



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DANIELLA MARQUES DOS SANTOS MARIANO

**Panorama epidemiológico da ocorrência do HIV/Aids em Alagoas no período de
2009 a 2018**

Maceió-AL
2020

DANIELLA MARQUES DOS SANTOS MARIANO

**Panorama epidemiológico da ocorrência do HIV/Aids em Alagoas no período de
2009 a 2018**

Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade
Federal de Alagoas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Keila Cristina Pereira do Nascimento
Oliveira

Coorientador: Enf. Diego Pereira Gonçalo da Hora

**Catálogo na fonte Universidade Federal de
Alagoas Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

M333p Mariano, Daniella Marques dos Santos.

Panorama epidemiológico da ocorrência do HIV/Aids em Alagoas no período de 2009 a 2018 / Daniella Marques dos Santos Mariano. – 2021. [91] f. : il.

Orientadora: Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira.

Co-orientador: Diego Pereira Gonçalo da Hora.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2020.

Bibliografia: f. 59-65.

Apêndices: f. 67-68.

Anexos: f. 69-[91].

1. Epidemiologia. 2. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Alagoas. I. Título.

CDU: 616.9(813.5)

Folha de Aprovação

AUTORA: DANIELLA MARQUES DOS SANTOS MARIANO

Panorama epidemiológico da ocorrência do HIV/Aids em Alagoas no período de 2009 a 2018

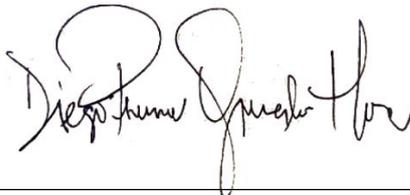
Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao corpo docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, e aprovado em 26 de outubro de 2020.



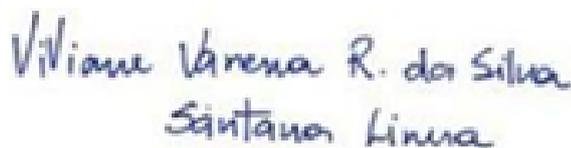
Prof.^a. Dr.^a. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira, Universidade Federal de Alagoas (Orientadora)

Keila Cristina Pereira do N. Oliveira
SIAPE 2533720
Prof.^a EENF / UFAL

Banca Examinadora:



Enf. Diego Pereira Gonçalo da Hora (Examinador Externo)



Me. Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima (Examinadora Interna)

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente este trabalho ao meu querido Pai do Céu e a toda a minha família, em especial, ao meu querido e amado esposo Alysson e ao meu filho Bento, e também aos meus amados pais Maria José e Manoel que são razão do meu viver. Além dos meus irmãos Emanuel e Emanuela e queridos sobrinhos Pedro e Sofia.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Alagoas, pelas múltiplas oportunidades de crescimento pessoal e acadêmico que me ofereceu nesses cinco anos de graduação.

À Coordenação do Curso de Enfermagem da UFAL, pelo apoio, orientação e disposição em ajudar nos momentos em que foi preciso.

À Secretaria Estadual de Saúde, que me forneceu os dados da pesquisa, parte fundamental desta monografia.

Ao meu querido e amado esposo Alysson Mariano Alves por segurar na minha mão todos esses anos e me preencher de todo seu amor, compreensão, carinho e apoio, em especial durante toda a minha graduação.

Ao meu sogro Edinaldo e à minha sogra Dalva, e ao meu irmão Emanuel e minha cunhada Ana Carolina por toda dedicação e ajuda em cuidar do meu bebê para que durante longas tardes e noites eu pudesse me dedicar à minha monografia.

A minha amiga especial Helen, por toda ajuda, amizade e dedicação durante minha graduação.

A todos os meus amigos da turma de Enfermagem 2015.2 por toda ajuda e amizade durante minha graduação, em especial a Vanessa, Thainá, Marcela, Igor, Adrielle, Beatriz e Dani Duarte.

Aos meus orientadores Professora Dr^a Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira e Enfermeiro Diego Pereira Gonçalo da Hora pelo exemplo de pessoas éticas, dedicadas e prestativas, pelo estímulo, pelas ideias criativas e principalmente pela valiosa orientação, que fizeram este trabalho dar certo.

“A vida é uma corrida que não se corre sozinho. Que vencer não é chegar, é aproveitar o caminho.”

Braúlio Bessa

RESUMO

Introdução: A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) é um problema de saúde pública global e que desde o início da epidemia na década de 1980 vem vitimando milhões de pessoas no mundo. Até o ano de 2019 o estado de Alagoas notificou no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 8.168 casos de HIV e Aids e teve 2.161 óbitos decorrentes da Aids. **Objetivo:** Realizar um levantamento acerca do panorama epidemiológico de HIV/Aids em Alagoas. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo com abordagem quantitativa acerca do panorama do HIV e da Aids no estado de Alagoas no período de 2009 a 2018, utilizando dados secundários do SINAN por meio da Ficha de Notificação/Investigação Aids (pacientes com 13 anos ou mais) disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas (SESAU), tabulados em planilha eletrônica (Microsoft Excel®) e analisados estatisticamente através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22.0. Os grupos de variáveis desse estudo são: dados sociodemográficos, vias de transmissão do HIV, critérios de definição de casos de HIV/Aids e evolução dos casos notificados. **Resultados:** Foram notificados 7.447 casos de HIV e Aids no período observado, sendo 62,9% de indivíduos do sexo masculino e 37,1% do sexo feminino, apresentando média de idade de 35 anos, com 71,5% de pessoas da raça/cor parda e 44,5% de pessoas analfabetas ou que possuem até o ensino fundamental completo. A categoria de exposição mais frequente foi a heterossexual, consideravelmente maior entre as mulheres. Dos 102 municípios pertencentes ao estado de Alagoas, 96 deles (94,12%) apresentaram casos de HIV e Aids. O estudo revela ainda que há aumento anual do número de novos casos notificados de HIV e diminuição do número de óbitos por Aids. **Conclusão:** O perfil epidemiológico do HIV/Aids em Alagoas é permeado pelos processos de vulnerabilidade social e de gênero, com o cenário apresentando tendências de interiorização, juvenização, feminização e pauperização ao longo da série histórica analisada.

Palavras-chave: Panorama Epidemiológico; HIV/Aids; Alagoas.

ABSTRACT

Introduction: The acquired immunodeficiency syndrome (Aids) is a global public health problem and since the beginning of the epidemic in the 1980s it has been victimizing millions of people worldwide. Until 2019, the state of Alagoas notified 8,168 cases of HIV and Aids in the Information System on Diseases Notification (SINAN) and had 2,161 deaths due to Aids.

Objective: Conduct a survey about the epidemiological panorama of HIV/Aids in Alagoas.

Method: This is a descriptive epidemiological study with a quantitative approach on the panorama of HIV and Aids in the state of Alagoas from 2009 to 2018, using secondary data from SINAN through the Aids Notification / Investigation Form (patients aged 13 or over) available by the Health Department of the State of Alagoas (SESAU), tabulated in electronic spreadsheet (Microsoft Excel®) and analyzed statistically using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0. The groups of variables in the study are sociodemographic data, HIV transmission routes, criteria for defining cases of HIV/Aids and evolution of reported cases.

Results: Were reported 7,447 cases of HIV and Aids in the observed period, with 62.9% of males and 37.1% of females, with an average age of 35 years, with 71.5% of people of race/color brown and 44.5% of people who are illiterate or who have completed elementary school only. The most frequent category of exposure was heterosexual, considerably higher among women. Of the 102 municipalities belonging to the state of Alagoas, 96 of them (94.12%) presented cases of HIV and Aids. The study also reveals that there is an annual increase in the number of new diagnosed HIV cases and a decrease in the number of deaths from Aids.

Conclusion: The epidemiological profile of HIV/Aids in Alagoas is permeated by the processes of social and gender vulnerability, with the scenario showing trends of interiorization, youth, feminization and impoverishment throughout the analyzed historical serie.

Keywords: Epidemiological panorama; HIV/Aids; Alagoas.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Mandala de Prevenção Combinada do HIV	25
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de casos de HIV/Aids por ano de diagnóstico, Alagoas, 2009 a 2018	39
Gráfico 2 – Taxa de incidência de casos de HIV e Aids por ano de diagnóstico, Alagoas, 2009 a 2018.....	40
Gráfico 3 – Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo sexo e ano de diagnóstico, Alagoas, 2009 a 2018	40
Gráfico 4 – Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo faixa etária, Alagoas, 2009 a 2018	41
Gráfico 5 - Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo sexo e faixa etária, Alagoas, 2009 a 2018.....	42
Gráfico 6 - Distribuição de casos de HIV/Aids segundo escolaridade, Alagoas, 2009 a 2018	44
Gráfico 7 - Distribuição dos casos de transmissão vertical segundo sexo, Alagoas, 2009 a 2018	44
Gráfico 8 - Distribuição dos casos de transmissão parenteral do HIV segundo categoria de exposição, Alagoas, 2009 a 2018	46
Gráfico 9 - Distribuição dos casos de HIV segundo uso de drogas injetáveis e ano de diagnóstico, Alagoas, 2009 a 2018	47
Gráfico 10 - Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo evolução do caso e ano de diagnóstico, Alagoas, 2009 a 2018	50

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Lista de medicamentos distribuídos pelo SUS	26
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo raça/cor, Alagoas, 2009 a 2018	43
Tabela 2 - Frequência relativa dos casos de HIV/Aids segundo raça/cor e sexo, Alagoas, 2009 a 2018.....	43
Tabela 3 - Distribuição de casos de HIV/Aids segundo categoria de exposição sexual, Alagoas, 2009 a 2018	45
Tabela 4 - Frequência relativa dos casos de HIV/Aids segundo categorias de exposição sexual e sexo, Alagoas, 2009 a 2018	46
Tabela 5 - Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo critério de definição de casos, Alagoas, 2009 a 2018	48
Tabela 6 - Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo critério de definição de casos e ano de diagnóstico, Alagoas, 2009 a 2018	48
Tabela 7 - Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo evolução do caso, Alagoas, 2009 a 2018.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL	Alagoas
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina ou Azidotimidina
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ARC	Complexo relacionado à aids
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à Aids
IO	Infecções oportunistas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OCS	Organizações da Sociedade Civil
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCR	Reação em cadeia da polimerase
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHIV	Pessoa vivendo com HIV
SAE	Serviços de Assistência Especializada
SESAU	Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SIMC	Sistema de Monitoramento Clínico das pessoas vivendo com HIV

SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SK	Sarcoma de Kaposi
SPSS	Statistical Package for Social Science
SRA	Síndrome retroviral aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
SVE	Sistema de Vigilância Epidemiológica
TARV	Terapia antirretroviral
TR	Teste rápido
UDI	Usuários de drogas injetáveis
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento
VE	Vigilância epidemiológica
VMS	Viva Melhor Sabendo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	Aspectos gerais de HIV/Aids	20
3.1.1	Doença, Agente etiológico e Transmissão.....	20
3.1.2	Diagnóstico laboratorial.....	22
3.1.3	Tratamento e estratégias de prevenção para a infecção pelo HIV	24
3.2	Vigilância epidemiológica do HIV/Aids	28
3.2.1	Breve histórico do sistema de vigilância epidemiológica.....	28
3.2.2	Notificação e fluxo de informação do HIV/Aids	29
3.3	Principais aspectos epidemiológicos do HIV/Aids	31
3.3.1	Distribuição global do agravo	31
3.3.2	Panorama histórico do HIV/Aids no Brasil	34
4	MÉTODOS	36
4.1	Tipo de estudo	36
4.2	Local	36
4.3	População	36
4.4	Amostra/amostragem	37
4.5	Coleta de dados	37
4.6	Aspectos éticos	37
4.7	Análise de dados	38
5	RESULTADOS	39
6	DISCUSSÃO	51
7	CONCLUSÃO	58
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE I	67
	ANEXO I	69
	ANEXO II	72

1 INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) é um problema de saúde pública global e que desde o início de sua epidemia na década de 1980 vem vitimando milhões de pessoas no mundo, em especial a população que vive em situação de vulnerabilidade social, econômica e demográfica (FIOCRUZ, entre 2007 e 2020; UNAIDS, 2012).

Atualmente organizações de saúde do mundo todo reconhecem a necessidade de frear a disseminação do vírus causador da Aids. Para isso, vários países do mundo vêm investindo anualmente em políticas públicas de combate à propagação do vírus e tratamento dos doentes, uma vez que não existe cura para tal infecção (UNAIDS, 2012).

No Brasil, a fim de se conhecer o panorama epidemiológico da Aids e de outras doenças infecciosas e agravos, o país dispõe do sistema de vigilância epidemiológica que tem por objetivo sugerir, planejar e implantar medidas de intervenção para o processo de saúde-doença. Ademais, a vigilância epidemiológica conta com o sistema de informação de saúde que permite a análise da situação de saúde desde o nível local até o nacional (MEDRONHO, 2009).

Dentre os sistemas de informação de saúde o presente estudo apresenta como base os dados provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que desde 1993 vem sendo alimentado por estados e municípios acerca das doenças e agravos que constam na lista de notificação compulsória do país, colaborando assim para o conhecimento da realidade epidemiológica de determinada área geográfica (MEDRONHO, 2009; SINAN, entre 2017 e 2020).

Nos anos anteriores a 2014 não havia notificação efetiva de casos de HIV no Brasil, porque desde o início da notificação compulsória na década de 1980 eram notificados somente os casos de indivíduos que já tinham desenvolvido a Aids, as gestantes e puérperas com HIV e as crianças expostas ao vírus (BRASIL, 2019b). Deste modo, a provável causa para o aumento no número de casos notificados de HIV em 2014 pode ser justificada pelo fato de que somente a partir de 2014 a notificação compulsória dos casos de HIV passou a ser regulamentada pela portaria nº 1.271/2014 (BRASIL, entre 2016 e 2020).

Entre os anos de 2007 a 2018 o SINAN notificou no Brasil 300.496 casos de infecção pelo HIV, revelando um crescimento anual em todas as regiões brasileiras, em especial no nordeste onde se evidenciou um aumento preocupante, com os casos notificados saltando de 8,7% em 2007 para 37,7% em 2018. Em Alagoas, desde o início da epidemia de Aids em 1980 até o ano de 2019, foram notificados no SINAN 8.168 casos de HIV e Aids, e registrados 2.161 óbitos decorrentes da Aids (BRASIL, 2019b).

Objetivando traçar um perfil da distribuição dos casos notificados de HIV e Aids no estado de Alagoas ao longo de uma série histórica, o presente estudo apresenta seu problema de pesquisa sob a forma do seguinte questionamento: Qual o panorama epidemiológico da ocorrência de HIV/Aids em Alagoas no período de 2009 a 2018?

Para que o problema de pesquisa possa ser respondido de maneira eficiente constituem o rol de objetivos específicos do estudo ações como a verificação dos dados sociodemográficos dos casos notificados, a identificação das vias de transmissão do HIV, além da análise de critérios de definição e evolução dos casos notificados.

A justificativa deste trabalho se dá pela possibilidade de um maior aprofundamento acerca da realidade dos casos notificados de HIV e de Aids existentes em Alagoas, considerando em suas bases analíticas a identificação de tendências, o apontamento do perfil sócio-demográfico e a maneira como se processa a evolução de casos do conjunto de dados.

O que torna o estudo relevante é a sua condução através de um recorte temporal inédito em meio ao cenário acadêmico no que se refere ao contexto epidemiológico do HIV e da Aids existente no estado de Alagoas, debruçando sua avaliação em um arcabouço documental compilado entre os anos de 2009 a 2018.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

- Realizar um levantamento acerca do panorama epidemiológico de HIV/Aids em Alagoas no período de 2009 a 2018.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Verificar os dados sociodemográficos;
- Identificar as vias pelas quais ocorreu a transmissão do HIV;
- Identificar os critérios de definição de casos de HIV/Aids;
- Apontar como ocorreu a evolução dos casos notificados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta o *Estado da Arte* relacionado ao objeto deste estudo, contendo tópicos que possibilitem um aprofundamento sobre os aspectos gerais sobre o HIV/Aids no que tange ao conceito da doença, agente etiológico, transmissão, diagnóstico laboratorial, tratamento e estratégias de prevenção para a infecção pelo HIV; vigilância epidemiológica do HIV/Aids quanto ao histórico do sistema de vigilância epidemiológica e notificação e fluxo de informação; além dos principais aspectos epidemiológicos do HIV/Aids abordando a distribuição global do agravo e o panorama histórico do HIV/Aids no Brasil.

3.1 Aspectos gerais de HIV/Aids

3.1.1 Doença, Agente etiológico e Transmissão

A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids - do inglês *acquired immune deficiency syndrome*) é uma doença originada pela infecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV – do inglês *human immunodeficiency virus*) (BRASIL, 2014). De acordo com os dados do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2018a), a Aids foi descoberta e descrita pela primeira vez nos Estados Unidos, Haiti e África Central no final da década de 70, entre os anos de 1977 e 1978, sendo que apenas em 1982 foi catalogada como uma nova síndrome.

Desde a sua descoberta até os dias atuais a Aids constitui um grande problema de saúde pública, por apresentar uma dimensão pandêmica, além de fatores transcendentes, tais como: a não descoberta da cura, o estigma, os altos índices de mortalidade em regiões mais pobres do globo, entre outros fatores. (BRASIL, 2014; FIOCRUZ, 2013).

O HIV é um retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*, e foi descrito pela primeira vez no final do século XX, no ano de 1983. As variações HIV-1 e HIV-2 constituem os principais agentes etiológicos da infecção por HIV, e conseqüentemente do desenvolvimento da Aids. (ICTV, 2011; BRASIL, 2014).

O HIV é um vírus que apresenta como material genético RNA e porta a enzima transcriptase reversa, enzima essa que tem por finalidade permitir a transcrição do RNA viral em DNA, podendo se incorporar ao genoma da célula do hospedeiro infectado, sendo denominado de provírus (RACHID e SCHECHTER, 2017).

Os linfócitos T helper (T auxiliar), os macrófagos e as células dendríticas são células

responsáveis pela defesa do organismo contra agentes infecciosos e que apresentam receptores do tipo CD4+. O HIV tem a capacidade de infectar e se replicar nessas células (BRASIL, 2014).

Neste sentido, a partir do momento em que o indivíduo é infectado ele pode transmitir o HIV. Para ocorrer a transmissão do HIV é necessário o contato com ao menos uma das seguintes vias de transmissão: via sexual, por meio do sexo desprotegido (esperma e secreção vaginal); via parenteral, por meio do sangue, derivados e fluidos (transfusão de sangue e hemoderivados, acidente ocupacional durante o manuseio com perfurocortante contaminado com sangue ou secreção de pessoas infectadas, órgãos ou sêmen não testados de doadores que estão infectados, e uso de seringas e agulhas compartilhadas ou reutilizadas), e por via vertical – da mãe para o filho (pode ocorrer durante a gestação, o parto e a amamentação). Vale enfatizar que a presença de infecções sexualmente transmissíveis (IST) pode favorecer a transmissão do HIV (BRASIL, 2019a).

Após infectar o indivíduo, o vírus HIV começa a apresentar manifestações clínicas importantes que são divididas em três fases: infecção aguda, fase assintomática e fase sintomática inicial.

A fase da infecção aguda é também chamada de síndrome retroviral aguda (SRA) ou infecção primária, e pode ocorrer entre uma (1) a três (3) semanas após a infecção. Acomete cerca de 50% dos infectados e apresenta quadro de viremia elevada, com aumento da resposta imune e diminuição acelerada na contagem de linfócitos T CD4+ de forma transitória. Durante o pico da viremia e da resposta imunológica os sinais e sintomas começam a se manifestar e podem desaparecer até três (3) ou quatro (4) semanas. Os sinais clínicos observados nesta fase variam de um quadro gripal até uma síndrome semelhante à mononucleose (BRASIL, 2019a).

Ainda de acordo com Brasil (2019a, p. 246) os pacientes acometidos pelo HIV podem manifestar sinais/sintomas clínicos de infecção viral tais como:

[...] febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, exantema maculopapular eritematoso; ulcerações mucocutâneas, envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália; hiporexia, adinamia, cefaleia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos. Alguns pacientes, ainda, podem apresentar candidíase oral, neuropatia periférica, meningoencefalite asséptica e síndrome de Guillain-Barré.

A fase assintomática caracteriza-se por uma infecção precoce pelo HIV e quase não apresenta sintomas clínicos. A depender do indivíduo essa fase pode durar alguns meses ou anos. Apresenta exames sorológicos para HIV reagentes e a contagem de linfócitos T CD4+ pode estar estável ou em declínio. Algumas pessoas podem apresentar uma linfadenopatia

generalizada persistente, flutuante e indolor (BRASIL, 2019a).

A fase sintomática inicial, por sua vez, é caracterizada clinicamente por sinais e sintomas genéricos com variação de intensidade, podendo apresentar processos oportunistas de menor gravidade, que constituem o complexo relacionado à Aids (ARC). Essa fase ocorre pela elevada diminuição dos linfócitos T CD4+ que podem chegar a menos de 200 céls/mm³ (BRASIL, 2019a; BRASIL, 201-).

A pessoa vivendo com HIV (PVHIV) e que apresenta processo sugestivo de ARC apresenta candidíase oral, teste de hipersensibilidade tardia negativa ou ainda dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas persistentes por mais de um mês e sem causa definida: “linfadenopatia generalizada, diarreia, febre, astenia, sudorese noturna e perda de peso superior a 10%” (BRASIL, 2019a, p.245).

Vale enfatizar que a Aids também pode ser caracterizada pelo surgimento de Infecções Oportunistas (IO) e neoplasias, conforme Brasil (2019a, p. 246):

O aparecimento de Infecções Oportunistas (IO) e neoplasias é definidor da Aids. Entre as infecções oportunistas, destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens. [...] Além das infecções e das manifestações não infecciosas, o HIV pode causar doenças por dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios, tais como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias, que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV.

As doenças oportunistas associadas à AIDS podem ser causadas por vírus, bactérias, protozoários, fungos e neoplasias específicas como as citadas acima. A baixa imunidade da pessoa infectada pelo HIV pode proporcionar o surgimento de IOs que, uma vez instaladas, inevitavelmente possuem um papel muito agressivo frente aos indivíduos infectados.

3.1.2 Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico laboratorial é um importante aliado para promover uma política de prevenção e tratamento de pessoas infectadas pelo HIV. É importante que o diagnóstico ocorra de forma segura, sigilosa e que tenha um resultado rápido, a fim de garantir o tratamento e acompanhamento das pessoas acometidas pelo vírus. Vale ressaltar que os meios de testagem têm por objetivo melhorar a qualidade do diagnóstico, em especial da infecção recente pelo HIV (BRASIL, 2018b).

Todos os laboratórios que lidam diretamente com diagnóstico de infecção por HIV, quer

sejam públicos quer sejam privados, precisam seguir parâmetros determinados pelo Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, como por exemplo a adoção dos fluxogramas de testagem para definição de casos que devem ser mantidos constantemente atualizados e baseados em evidências. Esses fluxogramas são importantes uma vez que indicam quais os caminhos que os profissionais envolvidos devem percorrer em casos de suspeita de infecção pelo HIV (BRASIL, 2018b).

De acordo com Rachid e Schechter (2017) e Brasil (2018b) para o diagnóstico sorológico existem métodos essenciais para se detectar antígenos e/ou anticorpos em amostras biológicas de pessoas infectadas pelo HIV, esses métodos são: Ensaio imunoenzimático; Western blot; Imunofluorescência e Testes moleculares.

Nos casos de indivíduos recém-diagnosticados pelo HIV é importante que os mesmos realizem de forma obrigatória o exame que quantifique a carga viral e o número de Linfócitos T CD4+ (BRASIL, 2019a).

No Brasil os testes para o diagnóstico do HIV são realizados tanto na rede privada como na rede pública. Na rede pública os testes são realizados de forma gratuita pelo SUS. Os testes mais utilizados para diagnóstico do HIV pelo SUS são os TR, que consistem em testes que podem detectar os anticorpos contra o HIV em cerca de 30 minutos e podem ser realizados nas unidades de saúde da rede pública como postos de saúde, hospitais, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), além do programa governamental Viva Melhor Sabendo¹ (VMS).

Para se confirmar a infecção pelo HIV através do TR Brasil (2018b, p. 66) afirma que:

A infecção pelo HIV é definida com dois resultados reagentes em testes rápidos (TR1 e TR2) contendo antígenos diferentes, usados sequencialmente. Recomenda-se, ainda, que a presença do vírus seja confirmada com o teste de quantificação da carga viral do HIV, o qual, além de descartar a ocorrência de um possível duplo falso-reagente, já consiste no primeiro exame de monitoramento.

É importante, portanto, que o indivíduo com suspeita de infecção pelo HIV submeta-se a avaliações qualitativas (testes rápidos) e que nos casos confirmados via testes dessa natureza sejam realizadas também avaliações quantitativas (quantificação da carga viral através de PCR e contagem de linfócitos T CD4+) para que a investigação clínica possa culminar em um diagnóstico mais preciso acerca da situação vivenciada.

¹ O Viva Melhor Sabendo (VMS) é uma parceria entre o MS e Organizações da Sociedade Civil (OCS) que tem por objetivo utilizar uma metodologia composta por abordagens de educação entre pares para a oferta de ações de Prevenção Combinada dirigidas às populações mais afetadas pela epidemia de HIV/Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/viva-melhor-sabendo>.

3.1.3 Tratamento e estratégias de prevenção para a infecção pelo HIV

Atualmente o tratamento direcionado para as pessoas infectadas pelo HIV é por meio da terapia antirretroviral (TARV), que se baseia na melhoria da qualidade de vida e no aumento da sobrevivência do indivíduo infectado, porque a terapia antirretroviral tem por objetivo diminuir a carga viral para níveis indetectáveis e reconstituir o sistema imunológico. Para que haja uma correta administração do tratamento, é fundamental que aconteça a distinção entre HIV-1 e HIV-2. No Brasil, desde 1996 a terapia antirretroviral é distribuída pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (FIOCRUZ, 2013; BRASIL, 2019a).

O SUS desde 2010 distribui nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) que é uma estratégia de prevenção após um possível contato com vírus, onde os indivíduos que possivelmente foram expostos ao HIV podem dar início ao uso da medicação até 72 horas depois desse contato. Para aqueles indivíduos que foram diagnosticados com o HIV o MS reforçou a orientação para que os gestores de saúde ofertem o tratamento tão logo seja confirmado o diagnóstico, não sendo determinante a observância de critérios clínicos e imunológicos nesse momento (COELHO, 2017; BRASIL, 2019a).

A partir de 2013, por meio do Ministério da Saúde (MS) e do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), o Brasil adotou novas medidas de prevenção e tratamento para pessoas que provavelmente se infectaram ou que já estão infectadas com o HIV, respectivamente. Como medida de prevenir a transmissão do vírus HIV entre populações prioritárias (homens que fazem sexo com homens, gays, profissionais do sexo, travestis, transexuais, pessoas que usam drogas, pessoas privadas de liberdade e em situação de rua) foi adotada a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) (COELHO, 2017; BRASIL, 2019a).

A PrEP consiste no uso de ARV de maneira diária por pessoas que possuem uma maior suscetibilidade de contato com o HIV, com o intuito de impedir que o vírus infecte o organismo. O caráter preventivo desse tipo de profilaxia se evidencia através de seu uso de maneira anterior a uma possível infecção (BRASIL, 2018c).

A prevenção combinada constitui um conjunto de medidas de prevenção e tratamento disponíveis para que os indivíduos possam se valer de acordo com a realidade em que vivem. Essas alternativas estruturam-se em torno de três pilares ideológicos: intervenção biomédica, intervenção comportamental e intervenção estrutural. A intervenção biomédica visa a redução

da exposição das pessoas ao vírus através do direcionamento das interações entre pessoas que possuem e pessoas que não possuem o vírus; a intervenção comportamental busca fornecer informações que permitam às pessoas adequar seus comportamentos frente a uma possível exposição ao vírus; a intervenção estrutural, por fim, aborda aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos relacionados ao HIV (BRASIL, 2018c).

As profilaxias pré e pós exposição (PEP e PrEP) inserem-se no rol das estratégias de prevenção combinada do HIV, das IST e das hepatites virais. De acordo com Brasil (2018c, p. 11) além da PEP e da PrEP integram o conjunto de ferramentas da prevenção combinada os seguintes itens:

1. Testagem para o HIV;
2. Uso regular de preservativos;
3. Diagnóstico oportuno e tratamento adequado de infecções sexualmente transmissíveis (IST);
4. Redução de danos;
5. Gerenciamento de vulnerabilidades;
6. Supressão da replicação viral pelo tratamento antirretroviral;
7. Imunizações.

Figura 1 - Mandala de Prevenção Combinada do HIV



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

De maneira a viabilizar a execução das medidas de prevenção PrEP e PEP e também o tratamento das PVHIV e Aids, o SUS disponibiliza uma série de AVR à população que deles necessita. De acordo com o MS existem atualmente no Brasil 22 medicamentos distribuídos nas unidades de saúde para o tratamento de pessoas infectadas pelo HIV. Esses medicamentos se apresentam em 38 formas farmacêuticas, listadas no quadro a seguir:

Quadro 1 - Lista de medicamentos distribuídos pelo SUS

Item	Descrição	Unidade de fornecimento
1	Abacavir (ABC) 300mg	Comprimido revestido
2	Abacavir (ABC) solução oral	Frasco
3	Atazanavir (ATV) 200mg	Cápsula gelatinosa dura
4	Atazanavir (ATV) 300mg	Cápsula gelatinosa dura
5	Darunavir (DRV) 75mg	Comprimido revestido
6	Darunavir (DRV) 150mg	Comprimido revestido
7	Darunavir (DRV) 600mg	Comprimido revestido
8	Dolutegravir (DTG) 50mg	Comprimido revestido
9	Efavirenz (EFZ) 200mg	Cápsula gelatinosa dura
10	Efavirenz (EFZ) 600mg	Comprimido revestido
11	Efavirenz (EFZ) solução oral	Frasco
12	Enfuvirtida (T20)	Frasco-ampola
13	Entricitabina 200mg + tenofovir 300mg	Comprimido revestido
14	Estavudina (d4T) pó para solução oral	Frasco
15	Etravirina (ETR) 100mg	Comprimido revestido
16	Etravirina (ETR) 200mg	Comprimido revestido
17	Fosamprenavir (FPV) 50mg/mL	Frasco
18	Lamivudina (3TC) 150mg	Comprimido revestido
19	Lamivudina 150mg + zidovudina 300mg (AZT + 3TC)	Comprimido revestido
20	Lamivudina (3TC) solução oral	Frasco
21	Lopinavir 100mg + ritonavir 25mg (LPV/r)	Comprimido revestido

22	Lopinavir 80mg/mL + ritonavir 20mg/mL (LPV/r solução oral)	Frasco
23	Lopinavir/ritonavir (LPV/r) 200mg + 50mg	Comprimido revestido
24	Maraviroque (MVC) 150mg	Comprimido revestido
25	Nevirapina (NVP) 200mg	Comprimido simples
26	Nevirapina (NVP) suspensão oral	Frasco
27	Raltegravir (RAL) 100mg	Comprimido mastigável
28	Raltegravir (RAL) 400mg	Comprimido revestido
29	Ritonavir (RTV) 100mg	Comprimido revestido
30	Ritonavir (RTV) 80mg/mL	Frasco
31	Tenofovir (TDF) 300mg	Comprimido revestido
32	Tenofovir 300mg + lamivudina 300mg	Comprimido revestido
33	Tenofovir 300mg + lamivudina 300mg + efavirenz 600mg	Comprimido revestido
34	Tipranavir (TPV) 100mg/mL	Frasco
35	Tipranavir (TPV) 250mg	Cápsula gelatinosa mole
36	Zidovudina (AZT) 100mg	Cápsula gelatinosa dura
37	Zidovudina (AZT) solução injetável	Frasco-ampola
38	Zidovudina (AZT) xarope	Frasco

Fonte: Ministério da Saúde (entre 2013 e 2020)

Esses medicamentos apresentam-se em seis (6) diferentes classes de atuação para combater o vírus, a saber: inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa, inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa, inibidores de protease, inibidores de fusão, inibidores da integrase e inibidores de entrada, além de apresentações combinadas de medicamentos dessas classes (GIV, entre 2014 e 2020).

No Brasil as formas de prevenção e tratamento ofertadas pelo SUS para combater a epidemia da Aids e a infecção pelo HIV (a PrEP, a PEP e a utilização do ARV) vem garantido aos cidadãos brasileiros um acesso aos cuidados de forma universal e eficiente, se comparado a outros países. O Brasil tem uma política pública de Aids reconhecida mundialmente, uma vez que o país há mais de 20 anos garante tratamento para todas as PVHIV e Aids, de maneira gratuita. Além disso a fim de garantir o diagnóstico e o tratamento oportuno do HIV/Aids, o MS assegura, anualmente, recursos para o setor do Departamento de Doenças de Condições

Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), esses recursos servem para a compra de preservativos, géis lubrificantes, TR e ARV (HALLAL et al 2010; BRASIL, 2020a).

3.2 Vigilância epidemiológica do HIV/Aids

3.2.1 Breve histórico do sistema de vigilância epidemiológica

Define-se como Vigilância epidemiológica (VE) “o processo sistemático e contínuo de coleta, análise, interpretação e disseminação de informação com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de problemas de saúde” (MEDRONHO, 2009, p. 103).

Complementando a ideia supracitada temos a Lei orgânica do SUS de nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, que em seu artigo 6º preconiza que:

Entende-se com VE um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

No Brasil a vigilância epidemiológica da Aids é realizada desde o início da década de 1980 e tem caráter compulsório em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 (BRASIL, entre 2016 e 2020). Contudo, somente em 1986 iniciou-se a notificação compulsória da Aids com a publicação da portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986.

É a partir da notificação compulsória da infecção pelo HIV que se pode apontar e observar “tendências, perfil epidemiológico, riscos e vulnerabilidades na população infectada, com vistas a se aprimorar a política pública de enfrentamento da epidemia” (BRASIL, 2019a, p. 254).

Neste sentido, a vigilância da infecção do HIV e da Aids se caracteriza através do padrão de vigilância dos eventos observados por meio da PVHIV, tais como “infecção pelo HIV, adoecimento (Aids), e óbito, por meio de sistemas de informação de rotina e de estudos seccionais e longitudinais” (BRASIL, 2019a, p. 254).

A VE do HIV e da Aids embasa-se em informações fornecidas por sistemas de informação governamentais, que são: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM - registros de óbitos ocorridos no Brasil), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SisCel), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e Sistema de Monitoramento Clínico das pessoas vivendo com HIV

(SIMC) (BRASIL, 2019a).

É importante enfatizar que as informações fornecidas por meio dos sistemas de informações nem sempre são fidedignas para a realidade presente nos casos de HIV e Aids no Brasil, por isso o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, através da VE, preconiza que quando as informações alcançadas rotineiramente por meio das bases comuns não forem suficientes para promover os conhecimentos necessários ao entendimento do processo endêmico-epidêmico do HIV e da Aids e subsidiar a gestão, o DIAHV deverá utilizar-se de estudos epidemiológicos adicionais objetivando a obtenção de informações complementares (BRASIL, entre 2016 e 2020).

O DIAHV, portanto, torna ainda mais coeso o rol de informações concedidas à VE, complementando os dados colhidos através da notificação compulsória de doenças e agravos como o HIV e a Aids, possibilitando à VE demonstrar sua relevância no contexto da saúde pública no momento em que esta consegue analisar essas informações de maneira crítica e elaborar estratégias que possam auxiliar os gestores a desenvolver práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde a nível nacional.

3.2.2 Notificação e fluxo de informação do HIV/Aids

Entende-se por notificação “a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde ou surto, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes” (MEDRONHO, 2009, p. 106).

No ano de 2014 a portaria nº 1.271/2014 incluiu pela primeira vez a infecção pelo HIV em todos os indivíduos na lista nacional de notificação compulsória, passando essa infecção a ser monitorada por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas. Em 2016 houve uma atualização da lista nacional de notificação compulsória através da portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016, com a infecção pelo HIV permanecendo na lista. A portaria de consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017, por sua vez, compilou as ações de todas as portarias ainda válidas, agrupando-as em um documento que serve de parâmetro para as notificações compulsórias. No que tange aos casos de Aids a notificação compulsória acontece desde 1986 sendo regulamentada através da portaria nº 542/86 (FIOCRUZ, entre 2007 e 2020).

Neste sentido, todos os casos confirmados do HIV e da Aids devem ser notificados de acordo com os critérios de definição de casos preconizados pelo Ministério da Saúde, quais

sejam: definição de casos de HIV em crianças menores de 13 anos de idade; definição de casos de HIV em indivíduos com 13 anos de idade ou mais; definição de casos de gestante/parturiente/puérpera com HIV; definição de casos de criança exposta ao HIV e definição de casos de Aids em crianças menores de 13 anos de idade (BRASIL, 2019a).

Deste modo, as notificações do HIV e da Aids estão presentes na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública em conformidade com a portaria de consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017, e são registradas no SINAN mediante o preenchimento das fichas apresentadas a seguir:

- Ficha de Notificação/Investigação de Aids em Pacientes com 13 anos ou mais;
- Ficha de Notificação/Investigação de Aids em Pacientes Menores de 13 anos;
- Ficha de Notificação/Investigação de Criança Exposta ao HIV;
- Ficha de Investigação de Gestante HIV+, utilizada para notificar casos de gestante, parturiente e puérpera.

Tendo em vista que o presente trabalho apresenta seu foco de análise na Ficha de Notificação/Investigação de Aids em Pacientes com 13 anos ou mais, discorrer-se-á apenas a respeito desta ficha com o objetivo de se promover um aprofundamento acerca dos objetivos do estudo.

A Ficha de Notificação/Investigação de Aids em Pacientes com 13 anos ou mais possui as seguintes categorias de agrupamento de dados:

- Dados Gerais
- Notificação Individual
- Dados de residência
- Antecedentes Epidemiológicos
- Dados do Laboratório
- Critérios de definição do caso da Aids
- Tratamento
- Evolução
- Investigador

Dentre as variáveis presentes no questionário figuram características ligadas a dados sociodemográficos, tais como: tipo de notificação, agravo/doença, idade, sexo, profissão, escolaridade, raça, endereço, município de residência entre outros. Variáveis como o provável modo de transmissão e também o comportamento de risco estão presentes no tópico de dados de antecedentes epidemiológicos. É possível também observar dados do Laboratório (testagem

rápida e/ou laboratorial), Critérios de definição do caso da Aids (Critério Rio de Janeiro/Caracas, Critério CDC adaptado, Critério de óbito), Tratamento, Evolução e do profissional responsável pela notificação.

Além da notificação compulsória da Ficha de Notificação/Investigação é válido enfatizar que deve existir uma preocupação por parte do profissional da saúde para com os aspectos emocionais ligados ao paciente em meio ao momento da investigação. Desta feita, a discricção é fator determinante na relação profissional/paciente. Em meio ao processo de notificação/investigação Brasil (2019a, p. 258) preconiza que:

Para a coleta de dados clínicos e epidemiológicos, cuja investigação demanda o levantamento de dados comportamentais, é da maior importância a garantia do sigilo das informações. Quando houver suspeita de transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados, é necessária uma investigação conjunta com a Vigilância Sanitária, que inclui o rastreamento da bolsa de sangue e hemoderivados e a identificação de doadores e outros receptores, para a confirmação ou não dessa via de transmissão, impedindo-se a ocorrência de novos casos.

O preenchimento da ficha de maneira clara e objetiva permite a gestores e estudiosos um maior aprofundamento de suas análises e a redução de vieses, tendo em vista que permitirá uma observação o mais próximo possível da realidade.

Ademais, o envio das fichas de notificações de HIV e da Aids segue um sentido determinado dentre as esferas do governo – municipal, estadual e federal -, ou seja, do nível local até o nível nacional. É sabido também que as vigilâncias de saúde presentes em cada uma das esferas governamentais têm a competência de analisar, consolidar e divulgar as informações geradas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE).

3.3 Principais aspectos epidemiológicos do HIV/Aids

3.3.1 Distribuição global do agravo

Desde a sua descoberta na década de 1980 até os dias atuais a Aids representa um grande problema mundial de saúde pública, uma vez que a doença causada pela infecção pelo HIV já vitimou mais de 35 milhões de pessoas em todo mundo e constitui atualmente a quinta principal causa de morte entre adultos, além de ser a principal causa de morte de mulheres entre 15 e 49 anos (UNIAIDS, 2012).

A África Subsaariana é a região mais afetada no mundo, apresentando dois terços do

total global de novas infecções pelo vírus, com 25,6 milhões de pessoas vivendo com HIV no ano de 2015 (OPAS, 2017).

Visando a promoção de um combate efetivo à Aids no âmbito global em 2011 os países se alinharam, através da Declaração Política sobre HIV e Aids das Nações Unidas, e traçaram objetivos a serem alcançados no ano de 2015. O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) articulou 10 metas específicas para guiar os esforços conjuntos, que serão elencadas a seguir (UNIAIDS, 2012, p.9):

1. Reduzir a transmissão sexual em 50%.
2. Reduzir a transmissão entre usuários de drogas injetáveis em 50%.
3. Eliminar novas infecções entre crianças e reduzir substancialmente o número de mães morrendo por causas relacionadas à Aids.
4. Disponibilizar a terapia antirretroviral para 15 milhões de pessoas.
5. Reduzir o número de pessoas vivendo com HIV que morrem devido à tuberculose em 50%.
6. Acabar com a lacuna nos recursos globais para a Aids e alcançar o investimento global anual de 22 bilhões a 24 bilhões de dólares em países de rendas baixa e média.
7. Eliminar as desigualdades de gênero e o abuso e a violência baseados em gênero e ampliar a capacidade de mulheres e meninas de protegerem a si mesmas do HIV.
8. Eliminar o estigma e a discriminação contra pessoas vivendo e afetadas pelo HIV, pela promoção de leis e políticas que garantam a completa realização de todos os direitos humanos liberdades fundamentais.
9. Eliminar restrições para que pessoas vivendo com HIV possam entrar, sair ou estabelecer residência.
10. Eliminar sistemas paralelos para serviços relacionados ao HIV para fortalecer a integração da resposta à Aids nos esforços globais em saúde e desenvolvimento.

Dentre as metas estabelecidas pelo UNAIDS figurava a disponibilização de terapia antirretroviral para 15 milhões de pessoas. Dessa necessidade surgiu a iniciativa denominada Tratamento 2015, que foi uma medida que buscava acelerar o cumprimento dessa meta especificamente, assegurando que qualquer pessoa do mundo pudesse ter acesso ao seu status sorológico relacionado ao HIV e, conseqüentemente, acessasse também o devido tratamento. Todavia, os trabalhos relacionados ao Tratamento 2015 para agilizar a execução das metas pactuadas representariam um grande esforço para os países Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), tendo em vista que, de acordo com o UNAIDS (2012, p.11):

Atualmente, mais de 7 milhões de pessoas que precisam ter acesso ao tratamento são impedidas de alcançá-lo devido à pobreza, à falta de disponibilidade, ao estigma, à discriminação, a políticas e leis punitivas ou coercitivas e à ignorância. Hoje, mais de uma em cada três pessoas vivendo com HIV não conhece seu status sorológico, perdendo a oportunidade de proteger sua saúde e a de outras pessoas. Algumas das populações mais afetadas pelo HIV são criminalizadas: trabalhadora/es sexuais, usuária/os de drogas, homens que fazem sexo com homens e populações trans.

Para além das metas traçadas para 2015 e visando uma equidade humanitária para as próximas gerações, estabeleceu-se em 1º de dezembro de 2014 a Declaração de Paris, que tinha como tema “Acabar com a epidemia da Aids: cidades acelerando a resposta”. Capitaneadas pelas diretrizes da ONU as cidades ao redor do globo teriam como desafios a serem cumpridos até o ano de 2020 as metas 90-90-90, onde deveriam atingir os seguintes patamares: 90% das pessoas vivendo com HIV sabendo que têm o vírus; 90% das pessoas que sabem que tem o HIV recebendo tratamento antirretroviral; e 90% das pessoas em tratamento antirretroviral tendo carga viral indetectável (UNAIDS, 2014).

O raciocínio aplicado às metas a serem atingidas para 2020 se estende para o ano de 2030, modificando-se apenas os percentuais. Para o ano de 2030 os objetivos de tratamento são os seguintes: 95% das pessoas vivendo com HIV sabendo que têm o vírus; 95% das pessoas que sabem que tem o HIV recebendo tratamento antirretroviral; e 95% das pessoas em tratamento antirretroviral tendo carga viral indetectável, constituindo portanto as metas 95-95-95. Ademais, a meta para o número de novas infecções por HIV em adultos para o ano de 2020 foi de meio milhão de pessoas enquanto que para o ano de 2030 a meta é reduzida para 200 mil indivíduos (UNAIDS, 2014).

Apesar da quantidade de mortes decorrentes da infecção pelo HIV o número de mortes vem apresentando queda de maneira que em todo o mundo no ano de 2011 cerca de 1,7 milhão de pessoas vieram a óbito devido a causas relacionadas à Aids, o que representa uma redução de 24% no número de óbitos quando se realiza uma comparação com o ano de 2005. Comparando-se o número de óbitos apresentados nos anos de 2005 e 2016 a redução no número de óbitos chega a 47,44% (UNAIDS, 2012; OPAS, 2017).

A difusão eficiente do tratamento com os medicamentos antirretrovirais possibilitou um melhor controle do vírus nas pessoas infectadas, incorrendo na diminuição no número de casos de morte por HIV no mundo. De acordo com a folha informativa de HIV/Aids da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2017) “em meados de 2017, 20,9 milhões de pessoas que vivem com HIV estavam recebendo a terapia antirretroviral, em todo o mundo” o que demonstra que 56,94%

das pessoas infectadas no mundo tiveram acesso ao tratamento medicamentoso.

Os esforços empregados no combate ao HIV e à Aids elaborados e coordenados pelas entidades em nível global foram significativamente importantes para a mudança positiva do panorama mundial no que tange aos novos casos de infecção pelo HIV e às mortes decorrentes da Aids.

3.3.2 Panorama histórico do HIV/Aids no Brasil

No Brasil, o primeiro caso notificado da Aids pelo MS ocorreu na década de 1980, mais precisamente no ano de 1982, sendo um adulto que vivia em São Paulo, já a primeira criança foi notificada em 1984 (VERONESI, 2015).

Ainda no ano de 1982 a Aids passou a ser chamada de maneira temporária de doença dos 5 H, representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (nome em inglês dado às profissionais do sexo) (BRASIL, 2018a).

Infelizmente ao usar esse termo dos 5H para esses grupos de pessoas houve um aumento da discriminação, em especial, para os homossexuais, os profissionais do sexo e os usuários de drogas. Outra consequência foi o estigma criado para os portadores da Aids e o mau entendimento dos riscos de transmissão por meio da população, já que a população acreditava que quem não estava nesse grupo não se encontraria sob risco (GOMES, 2018).

Entre as estratégias de gerenciamento dos casos de HIV/Aids no Brasil, em 1984, ocorreu a estruturação do Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, primeiro programa brasileiro para o controle da Aids (FIOCRUZ, entre 2007 e 2020).

Já em 1985 foi instituído o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), primeira Organização Não Governamental (ONG) do Brasil e da América Latina na luta contra a Aids, e em 1986 foi criado o Programa Nacional de DST e Aids que normatizou as ações para controle e tratamento da Aids, passando a doença a ter caráter de notificação compulsória através da portaria nº 542/86 (FIOCRUZ, entre 2007 e 2020).

No ano de 1987, por meio do MS, o país adotou para o tratamento da Aids a terapia antirretroviral (TARV) que é altamente ativa contra o HIV, cuja sigla em inglês significa HAART – Highly Active Antiretroviral Therapy. Essa terapia se deu através da administração do zidovudina ou azidotimidina (AZT) que é um medicamento utilizado em pacientes com câncer (FIOCRUZ, entre 2007 e 2020; VERONESI, 2015).

Os desdobramentos históricos relativos ao ano de 1988 remetem à elaboração da Constituição Federal - que promovia a garantia à saúde como direito de todos e dever do Estado

- e também à instituição do SUS - que tem como um de seus princípios a universalidade, responsável por garantir o direito universal à saúde de maneira gratuita para toda a população. Ambos os acontecimentos ocorridos em 1988 proporcionaram uma melhoria no que tange à assistência médica e medicamentosa à PVHIV. Neste mesmo ano o MS adota 1º de dezembro como Dia Mundial de Luta Contra a Aids. (BRASIL, 2020b; FIOCRUZ, entre 2007 e 2020).

Em 1991 o MS através do SUS dá início à distribuição gratuita de antirretrovirais, e em 1996 por meio da Lei Nº 9.313/96 é estabelecida a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV no Brasil. Vale enfatizar que o acesso por meio do SUS à assistência médica e medicamentosa para PVHIV permitiu a redução da mortalidade no país, e em 1999 o Governo Federal anunciou uma redução em 50% de mortes e em 80% de infecções oportunistas, em função da TARV (FIOCRUZ, entre 2007 e 2020).

De acordo com o Boletim epidemiológico de 2019, de 1980 a junho de 2019, foram identificados 966.058 casos de Aids no Brasil. Neste mesmo período a distribuição proporcional dos casos de Aids aponta uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada uma delas a 51,3% e 19,9% do total de casos respectivamente. As regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, por sua vez, correspondem a 16,1%, 6,6% e 6,1% do total dos casos, respectivamente. Vale enfatizar que o país apresentou uma média de 39 mil novos casos de Aids por ano, observando-se o período de 2015 a 2019.

A Aids é de notificação compulsória desde 1986 através da portaria nº 542/86 e a infecção pelo HIV é de notificação compulsória desde 2014 por meio da portaria nº 1.271/14. Sendo assim, a estimativa dos dados de HIV/Aids passou a ser mais precisa no Brasil somente em 2014, quando a infecção pelo HIV e a Aids passaram a constituir de maneira simultânea o rol da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças (BRASIL, 2019b).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo realizado no estado de Alagoas com abordagem quantitativa, com a utilização dos dados secundários da Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas (SESAU) acerca do panorama do HIV e da Aids no período entre 2009 a 2018 no estado de Alagoas.

Vale enfatizar que no estudo descritivo o pesquisador não interfere sobre os dados coletados, portanto os dados coletados são “observados, registrados, analisados, classificados e interpretados” (PRODANOV e FREITAS, 2013, p. 52).

Ainda de acordo com Prodanov e Freitas (2013), atrelado ao estudo descritivo se tem a pesquisa quantitativa que utiliza recursos e técnicas estatísticas para quantificar os dados pesquisados e auxiliar na elaboração dos resultados.

4.2 Local

A pesquisa foi realizada na Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas (SESAU), órgão público vinculado ao Poder Executivo Estadual e que tem como atribuição planejar, executar e fornecer assistência técnica às atividades de saúde na área do Estado de Alagoas.

Desse modo, mediante solicitação através de ofício (ANEXO 1) – foi possível a autorização e o acesso aos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sistema que é alimentado por unidades de saúde pertencentes aos três entes federativos. No caso do presente estudo, os entes são representados pela união (unidades de saúde federais sediadas em território alagoano), pelo estado de Alagoas (unidades de saúde estaduais) e pelos municípios alagoanos (unidades de saúde municipais).

4.3 População

Dados de pessoas com 13 (treze) anos ou mais notificados com HIV/Aids no SINAN através da Ficha de Notificação/Investigação Aids (ANEXO 2), durante o período de 2009 a 2018 no estado de Alagoas, totalizando 7.463 pessoas notificadas.

4.4 Amostra/amostragem

A amostra descartou um total de 16 (dezesesseis) pessoas notificadas dentro da população supracitada, tomando como base o critério de exclusão que será descrito na sequência. Desta feita, a amostragem da pesquisa apresentou um total de 7.447 pessoas com 13 (treze) anos ou mais notificadas com HIV e Aids no Estado de Alagoas entre os anos de 2009 a 2018 que atendiam aos critérios propostos pelo presente estudo.

Por ser uma amostragem oriunda de banco de dados fornecido pela SESAU, trata-se de amostragem não probabilística, por conveniência, tendo em vista que não houve aleatoriedade na coleta dos dados e a intenção é descrever as principais características do banco de dados em análise (MEDRONHO, 2009).

O critério de inclusão foi composto por dados de pessoas com treze (13) anos ou mais que foram notificados no SINAN durante o período de 2009 a 2018 no estado de Alagoas. Já o critério de exclusão definido neste estudo foi composto por indivíduos residentes em outros estados da federação mas que foram notificados no estado de Alagoas. Vale destacar que pacientes menores de 13 anos, crianças expostas ao HIV, além de gestantes, parturientes e puérperas HIV positivas apresentam seus casos notificados em sistemas específicos, não fazendo parte, portanto, do banco de dados analisado por este trabalho.

Depois da análise dos critérios de inclusão e exclusão dezesseis (16) casos foram descartados da pesquisa, uma vez que seus domicílios de origem eram de outros estados brasileiros, a saber: Rio Grande do Norte, Pernambuco, Bahia, São Paulo, Mato Grosso e no Distrito Federal. Deste modo, das 7.463 pessoas notificadas no estado de Alagoas no período supracitado, apenas 7.447 dos casos notificados foram analisados.

4.5 Coleta de dados

A coleta dos dados se deu por meio de informações constantes no SINAN, disponibilizados pela SESAU. Os dados foram solicitados através de ofício protocolado junto à SESAU e disponibilizados pela secretaria via e-mail da pesquisadora no formato de planilha eletrônica (Microsoft Excel®). As variáveis extraídas do SINAN tomaram como base dados sociodemográficos, vias de transmissão do HIV, critérios de definição de casos de HIV/Aids e evolução dos casos notificados.

4.6 Aspectos éticos

Por se tratar de pesquisa envolvendo apenas dados secundários, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética.

4.7 Análise de dados

Os dados visualizados no banco de dados da SESAU encontravam-se dispostos através de planilha eletrônica (Microsoft Excel®) contendo dados que foram traduzidos a partir do dicionário de dados SINAN NET versão 5.0 (ANEXO 3) e, posteriormente, analisados estatisticamente através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22.0, que possibilitou trabalhar com distribuições de frequência, tabulações simples e cruzadas, além de taxa de incidência e média.

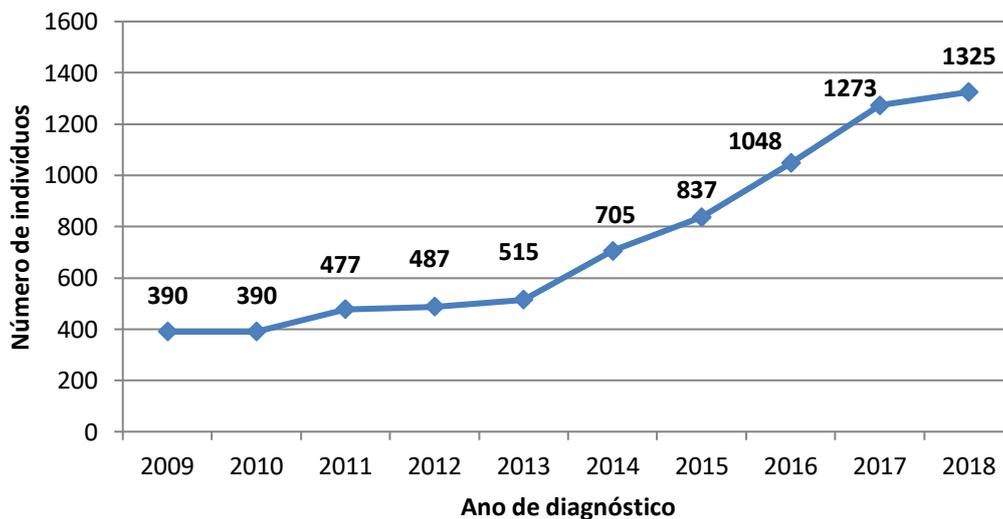
Os resultados do presente estudo foram apresentados em formato de tabelas e gráficos, e a discussão foi fundamentada na literatura disponível acerca do tema.

5 RESULTADOS

Dos 102 municípios pertencentes ao estado de Alagoas, 96 deles apresentaram casos notificados de HIV e Aids no período em análise. Constatou-se que a maioria das pessoas notificadas no estado de Alagoas é do município de Maceió, apresentando 4.265 casos (57,3%) e em segundo lugar aparece o município de Arapiraca com 508 casos (6,8%).

O estudo aponta que no estado de Alagoas foram notificados 7.447 casos de HIV e Aids durante os anos de 2009 a 2018, com uma média de 744,7 casos/ano. Registrou-se o maior número de diagnósticos em 2018 com 1.325 casos (17,8%), e o menor nos anos de 2009 e 2010, ambos com 390 casos notificados (5,2%), como é possível visualizar no gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição de casos de HIV/Aids por ano de diagnóstico, Alagoas, 2009 a 2018



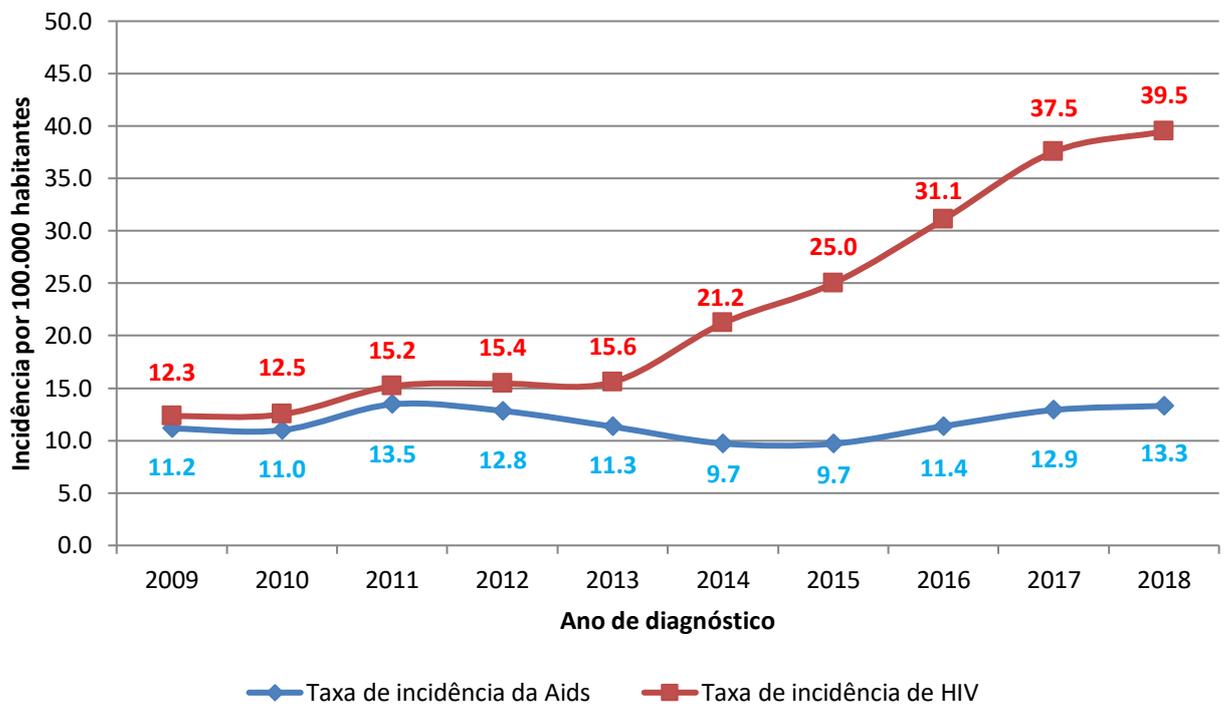
Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

No período analisado ocorreu um aumento das taxas de incidência de casos de HIV/Aids que pode ser observado ao longo dos anos. Em 2009, a taxa foi de 12,3 casos de HIV/Aids por 100.000 habitantes, enquanto em 2018 a taxa foi de 39,5 casos de HIV/Aids por 100.000 habitantes (gráfico 2). Ao longo da série histórica a média da taxa de incidência dos casos de HIV e Aids no estado de Alagoas é de 22,5 casos por 100.000 habitantes.

Quando observados apenas os casos de Aids a série histórica demonstra oscilações das taxas de incidência ao longo dos anos. Os maiores patamares alcançados apresentam-se nos anos de 2011 e 2018, com taxas de 13,5 e 13,3 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

Os anos de 2014 e 2015 registraram as menores taxas, com ambos os anos apresentando 9,7 casos de Aids por 100.000 habitantes.

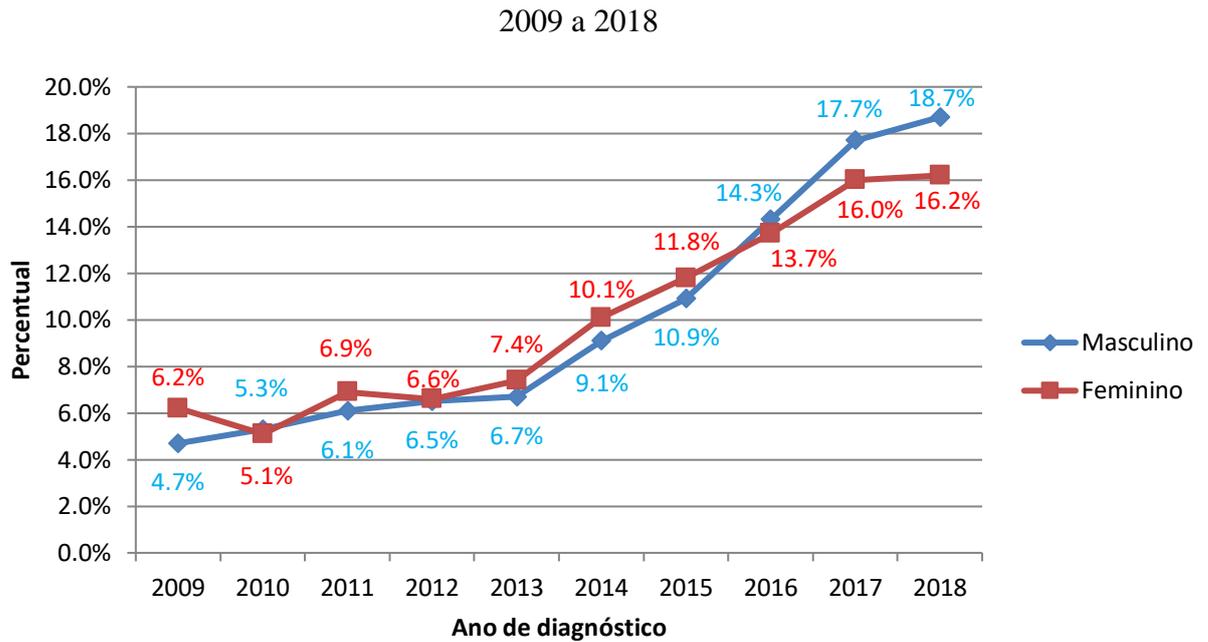
Gráfico 2 – Taxa de incidência de casos de HIV e Aids por ano de diagnóstico, Alagoas, 2009 a 2018



Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

Em relação a variável sexo, 4.682 indivíduos (62,9%) são do sexo masculino e 2.765 (37,1%) são do sexo feminino. Quando observada a frequência relativa de casos de cada um dos sexos estratificada por ano de diagnóstico, ao longo da série histórica estudada as mulheres apresentam percentuais maiores no número de casos notificados de HIV/Aids em relação aos homens no ano de 2009 e entre os anos de 2011 a 2015 (gráfico 3).

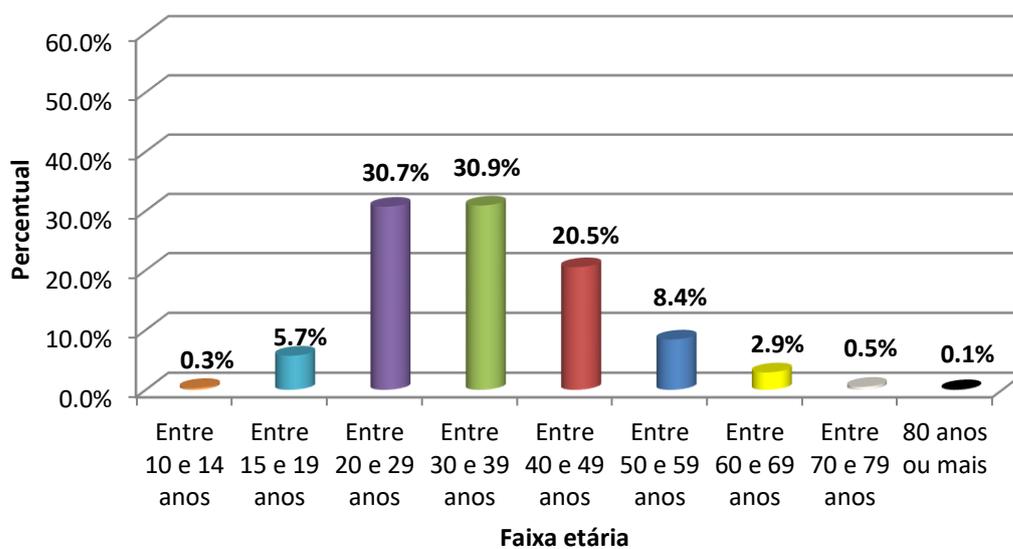
Gráfico 3 – Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo sexo e ano de diagnóstico, Alagoas,



Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

O conjunto de dados apresenta uma média de idade de 35 anos, com 2.285 indivíduos (30,7%) encontrando-se na faixa etária entre 20 e 29 anos e outros 2.300 (30,9%) com idades entre 30 a 39 anos (gráfico 4).

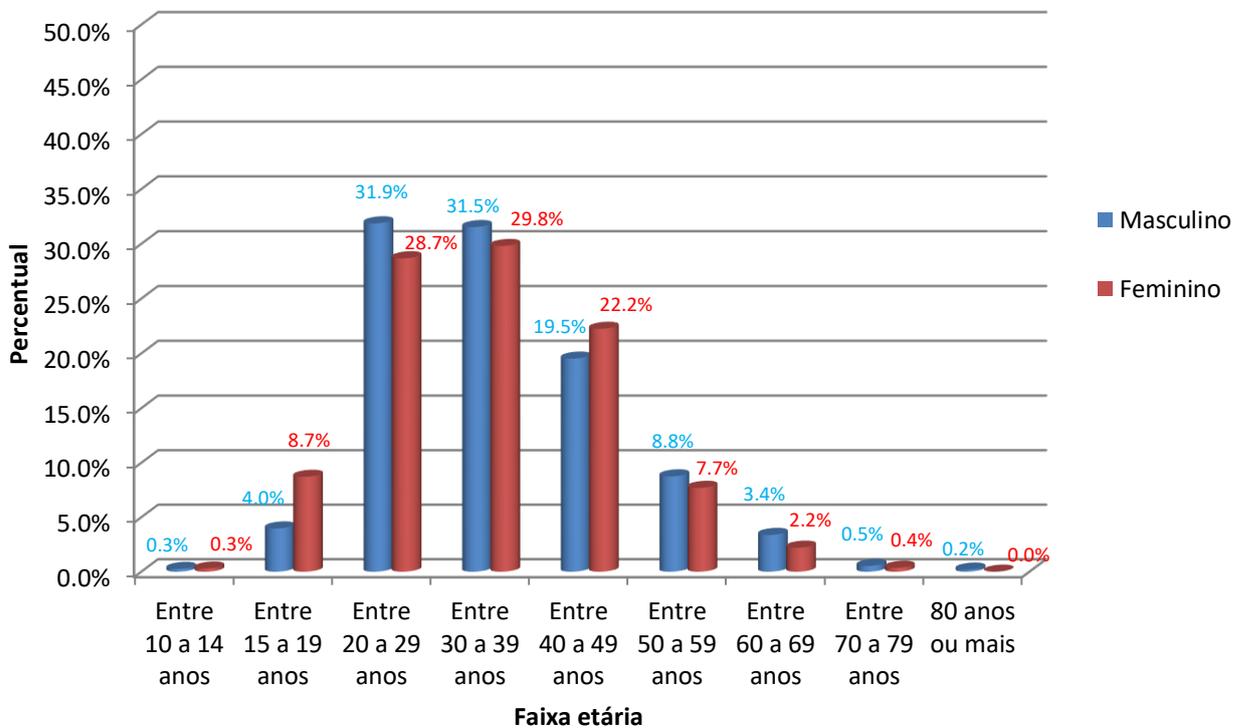
Gráfico 4 – Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo faixa etária, Alagoas, 2009 a 2018



Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

Quando observada a frequência relativa de cada um dos sexos estratificada por faixas etárias (gráfico 5) é possível observar que as mulheres entre 15 e 19 anos (8,7%) e entre 40 e 49 anos (22,2%) possuem percentuais maiores de casos notificados em relação ao número de homens, que apresentam 4,0% e 19,5% para as faixas etárias em questão, respectivamente. Já os percentuais que apresentam maiores taxas nos homens em relação às mulheres ocorrem entre as faixas etárias entre 20 e 29 anos (31,9%), e entre 30 e 39 anos (31,5%), com as mulheres apresentando os percentuais de 28,7% e 29,8% para essas respectivas faixas etárias.

Gráfico 5 - Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo sexo e faixa etária, Alagoas, 2009 a 2018



Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

No que tange à variável raça/cor os dados indicam que 5.325 indivíduos (71,5%) são pardos, 821 indivíduos (11,2%) são brancos e 629 indivíduos (8,4%) são pretos, conforme dados dispostos na tabela 1. Cabe salientar que houve 631 casos (8,5%) ignorados ou com o campo não preenchido para essa variável.

Tabela 1 - Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo raça/cor, Alagoas, 2009 a 2018

Raça/Cor	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Branca	831	11,2%
Preta	629	8,4%
Amarela	20	0,3%
Parda	5323	71,5%
Indígena	13	0,2%
Ignorado / Não preenchido	631	8,5%
Total	7447	100,0%

Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

Considerada a frequência relativa de cada um dos sexos estratificada por raça/cor (tabela 2) é observado que para ambos os sexos a cor parda é a predominante em número de casos, com as mulheres apresentando 2017 casos (72,9%) e os homens 3.306 casos (70,6%). A segunda raça/cor predominante entre homens e mulheres, no entanto, é divergente. No caso dos homens o segundo maior percentual é referente à cor branca com 580 casos (12,4%) enquanto que em meio às mulheres esse posto é representado pela cor preta com 257 casos (9,3%).

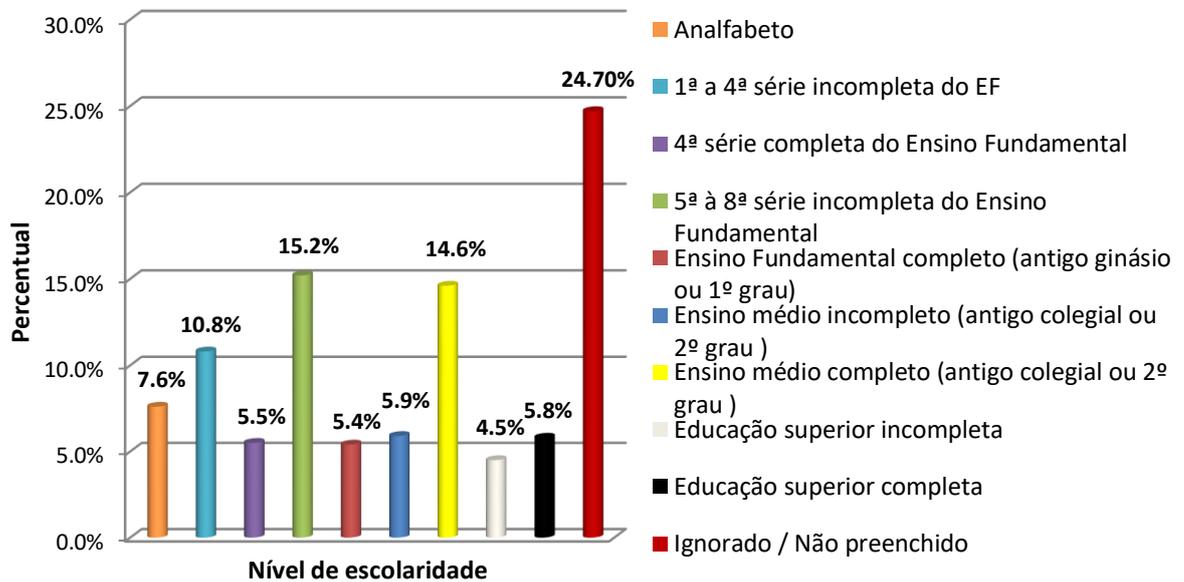
Tabela 2 - Frequência relativa dos casos de HIV/Aids segundo raça/cor e sexo, Alagoas, 2009 a 2018

Raça/Cor	Sexo do paciente			
	Feminino		Masculino	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Branca	251	9,1%	580	12,4%
Preta	257	9,3%	372	7,9%
Amarela	9	0,3%	11	0,2%
Parda	2017	72,9%	3306	70,6%
Indígena	7	0,3%	6	0,1%
Ignorado / Não preenchido	224	8,1%	407	8,7%
Total	2765	100,0%	4682	100,0%

Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

As maiores taxas em relação à escolaridade são de 1.129 casos (15,2%) de indivíduos que estudaram entre a 5ª e a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau) seguido de 1.088 casos (14,6%) que estudaram o Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), conforme apresentado no gráfico 6. É válido ressaltar que 1.842 casos (24,7%) apresentaram escolaridade ignorada ou não preenchimento do campo nos registros do SINAN.

Gráfico 6 - Distribuição de casos de HIV/Aids segundo escolaridade, Alagoas, 2009 a 2018



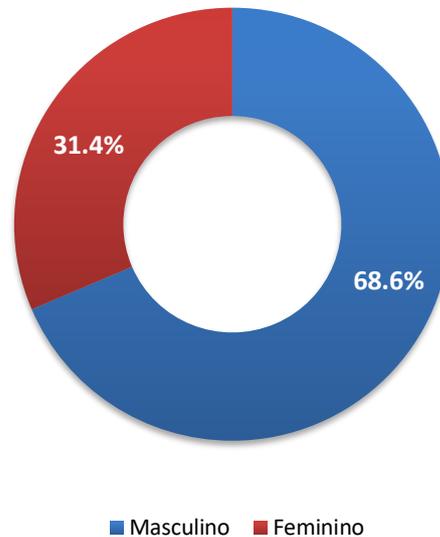
Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

Existem três (3) formas elencadas como prováveis modos de transmissão do HIV, a saber: Transmissão vertical do HIV (de mãe para filho); Transmissão sexual do HIV (Relações sexuais com Homens, Relações sexuais com Mulheres e Relações sexuais com homens e mulheres); e Transmissão parenteral do HIV (indivíduos que fazem uso de drogas injetáveis, tratamento para hemofilia/hemotransusão, transfusão sanguínea e acidente com material biológico com posterior soroconversão até seis meses). A via de transmissão sexual foi a que apresentou o maior número de casos notificados, seguida da via parenteral e da via vertical.

Aprofundando-se acerca das vias de transmissão do HIV, com base no modo de transmissão vertical pode-se observar que 70 indivíduos (0,9%) se infectaram com o HIV por meio da transmissão vertical (de mãe para filho) ao longo da série histórica. Tomando-se como base os 70 indivíduos infectados por essa via e estratificando-se essa informação por sexo (gráfico 7), observa-se que 48 dos indivíduos infectados (68,6%) são do sexo masculino e 22 deles (31,4%) são do sexo feminino.

Gráfico 7 - Distribuição dos casos de transmissão vertical segundo sexo, Alagoas, 2009 a

2018



Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

No que tange ao modo de transmissão sexual (tabela 3) os dados encontram-se distribuídos dentre as categorias de exposição sexual da seguinte maneira: 3.557 indivíduos infectados (47,8%) tiveram relações sexuais com homens; 1.573 indivíduos infectados (21,1%) tiveram relações sexuais com mulheres e 487 indivíduos infectados (6,5%) tiveram relações sexuais com homens e mulheres. Desta feita, observa-se que 5.617 indivíduos (75,4%) se infectaram com o HIV por meio da via sexual, sendo este o principal modo de transmissão do HIV identificado nos resultados. Ademais, 8 casos (0,1%) não foram enquadrados como transmissão sexual e 1.822 casos (24,5%) apresentam-se com o status de ignorado.

Tabela 3 - Distribuição de casos de HIV/Aids segundo categoria de exposição sexual, Alagoas, 2009 a 2018

Categoria de exposição sexual	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Relações sexuais com Homens	3557	47,8%
Relações sexuais com Mulheres	1573	21,1%
Relações sexuais com homens e mulheres	487	6,5%
Não foi transmissão sexual	8	0,1%
Ignorado	1822	24,5%
Total	7447	100,0%

Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

Confrontando-se individualmente os sexos com cada uma das categorias de exposição sexual (tabela 4), a frequência relativa aponta que o sexo feminino ao ter relações heterossexuais é o sexo mais afetado pelo HIV, uma vez que apresenta o maior percentual de infecção pelo vírus, com 2.310 casos (83,5%). O sexo masculino, por sua vez, é menos afetado nas relações de caráter heterossexual apresentando 1.555 indivíduos infectados (33,2%).

No que tange às relações homossexuais o cenário se inverte. Nesse tipo de relação os homens passam a ser os mais afetados pela infecção por HIV apresentando 1.247 casos (26,6%) enquanto que as mulheres apresentam apenas 18 casos (0,7%) que têm como modo de transmissão relações de caráter homossexual, conforme pode ser observado na tabela 4.

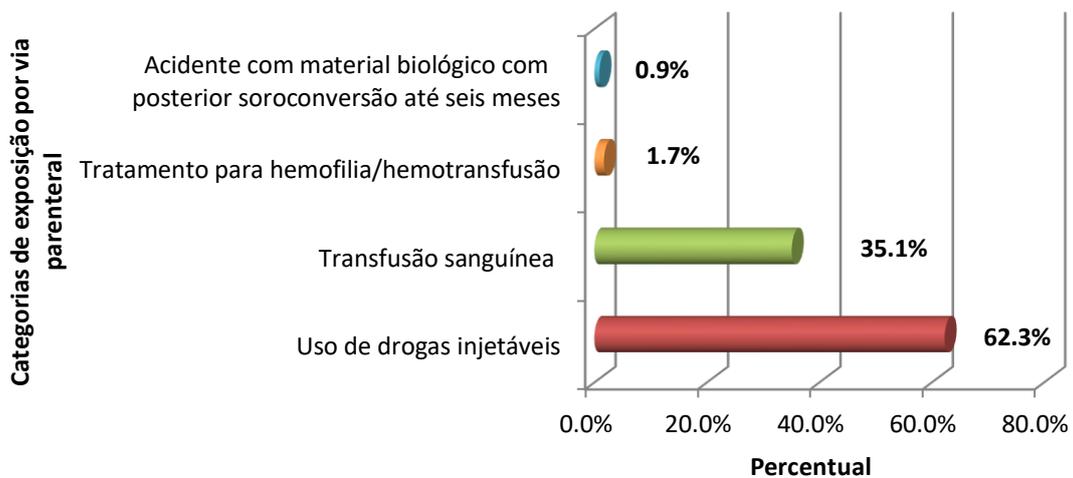
Tabela 4 - Frequência relativa dos casos de HIV/Aids segundo categorias de exposição sexual e sexo, Alagoas, 2009 a 2018

Categoria de exposição sexual	Sexo do paciente			
	Feminino		Masculino	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Relações sexuais com Homens	2310	83,5%	1247	26,6%
Relações sexuais com Mulheres	18	0,7%	1555	33,2%
Relações sexuais com homens e mulheres	35	1,3%	452	9,7%
Não foi transmissão sexual	3	0,1%	5	0,1%
Ignorado	399	14,4%	1423	30,4%
Total	2765	100,0%	4682	100,0%

Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

No que diz respeito ao modo de transmissão do HIV por via parenteral, a infecção pelo HIV engloba o universo de 114 indivíduos (1,5%) que se infectaram ao longo de todo o período estudado. Relativizando-se a análise, observam-se os seguintes quantitativos referentes a cada uma das categorias de exposição: 71 desses indivíduos (62,3%) contraíram o vírus através do uso de drogas injetáveis; 40 deles (35,1%) por meio de transfusão sanguínea; dois (1,7%) através da realização de tratamento para hemofilia/hemotransfusão; e um (0,9%) através de acidente com material biológico com posterior soroconversão até seis meses, conforme gráfico 8.

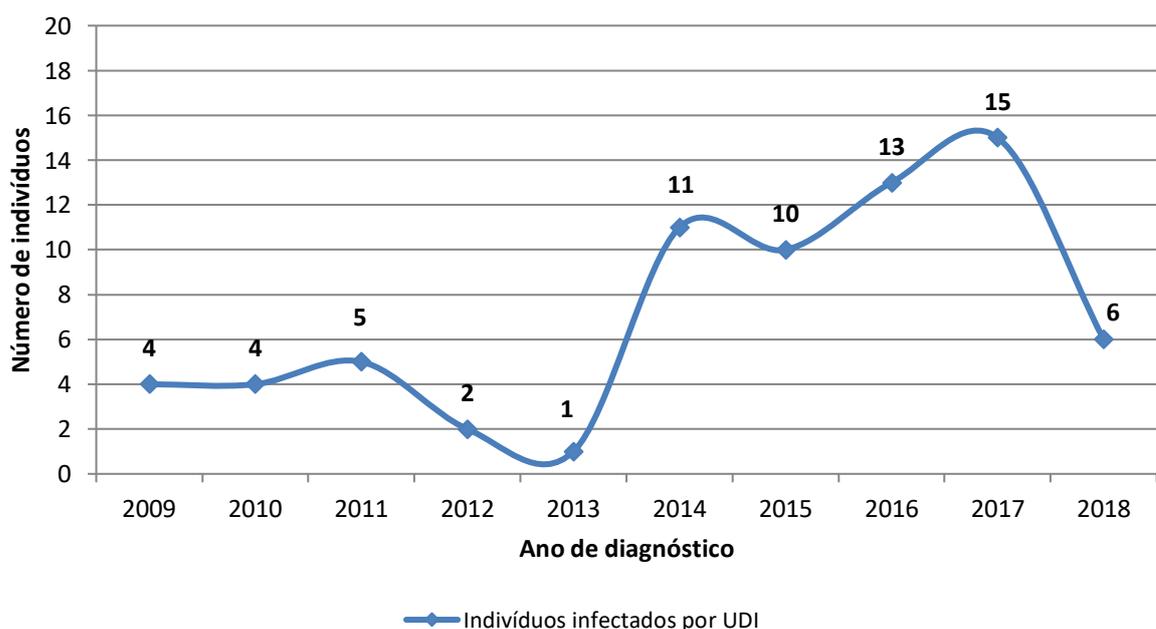
Gráfico 8 - Distribuição dos casos de transmissão parenteral do HIV segundo categoria de exposição, Alagoas, 2009 a 2018



Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

A distribuição dos casos de indivíduos infectados pelo uso de drogas injetáveis (gráfico 9) revela um comportamento de oscilação dos dados ao longo do período estudado. Observa-se que o período com maior número de casos está compreendido entre os anos de 2014 e 2017, com uma queda significativa notada no ano de 2018. O período inicial da série histórica, mais precisamente entre os anos de 2009 e 2013, também apresenta quantitativo baixo com relação ao número de casos notificados.

Gráfico 9 - Distribuição dos casos de HIV segundo uso de drogas injetáveis e ano de diagnóstico, Alagoas, 2009 a 2018



Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

Em relação à variável critério de definição de casos de HIV e Aids, existem três (3) critérios definidores da Aids, a saber: Critério CDC Adaptado; Critério Rio de Janeiro/Caracas e Critério óbito. A partir dessa ótica, pode-se observar na tabela 5 a confirmação de 2.872 casos (38,6%) via Critério CDC Adaptado, 760 casos (10,2%) via Critério Rio de Janeiro/Caracas e 172 casos (2,3%) via Critério óbito.

Ademais, houve 3.614 casos de HIV+ (48,5%), que correspondem aos indivíduos que se encontram infectados pelo vírus HIV mas não manifestam os sintomas da Aids. É importante enfatizar que do número total de indivíduos notificados (7.447) ao longo da série histórica houve o descarte de 29 casos notificados (0,4%) devido a erros de diagnóstico de infecção por HIV.

Tabela 5 - Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo critério de definição de casos, Alagoas, 2009 a 2018

Critério de definição de caso	Frequência (n)	Porcentagem (%)
CDC adaptado	2872	38,6%
Rio de Janeiro/Caracas	760	10,2%
Critério óbito	172	2,3%
HIV+	3614	48,5%
Descartado	29	0,4%
Total	7447	100,0%

Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

Quando observada a frequência relativa de cada um dos critérios de definição de casos por ano de diagnóstico (tabela 6) é possível observar que o critério CDC Adaptado teve seus maiores percentuais registrados entre os anos de 2009 e 2013, apresentando um declínio significativo entre o ano de 2013 e o ano de 2014, reduzindo o percentual de 55,5% para 31,2%. O critério Rio de Janeiro/Caracas, por sua vez, apresentou seu maior percentual no ano de 2009 com 82 casos (21%), enquanto que o critério óbito atingiu seu maior percentual em 2011 com 30 casos (6,3%). Os casos registrados como HIV+ apresentam seus maiores percentuais entre os anos de 2014 e 2018. Já o descarte dos casos notificados apresentou um salto de 6 casos (0,5%) registrados em 2017 para 14 casos (1,1%) registrados em 2018, ano em que atingiu seu maior patamar em toda a série histórica analisada.

Tabela 6 - Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo critério de definição de casos e ano de

diagnóstico, Alagoas, 2009 a 2018

Ano de diagnóstico	Critério de definição de caso													
	CDC adaptado		Rio de Janeiro / Caracas				Óbito		HIV+		Descartado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
2009	263	67,4%	82	21,0%	7	1,8%	37	9,5%	1	0,3%	390	100,0%		
2010	271	69,5%	63	16,2%	9	2,3%	47	12,1%	0	0,0%	390	100,0%		
2011	326	68,3%	67	14,0%	30	6,3%	54	11,3%	0	0,0%	477	100,0%		
2012	312	64,1%	76	15,6%	17	3,5%	82	16,8%	0	0,0%	487	100,0%		
2013	286	55,5%	67	13,0%	21	4,1%	140	27,2%	1	0,2%	515	100,0%		
2014	220	31,2%	77	10,9%	26	3,7%	381	54,0%	1	0,1%	705	100,0%		
2015	218	26,0%	79	9,4%	27	3,2%	511	61,1%	2	0,2%	837	100,0%		
2016	263	25,1%	111	10,6%	8	0,8%	662	63,2%	4	0,4%	1048	100,0%		
2017	342	26,9%	79	6,2%	15	1,2%	831	65,3%	6	0,5%	1273	100,0%		
2018	371	28,0%	59	4,5%	12	0,9%	869	65,6%	14	1,1%	1325	100,0%		
Total	2872		760		172		3614		29		7447			

Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

Ao analisar a variável evolução do caso observa-se ao longo da série histórica que houve o registro de 1.187 óbitos por Aids (15,9%), além de 75 casos de óbitos por outras causas (1,0%) e 66 casos ignorados (0,9%). Nessa mesma variável são registrados 6.119 indivíduos vivos (82,2%) conforme se pode visualizar na tabela 7.

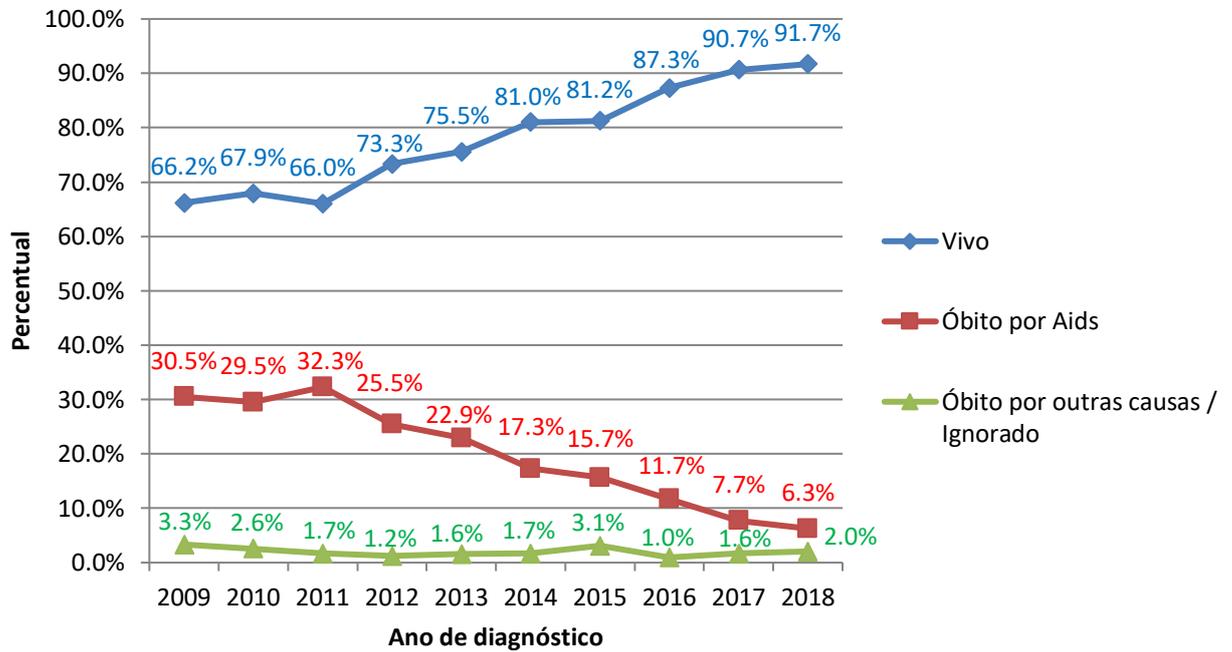
Tabela 7 - Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo evolução do caso, Alagoas, 2009 a 2018

Critério de definição de caso	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Vivo	6119	82,2%
Óbito por Aids	1187	15,9%
Óbito por outras causas	75	1,0%
Ignorado	66	0,9%
Total	7447	100,0%

Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

Quando observada a frequência relativa da evolução do caso por ano de diagnóstico (gráfico 10) ao longo da série histórica os maiores percentuais de óbito por Aids correspondem aos anos de 2009 e 2011. Nos anos subsequentes os óbitos por Aids passam a cair anualmente de 32,3% em 2011 para 6,3% em 2018. A sobrevivência dessas pessoas, por sua vez, passa a aumentar ao longo dos anos saltando de 66% em 2011 para 91,7% em 2018.

Gráfico 10 - Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo evolução do caso e ano de diagnóstico, Alagoas, 2009 a 2018



Fonte: SINAN, dados extraídos em 21/08/2019.

Em meio ao contexto dos resultados apresentados é imperioso mencionar que o presente estudo apresenta limitações de caráter burocrático, onde algumas variáveis tiveram seus campos não preenchidos ou preenchidos na condição de ignorados, a saber: raça/cor (8,5%), escolaridade (24,70%) e modo de transmissão (24,5%). Ademais, o banco de dados não dispunha de informações acerca da ocupação dos indivíduos notificados, o que impossibilitou a análise dessa variável. Ressalte-se que a variável ocupação é um campo que não possui preenchimento obrigatório de acordo com o dicionário de dados do SINAN.

6 DISCUSSÃO

O estado de Alagoas fica localizado na região nordeste do Brasil, sua capital é Maceió e tem como limites os estados de Pernambuco, Sergipe e Bahia, ocupando uma área de 27848.140 km² e possuindo cento e dois (102) municípios. Segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) até 2010 o estado tinha uma população de 3.120.494 habitantes e em 2019 a população estimada foi de 3.337.357 pessoas (IBGE, 2019).

Entre os anos de 2014 a 2018 o estado de Alagoas ocupou a 13^o posição no ranking nacional de detecção de Aids na população geral dentre os estados brasileiros, além da quarta posição da região nordeste dentre os nove (9) estados que a compõem. Além disso a capital Maceió ocupou a 12^a posição entre as capitais brasileiras de detecção de Aids na população geral (BRASIL, 2019b).

Os resultados demonstram que houve um crescimento no número de casos de HIV/Aids notificados em Alagoas durante o período estudado, partindo de 390 casos em 2009 para 1.325 casos em 2018. Esse evento possui reflexo direto no crescimento da taxa de incidência apresentada no estado, tendo em vista que ao longo dos anos o estado não apresentou mudanças significativas em sua população (SIDRA, entre 2017 e 2020).

Em uma análise acerca da taxa de incidência de casos de Aids, quando se confrontam os dados relativos a Alagoas com dados da região nordeste constata-se um padrão condizente. Todavia, quando se relacionam as taxas de incidência de Alagoas com as taxas nacionais observa-se um padrão divergente. O estado alagoano aumentou a sua taxa de incidência de casos de Aids durante o período analisado, saindo de uma taxa de 11,2 casos de Aids notificados por 100.000 habitantes em 2009 para uma taxa de 13,3 em 2018, o que demonstra uma perspectiva de crescimento da taxa de incidência em âmbito estadual.

Em âmbito regional percebe-se que o Nordeste também apresenta uma tendência de crescimento na incidência de casos de Aids, a exemplo do ano de 2009 onde se registrou uma taxa de 14,1 casos por 100.000 habitantes, subindo para 15,8 no ano de 2018. Portanto, Alagoas segue a tendência de crescimento da taxa de incidência identificada na região nordeste (BRASIL, 2019b).

Os índices nacionais de taxa de incidência, por sua vez, apresentam tendência decrescente ao longo dos anos que compõem o presente estudo, reduzindo de 21,3 casos de Aids notificados por 100.000 habitantes em 2009 para uma taxa de 17,8 em 2018 (BRASIL, 2019c).

É importante salientar que o país apresenta uma epidemia multifacetada de disseminação de HIV e Aids, uma vez que coexistem perfis epidemiológicos diferentes em meio às regiões brasileiras, incorrendo em diferentes patamares para cada região de acordo com suas especificidades (MOMBELLI et al, 2015).

Tomando-se como base toda a série temporal analisada a capital alagoana apresenta mais da metade dos casos notificados de HIV e Aids do estado (57,3% dos casos). Em análise comparativa com outra capital nordestina, identificou-se em estudo realizado no Ceará que no ano de 2012 53,7% dos casos notificados de Aids residiam na capital Fortaleza, observando-se percentuais semelhantes aos encontrados em Maceió (PEDROSA et al, 2015).

Além dos altos índices de casos notificados na capital é notório que existe também um processo de interiorização da doença entre os demais municípios de Alagoas. Entende-se por interiorização a disseminação da epidemia da Aids para os municípios mais longínquos da capital do estado e da região metropolitana, afetando desta forma as pessoas que vivem nessas regiões mais desassistidas em políticas públicas de saúde. Vale enfatizar que esse fenômeno, atualmente, segue a tendência do Brasil que a partir do final da década de oitenta difundiu geograficamente a doença a começar das capitais em direção aos municípios interioranos do país (BRITO et al, 2001; REIS et al., 2008).

Ainda de acordo com Brito et. al (2001) apesar de fazer parte de grandes centros urbanos, em meados de 2000 a epidemia da Aids já havia se dispersado para o interior dos estados brasileiros e já atingia naquela época 59% dos 5.507 municípios brasileiros.

A tendência de interiorização da epidemia citada acima pode ser vista em Alagoas no período estudado. Dos 102 municípios pertencentes ao estado de Alagoas, 96 deles (94,1%) apresentaram casos notificados de HIV e Aids. Além de Maceió com 4.265 casos (57,3%) e Arapiraca com 508 casos (6,8%), outros 7 (sete) municípios possuem mais de cem (100) casos de HIV e Aids notificados no período em análise, a saber: Matriz do Camaragibe com 104 casos (1,4%); Murici com 115 casos (1,5%); São Miguel dos Campos com 116 casos (1,6%); Palmeira dos Índios com 119 (1,6%); União dos Palmares com 125 casos (1,7%); Marechal Deodoro com 128 casos (1,7%) e Rio Largo com 143 casos (1,9%).

Além do processo de interiorização, o presente estudo apresenta tendências de feminização, juvenização e pauperização em meio aos casos de infecção pelo HIV e de Aids notificados em Alagoas, evidenciando uma realidade condizente com os estudos elaborados por Pedrosa et al (2015) no estado do Ceará.

Quando a abordagem toma como base o gênero revela-se uma tendência de crescimento no percentual de casos dentro do sexo feminino no estado de Alagoas, configurando-se assim

um processo de feminização. Na literatura científica o processo de feminização da Aids é representado não somente pela diferença de gênero, mas também pelas diferenças biológicas e sociais. Além disso, essas mulheres encontram-se no contexto social de vulnerabilidade quando comparadas ao sexo oposto, e essas diferenças refletem diretamente no processo saúde-doença (PAIVA, 1999; BOTTI et al, 2009).

Na série histórica, dos 10 anos analisados, observam-se percentuais de frequência relativa maiores de mulheres com relação aos homens em 6 ocasiões (2009, 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015), ilustrando com o passar dos anos uma maior presença das mulheres no rol de pessoas infectadas pelo HIV.

Outra tendência encontrada nos resultados do presente estudo é o processo de juvenização do sexo feminino, meninas com idade entre 15 e 19 anos (8,7% das notificações entre as mulheres) apresentam mais que o dobro de percentual dos casos notificados quando comparadas ao sexo masculino de mesma faixa etária (4,0%). O trabalho de Taquett e Meirelles (2009) mostra que no Brasil o processo de juvenização da Aids no sexo feminino ocorre na maioria das vezes por meio das relações sexuais e também pela necessidade de adequação dessas meninas durante a adolescência à sociedade em que vivem.

Além disso, no que se refere às faixas etárias dos indivíduos, a análise mostra que a idade média dos diagnósticos de casos de HIV e Aids é de 35 anos, sendo os adultos jovens (idade que compreende entre os 20 e 40 anos) de ambos os sexos os mais afetados pela epidemia da Aids.

A expressividade desse dado também pode ser visualizada em âmbito nacional, onde pessoas em idade reprodutiva e laboral são as mais afetadas pela epidemia. No Brasil, entre os anos de 2007 e 2019, constatou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, com percentual de 52,7% dos casos. (BRASIL, 2019b).

A disseminação da Aids em meio à faixa etária mais atingida de acordo com o presente estudo infelizmente revela uma problema social e psicológico para as PVHIV independente do sexo, uma vez que esses indivíduos além de conviverem com o vírus e com a possibilidade de desenvolver doenças oportunistas, convivem também com o estigma, o preconceito, medo da demissão no ambiente de trabalho, além do receio em perder relações sociais importantes, como entre amigos próximos e familiares (BOTTI et al., 2009; FREITAS, 2012).

Os achados relacionados ao grau de escolaridade e à raça/cor dos indivíduos demonstram uma tendência de pauperização, acompanhando a tendência nacional onde a maioria dos casos de Aids se encontra entre as pessoas com baixos níveis de escolaridade e da raça/cor parda e preta (BRASIL, 2008).

O estado de Alagoas se encontra em uma das regiões mais pobres do país e enfrenta ao longo da sua história desigualdades sociais ligadas ao baixo índice de escolarização da população e ao baixo índice de renda (IBGE, 2019), e isso se reflete nos indivíduos afetados pelo HIV e pela Aids. Como pode ser observado no estudo, 44,5% dos indivíduos notificados durante a série histórica são analfabetos ou possuem até o ensino fundamental completo, enquanto que mais de 70% são indivíduos da raça/cor parda. A raça/cor parda é a predominante tanto nos homens quanto nas mulheres. Todavia, existe divergência quanto à segunda raça/cor de maior predominância entre os sexos. Em meio aos homens a segunda raça/cor predominante é branca, enquanto que em meio às mulheres essa posição é ocupada pela raça/cor preta.

No recorte temporal da pesquisa o estado de Alagoas apresenta a via de transmissão sexual do HIV como a preponderante em número de casos notificados. Em seguida, aparece a via de transmissão parenteral e, por fim, a via de transmissão vertical (mãe para filho) em número de casos.

É sabido que no Brasil e no mundo o modo de transmissão sexual se apresenta como a principal via de transmissão do HIV (BRASIL, 2019b). Os resultados do presente trabalho seguem essa mesma linha, apontando que 75,4% dos indivíduos infectaram-se através da via sexual.

Sob a ótica das categorias de exposição existentes na via de transmissão sexual Dourado et al (2006) e Mombelli et al (2015) afirmam que a categoria de exposição heterossexual é a mais comum para infecção do HIV/Aids para homens e mulheres. Tal afirmação pode ser constatada nos resultados obtidos por este estudo, onde se identifica que a categoria de exposição mais apontada nos casos notificados foi a categoria heterossexual, atingindo os maiores percentuais tanto entre os homens (33,2%) quanto entre as mulheres (83,5%).

No início da epidemia da Aids as relações homossexuais entre homens apresentavam grande relevância nos casos notificados de Aids, uma vez que esse grupo de indivíduos era um dos mais afetados pela infecção (BRASIL, 2018a; MOMBELLI et al, 2015; TERTO Jr., 2002). No presente estudo a categoria de exposição sexual formada por homens que têm relação sexual com outros homens apresenta um alto índice de transmissão do HIV/Aids através da relação homossexual (26,6%) quando comparada a mulheres que também realizam práticas homossexuais (0,7%).

É importante destacar que ao realizar-se uma busca acerca do assunto epidemiologia da Aids relacionada às questões da homossexualidade, percebe-se na literatura que o tema ainda é pouco difundido e bastante escasso, impossibilitando dessa forma uma melhor compreensão

acerca de como a epidemia vem atingindo as várias populações de homens com práticas homossexuais e com quais outros problemas de saúde e doenças se cruzam (TERTO Jr., 2002).

No que diz respeito ao modo de transmissão vertical o resultado aponta 70 indivíduos notificados, sendo que a maioria dos casos está representada por indivíduos do sexo masculino. Apesar dessa via de infecção não representar o principal modo de transmissão do HIV, ela é apontada em estudos científicos como uma das principais causas de infecção em crianças e responde por cerca de 80% dos casos de infecção no público infantil, o que sugere a existência de alguns casos observados dentro do estudo em questão (CARVALHO et al, 2004; FRIEDRICH, 2016).

Ao longo da série histórica o modo de transmissão por via parenteral apresenta 1,53% de todos os casos notificados. Em meio aos casos relativos a esse modo de transmissão as categorias de exposição que mais chamam a atenção no estudo são compostas por indivíduos que fazem uso de drogas injetáveis e por indivíduos que realizaram transfusão sanguínea, representando 62,3% e 35,1% dos casos, respectivamente.

A despeito de a maioria dos casos de transmissão do HIV advir da via sexual, a disseminação do vírus por transfusão sanguínea é inquietante, uma vez que é possível encontrar no Brasil estudos como o realizado em um hemocentro do Maranhão onde durante sete meses o número de doadores de sangue e hemoderivados positivos para HIV representou 1,25% dos casos no período de análise (PEREIRA E NASCIMENTO, 2004). No caso deste estudo os casos de indivíduos infectados por via parenteral através da categoria de exposição transfusão sanguínea atingem o percentual de 0,5% dos casos analisados.

Em relação à categoria de exposição uso de drogas injetáveis é importante salientar que, no período de 2009 a 2018, o banco de dados dos indicadores dos municípios brasileiros acerca do HIV/Aids aponta que o Brasil vem diminuindo o número de casos notificados de transmissão do HIV por meio do uso de drogas injetáveis, enquanto que no estado de Alagoas observa-se uma oscilação no número de casos ao longo dos anos (BRASIL, 2019c).

No diagnóstico da infecção pelo HIV é possível que ocorram falhas e erros de diagnóstico. Segundo consta no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças (2018b) elaborado pelo Ministério da Saúde, diversas podem ser as causas desses erros de diagnóstico, a saber: o período de janela diagnóstica; limitações dos testes ligados a sensibilidade e especificidade; equipamentos ou insumos mal armazenados e com falta de manutenção; adoção correta dos fluxogramas definidos no manual; e erros de cunho operacional como resultado com interpretação equivocada, realização errada do teste pelos profissionais habilitados e erros na identificação e contaminação cruzada entre as amostras.

O presente estudo temporal mostra que em Alagoas no período analisado houve o descarte de 29 casos notificados, ou seja, 29 casos de erros de diagnóstico. Esses erros de diagnóstico enquadram-se em uma das situações descritas no rol indicado no parágrafo anterior.

O conjunto dos critérios para a definição da Aids (critério CDC Adaptado, critério Rio de Janeiro/Caracas e critério óbito) apresenta seus maiores percentuais no período de 2009 a 2013. Os percentuais relativos ao critério HIV+ acentuam-se a partir do ano de 2014, reflexo da portaria nº 1.271/14, que efetivou a notificação compulsória dos casos de HIV a partir do ano de 2014. Desta feita, o número de casos definidos apenas como HIV cresceu consideravelmente em âmbito nacional (BRASIL, 2019b).

É válido destacar que o SINAN não constitui o sistema mais adequado para a análise do quantitativo de óbitos relacionados à Aids. Para tal finalidade existe o SIM, sistema específico em quantificar óbitos das mais diversas causas, incluindo a Aids (MEDRONHO, 2009). Uma análise do SIM, contudo, não é parte constituinte dos objetivos da presente pesquisa.

O estudo permitiu ainda evidenciar a partir do ano de 2012 uma diminuição no número de óbitos em Alagoas, uma vez que os maiores percentuais de óbito por Aids correspondem aos anos de 2009 com 30,5% dos casos e 2011 com 32,3%. Esse dado permite fazer uma analogia com o que acontece no Brasil, que também vem apresentando resultados decrescentes no que diz respeito ao número de óbitos registrados por Aids (BRASIL, 2019b).

Outro ponto a ser discutido refere-se à sobrevivência dessas pessoas, que passou a aumentar ao longo dos anos, saltando de 66% de indivíduos vivos em 2011 para 91,7% em 2018, possivelmente em decorrência do uso da terapia antirretroviral que desde 1996 vem sendo distribuída no Brasil pelo SUS e permite que a carga viral das pessoas que tomam essa medicação chegue a níveis indetectáveis, aumentando dessa forma a sobrevivência e diminuindo os sintomas causados pela Aids (BRASIL, 2019a).

É válido enfatizar os estudos epidemiológicos realizados por Gonçalves (2008) e Pedrosa et al (2015) que apontam que em estudos secundários apesar de haver algumas limitações no preenchimento dos registros ainda assim a análise não se compromete para fins de realização de alguns estudos epidemiológicos.

A incompletude de dados nos sistemas de informação da saúde é comum no Brasil, e este problema pode acarretar além da dificuldade de análises em estudos de cunho acadêmico, na impossibilidade do uso de variáveis relevantes para o planejamento, monitoramento e execução de políticas públicas de saúde (ROMERO E CUNHA, 2004; 2006; 2007).

No que se refere à apresentação de alguns dados epidemiológicos dispostos nos resultados do presente estudo de maneira não preenchida ou categorizados sob a denominação

de ignorados, é válido ressaltar que a incompletude de tais dados não inviabilizou a análise, todavia quando os campos são preenchidos em sua integralidade a análise torna-se mais fidedigna para fins de estudos epidemiológicos.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo aponta que a disseminação da Aids no estado de Alagoas ao longo da série histórica analisada - entre os anos de 2009 a 2018 - apresenta tendências de interiorização, juvenização, feminização e pauperização.

O estado de Alagoas apresenta aumento do número de novos casos notificados anualmente e diminuição do número de óbitos no período em análise, seguindo a mesma tendência observada na região nordeste do país.

O estudo revela ainda que mais da metade dos indivíduos infectados pelo HIV foram diagnosticados com Aids. Entretanto, observa-se que ao longo dos anos em análise há uma diminuição na mortalidade das PVHIV, o que denota uma melhoria na qualidade de vida dessas pessoas. Um processo colaborativo em meio a esse cenário positivo para as PVHIV são as políticas públicas do governo federal que desde 1996 vem distribuindo por meio do SUS medicamentos antirretrovirais para o tratamento de todas as pessoas infectadas ou expostas ao vírus HIV.

O governo a fim de melhorar a assistência médica às PVHIV e diminuir os dados referentes à infecção pelo vírus e o adoecimento da população que se encontra vulnerável e exposta ao HIV, vem ao longo dos anos criando campanhas publicitárias, distribuindo camisinhas, kits de PrEP e PEP, além da elaboração de leis trabalhistas e de assistência que acolhem as pessoas acometidas pelo vírus.

Todavia, apesar dos esforços dos órgãos internacionais, do governo brasileiro, das entidades civis e dos órgãos não governamentais para o controle da epidemia da Aids, é sabido que essa situação se encontra ainda distanciada de seu fim, tendo em vista que não houve descoberta de cura até o presente momento.

A apresentação da doença nas diversas regiões brasileiras em forma de epidemia multifacetada requer a elaboração de políticas públicas específicas para cada região, o que enseja estudos mais bem elaborados e estruturados, que retratem de forma fidedigna o contexto epidemiológico de cada localidade, a exemplo do presente estudo que debruça sua análise acerca da realidade alagoana.

Observa-se como limitação do presente estudo os dados categorizados com o status de ignorado/não preenchido, que representam volumes consideráveis em algumas variáveis tornando a análise limitada. Tal incompletude de dados decorre de falha no momento de alimentação dos sistemas governamentais podendo ter causas diversas, a exemplo de carência

de efetivo e/ou capacitação dos profissionais responsáveis por exercer atividades de cunho burocrático.

Sugere-se para trabalhos futuros a qualificação dos bancos de dados gerenciados pelo governo, enriquecendo as informações disponíveis de maneira que o produto final das análises possa retratar a realidade existente de maneira ainda mais fidedigna.

Aponta-se ainda como sugestão a investigação do processo de subnotificação dos casos de HIV e Aids nos municípios interioranos, tendo em vista que esse processo pode identificar outros municípios não listados, mas que apresentam casos, apontando possivelmente um processo de interiorização da epidemia ainda mais acentuado.

REFERÊNCIAS

BOTTI, Maria Luciana et al. Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de HIV/Aids: um estudo bibliográfico **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 79-86, Mar. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100010&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 11 set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100010>.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 2020b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. Lei Nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. 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. **Brasília**, 30 de outubro de 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20das,doen%C3%A7as%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Brasília**, 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Brasília**, 13 de novembro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm. Acesso em: 08 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids / HIV: o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção**. [entre 2013 e 2020]. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/aids-hiv>. Acesso em: 08 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2019**. 2019b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. **Brasília**, 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt->

[br/node/57787](#). Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Sintomas e fases da aids**. [201-] Brasília, DF. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/sintomas-e-fases-da-aids>. Acesso em: 03 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Vigilância Epidemiológica**. [entre 2016 e 2020]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/vigilancia-epidemiologica#_msocom_1. Acesso em: 03 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro da Saúde. Portaria de consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. **Brasília**, 2017. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_4_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em 14 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro 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, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Brasília**, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro da Saúde. Portaria nº 542 de 22 Dezembro de 1986. Para efeitos de Aplicação da Lei Nº 6.259 de 30 de Outubro de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências, ficam incluídas na relação constante da Portaria Ministerial Nº 608Bsb, de 28 de Outubro de 1979, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA/Aids e a Sífilis Congênita. **Brasília**, 1986. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca.crt/Portarian542de22dez86.pdf. Acesso em 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Brasília**, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em 08 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume

único. 3ª. ed. Brasília. 740 p. 2019a. Disponível em:
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Indicadores e dados básicos do HIV/Aids nos municípios brasileiros.** [2019c]. Disponível em:
<http://indicadores.aids.gov.br/>. Acesso em: 13 set. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. GT-SINAN. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação Dicionário de Dados – SINAN Net – versão 5.0.** [2012]. Disponível em:
http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AidsAdulto/DIC_DADOS_Aids_adulto_v5.pdf. Acesso em: 13 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (Prep) de risco à infecção pelo HIV.** Brasília, DF, 2018c. 52p. 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: 05 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diagnóstico do HIV.** 2014. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diagnostico_hiv_2014.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **História da aids.** [2018a]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **“Temos o melhor tratamento de aids do mundo”, diz Gerson Pereira.** 2020a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46391-temos-no-brasil-o-melhor-tratamento-do-mundo-diz-gerson-pereira#:~:text=HIV%2FAIDS-.%E2%80%9CTemos%20o%20melhor%20tratamento%20de,do%20mundo%E2%80%9D%2C%20diz%20Gerson%20Pereira&text=A%20Pol%C3%ADtica%20de%20aids%20no%20Brasil%20%C3%A9%20reconhecida%20mundialmente.,tempo%20de%20vida%20desta%20popula%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 09 set. 2020.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med.**

Trop., Uberaba , v. 34, n. 2, p. 207-217, Apr. 2001 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>.

CARVALHO, Rui Lara de et al. Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 325-328, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000400010&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 24 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032004000400010>.

COELHO, Nivaldo. **Ministério da Saúde estende tratamento para todos com HIV**. Agência Saúde/Ascom-MS. Brasília -DF. 23 de jan. de 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/ministerio-da-saude-estende-tratamento-para-todos-com-hiv>. Acesso em: 04 ago. 2020.

DOURADO, Inês et al . Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia antirretroviral. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, supl. p. 9-17, Apr. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800003&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 11 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000800003>.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Agência fiocruz de notícias: Saúde e Ciências para todos. **Aids**. 2013. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/aids>. Acesso em: 15 jul. 2020.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **O Vírus da Aids, 20 depois:** A epidemia da aids através do tempo. [entre 2007 e 2020]. Disponível em: <http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>. Acesso em: 15 julh. 2020.

FREITAS, Julyana Gomes de et al. Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 720-726, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300026&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 11 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300026>.

FRIEDRICH, Luciana et al. Transmissão vertical do HIV: uma revisão sobre o tema. **Boletim Científico de Pediatria**. Vol. 5, Nº 3, 2016. Disponível em: https://www.spr.s.com.br/spr.s2013/bancoimg/170118174005bcped_05_03_a03.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

GIV – GRUPO DE INCENTIVO À VIDA. **Medicamentos Anti-HIV**. [entre 2014 e 2020]. Disponível em: <http://giv.org.br/HIV-e-AIDS/Medicamentos/index.html>. Acesso em: 15 jul.

2020.

GOMES, Marcia Pereira. **Condições de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids: implicações para a qualidade de vida.** - 2018. 157 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2018/dissertacao-marcia-pereira>. Acesso em 25 ago. 2020.

GONÇALVES, Valéria Freire et al. Estimativa de subnotificação de casos de AIDS em uma capital do Nordeste. **Rev bras epidemiol.** 2008; 11(3):356-364. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2008.v11n3/356-364>. Acesso em: 27 set. 2020.

HALLAL, Ronaldo; et al. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Revista Tempus Actas em Saúde Pública.** 2010; 4:53-66. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/208347563.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019. **Cidades e Estados: Alagoas.** 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al.html>. Acesso em: 15 jul. 2020.

ICTV - International Committee on Taxonomy of Viruses. Reverse Transcribing DNA and RNA Viruses. **Retroviridae.** 2011. Disponível em: https://talk.ictvonline.org/ictv-reports/ictv_9th_report/reverse-transcribing-dna-and-rna-viruses-2011/w/rt_viruses/161/retroviridae. Acesso em: 15 jul. 2020.

MOMBELLI, Monica Augusta et al. Epidemia da AIDS em tríplice fronteira: subsídios para atuação profissional. Brasília: **Rev. Bras. Enferm.** 68 (3). 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0429.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

MEDRONHO, Roberto. A et al. **Epidemiologia.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009. 685 p.

OPAS - Organização Pan Americana em Saúde. Organização Mundial de Saúde Brasil. **Folha informativa - HIV/aids.** Brasília – DF, 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5666:folha-informativa-hiv-aids&Itemid=812. Acesso em: 21 ago. 2020.

PAIVA, Mirian Santos. A feminização da aids: uma questão de gênero? **Rev Bras Enferm.** 1999; 52:7-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v52n1/v52n1a02.pdf>. Acesso em: 11 set. 2020

PEDROSA, Nathália Lima et al . Série histórica da AIDS no Estado do Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1177-1184, Abril. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401177&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00582014>.

PEREIRA, Ana Maria Barbosa, NASCIMENTO, Flávia Raquel Fernandes do. Prevalência de HIV entre doadores de sangue no banco de sangue do Maranhão. **DST – J bras Doenças Sex Transm** 16(4):11-13, 2004. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista16-4-2004/2.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 277p.

RACHID, Marcia; SCHECHTER, Mauro. **Manual de HIV/Aids**. 10^a. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2017. 276p.

REIS, Cláudia Tartaglia et al . A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 6, p. 1219-1228, June 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600003&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 11 set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600003>.

ROMERO, Dália Elena Romero; CUNHA, Cynthia Braga da. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 701-714, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300028>.

ROMERO, Dália Elena Romero; CUNHA, Cynthia Braga da. Avaliação do grau de preenchimento e definições das variáveis sociais no Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Diferenciais por Unidade Federada. **Anais do XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. ABEP - Associação brasileira de estudos populacionais. [2004]. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/issue/view/34>. Acesso em: 28 set. 2020.

ROMERO, Dália Elena Romero; CUNHA, Cynthia Braga da. Disponibilidade e qualidade da informação epidemiológica e demográfica no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) para menores de um ano. **Anais do XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. ABEP - Associação brasileira de estudos populacionais. [2006]. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1545>. Acesso em: 28 set. 2020. SIDRA - Sistema IBGE de Recuperação Automática. **Estimativas de População Tabela**

6579 - População residente estimada. [entre 2017 e 2020]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579#resultado>. Acesso em: 25 ago. 2020.

SILVA, André Felipe Cândido da; CUETO, Marcos. HIV/Aids, os estigmas e a história. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 311-314, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000200311&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000200001>.

TAQUETTE, Stella Regina; MEIRELLES, Zilah Vieira. Convenções de gênero e sexualidade na vulnerabilidade às DSTs/AIDS de adolescentes femininas. **Adolesc Saude**. 2012;9(3):56-64. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=331. Acesso em: 11 set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100010>.

TERTO JR., Veriano. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. **Horiz. antropol.** Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 147-158, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832002000100008>.

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **A ONU e a resposta à aids no Brasil**. Geneva: UNAIDS, 2012. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGU%C3%8AS.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Declaração de Paris. Acabar com a epidemia da AIDS: cidades acelerando a resposta para alcançar as metas 90-90-90 até 2020**. Paris: 2014. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/12/Declara%C3%A7%C3%A3o-de-Paris-PORT-1.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2020.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. **Tratado de Infectologia**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. v. 2.

APÊNDICE I

Ofício encaminhado a SESAU contendo a solicitação do banco de dados de números de casos de HIV/Aids em Alagoas, no período de 2009 a 2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM



Maceió, 07 de agosto de 2019.

OFÍCIO Nº 40/ EENF

De: Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira
Pesquisadora e Docente da Escola de Enfermagem – UFAL

Para: Cristina Rocha
Superintendente de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas - SESAU

Assunto: Solicitação do banco de dados de número de casos de HIV/AIDS em Alagoas, no período de 2009 a 2018

Ilustríssima Superintendente,

Apresentamos os nossos cumprimentos e solicitamos a especial deferência em nos atender quanto ao pleito solicitado. Nesta oportunidade esclarecemos que a estudante de enfermagem Daniella Marques dos Santos Mariano está elaborando o TCC intitulado "PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA OCORRÊNCIA DO HIV/AIDS EM ALAGOAS NO PERÍODO DE 2009 A 2018", tendo como orientadora a Profa. Dra. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira, e coorientador Diego Pereira Gonçalves da hora.

Nesse contexto, por se tratar de um estudo descritivo, abordagem quantitativa e com dados secundários, faz-se necessário que seja fornecido os seguintes dados relacionados aos casos de HIV/AIDS em Alagoas (2009 a 2018):

1. Antecedentes epidemiológicos: provável modo de transmissão
2. Critérios de definição de casos HIV/AIDS: teste rápido, ELISA
3. Evolução dos casos: tratamento, óbito
4. Dados sociodemográficos: sexo, raça/cor, gestante, escolaridade, população residente, renda, ocupação

Assim, solicitamos que os dados solicitados sejam encaminhados para os seguintes e-mails das pesquisadoras: keila.oliveira@esenf.ufal.br; quirimarques@hotmail.com
Esperando contar com a compreensão e apoio de V.sa., colocamo – nos à disposição para os esclarecimentos que forem necessários e subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Keila Oliveira

Profa. Dra. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira

SLAPE 2533720

(Fone: 82 991116242)

EENF/UFAL

ANEXO I

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

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

ANEXO II

Sistema de informação de agravos de notificação
Dicionário de dados – SINAN NET – versão 5.0

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GT-SINAN**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
DICIONÁRIO DE DADOS – SINAN NET – **VERSÃO 5.0****

Nº de notificação e campos que correspondem aos campos de 1 a 30 dos blocos “Dados Gerais”, “Notificação Individual” e “Dados de residência” correspondem aos mesmos campos da ficha de notificação (ver dicionário de dados da ficha de notificação), **exceto a data de diagnóstico.**

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.
CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

AGRAVO: AIDS ADULTO

OBS: Os campos dos blocos “Dados do Caso” e “Dados de Residência” da ficha de Notificação/investigação estão discriminados no Dicionário de Dados da Notificação.

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
31. Ocupação/Ramo de Atividade Econômica	co_cbo_ocupacao	varchar (6)		Código conforme classificação Brasileira de Ocupações	Portaria nº 3.947/GM em 25 de novembro de 1998	ID_OCUPA_N
32. Transmissão Vertical	st_transmissao_vertical	varchar (1)	1 – Sim – Não foi transmissão vertical 9 – Ignorado	Provável modo de transmissão do HIV: de	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_TRASMI

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
				mãe para filho	Se opção for igual a 1 e a data de nascimento do paciente for igual ou anterior 1980 (data de diagnóstico do primeiro caso notificado de aids no Brasil) Incluir a seguinte mensagem de alerta: "Você está incluindo um caso de aids com provável modo de transmissão vertical . Confirma essa informação?"	
33. Sexual	tp_sexual	varchar(1)	<ul style="list-style-type: none"> – Relações sexuais com Homens – Relações sexuais com Mulheres – Relações sexuais com homens e mulheres – Não foi transmissão sexual 9 – Ignorado 	Provável modo de transmissão do HIV: sexual	Campo Obrigatório Aceitar apenas os códigos listados Quando o paciente for do sexo feminino e for assinalado a opção 2 o programa deve mostrar uma mensagem alertando para a notificação de paciente Incluir a seguinte mensagem de alerta: "Você está incluindo um caso de aids com provável modo de transmissão homossexual feminina. Confirma essa informação? "	ANTRELSE_N
34. Sanguínea Uso de Droga injetável	st_sanguinea_droga	varchar(1)	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado 	Provável modo de transmissão do HIV: uso de drogas injetáveis	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados	ANT_DROGA
34. Sanguínea	st_sanguinea_hemofilia	varchar(1)	1 – Sim	Provável	Campo Obrigatório	ANT_HEMOLF

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Tratamento/hemotransfusão para hemofilia			2 – Não 3 – Ignorado	modo de transmissão do HIV: tratamento para hemofilia/hemotransfusão	Aceitar apenas códigos listados Quando paciente do sexo feminino, preencher automaticamente com a categoria 2 (não).	
34. Sanguínea Transfusão sanguínea	st_sanguinea_transfusao	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Provável modo de transmissão: transfusão sanguínea	Campo Obrigatório. Se campo = 1 o sistema deve exigir a obrigatoriedade do preenchimento do campo (Data do evento), (UF de transfusão), (Município onde foi realizada transfusão)	ANTTRANS_M
34. Sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses	st_sanguinea_acidente	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		Campo Obrigatório. Se campo = 1 o sistema deve exigir a obrigatoriedade do preenchimento do campo (Data do evento), (UF de transfusão), (Município onde foi realizada transfusão)	ANT_ACIDEN
35. Data da transfusão/acidente	dt_evento	date	dd/mm/aaaa		“Data da Transfusão / Acidente” é de preenchimento obrigatório quando o campo “Transfusão Sanguínea” for igual a 1 ou “Acidente com Material Biológico com Posterior Soroconversao até 6 meses” for igual a 1	ANTDTTRANS
36. UF	co_uf_transfusao	varchar(2)			Campo obrigatório se no campo (Sanguínea) for assinalado “transfusão sanguínea igual a 1” ou campo obrigatório se no campo (Sanguínea) for assinalado “acidente com	ANTUFTRANS

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
					material biológico com posterior soroconversão até 6 meses igual a "1"	
37. Município onde foi realizada a transfusão/acidente	co_municipio_transfusao	varchar(6)		município onde foi realizada a transfusão sangüínea/acidente com material biológico do paciente (código IBGE)	Campo obrigatório se no campo (Sanguínea) for assinalado "transfusão sangüínea igual a 1" ou campo obrigatório se no campo (Sanguínea) for assinalado "acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses igual a "1"	ANTMUNTRAN
38. Instituição onde foi realizada a transfusão/acidente	co_unidade_transfusao no_unidade_transfusao	varchar(8) varchar(70)		Nome da Instituição onde foi realizada a Transfusão/acidente com material biológico	Campo obrigatório se no campo (Sanguínea) for assinalado "transfusão sangüínea igual a 1" ou campo obrigatório se no campo (Sanguínea) for assinalado "acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses for igual a "1"	ANT_INSTTR
39. Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão / acidente com material biológico foi	tp_categoria_exposicao	varchar(2)	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica		Campo Obrigatório se campo "transfusão sangüínea" = 1 ou "acidente com material com posterior soroconversão até 6 meses" = 1. Aceitar apenas os códigos listados	ANT_INVEST

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
considerada causa da infecção pelo HIV ?						
40. Evidência laboratorial de infecção pelo HIV (Teste de triagem)	tp_teste_triagem_1	varchar(1)	1 – Positivo / Reagente 2 – Negativo / Não reagente 3 – Inconclusivo 4 – Não realizado 9 – Ignorado		Campo Obrigatório não aceita categoria 5- indeterminado	LAB_TRIAGE
40. Data da coleta	dt_coleta_triagem_1	date	dd/mm/aaaa	Informar a data da coleta do teste de triagem		DTTRIAGEM1
40. Evidência laboratorial de infecção pelo HIV (Teste confirmatório)	tp_teste_confirmatorio	varchar(1)	1 – Positivo / Reagente 2 – Negativo / Não reagente 3 – Inconclusivo 4 – Não realizado 5 – Indeterminado 9- Ignorado		Campo Obrigatório	LAB_CONFIR
40. Data de coleta		date	dd/mm/aaaa	Informar data de coleta do teste confirmatório		DT_CONFIRM
40. Teste rápido 1	tp_teste_rapido_1	varchar(1)	1 – Positivo / Reagente 2 – Negativo / Não reagente 3 – Inconclusivo 4 – Não realizado 9- Ignorado		não aceita categoria 5- indeterminado	TPRAPIDO1
40. Teste rápido 2	tp_teste_rapido_2	varchar(1)	1 – Positivo / Reagente 2 – Negativo / Não reagente		não aceita categoria 5- indeterminado	TPRAPIDO2

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			3 – Inconclusivo 4 – Não realizado 9- Ignorado			
40. Teste rápido 3	tp_teste_rapido_3	varchar(1)	1 – Positivo / Reagente 2 – Negativo / Não reagente 3 – Inconclusivo 4 – Não realizado 9- Ignorado		não aceita categoria 5- indeterminado	TPRAPIDO3
40. Data da coleta dos exames	dt_coleta_rapido_1	date	dd/mm/aaaa	Informar data de realização dos testes rápidos		DT_RAPIDO
41. Critério Rio de Janeiro/Caracas Sarcoma de Kaposi (10)	st_sarcoma	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Sarcoma de Kaposi Pontuação (10)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_SARCOM
41. Critério Rio de Janeiro/Caracas Tuberculose disseminada/ extrapulmonar/ não cavitária (10)	st_tuberculose_disseminada	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Tuberculose disseminada/ extrapulmonar/ não cavitária - Pontuação (10)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_TUBERC
41. Critério Rio de Janeiro/Caracas Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5)	st_candidose_oral	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Candidíase Oral ou Leucoplasia Pilosa Pontuação (5)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_CANDID
41. Critério Rio de Janeiro/Caracas Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5)	st_tuberculose_pulmonar	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada - Pontuação	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_PULMON

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
				(5)		
41. Critério Rio de Janeiro/Caracas Herpes Zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5)	st_herpes_zoster	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Herpes Zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos Pontuação (5)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_HERPEZ
41. Critério Rio de Janeiro/Caracas Disfunção do sistema nervoso central (5)	st_disfuncao	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Disfunção do sistema nervoso central Pontuação (5)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_DISFUN
41. Critério Rio de Janeiro/Caracas Diarréia igual ou maior a 1 mês (2)	st_diarreia	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Diarréia igual ou maior que um 1 mês Pontuação (2)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados	ANT_DIARRE
41. Critério Rio de Janeiro/Caracas Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)	st_febre	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Febre maior ou igual 38° C, por tempo maior ou igual a 1 mês Pontuação (2) Excluída a tuberculose como causa"	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados. Incluir a seguinte mensagem; "Excluída a tuberculose como causa" ao entrar no campo	ANT_FEBRE
41. Critério Rio de Janeiro/Caracas Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)	st_caquexia	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Caquexia ou perda de peso maior que 10% Pontuação (2)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados. Incluir a seguinte mensagem; "Excluída a tuberculose como	ANT_CAUQEX

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
				Excluída a tuberculose como causa”	causa” ao entrar no campo	
41. Critério Rio de Janeiro/Caracas Astenia maior ou igual a 1 mês (2)	st_astenia_mes_1	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Astenia maior ou igual a 1 mês Pontuação (2) Excluída a tuberculose como causa”	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados. Incluir a seguinte mensagem; “Excluída a tuberculose como causa” ao entrar no campo	ANT_ASTERI
41. Critério Rio de Janeiro/Caracas Dermatite persistente (2)	st_dermatite	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Astenia maior ou igual a 1 mês Pontuação (2)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_DERMAT
41. Critério Rio de Janeiro/Caracas Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2)	st_anemia	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia Pontuação (2)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_ANEMIA
41. Critério Rio de Janeiro/Caracas Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)	st_tosse	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Tosse persistente ou qualquer pneumonia Pontuação (2) Excluída a tuberculose como causa”	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados. Incluir a seguinte mensagem; “Excluída a tuberculose como causa”	ANT_TOSSE
41. Critério Rio de Janeiro/Caracas Linfadenopatia Maior	st_linfadenopatia	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Linfadenopatia maior ou igual a 1 cm,	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos	ANT_LINFO

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
ou Igual a 1 cm, Maior ou Igual a 2 sítios extra-inquinais por tempo maior ou igual a 1 mês (2)				maior ou igual a 2 sítios extra-inquinais por tempo maior ou igual a 1 mês Pontuação (2)	listados.	
42. Critério CDC adaptado Câncer cervical invasivo	st_cancer	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Câncer cervical invasivo	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados Crítica: se sexo=masculino, preencher automaticamente com o código 2.	ANT_CANCER
42. Critério CDC/ adaptado Candidose Esôfago	st_candidose_esofago	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Candidose (esôfago, traquéia, brônquios, pulmão)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_ESOF_N
42. Critério CDC/ adaptado Candidose Traquéia, Brônquio, Pulmão	st_candidose_traqueia	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Candidose (esôfago, traquéia, brônquios, pulmão)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_PULM_N
42. Critério CDC/ adaptado Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos)	st_citomegalovirose	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Citomegalovirose	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_CITO
42. Critério CDC/ adaptado Criptococose	st_criptococose	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Criptococose (Extra-Pulmonar)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos	ANT_CRIPTO

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
extrapulmonar					listados	
42. Critério CDC/ adaptado Criptosporidiose intestinal crônica >1 mês	st_criptosporidiose	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Criptosporidíase	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_CRIP_1
42. Critério CDC/ adaptado Herpes Simples mucocutâneo > 1 Mês	st_herpes_simples	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Herpes Simples (Muco-Cutâneo > 1 mês, esôfago, brônquios, pulmão)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_H_SIMP
42. Critério CDC/ adaptado Histoplasmose Disseminada	st_histoplasmose	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Histoplasmos e disseminada	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_HISTO
42. Critério CDC/ adaptado Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês	st_isosporidiose	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Isosporíase	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_ISOPOR
42. Critério CDC/ adaptado Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva	st_leucoencefalopatia	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_LEUCO
42. Critério CDC/ adaptado Linfoma Não Hodgkin e outros linfomas	st_linfoma_hodgkin	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Linfoma não Hodgkin	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_LINFOM
42. Critério CDC/	st_linfoma_primario	varchar(1)	1 – Sim	Linfoma	Campo Obrigatório	ANT_LINFO_

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
adaptado Linfoma Primário do Cérebro			2 – Não 9 – Ignorado	Primário do Cérebro	Aceitar apenas códigos listados.	
42. Critério CDC/ adaptado Microbacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase	st_micobacteriose	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Micobacterios e Disseminada	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_MICRO
42. Critério CDC/ adaptado Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>	st_pneumonia	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Pneumonia <i>Carinii</i>	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_PNEUMO
42. Critério CDC/ adaptado Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)	st_reativacao_chagas	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados	ANT_CHAGAS
42. Critério CDC/ adaptado Salmonelose (Septicemia Recorrente não-tifóide)	st_salmonelose	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Salmonelose (septicemia recorrente)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados	ANT_SALMO
42. Critério CDC/ adaptado Toxoplasmose Cerebral	st_toxoplasmose	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Toxoplasmos cerebral	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados	ANT_TOXO

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
42. Critério CDC/ adaptado Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm³	st_contagem_lifocitos	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados	ANT_CONTAG
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	st_criterio_obito	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Critério de definição de caso para fins de vigilância epidemiológica	Campo Obrigatório se assinalada a categoria = 1 o campo Evolução do caso deve obrigatoriamente estar preenchido com a categoria 2 (Óbito por aids)	DEF_DIAGNO
44. UF	co_uf_tratamento	varchar(2)		Nome da unidade federada onde se realiza o tratamento		TRA_UF
45. 45. Município Onde se Realiza o Tratamento	co_municipio_tratamento	varchar(6)		Nome do município onde se realiza o tratamento		TRA_MUNICI
46. 46. Unidade de Saúde Onde se Realiza o Tratamento	co_unidade_tratamento no_unidade_tratamento	numeric(8) varchar(70)		Nome da unidade de saúde onde se realiza o tratamento		TRA_UNIDAD
47. 47. Evolução do caso	tp_evolucao_caso	varchar(1)	1 – Vivo 2 – Óbito por Aids 3 – Óbito por outras causas 9 – Ignorado		Campo Obrigatório se assinalada a categoria = 1 no campo Critério óbito , este campo deve obrigatoriamente estar preenchido com a categoria 2	EVOLUCAO

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
					(Óbito por aids)	
48. 48. Data do Óbito	dt_obito	date		Data do óbito do paciente	Se campo Evolução do Caso = 2 ou 3, campo Data de Óbito é de preenchimento obrigatório. Se o campo Critério óbito = 1, Data de óbito deve ser menor ou igual à Data de Notificação.	DT_OBITO
Critério de definição de caso (Campo interno)	tp_critério_definicao	varchar(3)	100- CDC adaptado 300- Rio de Janeiro/Caracas 600- Critério óbito 900- Descartado 901 – HIV+		O sistema atribui à categoria de acordo com dados e hierarquia de outros campos relacionados	CRITERIO
Categoria de exposição (Campo interno)	tp_categoria_exposição	varchar(2)	10 -Homossexual 11 -Homo/Drogas 12 -Homo/Hemofílico 13 -Homo/transfusão 14-Homo/Droga/Hemof 15-Homo/Droga/Transf 20-Bissexual 21- Bi/Drogas 22- Bi/Hemofílico 23-Bi/Transfusão 24-Bi/Droga/Hemofílico 25- Bi/Droga/Transfusão 30-Heterossexual 31-Hetero/Droga 32- Hetero/Hemofílico 33- Hetero/Transfusão 34- Hetero/Droga/Hemofílico		O sistema atribui à categoria de acordo com dados e hierarquia de outros campos relacionados	ANT_REL_CA

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			35- Hetero/Droga/Transfusão 36- Hetero c/parceria de risco indefinido 40- Drogas 41- Drogas/Hemofílico 42- Drogas/Transfusão 50-Hemofílico 60- Transfusão 61- Transfusão/Drogas 62-Transfusão/Homo 63-Transfusão/Bi 64- Transfusão/Droga/Homossexual 65- Transfusão/Droga/Bissexual 66- Transfusão/Hetero 67-Transfusão/Droga/Hetero 59-Transfusão/Droga/Hetero/Hemofílico 68-Transfusão/Droga/ Homo /Hemofílico 69-Transfusão/Droga/ Homo /Hemofílico 70-Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 06 meses. 80-Perinatal 90-Ignorado			
Transferência vertical da investigação	nu_lote_vertical	varchar(7)		Identifica o Lote da transferência da	Preenchida quando realizada transferência vertical	NU_LOTE_I

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
				investigação de um nível do sistema para outro (transferência vertical)		

ALGORITMO de AIDS ADULTO

Sinan NET (ficha versão 08/06/2006)

A - CRITÉRIO DE SELEÇÃO

I – Tabela de variáveis:

Nº	Variável	Letra
Evidência laboratorial de infecção pelo HIV		
40	Teste de triagem anti-HIV	A
40	Teste confirmatório anti-HIV	
40	Teste rápido 1	B
40	Teste rápido 2	
40	Teste rápido 3	
Critério Rio de Janeiro / Caracas (pontos) *Excluída a tuberculose como causa		
41	Sarcoma de Kaposi (10)	C
41	Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10)	
41	Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5)	
41	Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5)	
41	Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5)	
41	Disfunção do sistema nervoso central (5)	
41	Diarréia igual ou maior a 1 mês (2)	
41	Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*	
41	Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)*	
41	Astenia maior ou igual a 1 mês (2)*	
41	Dermatite persistente (2)	
41	Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2)	
41	Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)*	
41	Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2)	
Critério CDC adaptado – Doenças, sinais ou sintomas de caráter moderado/grave		
42	Câncer cervical invasivo	D
42	Candidose de esôfago	
42	Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão	
42	Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos)	
42	Criptococose extrapulmonar	
42	Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês	
42	Herpes simples mucocutâneo > 1 mês	
42	Histoplasmose disseminada	
42	Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês	
42	Leucoencefalopatia multifocal progressiva	
42	Linfoma não Hodgkin e outros linfomas	
42	Linfoma primário do cérebro	
42	Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase	
42	Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>	
42	Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)	
42	Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide)	
42	Toxoplasmose cerebral	
42	Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm ³	
Critério Óbito		
43	Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação	E

II - Algoritmo dos Critérios:

CÓD	CRITÉRIO	ALGORITMO
901	HIV ⁺	$1[A] = "1" \text{ OU } 2[B] = "1"$
300	RIO / CARACAS	HIV ⁺ + [SOMA C = "1" for ≥ 10 pontos]
100	CDC ADAPTADO	HIV ⁺ + [1D = "1"]
600	ÓBITO	E = "1"
900	DESCARTADO	

III - Hierarquia dos Critérios:

	CÓD	CRITÉRIO
1º	100	CDC ADAPTADO
2º	300	RIO / CARACAS
3º	600	ÓBITO
5º	901	HIV ⁺
6º	900	DESCARTADO

