aids no Município de São José dos Pinhais? E a seguinte Hipótese de Pesquisa: Existe um significativo número de jovens, de 20 a 29 anos, que vivem com HIV/aids e que iniciam o acompanhamento em saúde com diagnóstico tardio segundo os critérios estabelecidos pelo CDC adaptado e Rio de Janeiro/Caracas. Objetiva-se analisar o Perfil Epidemiológico e as condições clínicas, segundo critério CDC adaptado e Rio de Janeiro/Caracas; caracterizar o modo de vida, os processos de desgaste e de proteção e analisar a distribuição espacial dos casos de jovens de 20 a 29 anos, que vivem com HIV/aids no Município de São José dos Pinhais, no período de 2007 a 2016. A base filosófica que norteará o estudo é o Materialismo Histórico Dialético e a base teórica está ancorada na Epidemiologia Crítica.

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@puopr.br



Continuação do Parecer: 2.691.350

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o Perfil Epidemiológico e as condições clínicas, segundo critério CDC adaptado e Rio de Janeiro/Caracas, de jovens entre 20 a 29 anos que vivem com HIV/aids, no Município de São José dos Pinhais, no período de 2007 a 2016.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o modo de vida, os processos de desgaste e de proteção, para adultos jovens de 20 a 29 anos no Município de São José dos Pinhais; Analisar a distribuição espacial dos casos de jovens de 20 a 29 anos, que vivem com HIV/aids no Município de São José dos Pinhais, no período de 2007 a 2016.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ver conclusões.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver conclusões.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Consideramos que o referido projeto está se ajustando a mitigação de riscos, a indivíduos e ou populações, no entanto ainda precisa de alguns ajustes, os quais passamos a relatar em Conclusões.

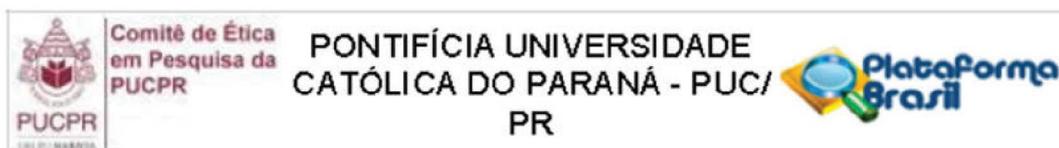
Recomendações:

Em análise as respostas oferecidas, as pendências apresentadas por este CEP, parecer nº 2.632.457, passamos as seguintes considerações:

- 1) gostaríamos de elucidar quanto ao uso que fizemos da expressão "dados primários". A expressão correta teria sido "dados simples ou isolados", em contraponto ao será feito com os referidos dados no decorrer da pesquisa, quando se tornarão "dados agrupadas ou combinados";
- 2) na argumentação dos pesquisadores em que "as variáveis solicitadas para pesquisa não identificarão os indivíduos que vivem com HIV/aids no município de São José dos Pinhais, pois não é este o objetivo do projeto", temos a considerar:

2.1) realmente não existirá a possibilidade de identificações individuais, com dados de nome, idade, filiação e etc. No entanto os pesquisadores informam que usarão informações referentes a: raça, idade, sexo, cor, bairro, logradouro, zona, faixa etária e ocupação (informações estas indicadas pelos pesquisadores em sua resposta), que gerarão identificação de grupos/populações.

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@puopr.br



Continuação do Parecer: 2.691.350

No intuito de sermos ilustrativos, ao que queremos reportar, permita-nos usar uma possível combinação, em que os pesquisadores possam identificar que HIV/aids, no Município de São José dos Pinhais, seja mais comum em "negros, sexo masculinos, dos 20 aos 22 anos, na ocupação de serviços gerais, no bairro X, zona Y ...". Mediante a divulgação desses resultados, compreendemos que quaisquer pessoas que se enquadrem nessas características, poderá ser dado com destaques para o grupo de HIV/aids!;

3) de maneira responsável, assumem os pesquisadores que codificarão os nomes dos bairros, para fins de processamento dos resultados. Neste quesito, exclusivo da identificação do (s) bairro (s), aceitamos que haverá a necessária proteção. No entanto para todos os demais dados identificados, é nosso entendimento que não serão igualmente preservados;

4) assumem os pesquisadores que estarão atentos a outros riscos que possam ser percebidos e assim descrevem "neste sentido, declaramos que a qualquer momento da pesquisa que se verifique a possibilidade de identificação dos pacientes, este dado será desprezado e, posteriormente, justificaremos o não uso das informações nos relatórios parciais e final". Consideramos que dados, como os acima citados "raça, idade, sexo, cor, bairro, logradouro, zona, faixa etária e ocupação", são identificadores de população, remetendo sobre pessoas em grupo com as mesmas características, o estigma de HIV/aids. Portanto, devem os pesquisadores explicitar, igualmente, como estes riscos a população poderá ser mitigado, e limitar-se para divulgação, aos fins de suportar políticas públicas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ver recomendações

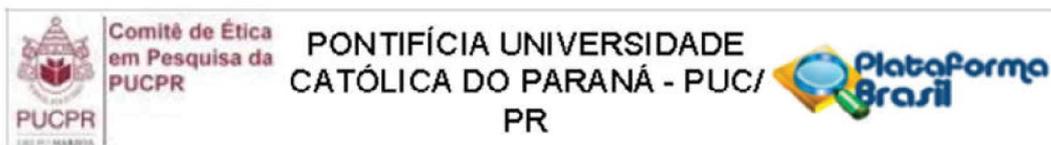
Considerações Finais a critério do CEP:

x

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	resposta_parecer.pdf	15/05/2018 08:30:33	NAIM AKEL FILHO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1053657.pdf	15/05/2018 08:23:01		Aceito
Outros	Orientacoes_Plataforma_Brasil_Alteracao_No_Campo_Riscos.pdf	15/05/2018 07:57:37	NAIM AKEL FILHO	Aceito

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@puopr.br



Continuação do Parecer: 2.691.350

Recurso Anexado pelo Pesquisador	Resposta_Relator.pdf	06/04/2018 19:19:48	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	19/03/2018 10:41:13	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.docx	14/11/2017 16:23:10	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa_termo_consentimento.pdf	14/11/2017 16:14:54	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	check_list.pdf	14/11/2017 16:01:06	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 05 de Junho de 2018

Assinado por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador)

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@puopr.br