



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

LUCAS GABRIEL DOS SANTOS GREGORI

**REFLEXOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ATENDIMENTO DE
PESSOAS VIVENDO COM HIV E AIDS**

**Brasília - DF
2021**

LUCAS GABRIEL DOS SANTOS GREGORI

**REFLEXOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ATENDIMENTO DE
PESSOAS VIVENDO COM HIV E AIDS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de sanitarista, pela Universidade de Brasília.

Orientadora: Professora Dra. Daphne Rattner.

**Brasília - DF
2021**

LUCAS GABRIEL DOS SANTOS GREGORI

**REFLEXOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ATENDIMENTO DE
PESSOAS VIVENDO COM HIV E AIDS**

BANCA EXAMINADORA

Daphne Rattner
A Dra. Profa. FS - UnB
Orientadora

Edgar Merchan Hamann
O Dr. Prof. FS - UnB
Membro

**Brasília – DF
2021**

AGRADECIMENTOS

Ao meu avô, João Gregori Júnior, pelo imenso apoio que me deu em toda a minha vida escolar e acadêmica.

Aos meus pais, João Gregori Neto e Lourdes Pereira dos Santos Gregori, por serem as pessoas mais presentes na minha vida e se esforçarem o máximo que puderam para me proporcionar apoio em diversas áreas, bem como em seguir em frente nos momentos mais difíceis.

À Professora Dra. Daphne Rattner, por ter se disposto a me orientar nesse trabalho.

Aos meus amigos Jorge de Sousa Bernardo e Luís Henrique Calazans da Silva, os quais eu conheci durante esses anos na Universidade de Brasília e que, sem dúvidas, foram muito importantes para mim durante essa jornada.

Ao Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, por ter disponibilizado os bancos de dados dos casos de HIV/AIDS relativos ao ano de 2020.

Ao Departamento de Saúde Coletiva e todos os demais professores que participaram da minha formação escolar e acadêmica.

RESUMO

A Covid-19 é considerada uma sindemia, pois seus efeitos não se manifestam de maneira isolada no ambiente, uma vez que há a interação entre vários fatores e com outras doenças e agravos, as quais, combinadas entre si, suscitam uma situação em que há a sobrecarga de doenças sobre uma população. Portanto, o presente trabalho procurou traçar um panorama geral de como a pandemia de Covid-19 influenciou a curva de epidemiológica de HIV/AIDS no contexto brasileiro e quais foram os seus reflexos entre as pessoas que vivem com HIV durante o ano de 2020. Foi empregada uma abordagem quantitativa e descritiva, na qual as principais fontes de dados foram estudos feitos por entidades que tratam sobre o tema, sistemas de informação, como o SINAN, o SIM e o SINASC, painéis de indicadores epidemiológicos, o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS (2020) e dois bancos de dados disponibilizados pelo Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde que contêm dados preliminares para o ano de 2020. Quanto à epidemiologia, sugere-se que possa ter havido uma diminuição na quantidade de novos casos detectados tanto de infecção pelo HIV como de AIDS, o que também foi averiguado no ano anterior. Além disso, a distribuição das novas infecções (HIV) segue bem mais preponderante entre indivíduos de 20-29 anos, entre negros e pardos e entre homens homo e bissexuais. A pandemia também vem afetando boa parte das pessoas soropositivas, uma vez que metade relatou a necessidade de mais apoio psicológico e dois terços relataram que ter sofrido alguma alteração ligada à saúde mental. Além disso, quase um quinto também relatou condições de vulnerabilidade relacionada ao não-cumprimento das formas de prevenção da Covid-19. O trabalho também reuniu percepções de gestores, profissionais da saúde e usuários sobre a realização de consultas e exames, bem como em relação à disponibilização da Terapia Antirretroviral, medidas profiláticas, entre outros temas. Por fim, recomenda-se que os insumos de prevenção contra a Covid-19 sejam disponibilizados para as pessoas vivendo com a HIV, bem como que se assegure a manutenção na rotina de exames e consultas e da disponibilização de profilaxias relacionadas.

Palavras-chave: HIV/AIDS; Covid-19; Pandemia; Sindemia; Curva Epidemiológica; 2020;

ABSTRACT

COVID-19 pandemic is also considered a syndemic because its effects are not manifested in isolation in the environment, as there is an interaction with other diseases, which, combined together, raise a situation in which there is an overload of diseases on a population. Therefore, the present work sought to outline an overview of how the Covid-19 pandemic influenced the HIV/AIDS epidemiological curve in the Brazilian context and what were its reflexes among people living with HIV during the year 2020. A quantitative and descriptive approach was used, in which the main data sources were other scientific studies, information systems, panels of epidemiological indicators, the Epidemiological Report of HIV/AIDS (2020) and two databases made available by the Department of Chronic Diseases and Sexually Transmitted Infections of the Ministry of Health, which contains preliminary data for the year 2020. About the epidemiology situation, it is suggested that there may have been a decrease in the number of new cases of HIV/AIDS, which was also ascertained in the previous year. In addition, the distribution of new infections remains much more prevalent among individuals aged 20-29 years, among black and brown people, and among homo and bisexual men. The pandemic has also been affecting a considerable number of HIV-positive people. Half of them reported the need for more psychological support and two thirds reported having suffered some change related to mental health. In addition, almost a fifth also reported conditions of vulnerability related to non-fulfilment with the Covid-19 prevention methods. The work also brought the perceptions of managers, health professionals and users of the Health System about the performance of consultations and exams, as well as in relation to the availability of antiretroviral therapy, prophylactic measures, among other topics. Finally, it is recommended that prevention supplies against Covid-19 be made available to people living with HIV. The routine examinations, the consultations and the provision of related prophylaxis also must be maintained.

Keywords: HIV/AIDS; Covid-19; Pandemic; Syndemic; Epidemiological Curve; 2020.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Novas infecções por HIV. Brasil, 2016 a 2020.....	25
Tabela 2 – Casos de HIV entre homens por faixa etária. Brasil, 2016-2020.....	29
Tabela 3 – Razão dos sexos. Brasil, 2016-2020.....	30
Tabela 4 – Casos de HIV por categoria de exposição entre homens. Brasil, 2016-2020.....	32
Tabela 5 - Gestantes infectadas pelo HIV (casos e coeficiente de detecção por 1.000 nascidos vivos). Brasil, 2016-2019.....	32
Tabela 6 – Coeficientes de Detecção (por 100 mil hab.) de AIDS por Unidade Federativa. Brasil, 2015-19.....	37
Tabela 7 - Óbitos por causa básica aids e Coeficiente de mortalidade bruto por aids (por 100.000 hab.), por ano do óbito. Brasil, 2016-19.....	39
Tabela 8– Prevalência de Infecção pelo Vírus HIV entre as Populações-chave. Brasil, vários anos.....	43
Tabela 9 - Proporção de gestores e profissionais de saúde que relataram diminuição na formação de equipes técnicas para o combate a HIV/AIDS. Brasil, 2020.....	47
Tabela 10 - Proporção de gestores, profissionais de saúde e usuários que relataram que a distribuição de antirretrovirais é suficiente para 90 dias. Brasil, 2020.....	48
Tabela 11 – Dispensações de antirretrovirais e quantitativo de PVHIV vinculadas. Brasil, 2019-20.....	49
Tabela 12 - Proporção de gestores, profissionais de saúde e usuários que relataram quebra na manutenção de consultas para HIV/AIDS. Brasil, 2020.....	50
Tabela 13 - Proporção de gestores, profissionais de saúde e usuários que relataram quebra na rotina de exames relacionados a HIV/AIDS. Brasil, 2020.....	50
Tabela 14 - Proporção de gestores, profissionais de saúde e usuários que relataram que a PEP está sendo disponibilizada regularmente. Brasil, 2020.....	51
Tabela 15 - Proporção de gestores, profissionais de saúde e usuários que relataram que a PrEP está sendo disponibilizada regularmente. Brasil, 2020.....	52
Tabela 16 – Quantidade de Exames CD4 realizados, Brasil, 2019-20.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Novos casos de HIV e AIDS por mês. Brasil, 2020.....	27
Gráfico 2 - Novas infecções de HIV entre homens, 2009-2020.....	31
Gráfico 3 - Novos casos de menores de 13 anos portadores de AIDS transmitida verticalmente. Brasil, 2016-2020.....	33
Gráfico 4 – Proporção de gestantes que fizeram pré-natal. Brasil, 2014-19.....	34
Gráfico 5 - Casos de HIV segundo raça/cor, Brasil, 2016-20.....	35
Gráfico 6 – Óbitos relacionados ao HIV/AIDS entre o sexo masculino. Brasil, 2015-19.....	41
Gráfico 7 - Total de PVHIV que iniciaram o Tratamento Antirretroviral. Brasil, 2019-20.....	49
Gráfico 8 - Novos usuários de PrEP. Brasil, 2019-2020.....	53
Gráfico 9 - Quantidade de PVHIV que fizeram o primeiro exame de CD4 ou CV antes do início da TARV. Brasil, 2019-2020.....	54

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	10
2.JUSTIFICATIVA.....	18
3.OBJETIVO.....	21
4.METODOLOGIA.....	22
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
5.1. A Epidemiologia de HIV/AIDS no Brasil.....	25
5.1.1. Novos casos de HIV/AIDS.....	25
5.1.2. Estatísticas de mortalidade relacionadas à HIV/AIDS no Brasil.....	39
5.2. A vulnerabilidade das populações-chave antes da pandemia.....	42
5.3. Reflexos da pandemia sobre a população-chave e as demais PVHIV.....	44
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICE I – PRINCIPAIS VARIÁVEIS ESCOLHIDAS.....	63
APÊNDICE II – DICIONÁRIO DE DADOS AIDS_ADULTO.dbc.....	67
APÊNDICE III – DICIONÁRIO DE DADOS AIDS_CRIANCA.dbc.....	82

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Humana - AIDS¹ é provocada pelo vírus HIV (do inglês *Human Immunodeficiency Virus* – HIV), que, como o nome sugere, ataca o sistema imunológico, tornando o portador mais susceptível ao adoecimento.

O HIV age ao atacar os linfócitos do tipo CD4 (LT-CD4+). O vírus HIV se liga a um componente da membrana da referida célula a fim de se replicar. Com isso, o sistema imunológico vai gradativamente perdendo a sua capacidade de oferecer uma resposta mais imediata aos agentes externos e, se a pessoa infectada não for devidamente acompanhada, a infecção acaba por chegar ao seu estágio final, o qual corresponde à AIDS (BRASIL, 2021a).

Quanto à sua classificação taxonômica, o vírus do HIV é pertencente à família dos retrovírus (*Retroviridae*) e ao gênero *Lentivirus* (FERREIRA, et al 2010). A principal característica compartilhada por vírus desse grupo é que eles são capazes de provocar infecções persistentes, porém com lenta evolução e, portanto, capazes de provocar a degeneração (perda de função) do sistema imune (BRASIL, 2014).

Como a infecção é progressiva, uma pessoa infectada pelo HIV pode ter sintomas que variam paulatinamente caso não haja o devido tratamento e testagem precoce. A primeira fase, a infecção aguda ou Síndrome Retroviral Aguda (SRA), corresponde às primeiras semanas. Nela há a multiplicação dos vírus HIV produzidos no organismo e os seus sintomas correspondem a: febre, emagrecimento, dor na garganta, diarreia e cansaço. (UFMG, 2013)

Na segunda fase, a de latência, embora o vírus HIV ainda permaneça ativo, ele se replica em níveis muito baixos. Nesse estágio, a infecção é assintomática e, entre o meio e o fim do período, os linfócitos CD4 começam a ser atacados. Com um número menor deles presentes no organismo, a pessoa infectada começa a apresentar os sintomas da AIDS.

Na AIDS, terceiro estágio da infecção, o sistema imunológico da pessoa está seriamente comprometido e ela se torna muito mais susceptível às

¹ do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome* – AIDS

chamadas doenças oportunistas, que englobam: tuberculose, pneumonia, alguns tumores, entre outras. Por conta disso, a pessoa que se encontra nesse estágio também perde bastante peso e a quantidade de células CD4 cai abaixo de 200 por milímetro cúbico de sangue (mm^3), enquanto os níveis normais são correspondentes a uma faixa de 500 a 1600 células por mm^3 (UNAIDS, 2021).

Conforme a Figura 1, na fase aguda, a quantidade de células CD4 cai abruptamente até o momento em que, geralmente passadas 6 a 9 semanas, o corpo começa a se defender, o que causa uma diminuição na carga viral. Após isso, durante a fase de latência, a replicação do vírus acontece em um ritmo muito mais lento, ao passo em que a quantidade de linfócitos CD4 cai paulatinamente. Por fim, na fase da AIDS, a carga viral volta a aumentar bastante e as células de defesa caem a níveis baixíssimos. Em razão de todo o processo de história natural por infecção por HIV seguir este caminho, é imprescindível que a pessoa que contraiu o vírus inicie o Tratamento Antirretroviral, uma vez que o quadro, se não for devidamente tratado, fatalmente evolui para óbito.

Figura 1 – História Natural da Infecção por HIV

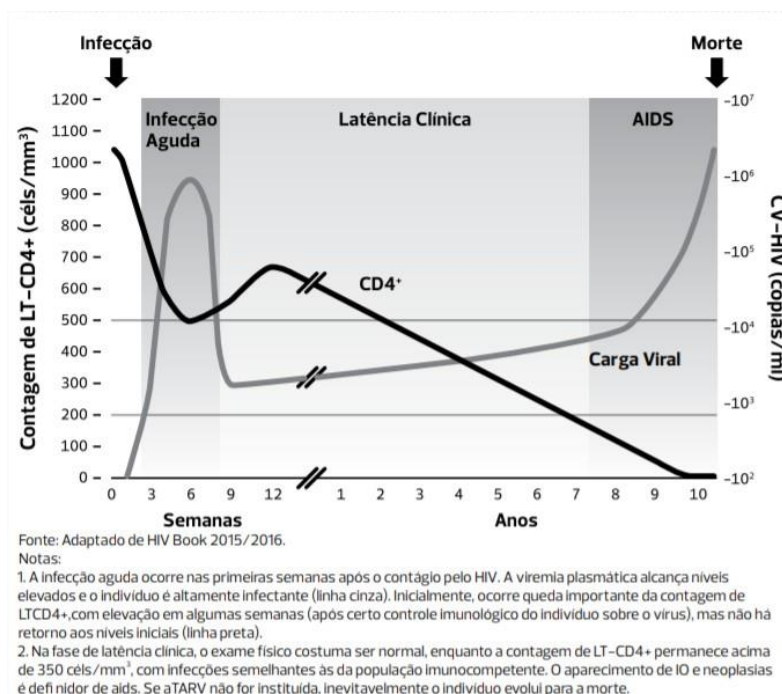


Figura retirada diretamente do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos (2018), p56.

Segundo dados compilados pela Agência Nacional de Inteligência dos EUA (2021), o Brasil é o 12º país com o maior número de PVHIV, o qual corresponde a cerca de 920 mil. A lista reúne 145 países e coloca o país atrás da Rússia, com 1 milhão de PVHIV e à frente da Etiópia, com 670 mil. Além disso, desde o início dos registros em 1980 até o ano de 2019, foram notificados, no Brasil, 1.011.617 casos de AIDS.

A transmissão do vírus HIV pode se dar em todas as fases da infecção e só é possível por meio do contato de um organismo para outro que envolva secreções como: 1 – esperma ou fluidos vaginais, no caso de relações sexuais tanto entre homossexuais ou heterossexuais; 2 - sangue, no caso de compartilhamento de agulhas e objetos infectados e na transfusão de sangue contaminado ou então na transmissão vertical da mãe para o feto durante a gestação ou no trabalho de parto; 3 – leite materno, durante a amamentação. (BRASIL, 2017a)

Ainda de acordo com essa referência, para prevenir, em geral, é recomendado que se utilize preservativos durante as relações sexuais e que não se compartilhe seringas, agulhas ou outros objetos perfurocortantes entre diferentes pessoas. Além disso, deve-se usar luvas e evitar quaisquer complicações no manejo de feridas e líquidos corporais. Nos casos congênitos, a mãe soropositiva ou portadora deve fazer uso dos antirretrovirais durante a gestação para prevenir a transmissão vertical e evitar amamentar seus filhos, bem como deve-se promover a detecção precoce no pré-natal.

Além disso, também há a profilaxia intraparto. Tal procedimento é feito com a administração de zidovudina intravenosa (AZT) desde o início do trabalho de parto ou pelo menos 3 horas antes da cesárea eletiva, até o momento do clameamento do cordão umbilical, sendo que a dosagem varia conforme o peso da paciente. Em casos de não-realização da profilaxia durante a gestação ou em que a carga viral seja desconhecida ou superior a 1000 cópias/mL, opta-se pela cesariana eletiva (BRASIL, 2012).

O tratamento é feito por meio da administração de medicamentos antirretrovirais, que devem ser tomados conforme a prescrição médica. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV

em adultos (2018a), para o início da terapia antirretroviral, um bioindicador que é bastante relevante é o da contagem dos linfócitos CD4, uma vez que a partir deles é possível aferir o grau de comprometimento do sistema imunológico do portador do vírus HIV, bem como se deve progredir quanto ao tratamento. Além disso, também há o exame de Carga Viral, o qual mensura o grau de replicação do vírus no organismo.

Uma estratégia mais recente e adotada pelo Ministério da Saúde para o combate do HIV/AIDS é a da prevenção combinada, que associa diferentes métodos de prevenção ao HIV, às ISTs e às hepatites virais, conforme as características e o momento de vida de cada pessoa. Os componentes integrantes dessa nova estratégia, conforme mostrado na Figura 2, são: a testagem regular, o tratamento e diagnóstico de todas as pessoas que vivem com HIV/AIDS, o uso de preservativo durante as relações sexuais, a estratégia de redução de danos, a imunização para HBV e HPV, a prevenção para a transmissão vertical e o uso da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e da Profilaxia Pós-Exposição (PEP). (BRASIL, 2021b)

Figura 2 – Mandala de Prevenção Combinada

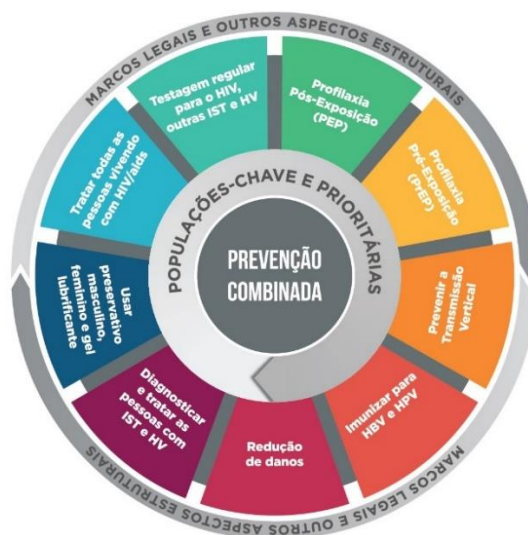


Figura retirada de <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>>. Acesso às 01:50h, do dia 19 de fevereiro de 2021.

A PrEP consiste na administração de comprimidos, os quais associam tenofovir e emtricitabina, antes do possível contato com o HIV. Deve ser

administrado diariamente, pois assim a proliferação do vírus na corrente sanguínea é evitada. Essa profilaxia é indicada para: homossexuais, transexuais, trabalhadores do sexo, pessoas que deixam frequentemente de usar o preservativo nas relações sexuais ou então em casos de relação sexual sem a devida proteção com pessoas infectadas pelo vírus do HIV. Além disso, o uso da PrEP também é indicado para aqueles que recentemente tiveram problemas com outras ISTs e também para aqueles que fazem uso da PEP. A pessoa que a utiliza deve tomar o medicamento todos os dias, fazer os exames regulares e buscar a medicação gratuitamente a cada três meses. (BRASIL, 2021c)

Já a PEP se caracteriza por ser uma profilaxia de urgência que deve ser administrada em um período de até 72 horas após qualquer possível exposição ao vírus HIV, Além de prevenir que haja infecção por esse vírus, ela também previne hepatites dos tipos A, B e C e outras ISTs. A sua duração é de 28 dias e a pessoa precisa ser acompanhada pela equipe de saúde. (BRASIL, 2021d)

Muitas pessoas portadoras do vírus HIV ainda sofrem, de alguma forma, o estigma e a discriminação. No princípio, ainda um pouco depois de o vírus sido descoberto e começado a ser investigado pela ciência, muitos associavam a epidemia de HIV/AIDS a um estilo de vida desregrado, promíscuo e homossexual. Além disso, também se via os chamados “aidéticos” como indivíduos que estavam definhando e que, portanto, tinham vida curta, uma vez que no princípio, pelo desconhecimento da doença, a letalidade era bem mais alta (ANDRADE, 2021).

Contudo, após o acúmulo de vários anos de conscientização e promoção com o envolvimento conjunto do Ministério da Saúde e de organizações não governamentais, a imprensa e as campanhas contra o vírus HIV vêm privilegiando uma abordagem não-repressiva e não-discriminatória com enfoque no diagnóstico precoce, no tratamento, em medidas profiláticas e em campanhas de conscientização. Nesse contexto, mudou-se e deixou-se de chamar as pessoas que carregam o vírus de “aidéticas”, mas sim de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) ou então, em alguns casos, de pessoa soropositiva, HIV positiva ou positiva (UNAIDS, 2021b).

É importante ressaltar que o Brasil sempre foi destaque internacional no que se refere ao estabelecimento de políticas públicas voltadas ao combate da AIDS. Dentre todos os países em desenvolvimento, o Brasil foi um dos primeiros a garantir assistência, através do diagnóstico e fornecimento de medicamentos antirretrovirais gratuitos às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Também vale lembrar que, desde a década de 1980, quando houve a formulação do Programa Nacional de DST/AIDS, o país discute, interna e externamente, maneiras de como melhorar a resposta à epidemia (MONTEIRO, 2009).

Contudo, após quase 40 anos da emergência da epidemia de HIV/AIDS, a capacidade de resposta frente à epidemia de AIDS foi afetada pela ocorrência da atual pandemia de Covid-19 (do inglês *Coronavirus Disease 2019*) e embora os impactos provocados por ela sejam bem consideráveis em várias dimensões, sejam elas de natureza econômica, social, política, educacional, ambiental e também ligadas à vida cotidiana e até mesmo à organização dos serviços de saúde, eles ainda não podem ser corretamente mensurados, pois estudos de impacto são necessariamente mais profundos e voltados ao longo-prazo, conforme apontado por Rundall (*apud* Silva, et al, 1994).

Uma epidemia não é algo que ocorre de forma isolada, mas que inevitavelmente interage com o ambiente, uma vez que é capaz de influir dentro de um contexto social e ambiental marcado pela existência de grandes desigualdades. Portanto, no que tange aos seus efeitos, essa interação, alimentada pelo aumento das desigualdades socioeconômicas, exacerba os eventuais efeitos provocados por cada doença em separado. (BRASIL, 2020a)

O filósofo Michel Foucault, em sua obra *O Nascimento da Clínica* (*apud* Barata, 1987), destaca que as epidemias possuem uma espécie de individualidade histórica. Segundo ele, isso suscita uma necessidade de promover um complexo método de observação, no qual se pretende analisar tudo o que nela há de singular, acidental e imprevisto.

Desta maneira, além da noção de vulnerabilidade presente nos grupos de risco da Covid-19, como idosos, pessoas com neoplasias, obesos, asmáticos, entre outros, os efeitos da referida pandemia também se expandem para doenças de natureza mental e também a outras epidemias, como a de HIV/AIDS.

Portanto, a Covid-19, além de ser uma pandemia, também é uma sindemia, uma vez que ela, em conjunto com outras doenças, exacerba os efeitos de cada doença em separado. Esse conceito, formulado pelo médico e antropólogo americano Merrill Singer, suscita uma abordagem holística, na qual as interações entre condições e estados relacionados a outras doenças, bem como a saúde, educação, habitação, alimentação e meio-ambiente, podem aumentar as chances de adoecimento de uma pessoa e piorar a situação epidemiológica (HORTON, 2020).

Por ser uma doença nova e com uma grande capacidade de transmissão, está sendo um desafio para a comunidade científica reunir informações precisas sobre ela. Quanto ao seu agente etiológico, sabe-se que a Covid-19 é provocada pelo vírus SARS-CoV-2, uma das sete variedades de coronavírus humanos. Outros dois tipos bastante famosos são o SARS-CoV-1, da SARS, originário da China em 2003², e o MERS-CoV, da MERS, identificado em 2012 e oriundo da Arábia Saudita³, que deflagraram epidemias mais restritas no seu alcance geográfico. Também cabe destacar que a circulação das demais variantes de coronavírus humanos é bastante frequente e os seus sintomas geralmente correspondem a um resfriado comum, sendo assim bem menos potencialmente agressivos do que os que podem se manifestar nas síndromes respiratórias já citadas. No caso da Covid-19, os sintomas englobam tosse, febre, coriza, dor na garganta, perda ou alteração de olfato (anosmia/disosmia), perda ou alteração do paladar (ageusia/disgeusia), cansaço, diminuição do apetite e, em casos mais graves, dificuldades para respirar (dispneia), falta de ar e distúrbios gastrointestinais, como náuseas, vômitos e diarreia (BRASIL, 2020b)⁴.

É também importante citar que os sintomas podem se estender para além dos 14 dias, no que é chamado de “Covid de longa duração”. Vale lembrar que por ser uma doença nova, ela é surpreendente, visto que frequentemente se

² A epidemia de SARS ocorrida entre 2003 a 2004 atingiu 29 países e vitimou 774 de 8096 pessoas infectadas. Informações disponíveis em <<https://www.cdc.gov/dotw/sars/index.html>> .

³ De 2012 ao mês de novembro de 2019, houve um total de 2494 casos e 858 óbitos relacionados à MERS. Informações disponíveis em < <https://www.who.int/csr/don/18-december-2019-mers-saudi-arabia/en/>>

⁴ As outras quatro variantes de coronavírus humanos são: HCoV-OC43, HCoV-HKU1, HCoV-229E e HCoV-NL63. Disponível em <<https://www.sbmt.org.br/portal/other-human-coronaviruses-close-but-still-so-far/>>.

descobre outros sintomas e partes do corpo acometidas. Alguns exemplos disso são: dor no corpo, fadiga, queda de cabelo, ressecamento da pele, queixas ligadas à diminuição da capacidade de enxergar, incômodo nos olhos e perda de força muscular, embora a maior parte deles seja oriunda de um processo inflamatório anterior e desencadeado pelo vírus. (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2020).

Além dos riscos citados, também vale lembrar que vêm surgindo diversas linhagens do Sars CoV-2 que causam preocupações referentes às suas capacidades de contágio e letalidade. Nos últimos meses, foram reportadas novas linhagens vindas de lugares como: Reino Unido, Japão, Brasil, Finlândia, África do Sul, Índia, entre outros. Além disso, outro fator que inspira preocupação é a descoberta de uma grande variedade de síndromes associadas à Covid-19, tal como a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), que inclui sintomas como: febre persistente, problemas gastrointestinais, dor abdominal, conjuntivite, erupções cutâneas, exantema, dentre outros. (BRASIL, 2020c)

Diante de todo esse contexto da pandemia, segundo o último relatório global publicado pela UNAIDS (2020c), programa das Nações Unidas criado em 1996 para fomentar o combate da AIDS pelo mundo, as metas globais referentes ao ano de 2020 não terão sido atingidas e, embora possa se dizer que houve progressos globais, muito deixou de ser feito devido ao avanço da pandemia de Covid-19, pois os sistemas de saúde se mobilizaram para combatê-la, reorientando todos os seus recursos nessa direção. Ademais, o Brasil, apesar de seu histórico bastante expressivo entre os países em desenvolvimento, também não alcançou as metas relacionadas. Paralelamente, conforme o último Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2020d), também houve mudanças relacionadas ao perfil geral da doença no país, das quais algumas, como as relacionadas à sua distribuição em diferentes faixas etárias, já eram uma tendência de anos anteriores.

2.JUSTIFICATIVA

A justificativa para a elaboração do presente trabalho se relaciona aos reflexos da pandemia de Covid-19 no combate à epidemia de HIV/AIDS, que, conforme destacado pelas Nações Unidas e por fontes oficiais do Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, interferiram na capacidade de resposta do sistema de saúde durante o ano de 2020.

Além disso, outro fator que despertou o interesse em realizar a pesquisa foi o fato de a Covid-19 ser uma sindemia, visto que ela também influencia e potencializa a carga de outras doenças sobre a população. No caso do HIV/AIDS, a investigação é de suma importância, uma vez que, de acordo com a UNAIDS, desde o seu início até o fim do ano de 2019, mais de 32 milhões de vidas foram ceifadas em todo mundo por causas relacionadas à infecção pelo vírus HIV e, no caso do Brasil, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2021e), esse número é de cerca de 281 mil.

Contudo, no âmbito brasileiro, durante os últimos anos, têm-se visto uma queda geral na mortalidade relacionada ao HIV/AIDS, bem como uma mudança de perfil no que tange os novos casos, o que também despertou a curiosidade do autor no desenvolvimento deste trabalho. Ademais, também cabe destacar que os reflexos da pandemia também se estenderam para o andamento da TARV em PVHIV, o que acabou diminuindo a sua oferta no SUS, afetando a capacidade do Brasil e de grande parte do mundo de conseguir cumprir as metas de combate à AIDS propostas pela ONU no ano de 2016.

As metas pactuadas na Cúpula das Nações para os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável objetivavam pôr fim à epidemia de AIDS/HIV até o ano de 2030. Os signatários concordaram em reduzir novas infecções de HIV para menos de 500 mil a nível mundial até 2020, assim como também foi pactuado, para o mesmo ano, que se deveria reduzir as mortes relacionadas com a AIDS para menos de 500 mil, bem como eliminar o estigma e a discriminação relacionados com o HIV (UNAIDS, 2016).

Outro ponto pactuado foi a meta 90-90-90, que visa garantir que 90% das pessoas que vivem com HIV, de todas as faixas etárias, possam ter

conhecimento do seu estado sorológico. Além disso, a meta também contempla que 90% das pessoas diagnosticadas recebam o tratamento antirretroviral e que 90% das pessoas em tratamento tenham carga viral indetectável (UNAIDS, 2020a)

Entretanto, segundo o último relatório da UNAIDS, do ano de 2020, tais metas não foram cumpridas globalmente, ainda que tenha havido melhorias muito consideráveis no que tange ao avanço da terapia antirretroviral pelo mundo. No caso do Brasil, que possui uma população vivendo com HIV estimada em 920 mil, segundo o Painel de Indicadores e Dados Básicos do Monitoramento Clínico de HIV, 88% das PVHIV sabem do seu status sorológico, enquanto 78% das pessoas diagnosticadas estão em tratamento e 94% delas apresenta supressão viral.

Todavia, tais dados expostos até então também evidenciam que no país inteiro há mais de 110 mil PVHIV (12% do total de 920 mil PVHIV) que não têm ciência do seu estado sorológico, o que acaba por favorecer a incidência de novos casos de infecção pelo vírus HIV. Além disso, um fator que tem o potencial de dificultar uma resposta firme aos programas de combate ao HIV/AIDS é uma certa resistência por parte de setores da sociedade em relação a algumas campanhas preventivas voltadas às populações-chave, as quais serão expostas adiante, bem como a diminuição de repasses financeiros para entidades que trabalham com essa temática de combate ao HIV/AIDS e à proteção das PVHIV (KERR, 2020).

A pandemia de Covid-19 trouxe novos riscos para as PVHIV, tendo em vista que, especialmente no início da crise sanitária no Brasil, houve uma queda na distribuição de autotestes, testes de contagem de células CD4 ou de carga viral e de algumas profilaxias. Além disso, também foi verificado um ligeiro aumento na descontinuação do uso da terapia antirretroviral, bem como um aumento na quebra da rotina de consulta sob a ótica dos profissionais de saúde, usuários e gestores, conforme reportado no relatório *O Impacto da Covid-19 nas Políticas de Tuberculose e HIV e AIDS* (2020).

Também cabe destacar que o Ministério da Saúde, em 2018, otimizou a sua estrutura burocrática com a criação do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, favorecendo

assim o combate ao HIV/AIDS e outras ISTs e doenças crônicas. De 2018 a 2020, o novo departamento registrou aumentos no seu orçamento e também vem apoiando a ampliação do uso de TARV por parte das PVHIV, bem como de novas profilaxias, como a PrEP e a PEP (PEREIRA, 2021).

Embora durante o ano de 2020 não tenha havido um colapso na dispensação de TARV e profilaxias, registrou-se uma quebra significativa de continuidade no que tange às políticas de combate à AIDS e ao HIV, o que pode se traduzir, a médio e longo prazo, em diagnósticos tardios e, possivelmente, em mais casos de AIDS e óbitos. Além disso, no momento atual, as desigualdades socioeconômicas estão sendo potencializadas e, no caso do Brasil, nota-se bastante desarticulação política no que se refere ao combate à pandemia de Covid-19, que, assim com a AIDS/HIV, também exige muitos insumos, recursos financeiros e mudanças comportamentais permanentes ou de longo prazo (RODRIGUES, 2020).

3. OBJETIVO

3.1. OBJETIVO GERAL

Descrever, no contexto brasileiro, o comportamento epidemiológico da epidemia de HIV/AIDS durante a pandemia de Covid-19 no ano de 2020;

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reportar, a partir de dados oriundos entre os anos de 2016 a 2020, a evolução de HIV/AIDS em todo o Brasil;
- Identificar os possíveis reflexos gerais da pandemia de Covid-19 na população que vive com HIV;
- Reportar o andamento geral da distribuição de PEP e PrEP, do Tratamento Antirretroviral e da rotina de exames e consultas durante o ano de 2020.

4. METODOLOGIA

Para a realização do presente trabalho, foram utilizados métodos quantitativos de pesquisa. Trata-se de um estudo descritivo e de série histórica. Para a sua formulação, utilizou-se publicações em Boletins Epidemiológicos, dados oficiais, artigos científicos, entre outras fontes disponíveis em diversos portais da *Internet* ligados ao Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, revistas científicas Organizações não-Governamentais (ONGs) e demais entidades que tratam sobre o tema do HIV/AIDS, além do banco de dados sobre HIV/Aids de 2020 disponibilizado pelo próprio Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

O método quantitativo tem caráter mais objetivo e trabalha com dados que podem ser quantificados, recorrendo assim à linguagem matemática e ao emprego de procedimentos mais estruturados e de rigorosos instrumentos de coleta de dados mediante controle. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2009)

Além disso, o presente trabalho também é uma pesquisa de caráter descritivo. Segundo Gil (2002), o estudo descritivo visa descrever as características de determinado fenômeno e a partir disso estabelecer as relações entre as variáveis de interesse, indo assim ao encontro dos objetivos deste trabalho.

Para a investigação das curvas epidemiológicas de HIV/AIDS, utilizou-se série histórica. Segundo Latorre (2001), séries históricas consistem em uma sequência de dados obtidos de forma regular e periódica. Na sua análise, objetiva-se traçar uma descrição do que é mostrado na série e a partir disso realizar estimativas e apontar os fatores que influenciaram no seu curso.

Em relação aos dados extraídos entre os anos de 2016 a 2019, os dados foram extraídos do Boletim Epidemiológico do ano de 2020 e também de sistemas de informação, como o SINAN, o SIM e o SINASC, bem como dados

do Painel de Indicadores e Dados Básicos de HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros.

Os dados para o ano de 2020 não foram divulgados oficialmente pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, o Departamento de IST/AIDS do Ministério da Saúde disponibilizou, para a realização do presente trabalho, dois arquivos contendo os dados preliminares de 2020. O primeiro, denominado AIDS_ADULTO_2020.dbf, contém, ao todo, 58.027 registros, os quais reúnem todos os casos de HIV/AIDS registrados até o momento de realização deste trabalho, entre indivíduos acima de 13 anos de idade. Os significados e classificações das variáveis utilizadas para a formulação desse trabalho constam nos Apêndices I, II e III.

Para selecionar os registros da variável DT_NOTIFIC a serem trabalhados para o ano de 2020 em relação aos casos novos, optou-se por excluir todos os casos com óbitos em anos anteriores e em 2021 na variável DT_OBITO. Além disso, ao selecionar os casos de AIDS, recorreu-se aos critérios 100 (CDC ADAPTADO), 300 (RIO-CARACAS) e 600 (ÓBITO) da variável CRITERIO. Para catalogar os casos de HIV, selecionou-se a variável 901 (HIV+).

Para catalogar os casos de AIDS do ano de 2020 mês a mês, utilizou-se a variável DT_NOTIFIC, enquanto para identificar as idades das PVHIV de cada caso, foi utilizada a variável NU_IDADE_N. As informações sobre óbitos relacionados ao HIV/AIDS foram obtidas por meio da variável DEF_DIAGNO.

Informações sobre o sexo de cada caso foram compiladas a partir da variável CS_SEXO, enquanto aquelas relacionadas à raça/cor foram por meio da variável CS_RACA. Para identificar a Unidade Federativa de origem de cada caso, utilizou-se a variável SG_UF_NOT, enquanto para identificar a categoria de exposição utilizou-se a variável ANT_CAT_EX.

O segundo arquivo, denominado AIDS_CRIANCA_2020.dbf, contém 412 registros referentes aos casos de HIV/AIDS entre indivíduos com menos de 13 anos de idade. Para a compilação desses, excluiu-se os registros de óbitos fora do ano de 2020, os quais estão dentro da variável EVO_DT_OBI.

Assim como no outro arquivo, também foram utilizadas as variáveis CS_SEXO, CS_RACA, DEF_DIAGNO, SG_UF_NOT e NU_IDADE_N. Os dados

coletados a partir dos dois arquivos, em caso de formação de tabelas contendo dados gerais, independentemente da idade, foram somados e unificados.

Em relação à identificação dos possíveis reflexos gerais da pandemia de Covid-19 na população que vive com HIV, utilizou-se dados disponíveis no estudo *Assistência social, saúde, mental e informação: pesquisa do UNAIDS aponta necessidades de pessoas vivendo com HIV em tempos de COVID-19*, os quais foram reportados nesse trabalho.

Quanto à investigação geral relacionada com a distribuição de PrEP, PEP com o Tratamento Antirretroviral e com o quantitativo de novos exames feitos, recorreu-se ao relatório *O Impacto da Covid-19 nas Políticas de Tuberculose e HIV e AIDS: um levantamento da Sociedade Civil Brasileira*, de onde foram coletados os dados sobre as percepções dos usuários, profissionais de saúde e gestores sobre tais ofertas, bem como em relação à destinação de recursos, à formação de equipes técnicas e à rotina de exames e consultas. Além disso, também foram coletados dados oriundos do Painel de monitoramento de dados de HIV durante a pandemia da COVID-19, do Painel PrEP e do Painel PEP, todos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Por questões ligadas ao tempo e às limitações impostas pela pandemia, a coleta de dados foi feita de maneira virtual, resumindo-se apenas aos instrumentos já citados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa etapa do trabalho, serão apresentados dados epidemiológicos de HIV/AIDS no Brasil entre os anos de 2016 a 2020. Adiante, também serão apresentados dados relacionados à disponibilidade de vários métodos de prevenção combinada de acordo com os números reportados pelo Ministério da Saúde e por gestores, profissionais da saúde e usuários no relatório *O Impacto da Covid-19 nas Políticas de Tuberculose e HIV e AIDS: um levantamento da Sociedade Civil Brasileira*.

5.1. A Epidemiologia de HIV/AIDS no Brasil

Nessa parte do trabalho, serão apresentados dados epidemiológicos de HIV/AIDS no Brasil entre os anos de 2016 a 2020. Nesse contexto, inicialmente, serão apresentados os casos novos, seguidos pelas estatísticas de mortalidade.

5.1.1. Novos casos de HIV/AIDS

Conforme a Tabela 1, verifica-se que após o ano de 2018, que marcou o auge do número de infecções por HIV detectados no período da série histórica, houve uma diminuição paulatina nos anos seguintes. Em 2019, o número total de novas infecções decresceu em 7% frente ao ano anterior, enquanto em 2020, a redução foi de aproximadamente 5% frente ao ano anterior.

Tabela 1 – Novas infecções por HIV. Brasil, 2016 a 2020

Ano	2016	2017	2018	2019	2020
Total de casos	41.562	44.943	45.078	41.919	39.827
Coefficiente de Detecção⁵	19,8	21,2	21,3	19,8	18,8

Fonte: Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS do Ministério da Saúde (2020) e Banco de Dados do Ministério da Saúde (2020).

Nota: Para o ano de 2020, foram utilizados dados preliminares disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

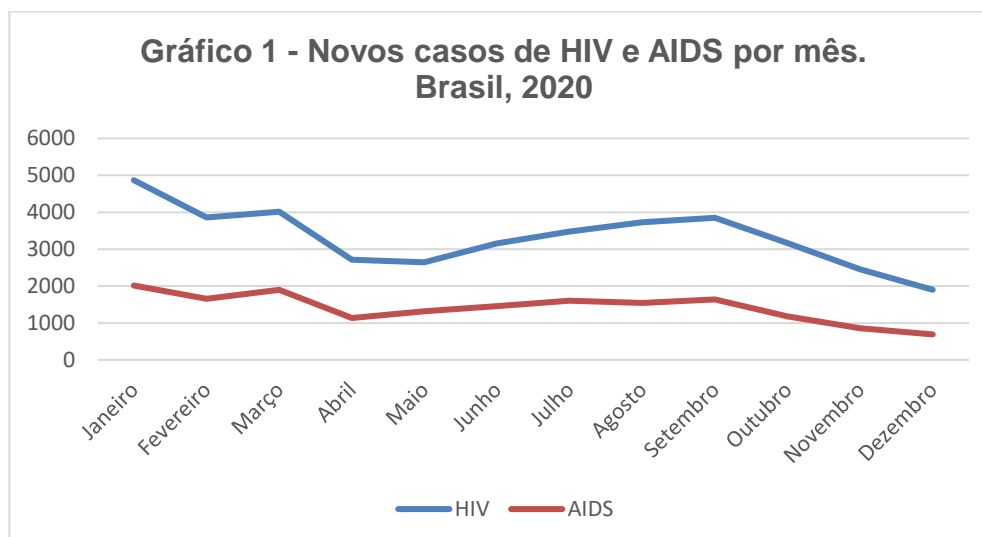
⁵ Coeficiente de Detecção de HIV = $\frac{\text{Número de casos de HIV}}{\text{População total residente}} \times 100.000$.

Essa diminuição, que já se verificava nos anos anteriores no número de casos, da detecção de novos casos de infecção por HIV a partir de 2019 está provavelmente associada com a expansão das medidas de prevenção combinada pelo Brasil. Em relação ao ano de 2020, os números preliminares indicam que a desaceleração teve seguimento, sendo que tal fenômeno pode estar associado às medidas de distanciamento social, o que inclui: *lockdowns* e fechamentos pelo país, incentivo às pessoas ficarem mais em casa, proibição, ainda que em época/horário limitado, de festas e reuniões, entre outros.

Em conformidade com as estatísticas já apresentadas, os coeficientes de detecção e de mortalidade da AIDS também registraram uma queda global nos últimos anos. O coeficiente de detecção de AIDS, em suma, conforme descrito no Boletim Epidemiológico de 2020, diz respeito à mensuração do risco de ocorrência de novos casos confirmados de AIDS na população, segundo ano e local de residência.

Contudo, tais dados também podem, em parte, divergir da realidade, uma vez que com a ocorrência da pandemia, o serviço de saúde está mobilizado em combatê-la, o que pode acabar suscitando um atraso no preenchimento e no registro de novos casos ligados a outras doenças e infecções, como a própria infecção pelo vírus HIV e a AIDS. Além disso, os Boletins Epidemiológicos costumam ser divulgados no final do ano e os dados obtidos para a elaboração do presente trabalho foram disponibilizados no mês de maio.

Ao observar o Gráfico 1, nota-se que após março, mês de início da pandemia, o número de novos casos registrados caiu para patamares bastante inferiores aos de anos anteriores nos três primeiros meses de 2020. Após o quantitativo ter se mantido estável entre abril e maio, registrou-se uma subida paulatina que teve o seu pico em setembro. Após isso, voltou a se registrar um declínio, embora provavelmente seja devido à subnotificação ou atrasos na compilação de dados dos três últimos meses do ano.



Fonte: Dados Preliminares disponibilizados pelo Ministério da Saúde (2020).

Em consonância, conforme também visto no Gráfico 1, a trajetória da curva epidemiológica de AIDS também foi bastante parecida com a do HIV, ainda que provavelmente os números sejam consideravelmente maiores do que o reportado, pois no banco de dados disponibilizados há o registro de 16.984 casos de AIDS, um número bastante inferior ao registrado no ano anterior, de 37.308 no total. Por causa dessa diferença provavelmente não-factível de um ano para outro, não é possível estabelecer um comparativo adequado entre os anos anteriores e 2020, ainda que possa se especular, com base na tendência e nos números de HIV e nos de AIDS entre 2016 a 2019, os quais registraram uma queda ano a ano, que possa ter havido uma ligeira queda nos novos casos de AIDS.

Essa diminuição em novos casos de AIDS está diretamente relacionada com as iniciativas promovidas pelo Ministério da Saúde relacionadas à expansão da TARV. Algumas dessas ações foram: 1) a elegibilidade do uso da TARV ampliada para todos os soropositivos desde o ano de 2013⁶; 2) campanhas de conscientização sobre a necessidade de iniciar o tratamento de maneira precoce em casos de diagnóstico positivo e 3) acompanhamento contínuo das PVHIV visando a supressão viral (BRASIL, 2020e).

⁶ Segundo o Relatório de Monitoramento Clínico do HIV, desde 2013 qualquer PVHIV é elegível para o Tratamento Antirretroviral. Entre 2009 a 2012, precisava-se apresentar um exame de CD4 com, no máximo, 350 células/mm³, enquanto em 2013, o limite subiu para 500 células/mm³. No final de 2013, o tratamento passou a ser para todos, independente da contagem de CD4, conforme reportado e disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/ministerio-da-saude-estende-tratamento-para-todos-com-hiv>>.

Além disso, também cabe destacar as ações mais recentes adotadas pelo Ministério da Saúde, como a implementação, ainda que em fase inicial, dos autotestes no SUS. É importante frisar que essa política, por ser bem recente, chegou a apenas uma parcela das cidades e estados brasileiros. A ANVISA passou a regulamentá-los a partir da RDC nº53/2015, sendo que em maio de 2017 houve a aprovação do primeiro autoteste a ser comercializado em farmácias pelo Brasil (BRASIL, 2017b).

A distribuição dos autotestes é feita no âmbito do SUS desde janeiro de 2019 e, apesar de alguns contratempos ligados à pandemia, está em franca expansão pelo país. Ao todo, o sistema de saúde distribuiu dois autotestes diferentes e a sua distribuição prioriza pares e parcerias sexuais de pessoas em PrEP, distribuição por parte da sociedade civil com foco em locais estratégicos para a população-chave, além das unidades de saúde (BRASIL, 2021f).

Outra ação recente e elaborada no contexto da pandemia de Covid-19 é a dispensação ampliada dos medicamentos antirretrovirais. A nova estratégia dá a possibilidade de que o usuário retire um estoque suficiente para além de 30 dias, ou seja, o necessário para 60 ou até mesmo 90 dias, o que vai facilitar o prosseguimento da TARV com vistas a atingir supressão viral. Além disso, também diminuí o número de vezes em que o usuário tem que sair para pegar os medicamentos e realizar consultas.

Essa queda nos novos casos de HIV verificada durante o ano de 2019 pode estar relacionada com o aumento da oferta dos testes e com o fato de 88% das PVHIV terem ciência do seu estado sorológico frente a 80% em 2012 e 87% em 2015 (LABOISSIÈRE, 2016). Como há menos PVHIV que desconhecem seu estado soropositivo, uma proporção menor delas está sem tratamento (22%). Além disso, das que fazem uso da TARV, 94% possuem supressão viral, o que diminuí bastante as chances de transmissão.

Em relação ao perfil etário de PVHIV, conforme a Tabela 2, nota-se que as duas faixas etárias em que há maior prevalência de HIV são o das pessoas de 20 a 24 anos e de 25 a 29, com os dois grupos representando um total de 39% de todos os casos para o ano de 2020, oscilando em até dois pontos a mais em relação aos quatro anos anteriores.

Tabela 2 – Casos de HIV entre homens por faixa etária. Brasil, 2016-2020

Idade/Ano	2016	2017	2018	2019	2020
<5 anos	121	124	96	84	133
5-9 anos	17	29	26	23	35
10-14 anos	89	80	102	63	91
15-19 anos	2.476	2.646	2.493	2.226	2.082
20-24 anos	7.665	8.621	8.614	7.802	7.592
25-29 anos	7.754	8.650	8.474	7.862	7.942
30-34 anos	6.485	6.789	6.709	6.267	6.374
35-39 anos	5.162	5.504	5.551	5.172	4.765
40-44 anos	3.719	4.039	4.113	3.958	3.687
45-49 anos	2.895	3.041	3.025	2.791	2.598
50-54 anos	2.127	2.227	2.347	2.302	1.902
55-59 anos	1.356	1.371	1.520	1.413	1.256
60+	1.362	1.495	1.686	1.617	1.370
Ignorado	327	318	314	321	0
TOTAL	41.555	44.934	45.070	41.901	39.827

Fonte: Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS do Ministério da Saúde (2020) e Banco de Dados do Ministério da Saúde (2020).

Nota: Para o ano de 2020, foram utilizados dados preliminares disponibilizados pelo Ministério da Saúde

Um recorte produtivo a se fazer diz respeito ao número de infecções entre indivíduos entre 15 a 24 anos, os quais em 2020 representaram 24% do total de novas infecções, ficando assim no mesmo nível dos quatro anos anteriores, embora tenha sofrido uma queda relativa ao número total nos dois últimos anos.

Tais estatísticas sugerem que se deve atuar para diminuir a incidência de HIV/AIDS na população mais jovem, uma vez que boa parte dela, embora tenha mais acesso à informação do que os jovens de décadas atrás, tem menos receios de contrair ISTs, pois confia em demais na sua própria saúde e subestima os riscos envolvidos, principalmente, ao negligenciar o uso de preservativos.

Bordignon, *et al.* (2017) apontam, em uma revisão integrativa, ao todo dez causas que levam os jovens a negligenciarem o uso dos métodos de barreira. Os mais citados foram, respectivamente, a dificuldade de negociação do uso entre os parceiros, seguidos pela confiança entre ambos, o desconhecimento, o ceticismo na transmissão de doenças e não gostar de usar ou por ter tido uma relação sexual não-planejada.

Além disso, os homens também representam a maioria dos casos de HIV, uma vez que nesse grupo, segundo a razão dos sexos⁷, há 2,6 vezes mais casos do que entre as mulheres. Conforme se verifica na Tabela 3, tal número se encontra no mesmo nível desde o ano de 2017.

Tabela 3 – Razão dos sexos. Brasil, 2016-2020

Ano de diagnóstico	Masculino	Feminino	Razão de sexos
2016	29.496	12.059	2,4
2017	32.416	12.518	2,6
2018	32.623	12.447	2,6
2019	30.411	11.490	2,6
2020	28.673	11.133	2,6
TOTAL	153.619	59.647	2,6

Fonte: Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS do Ministério da Saúde (2020) e Banco de Dados do Ministério da Saúde (2020).

Nota: Para o ano de 2020, foram utilizados dados preliminares disponibilizados pelo Ministério da Saúde

Segundo o relatório “Ponto Cego”, divulgado pela UNAIDS em 2017, no mundo inteiro, menos da metade dos homens que vivem com HIV está fazendo uso da TARV, enquanto entre as mulheres essa porcentagem chega à 60%, ou seja, está em um patamar significativamente superior.

Apesar de esses dados estarem possivelmente desatualizados devido ao intervalo de tempo entre a divulgação do estudo e a formulação deste trabalho, o relatório concluiu que os homens são mais propensos a negligenciar o tratamento, o abandonando ou até mesmo não iniciando-o no momento adequado.

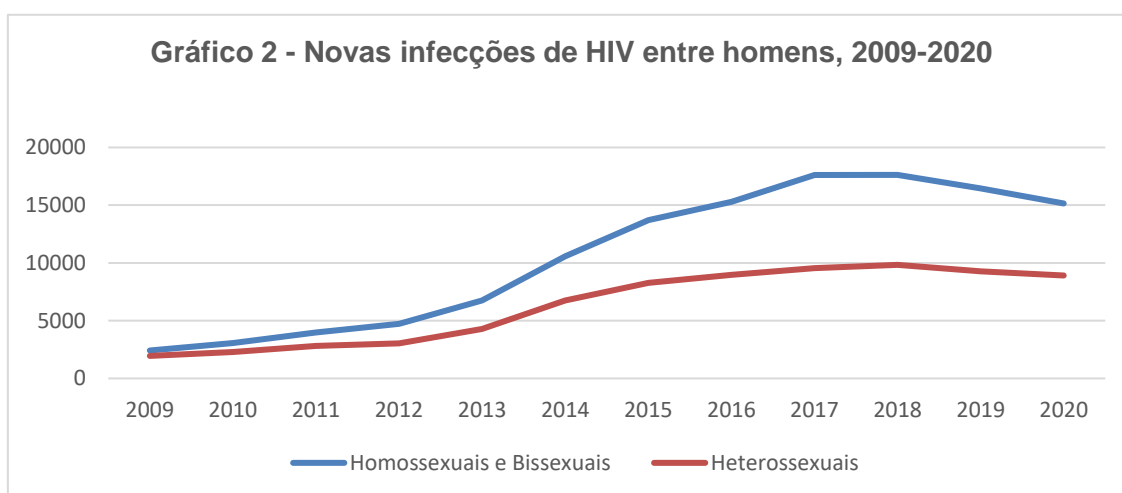
Além disso, o documento também evidencia que os homens costumam realizar menos exames, a frequentarem menos os estabelecimentos de saúde e têm uma abertura um pouco mais dificultada no que se refere à conscientização quanto ao HIV/AIDS e outras ISTs. No caso brasileiro, isso se traduz em uma porcentagem ligeiramente maior de homens, que são a maioria dos casos de HIV, que não têm o diagnóstico feito no momento mais oportuno, isto é, o primeiro exame de CD4 com menos de 200 células/mL.

De acordo com Dados do Painel de Indicadores e Dados Básicos de Monitoramento Clínico de HIV, entre os anos de 2016 a 2020, a proporção de

⁷ Razão de sexos = $\frac{\text{Total de novos casos entre a população masculina infectada pelo HIV}}{\text{Total de novos casos entre a população feminina infectada pelo HIV}}$

homens vivendo com HIV que foram diagnosticados tardiamente se manteve estável e oscilou entre 27% e 28%, enquanto entre as mulheres a proporção ficou entre 24% e 25%. Entretanto, a proporção de homens com supressão viral é ligeiramente superior, com 90% dos homens com HIV com a carga viral inferior a 50 cópias/mL em 2020, face 88% das mulheres no mesmo ano.

Além disso, entre os homens, conforme se registra no Gráfico 2, a maior parte dos casos se concentra entre os homossexuais. Como pode ser visto, desde o ano 2009, os homens homo e bissexuais têm sido a maioria entre todas as novas infecções de HIV, o que sugere que as políticas públicas devem olhar mais para esse grupo em específico, uma vez que, apesar de serem uma minoria dentro da sociedade, concentram mais casos de HIV do que os heterossexuais.



Fonte: Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS do Ministério da Saúde (2020) e Banco de Dados do Ministério da Saúde (2020).

Nota: Para o ano de 2020, foram utilizados dados preliminares disponibilizados pelo Ministério da Saúde

Contudo, a relação sexual, embora seja a forma mais comum de transmissão do vírus HIV, não é a única. Segundo a Tabela 4, no ano de 2020, aproximadamente 97% dos casos reportados e categorizados (não-ignorados) entre homens foram oriundos de relações sexuais, seja com exposição heterossexual, homossexual ou bissexual, enquanto as transmissões de origem vertical e por meio de drogas e injetáveis também responderam somadas por cerca de 3% do total de casos. As formas de exposição homossexual e bissexual ainda representam uma proporção alta (52%), o que mostra que o trabalho preventivo não está sendo suficiente.

Tabela 4 – Casos de HIV por categoria de exposição entre homens. Brasil, 2016-2020

Categoria de exposição	2016	2017	2018	2019	2020
Homossexual	12.944 (44%)	15.001 (47%)	15.010(46%)	13.954(46%)	12.894(44%)
Bissexual	2.336 (8%)	2.606 (8%)	2.615 (8%)	2.493 (8%)	2.243 (8%)
Heterossexual	8.970 (31%)	955 (30%)	9.836 (30%)	9.261 (31%)	8.922 (31%)
UDI	469 (2%)	414 (1%)	417 (1%)	403 (1%)	353 (1%)
Hemofílico	6 (0%)	8 (0%)	5 (0%)	7 (0%)	13 (0%)
Transfusão	5 (0%)	4 (0%)	3 (0%)	4 (0%)	2 (0%)
Acidente de Trabalho	4 (0%)	2 (0%)	4 (0%)	1 (0%)	1 (0%)
Transmissão Vertical	313 (1%)	339 (1%)	388 (1%)	391 (1%)	435 (2%)
Subtotal	25.047 (86%)	27.929(87%)	28;278(87%)	26.514(88%)	24.872(86%)
Ignorado	4.158 (14%)	4.196 (13%)	4.052 (13%)	3.610 (12%)	4.006 (14%)
TOTAL	29.205 (100%)	32.125(100%)	32.330(100%)	30.124(100%)	28.878(100%)

Fonte: Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS do Ministério da Saúde (2020) e Banco de Dados do Ministério da Saúde..

Nota: Para o ano de 2020, foram utilizados dados preliminares disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Ao observar a tabela acima, cabe destacar a quantidade de infecções entre usuários de drogas e injetáveis. Ao todo, no período destacado, houve aproximadamente 2056 casos, número equivalente a 1% do total, sendo que desde o início da série histórica, o número de casos entre essa categoria de exposição vem decrescendo ano a ano, o que pode ser reflexo das ações de redução de danos. Além disso, a proporção de transmissão vertical em 2020 aumentou em 1% frente aos anos anteriores, o que, caso seja confirmado, possivelmente está associado com falhas nos serviços agravadas durante a pandemia.

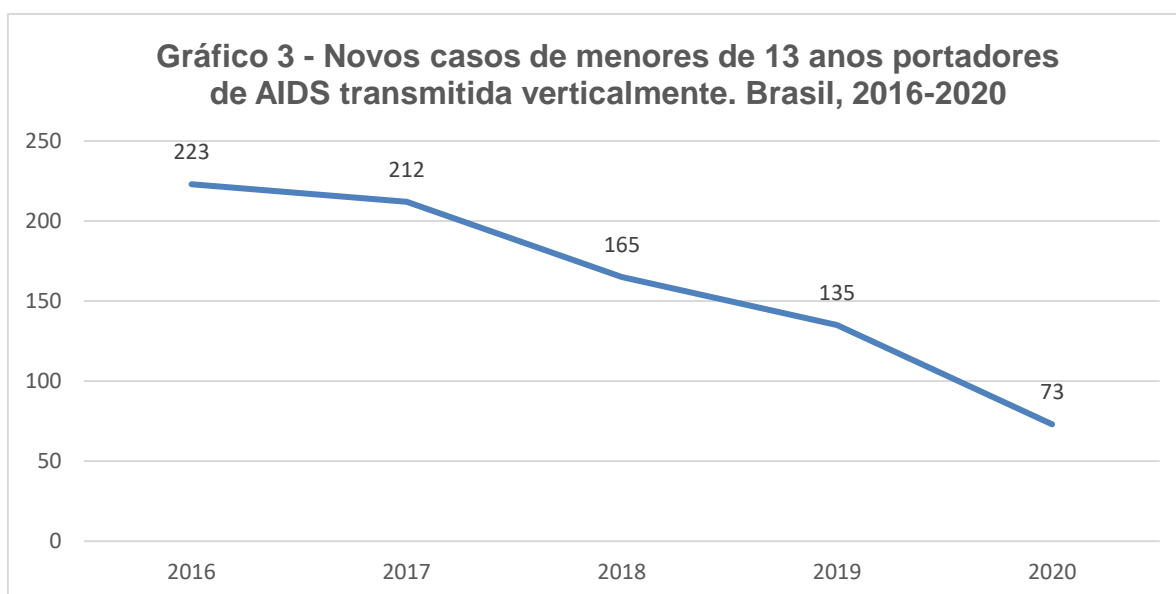
Ademais, entre os anos de 2016 e 2019, conforme a Tabela 5, houve um aumento global no quantitativo de gestantes infectadas, o que também se refletiu em um aumento no coeficiente de detecção entre esse grupo.

Tabela 5 - Gestantes infectadas pelo HIV (casos e coeficiente de detecção por 1.000 nascidos vivos). Brasil, 2016-2019

Ano	2016	2017	2018	2019
HIV em gestantes	7.929	7.909	8.589	8.312
Coeficiente de detecção	2,8	2,7	2,9	2,8

Fonte: Painel de Indicadores e Dados Básicos de Monitoramento Clínico de HIV

No entanto, apesar do aumento geral de 27% no total de casos de HIV em gestantes no ano de 2019 em comparação ao início da série histórica, o número de novas infecções por AIDS entre crianças relacionadas à transmissão vertical caiu durante o mesmo período, conforme é apontado pelo Gráfico 3, o qual mostra que a quantidade de transmissões verticais vem caindo vertiginosamente desde o início da série histórica. Para o ano de 2020, que não está incluso na Tabela 5, os dados divulgados pelo Ministério da Saúde contemplam somente o primeiro semestre e, até então, registrou-se 4.148 casos de gestantes com HIV.

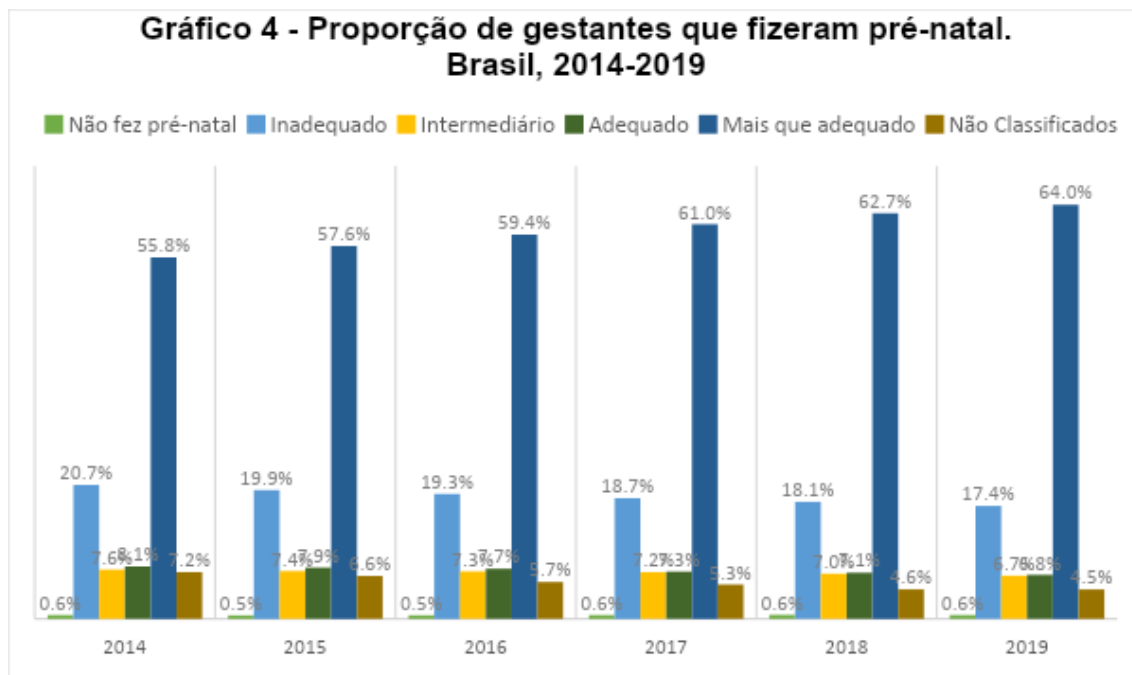


Fonte: Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2020 e Banco de Dados do Ministério da Saúde.
Nota: Para o ano de 2020, foram utilizados dados preliminares disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

A diminuição no quantitativo total de transmissões verticais de HIV provavelmente está relacionada a uma maior cobertura dos medicamentos antirretrovirais para as PVHIV com o objetivo de atingir a supressão viral, o que reduz bastante as chances dessa transmissão. Outro ponto a ser levantado é o fortalecimento institucional com base em protocolos bem delimitados sobre o assunto, bem como uma maior cobertura do Pré-Natal, o qual, por sua vez, deve disponibilizar na sua rotina testes de HIV.

Segundo o Gráfico 4, a cobertura do Pré-Natal vem crescendo no país. Em 2019, último ano disponível na série histórica, 70,8% das gestantes tiveram

um Pré-Natal classificado como “adequado” ou “mais que adequado”, sendo que em 2014, no início da série histórica, essa proporção era de 63,9%.

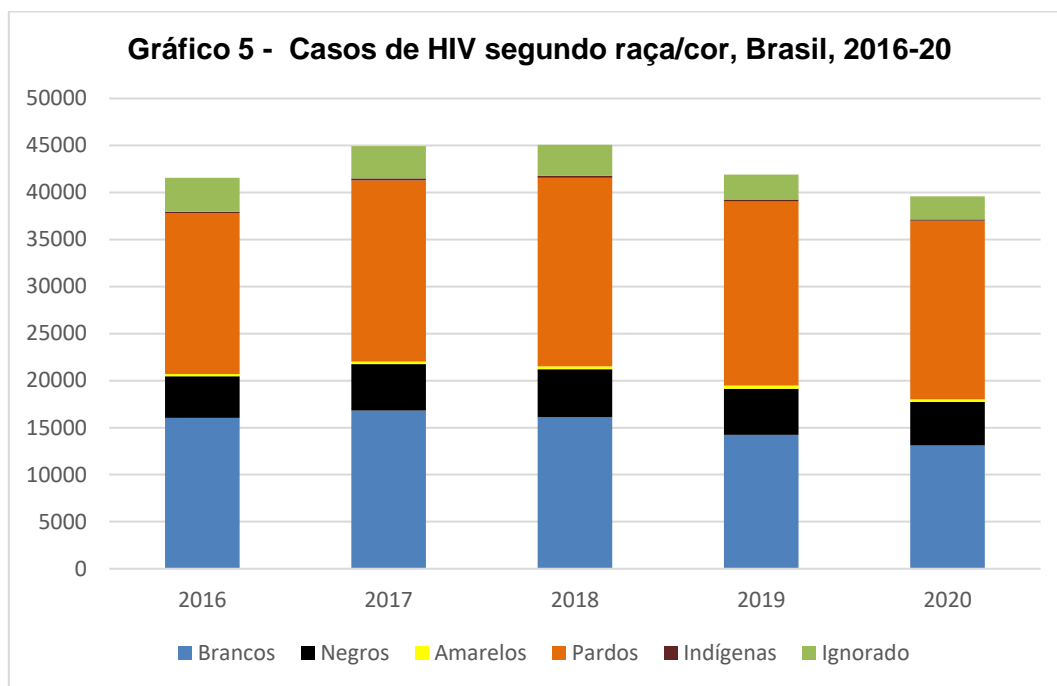


Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Nota: Apenas do ano de 2014 em diante, as proporções estão separadas em categorias. Não foram divulgados os dados para 2020.

Outro recorte produtivo a se fazer é em relação à raça/cor, visto que a incidência do HIV está mais concentrada em alguns grupos em relação a outros devido a desigualdades estruturais presentes na sociedade brasileira. Nesse sentido, um grupo que é bastante afetado é o da população negra, uma vez que, em média, ela possui menor poder econômico e, em consequência disso, é mais suscetível ao desemprego, bem como tem menor acesso à educação, saúde e moradia (AGÊNCIA AIDS, 2020).

Segundo o Gráfico 5, no ano de 2020, o número de PVHIV pardas ou negras, somadas, foi de 23.589, o que representou cerca de 59,5% do total registrado para o ano, ficando 1,1% acima do registrado em 2019 e 7,8% ao registrado em 2016. Em relação aos brancos, os quais foram 13.129 registrados até o presente momento, a proporção foi de 38,6% em 2016 para 33,2% em 2020. Além disso, os casos ignorados vêm se reduzindo ano a ano, o que indica um aperfeiçoamento na qualidade da informação.



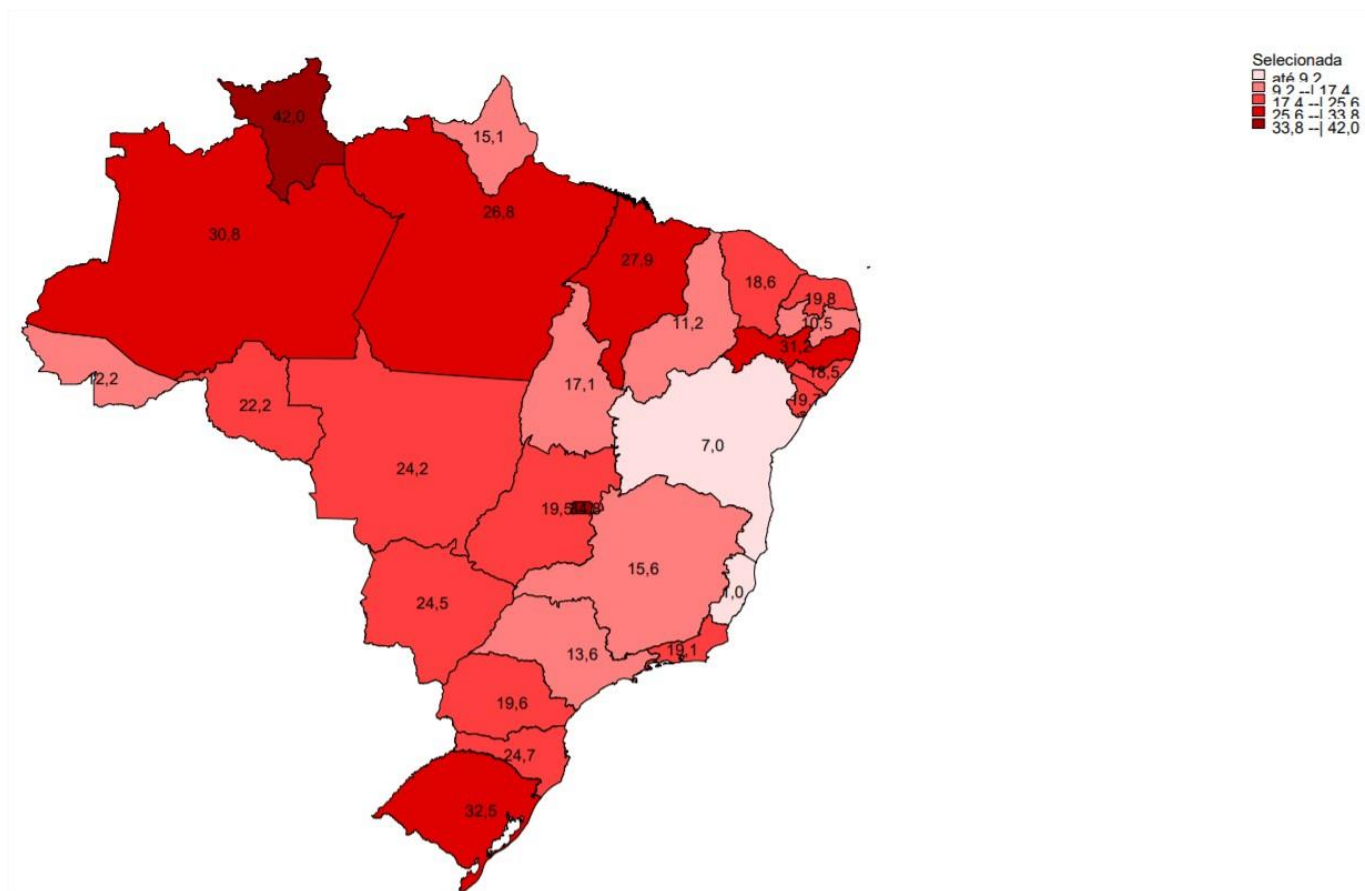
Fonte: Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2020.

Nota: Para o ano de 2020, foram utilizados dados preliminares disponibilizados pelo Ministério da Saúde

Em relação à distribuição geográfica do vírus, nota-se, conforme visto no Mapa 1, que os Estados que registraram os maiores coeficientes de detecção de HIV foram, respectivamente, Roraima (42,0 casos/100 mil hab.), Distrito Federal (34,8 casos/100 mil hab.) Rio Grande do Sul (32,5 casos/100 mil hab.) e Pernambuco (31,2 casos/100 mil hab.), enquanto os com menores foram o Espírito Santo (1,0 caso/100 mil hab.), Bahia (7,0 casos/100 mil hab.) e Acre (10,2 casos/100 mil hab.). No entanto, os dados reportados pelo Gráfico 5 para a população negra e parda são considerados preocupantes, uma vez que se retirar o Estado do Rio Grande do Sul, o qual possui uma menor proporção de negros/pardos e uma das maiores taxas de detecção, provavelmente a proporção de negros e pardos infectados é maior em todo o país.

Contudo, pelo fato de os dados serem preliminares e terem sido reportados em níveis diferentes de estado para estado, é bastante provável que alguns não retratem a realidade, como é o caso do Espírito Santo e da Bahia, os quais só reportaram 42 e 1039 casos, respectivamente.

Mapa 1 – Coeficiente de Detecção de HIV⁸ por Estado. Brasil, 2020



Fonte: Dados preliminares disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o ano de 2020.

Ao todo, durante o ano de 2020, o número preliminar de casos de AIDS reportado pelo Banco de Dados do Ministério da Saúde foi de 16.984 casos. No entanto, tais dados provavelmente não se aproximam da realidade, uma vez que durante o ano anterior, 2019, o total foi de 37.308, ou seja, mais do dobro reportado em 2020. Portanto, não é possível estabelecer muitas comparações fidedignas à realidade com os anos anteriores e, sendo assim, optou-se em comparar os dados de AIDS dos quatro anos anteriores, ou seja, de 2015 a 2019.

Em relação à faixa etária, os grupos mais preponderantes são os pertencentes à faixa dos 20-29 anos e 30-39, os quais respondem por, respectivamente, 25,3% e 29,8% do total de casos registrados entre 2016 a 2020, somando ao todo 55,1% do total.

⁸ Coeficiente de Detecção de AIDS = $\frac{\text{Número de casos de AIDS}}{\text{População total residente}} \times 100.000$.

Tabela 6 – Coeficientes de Detecção (por 100 mil hab.) de AIDS por Unidade Federativa. Brasil, 2015-19

UF	2015	2016	2017	2018	2019
Acre	7,5	8,6	8,8	12,3	9,5
Alagoas	13,4	15,3	18,2	18,1	16,7
Amapá	19,2	29,1	30,2	26,9	22,3
Amazonas	30,7	30,0	26,5	29,1	34,8
Bahia	12,9	12,7	12,2	12,9	12,9
Ceará	15,3	14,9	14,0	14,9	14,9
Distrito Federal	17,9	16,5	14,5	14,2	14,8
Espírito Santo	20,4	17,8	16,3	16,7	17,7
Goiás	15,8	14,9	14,9	15,1	15,9
Maranhão	22,0	20,0	21,2	19,8	18,3
Mato Grosso	20,4	21,3	22,9	21,9	25,1
Mato Grosso do Sul	21,0	20,2	24,2	23,2	24,2
Minas Gerais	14,2	13,0	12,6	11,9	11,2
Pará	27,0	27,6	24,0	26,9	27,4
Paraíba	14,3	11,4	14,0	14,1	15,1
Paraná	19,4	16,9	17,5	17,0	15,9
Pernambuco	19,9	20,3	19,5	19,7	19,2
Piauí	13,0	13,3	13,2	12,1	13,4
Rio de Janeiro	29,0	27,3	26,7	24,5	23,3
Rio Grande do Norte	14,6	14,9	18,7	21,2	17,2
Rio Grande do Sul	35,5	32,6	30,2	28,0	28,3
Rondônia	20,6	18,5	20,8	18,9	17,8
Roraima	31,2	36,0	34,8	41,3	40,1
Santa Catarina	34,6	30,8	27,1	26,7	25,1
São Paulo	17,4	17,1	16,2	15,4	14,1
Sergipe	17,7	16,4	16,2	17,6	16,1
Tocantins	14,8	13,0	16,2	15,0	10,7
BRASIL	20,1	19,1	18,6	18,6	17,8

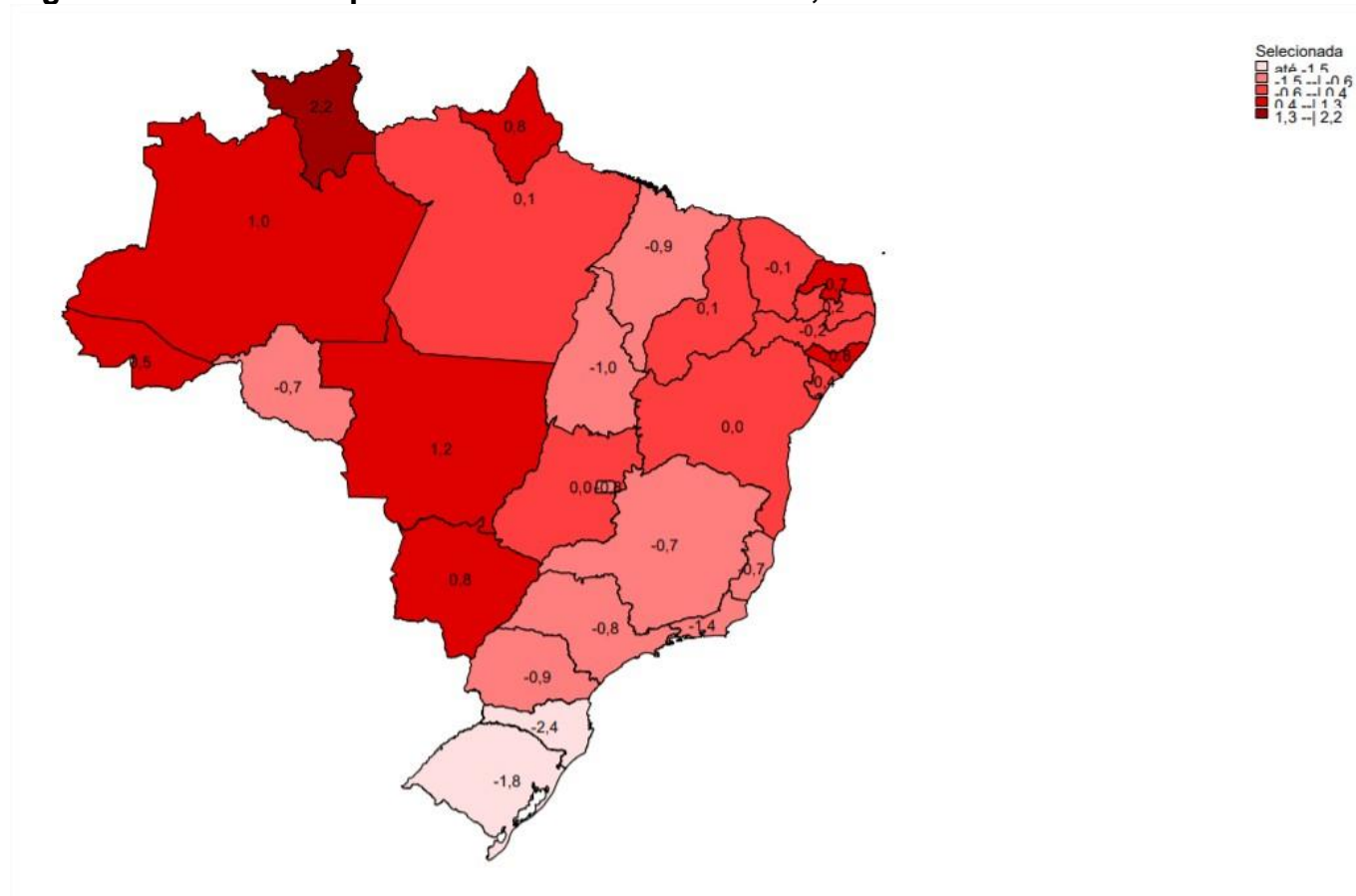
Fonte: Painel de Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros.

A Tabela 6 mostra que os Estados com os maiores coeficientes de detecção em 2019 foram: Roraima (40,1), Amazonas (34,8) e Rio Grande do Sul (28,3), ao passo em que os com os menores coeficientes de detecção foram o Acre (9,5), Tocantins (10,7) e Minas Gerais (11,2).

Complementando os dados mostrados, conforme o Mapa 2, as Unidades Federativas em que mais houve crescimento médio nos coeficientes de detecção

de AIDS foram as dos Estados de Roraima (+2,2), Mato Grosso (+1,2) e Amazonas (+1,0), ao passo em que os Estados que tiveram as menores variações nos coeficientes de detecção foram Santa Catarina (-2,4), Rio Grande do Sul (-1,8) e Rio de Janeiro (-1,4).

Mapa 2 – Variação no Coeficientes de Detecção de novos casos de AIDS registrados no SINAN por Unidade Federativa. Brasil, 2015-19



Fonte: Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS (2020).

5.1.2. Estatísticas de mortalidade relacionadas à HIV/AIDS no Brasil

De acordo com a Tabela 7, entre 2016 a 2019, as mortes provocadas por AIDS se reduziram de 12.540 para 10.565, o que representou uma redução de 15% no período citado. Em conformidade, o coeficiente de mortalidade também caiu de 6,1 para 5,0 para cada 100 mil habitantes, o que representou uma diminuição de 22% no indicador. Na Tabela 7, não constam os dados para 2020, pois os bancos de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde apenas reportaram 535 óbitos ocorridos e relacionados à HIV/AIDS no ano de 2020, o que certamente é um número que não reflete a realidade e, portanto, não cabe fazer comparações com os anos anteriores.

Tabela 7 - Óbitos por causa básica aids e Coeficiente de mortalidade bruto por aids (por 100.000 hab.), por ano do óbito. Brasil, 2016-19.

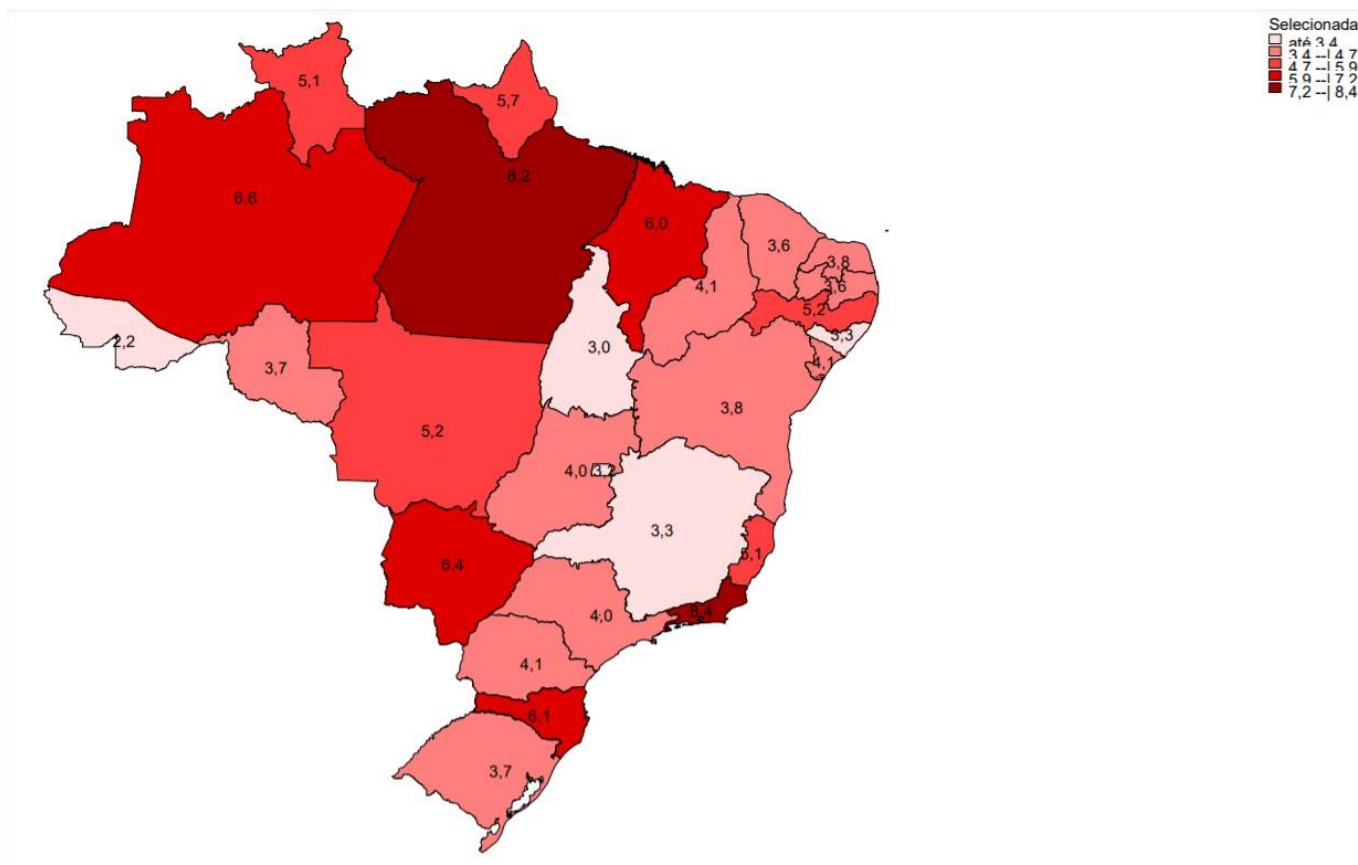
Ano	2016	2017	2018	2019	Total
Óbitos por AIDS	12.540	11.735	11.222	10.565	46.062
Coeficiente de mortalidade	6,1	5,7	5,4	5,0	-

Fonte: Painel de Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros. Adaptado.

Para o ano último ano de medição completa, os coeficientes de mortalidade são maiores no Sul e no Norte do país, com 6,7 e 6,4 óbitos para cada 100 mil residentes. Nesse índice, as Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste têm estatísticas semelhantes, as quais ficam entre 4,3 a 4,7 óbitos/100 mil hab.

Quanto aos Estados em separado, conforme o Mapa 3, o Rio de Janeiro possui o maior coeficiente de mortalidade por HIV/AIDS do país, com 8,4 óbitos/100 mil habitantes, seguido pelo Pará, com 8,2/100 mil habitantes e pelo Mato Grosso do Sul, com 6,4/100 mil habitantes. Ao mesmo tempo, os menores estão no Acre (2,2/100 mil), Tocantins (3,0/100 mil) e Minas Gerais (3,3/100 mil).

Mapa 3 – Coeficientes de Mortalidade por HIV/AIDS. Brasil, 2019

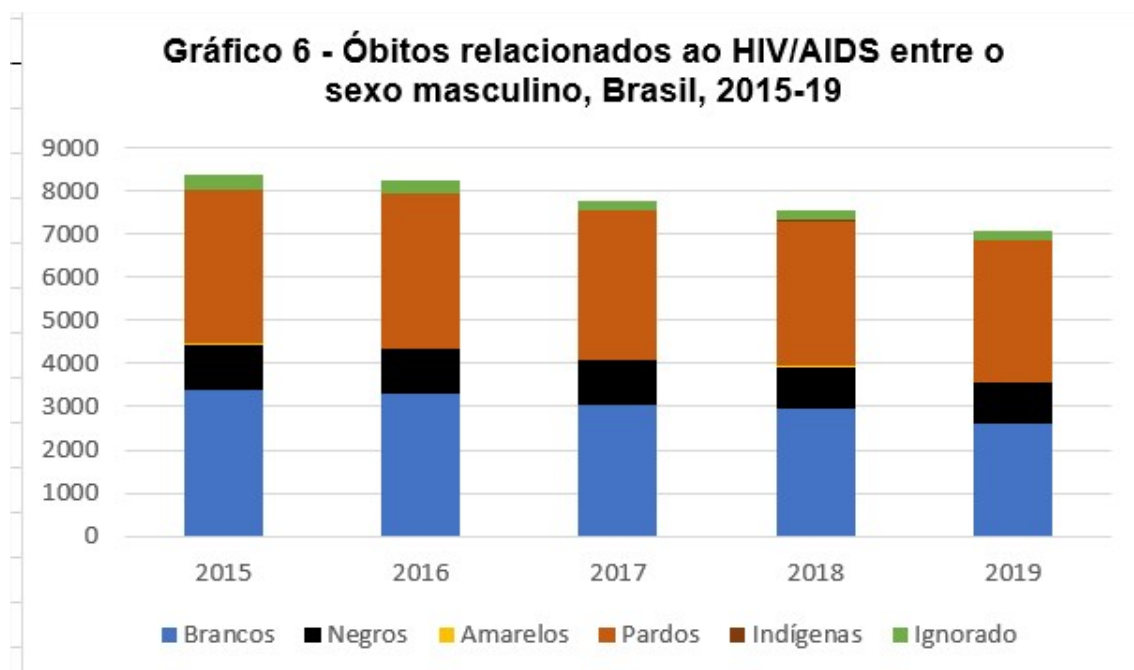


Fonte: Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2020.

Em relação à raça/cor, o padrão de crescimento proporcional entre negros e pardos também é verificado em relação aos óbitos em ambos os sexos. Conforme mostrado no Gráfico 6, os homens desses dois grupos registraram no ano de 2019 um total de 4214 óbitos, o que equivale a um total de 59%, enquanto em 2017 foram 4458, equivalente a 57% de todos os óbitos masculinos registrados para esse ano.

Além disso, os óbitos entre as mulheres negras e pardas em 2019 totalizaram 2128, o que equivale a 60% do total, enquanto em 2015 eram 56%. A quantidade de casos em que raça/cor foram ignorados vem caindo

continuamente desde o início da série histórica, o que indica uma melhoria na qualidade da informação.



Fonte: Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2020.

5.2. A vulnerabilidade das populações-chave antes da pandemia

A busca por dados é de fundamental importância no âmbito do planejamento de políticas públicas. Nesse sentido, em relação ao HIV/AIDS, torna-se essencial focar nos grupos mais susceptíveis, as populações-chave, tendo em vista a formulação de ações ligadas a campanhas de uso e conscientização, bem como o estabelecimento de protocolos terapêuticos e, por sua vez, a capacitação de profissionais da saúde capazes de atuar com melhor qualificação para com esses grupos mais vulneráveis.

Além disso, tais ações também objetivam melhorar a qualidade da informação sobre essa população, as quais, por muitas vezes, carecem de dados atualizados sobre a sua situação global. Cabe destacar também que muitas PVHIV, estando inclusas na população-chave ou não, também relatam sofrer de estigma e discriminação.

Segundo o estudo *Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS*, feito pela UNAIDS em 2019 e apoiado por diversas instituições de ensino e entidades que tratam sobre o tema, 64,1% das 1784 PVHIV entrevistadas já sofreram alguma forma de estigma ou de discriminação. Entre esse grupo, 46,3% já sofreram comentários depreciativos por outras pessoas e 41% passaram por isso dentro da própria família. Ademais, 25,3% já passaram por assédio verbal, 19,6% registraram perda de renda ou de emprego e 6% relataram agressões físicas.

Entre as populações-chave, isto é, gays, travestis, transexuais, trabalhadoras do sexo e a população que faz uso de drogas, os coeficientes de prevalência de ISTs e, mais precisamente de HIV conforme Tabela 8, são muito maiores do que a prevalência em toda a população brasileira, que no caso de HIV/AIDS, representa 0,4% do total⁹.

⁹ Coeficiente de Prevalência de HIV no Brasil em 2020 = $\frac{PVHIV\ Total}{População\ Total} \times 100 = \frac{920000}{211755692} \times 100 \cong 0,43\%$

O cálculo foi feito baseado na estimativa de PVHIV feita pelo Ministério da Saúde e reportada pela UNAIDS e também na população brasileira estimada para o ano de 2020, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Tabela 8– Prevalência de Infecção pelo Vírus HIV entre as Populações-chave. Brasil, vários anos

Grupo	Prevalência (%)
População Brasileira Total	0,4
Travestis e transexuais (1)	19,7~65,3 *
Gays e Homens que Transam com outros Homens (2)	18,4 (15,4~21,7*)
Usuários de Crack e/ou similares (3)	5,0
Trabalhadoras do Sexo (4)	5,3

Fonte: **1** – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2019. *Estudo de Abrangência Nacional de Comportamentos, Atitudes, Práticas e Prevalência para o HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis e Mulheres Trans*; **2** – KERR, Lígia, et al. 2018. *HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling*; **3** - Bastos, et al. 2014. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?*. Fundação Oswaldo Cruz. Brasil; **4** - BRASIL, 2018b. Ministério da Saúde. *Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Os dados destacados com um asterisco (*) são aplicados em cidades diferentes.

Entre travestis e transexuais, de acordo com o *Estudo de Abrangência Nacional de Comportamentos, Atitudes, Práticas e Prevalência para o HIV, Sífilis, Hepatites B e C entre Travestis e Mulheres Trans*, realizado pela Fiocruz com 2.846 pessoas de 12 capitais brasileiras, o coeficiente de prevalência variou de 19,7%, encontrados em Curitiba, a 65,3%, em Porto Alegre. Além disso, a grande maioria (de 76,1% em Belém a 93,9% no Rio de Janeiro) relataram ter sofrido alguma discriminação por serem transexuais (BRASIL, 2019).

Tais estatísticas só reforçam a dimensão ampliada de vulnerabilidade que essa população possui. Além desse grupo, os gays e homens que transam com outros homens registraram, em uma pesquisa publicada em 2018 (Kerr *et al*), uma prevalência geral de HIV de 18,4%, sendo que as taxas foram de 15,4% a 21,7% dependendo das 12 cidades investigadas. No estudo anterior, realizado em 2009, o coeficiente de prevalência para esse grupo em geral havia sido de 12,1%. Tal aumento está relacionado com a mudança de foco do Brasil na estratégia de tratamento para prevenção, bem como uma diminuição de apoio e financiamento de programas e entidades comunitárias que tratam sobre o tema.

Outro ponto a ser destacado é que a religiosidade também tem efeitos sobre a população jovem no que se refere à prática sexual e prevenção de ISTs/AIDS. O estudo *O direito à prevenção da Aids em tempos de retrocesso*:

religiosidade e sexualidade na escola, publicado em 2019 e feito entre os anos de 2013 a 2017 entre 925 estudantes de 15 a 19 anos de seis escolas da região metropolitana do Distrito Federal e do Vale da Ribeira/São Paulo, mostra que a religiosidade, especialmente entre evangélicos/protestantes, tem efeitos bem consideráveis no que tange a iniciação e a prática sexual. Embora por um lado isso se traduza em um maior incentivo à abstinência sexual, por outro pode inibir o uso de preservativos desde a primeira relação. O estudo também sugere que se deva, com todo respeito à religião e à autonomia dos indivíduos, procurar formas de comunicação eficientes no que se refere à sexualidade, que, por sua vez, não deve ser tratada como um tabu.

Além disso, de acordo com a *Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack*, feita pela Fiocruz e publicada em 2014, a prevalência global de HIV entre usuários de crack é cerca de 5,0%. Entre as mulheres usuárias, essa proporção é de 8,2%, enquanto entre os homens é de 4,0%, sendo que essas prevalências são levemente superiores nas capitais (8,7% para mulheres e 4,9% para homens, respectivamente). A pesquisa também captou que a infecção pelo HIV foi maior entre os usuários de crack que relataram já ter trocado sexo por dinheiro ou drogas, uma vez que essa proporção ficou em 6,5% para esse grupo.

Nesse sentido, o grupo das mulheres trabalhadoras do sexo também acaba registrando uma maior preponderância de infecção por HIV do que a média nacional, ficando, conforme reportado pelo Relatório produzido pelo Ministério da Saúde *Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis* (2018), com um coeficiente de prevalência global de 5,3% em 2016 frente a 4,9% em 2010.

5.3. Reflexos da pandemia sobre a população-chave e as demais PVHIV

Segundo o levantamento *Assistência social, saúde mental e informação: pesquisa do UNAIDS aponta necessidades de pessoas vivendo com HIV em tempos de COVID-19* (UNAIDS, 2020b), a pandemia de Covid-19 também teve reflexos nas vidas das PVHIV, bem como também expôs reflexos ligados à sua vulnerabilidade.

A pesquisa foi feita com a participação de 2.893 pessoas, das quais 82,6% eram de alguma população-chave (79,6% de gays, 2,1% de transexuais, 0,6% de trabalhadores do sexo e 0,4% de pessoas que usam drogas). Segundo os dados coletados, 13% do total revelaram não ter condições de cumprir o isolamento social.

Tal dado, referente às pessoas que não conseguem cumprir o isolamento social, também trouxe consigo outro dado que atesta a vulnerabilidade das PVHIV frente aos diferentes aspectos ligados à Covid-19, o de que aproximadamente 35% desse grupo possui receio de revelar sua condição soropositiva para as pessoas com as quais convivem. Além disso, aproximadamente 49% dessas PVHIV que não estavam conseguindo realizar o isolamento social e ficar em casa não o faziam porque precisavam trabalhar fora.

Além disso, do total dos entrevistados, cerca de 17% relataram condição de vulnerabilidade quanto o não-cumprimento das formas de prevenção da Covid-19, uma vez que essa parcela relatou não possuir insumos suficientes para a devida proteção contra a doença. Nesse sentido, a falta de sabão e a falta de água, que são materiais muito básicos, foi apontada por 7,6% e 6,2%, respectivamente.

Ademais, um total de 96,2% relatou estar em tratamento antirretroviral e a maioria, aproximadamente 2/3, relatou ter sentido alterações psicológicas suscitadas pela pandemia. Desses, 44% disseram que suas mudanças foram leves, 18% as reportaram como moderadas e 2% as descreveram como graves, enquanto 50% disse precisar de apoio psicológico, o que sugere que há um grande impacto provocado pela pandemia na saúde mental das PVHIV.

Para além desses fatores de vulnerabilidade ligados às condições psicológicas, econômicas e estruturais, 46% relataram não ter informações suficientes sobre a relação da pandemia de Covid-19 e o HIV/AIDS. A maior fonte de informação era a televisão, ocupando 40% das preferências, enquanto os canais oficiais do Ministério da Saúde respondiam por 24% e os próprios profissionais e serviços da saúde por 11%.

O relatório *O Impacto da Covid-19 nas Políticas de Tuberculose e HIV e Aids: um levantamento da sociedade civil brasileira* reúne as percepções de gestores, profissionais de saúde e usuários sobre a oferta e prestação de

serviços, exames, tratamentos e informações relacionadas à tuberculose e a HIV/AIDS durante o ano de 2020, o qual foi marcado pelo início da pandemia de Covid-19.

O levantamento foi finalizado no final do ano de 2020 com apoio de entidades que tratam sobre tuberculose e HIV/AIDS, bem como de órgãos como: a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, o Programa Global contra a Tuberculose da Organização Mundial da Saúde, OMS (WHO-GTP), entre outros. Para a sua utilização, foram levantados dados quali-quantitativos em duas etapas através de formulários das plataformas *Google Docs* ou *SurveyMonkey* coletados pessoalmente, eletronicamente ou então por meio de anúncios em redes sociais ou listas de *e-mails*.

Ao todo, durante a primeira etapa, foram coletadas as percepções de 101 gestores, 190 profissionais de saúde e 550 usuários de serviços de saúde, enquanto, durante a segunda etapa, 41 gestores, 325 profissionais de saúde e 545 usuários responderam os questionários. Os gestores escolhidos foram os chefes dos programas de tuberculose e de HIV/AIDS de todos os estados e capitais mais o Distrito Federal, enquanto os profissionais de saúde, por sua vez, foram médicos, enfermeiros, técnicos, agentes comunitários, assistentes sociais e demais profissionais que trabalham na ponta e que também lidam com essas doenças dentro do âmbito da saúde pública. Já os usuários que contribuíram para o estudo são pessoas em tratamento oriundas de capitais ou nas suas respectivas regiões metropolitanas.

É importante citar que da primeira para a segunda etapa, foi utilizado, no caso dos profissionais de saúde e dos usuários, o método “bola de neve” para tentar manter o mesmo número de participantes, o que pode ter influenciado em mudanças no perfil dos entrevistados e, por consequência, nos resultados, visto que nesse método o participante indica outra pessoa para participar. Neste contexto, foi possível estabelecer uma amostra comparável com a anterior, apesar de que na segunda amostra, o público geral tende a ser menos informado sobre HIV/AIDS e suas políticas públicas do que era na primeira. Além disso, durante a formulação da primeira etapa, estava-se em um momento em que o isolamento social estava sendo praticado de forma mais intensa, ao passo em

que na época da segunda etapa houve um arrefecimento, o que também pode ter contribuído para o estabelecimento de um viés na pesquisa.

No caso dos gestores, também foi feita uma coleta de dados preliminar antes das duas etapas, a qual foi realizada entre os meses de abril e maio. Em relação à redução de recursos financeiros, preliminarmente, 72% apontaram que não houve alteração nos recursos, enquanto 20% não sabiam e 8% reportaram redução. Após isso, na primeira etapa, realizada de junho para julho, 18% disseram ter havido redução, sendo que essa também foi a mesma proporção apontada na etapa seguinte, cujos resultados foram levantados entre os meses de outubro e novembro.

Em relação à formação das equipes técnicas, no final do ano, houve uma redução da proporção dos gestores que relataram diminuição delas. Entre abril e maio (etapa preliminar), eram 40%, enquanto de junho para julho (primeira etapa) esse número passou para 44% e de outubro para novembro (segunda etapa) passou para 25%.

Entretanto, tais percentuais registrados não acompanharam a percepção dos profissionais de saúde. Na primeira etapa do questionário, realizada com os profissionais de saúde entre os meses de julho e agosto, 56% relataram redução na equipe, enquanto na segunda etapa, também realizada entre outubro e novembro, o número dos que relataram uma diminuição nos quadros de equipes técnica aumentou para 59%, conforme apontado na Tabela 9.

Tabela 9 - Proporção de gestores e profissionais de saúde que relataram diminuição na formação de equipes técnicas para o combate a HIV/AIDS. Brasil, 2020

Etapa	Gestores	Profissionais de Saúde
Preliminar	40%	-
1ª Etapa	44%	56%
2ª Etapa	25%	59%

Fonte: Relatório *O Impacto da Covid-19 nas Políticas de Tuberculose e HIV e AIDS: um levantamento da Sociedade Civil Brasileira*.

Nota: Apenas os gestores participaram da etapa preliminar.

Em relação à testagem de HIV dentro dos serviços de referência, na etapa preliminar, 10% dos gestores relataram diminuição, enquanto na primeira etapa esse percentual aumentou para 25% e depois caiu para 12%. Entre os

profissionais de saúde, durante a primeira etapa, 24% relataram diminuição e na segunda etapa esse percentual se reduziu para 17%.

A variação de percepção entre os gestores e profissionais de saúde, nesse caso, não foi tão visível quanto em relação à formação das equipes técnicas, contudo, durante a primeira etapa, 6% dos profissionais de saúde afirmaram que a testagem não estava sendo mantida nos serviços de referência, enquanto na segunda etapa essa proporção caiu para 4% do total.

Em relação à testagem de HIV dentro das Unidades Básicas de Saúde - UBS, os dados preliminares apontaram que 7% dos gestores relataram redução na oferta, sendo que na primeira etapa essa proporção subiu para 32% e, posteriormente, caiu para 28%. Entre os profissionais de saúde, na primeira e segunda etapa, respectivamente, os percentuais foram de 25% para 15%.

No tocante à distribuição de antirretrovirais, conforme Tabela 10, na segunda etapa, essa proporção subiu para 88%. Entre os profissionais de saúde, a proporção foi bastante diferente, visto que 32% relataram o mesmo na primeira e na segunda etapa.

Dessa vez, o questionário também foi aplicado aos usuários do sistema de saúde. Na primeira etapa, conduzida no mês de junho, 42% relataram que há antirretrovirais disponíveis para 90 dias, enquanto na segunda, realizada no mês de novembro, apontou que 39% relataram o mesmo.

Tabela 10 - Proporção de gestores, profissionais de saúde e usuários que relataram que a distribuição de antirretrovirais é suficiente para 90 dias. Brasil, 2020

Etapa	Gestores	Profissionais de Saúde	Usuários
Preliminar	87%	-	-
1ª Etapa	81%	32%	42%
2ª Etapa	88%	32%	39%

Fonte: Relatório *O Impacto da Covid-19 nas Políticas de Tuberculose e HIV e AIDS: um levantamento da Sociedade Civil Brasileira*.

Nota: Apenas os gestores participaram da etapa preliminar.

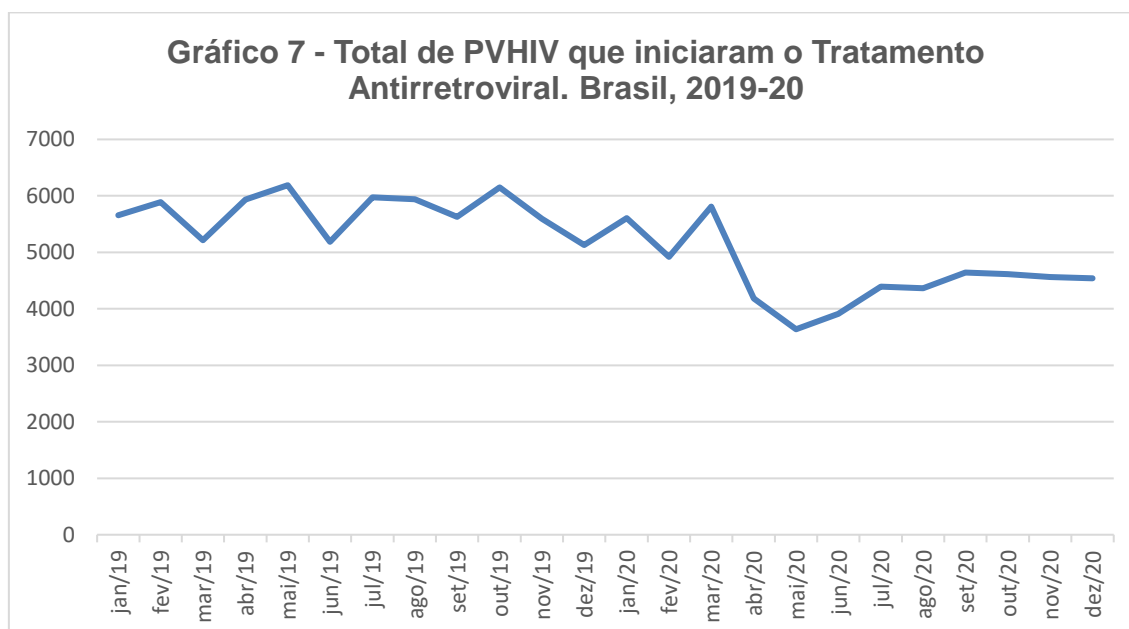
Além disso, na primeira e na segunda etapa, respectivamente, 42% e 33% dos usuários relataram que a distribuição de antirretrovirais era suficiente para apenas para 60 dias, enquanto outros 9% e 22%, respectivamente, relataram que era para, no máximo, 30 dias.

Segundo a Tabela 11, cabe destacar que apesar de em 2020 mais pessoas estarem fazendo uso de antirretrovirais do que em 2019, o quantitativo total de dispensações caiu 14,5% em relação à 2019. Além disso, houve uma queda de 19,4% no total de PVHIV que iniciaram TARV, sendo que a partir de março, conforme visto no Gráfico 7, a quantidade de novos usuários não alcançou mais os patamares do ano anterior. De acordo com o Relatório de Monitoramento Clínico do HIV, os atrasos de 30 dias ou mais na busca pelo TARV saltaram de 14% em 2019 para 18% em 2020 e a quantidade de não-atrasos caiu para 32% frente a 39% do 2019, o que também indica que alguns usuários possam estar ficando para trás.

Tabela 11 – Dispensações de antirretrovirais e quantitativo de PVHIV vinculadas. Brasil, 2019-20.

Ano	Dispensações de ARV	PVHIV vinculadas
2019	4.844.512	739.702
2020	4.140.791	760.955

Fonte: Painel de monitoramento de dados de HIV durante a pandemia da COVID-19 do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e ISTs, do Ministério da Saúde.



No que se refere à quebra na rotina de consultas, preliminarmente, 35% dos gestores relatou que elas não estão sendo realizadas. Na primeira etapa de

pesquisa, essa proporção subiu para 56% e na segunda etapa, caiu para 29%. Entre os profissionais de saúde, na primeira etapa, 57% relataram que as consultas não estavam sendo mantidas, enquanto, na segunda etapa, 32% afirmaram o mesmo.

Entre os usuários, na primeira etapa, 64% relataram que as consultas não estão sendo mantidas, enquanto na segunda etapa 43% relataram o mesmo. Além disso, na primeira etapa, 60% relataram cancelamento de alguma consulta, enquanto na segunda etapa 36% relataram o mesmo.

Tabela 12 - Proporção de gestores, profissionais de saúde e usuários que relataram quebra na manutenção de consultas para HIV/AIDS. Brasil, 2020

Etapa	Gestores	Profissionais de Saúde	Usuários
Preliminar	35%	-	-
1ª Etapa	56%	57%	64%
2ª Etapa	29%	32%	43%

Fonte: Relatório *O Impacto da Covid-19 nas Políticas de Tuberculose e HIV e AIDS: um levantamento da Sociedade Civil Brasileira*.

Nota: Apenas os gestores participaram da etapa preliminar.

Quanto à realização de exames, na segunda etapa, 17% dos gestores afirmaram que os exames estavam sendo feitos regularmente.

Entre os profissionais de saúde, 23% do total afirmou que os exames estavam sendo realizados normalmente. Em relação aos usuários, durante a segunda etapa, 39% relataram quebra na rotina da realização de exames. Ademais, ao todo, 51% e 26% dos usuários, respectivamente na primeira e na segunda etapa, também relataram alguma ocorrência de cancelamento de exames.

Tabela 13 - Proporção de gestores, profissionais de saúde e usuários que relataram quebra na rotina de exames relacionados a HIV/AIDS. Brasil, 2020

Etapa	Gestores	Profissionais de Saúde	Usuários
Preliminar	20%	-	-
1ª Etapa	31%	34%	53%
2ª Etapa	17%	23%	39%

Fonte: Relatório *O Impacto da Covid-19 nas Políticas de Tuberculose e HIV e AIDS: um levantamento da Sociedade Civil Brasileira*.

Nota: Apenas os gestores participaram da etapa preliminar.

Quanto à disponibilização de PEP, na etapa preliminar, 90% dos gestores disseram que a profilaxia estava sendo disponibilizada. Na primeira etapa, tal proporção oscilou para 88%, enquanto na segunda, a totalidade (100%) afirmou que a PEP estava disponível, conforme é reportado na Tabela 13.

Na primeira etapa, 70% dos profissionais de saúde reportaram o mesmo, enquanto na segunda essa proporção caiu para 64%. Em relação aos usuários, na primeira etapa, 24% afirmaram que os serviços de disponibilização de PEP estavam disponíveis, enquanto na segunda esse valor subiu para 30%.

No entanto, na primeira etapa, também foi visto que 54% dos usuários relataram não saber e que 9% falaram que a disponibilização estava sendo feita de maneira parcial. Nessa etapa, também se averiguou que 8% dos usuários não sabiam o que era PEP, enquanto 12% tinham apenas informações vagas a respeito. Na etapa posterior, tais proporções foram ainda maiores, sendo de 23% e 13%, respectivamente, o que mostra que grande parte da população-alvo ainda desconhece tal profilaxia. Além disso, as respostas dos usuários, por conta do método “bola de neve”, também podem carregar viés, visto que na segunda etapa a amostra era possivelmente menos esclarecida sobre as políticas públicas para o combate ao HIV.

Tabela 14 - Proporção de gestores, profissionais de saúde e usuários que relataram que a PEP está sendo disponibilizada regularmente. Brasil, 2020

Etapa	Gestores	Profissionais de Saúde	Usuários
Preliminar	90%	-	-
1ª Etapa	88%	70%	24%
2ª Etapa	100%	64%	30%

Fonte: Relatório *O Impacto da Covid-19 nas Políticas de Tuberculose e HIV e AIDS: um levantamento da Sociedade Civil Brasileira*.

Nota: Apenas os gestores participaram da etapa preliminar.

De acordo com o Painel de Monitoramento Clínico, em todo ano, a dispensação de PEP passou de um total de 140.515 para 126.171, o que representa uma redução de cerca de 10,2% frente a 2019.

No tocante à disponibilização de PrEP, conforme Tabela 15, na segunda etapa, 47% dos gestores disseram que a profilaxia estava sendo disponibilizada.

Para os profissionais de saúde na mesma etapa, essa proporção foi de 36%. Em relação aos usuários, foram apenas coletados dados na primeira etapa, com 23% deles relatando positivamente quanto a disponibilização.

Tabela 15 - Proporção de gestores, profissionais de saúde e usuários que relataram que a PrEP está sendo disponibilizada regularmente. Brasil, 2020

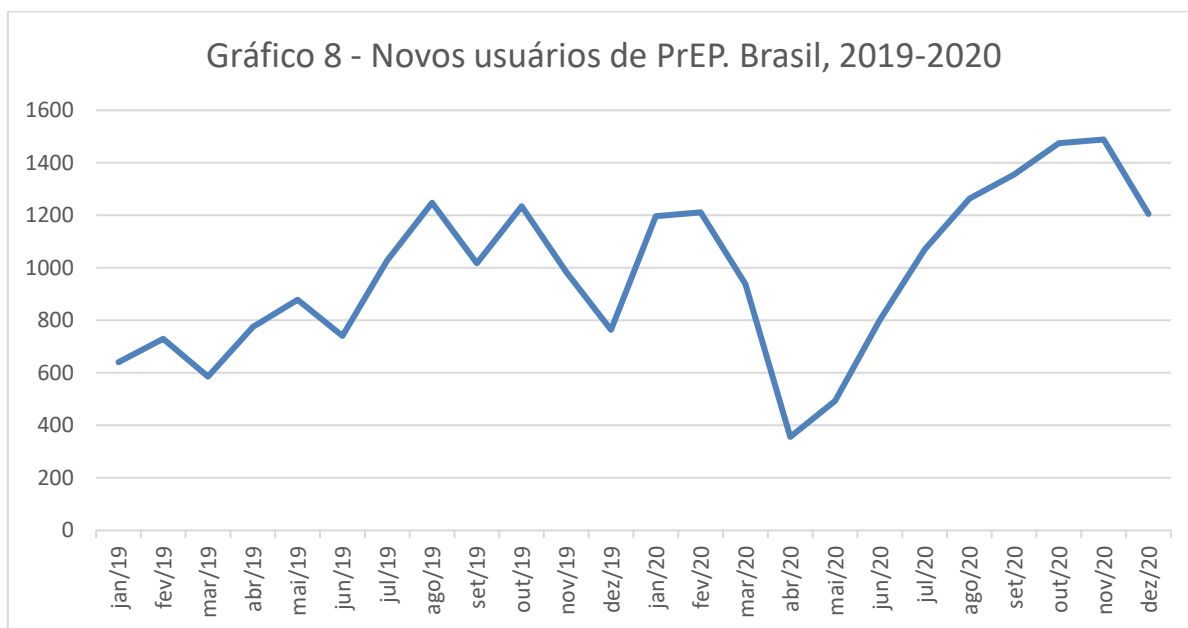
Etapa	Gestores	Profissionais de Saúde	Usuários
Preliminar	35%	-	-
1ª Etapa	50%	28%	23%
2ª Etapa	47%	36%	-

Fonte: Relatório *O Impacto da Covid-19 nas Políticas de Tuberculose e HIV e AIDS: um levantamento da Sociedade Civil Brasileira*.

Nota: Apenas os gestores participaram da etapa preliminar.

No entanto, na primeira etapa, também se averiguou que 10% dos usuários não sabiam o que era PrEP, enquanto 11% tinha apenas informações vagas a respeito. Na etapa posterior, tais proporções foram ainda maiores, sendo de 26% e 12%, respectivamente, o que mostra que, apesar de as PVHIV não fazerem parte do público-alvo de tal profilaxia, as políticas públicas relacionadas ainda precisam ser mais abrangentes, tendo em vista que são desconhecidas por grande parte da população.

No entanto, o número de novos usuários de PrEP aumentou, ainda que em março também se tenha registrado uma diminuição no quantitativo da entrada deles. Ao todo, apesar da queda no segundo trimestre, houve um incremento de 20,4% no número de novos usuários de PrEP durante 2020, conforme evidenciado no Gráfico 8 e na Tabela 16.



Fonte: Painel PrEP, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e ISTs, do Ministério da Saúde.

Tabela 16 – Quantidade de Exames CD4 e CV realizados, Brasil, 2019-20

Ano	CD4	Carga Viral
2019	455.550	499.072
2020	305.986	416.534

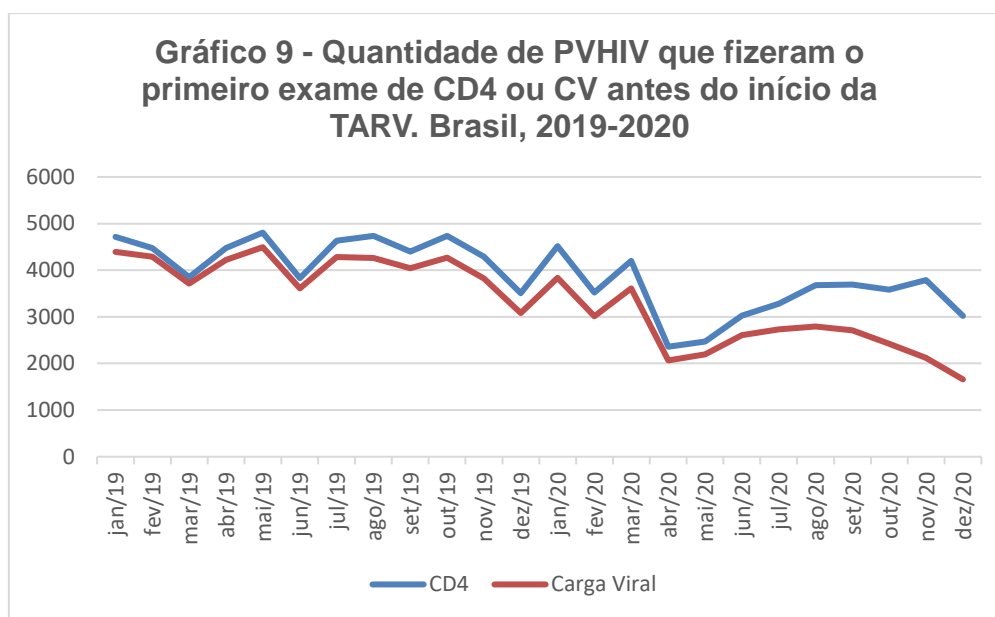
Fonte: Painel de monitoramento de dados de HIV durante a pandemia da COVID-19, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e ISTs, do Ministério da Saúde.

Portanto, nota-se que a partir do início da pandemia, o número de exames CD4 realizados em todo o território nacional não retomou o ritmo visto em 2019, o que se traduziu em uma redução de 32,8% frente ao ano anterior. Em relação aos exames de carga viral, a redução foi de 16,5%.

O número de PVHIV que realizaram, nos nove primeiros meses do ano, o primeiro exame de CD4 ou de Carga Viral antes da TARV sofreu em 2020 uma retração de 26% face ao ano anterior, o que pode ser um indicativo de como a pandemia de Covid-19 afetou os diagnósticos de HIV, além de pessoas evitarem buscar os serviços de saúde na vigência da pandemia.

Além disso, no Gráfico 9, é possível visualizar que, durante o mês de março de 2020, o total mês a mês do número de pessoas que fizeram o primeiro exame CD4 ou de carga viral antes do início da TARV não alcançou mais os patamares vistos no mesmo período do ano anterior, o que pode estar associado

às medidas de distanciamento social, a mobilização do sistema de saúde no tocante ao combate da pandemia de Covid-19, a possivelmente menos pessoas estarem infectadas ou até mesmo à subnotificação, sobretudo nos últimos meses do ano, os quais registraram números muito baixos. Ao todo, o número de PVHIV que fizeram o primeiro exame CD4 antes do início da TARV caiu numa proporção de 21,6% frente a 2019, enquanto em relação ao exame de carga viral essa retração foi de 34,5%.



Fonte: Painel de monitoramento de dados de HIV durante a pandemia da COVID-19, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e ISTs, do Ministério da Saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados fornecidos pelo Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde sugerem, ainda que preliminarmente, que o número de novas infecções por HIV durante o ano de 2020 possa ter seguido a tendência de queda manifestada durante o ano anterior.

Além disso, especulou-se que o fator do distanciamento social possa ter influenciado na curva epidemiológica de HIV, visto que ela pode ter desacelerado de forma bastante considerável a partir dos meses iniciais da pandemia no Brasil, chegando a registrar níveis semelhantes, porém ainda inferiores ao mês de março, durante setembro. Contudo, além da própria queda na testagem, pode ter havido um atraso nas notificações, o que provavelmente aconteceu durante os três últimos meses do ano, visto que foram meses em que os casos de Covid-19 cresceram no país. Assim sendo, espera-se que os dados de novas infecções de HIV para outubro, novembro e dezembro estejam registrados em um nível aquém da realidade.

O número de óbitos relacionados com HIV/AIDS encontrado para o ano de 2020 entre todas as faixas etárias foi de 535, o que tornou impossível tirar quaisquer conclusões a respeito da mortalidade por HIV/AIDS durante o ano de 2020, tendo em vista que esse quantitativo, devido à subnotificação, foi extremamente inferior aos registrados nos anos anteriores. Entretanto, é sabido que a mortalidade vem avançando nos últimos anos entre os pardos e negros, enquanto os homossexuais continuam ser a maioria dos novos casos entre o sexo masculino, apesar de serem uma minoria na sociedade. Além disso, a proporção de novos casos de HIV entre negros e pardos tende a ser maior durante o ano da pandemia.

O presente trabalho também reuniu dados relacionados com os reflexos da pandemia sobre as PVHIV oriundas de outras pesquisas. Chamou atenção o fato de que 50% sente que precisa de apoio psicológico e que de que aproximadamente 66% relataram ter sofrido alguma alteração ligada à saúde

mental, o que também torna necessário o fortalecimento da articulação entre saúde, assistência social e assistência em saúde mental.

Ademais, as percepções dos gestores, profissionais de saúde e usuários foram, no geral, diferentes uma da outra em relação à realização de consultas, exames e à disponibilização de TARV, com os usuários, na maior parte das vezes, relatando quebra na rotina mais do que os outros dois grupos, principalmente na segunda etapa da pesquisa, a qual ocorreu nos últimos meses do ano. Todavia, o método “bola de neve” empregado na pesquisa provavelmente acarretou em um viés entre os usuários, visto que os que participaram da segunda etapa tendiam a ser menos informados sobre as políticas públicas do que os outros.

Deve-se promover a reivindicação do aumento de novos recursos para o combate do HIV/AIDS no Brasil, visto que, apesar de ser uma doença um pouco “esquecida” entre a sociedade hoje em dia em comparação ao que se via nos anos 80 e 90, ainda continua bem presente no país, com aproximadamente 920 mil casos ativos, segundo a última estimativa do Ministério da Saúde. Além disso, os casos ocorridos entre jovens de 15-24 anos também merecem atenção, visto que esse grupo concentrou cerca de $\frac{1}{4}$ de todos os novos casos de HIV nos últimos anos entre a população masculina.

Para a melhor prestação de serviços, é importante que também se promova a manutenção e o aumento das equipes técnicas, as quais, conforme relatado pela maior parte dos profissionais de saúde no levantamento da sociedade civil, chegaram a sofrer, em muitos casos, diminuições em alguns momentos do ano. Além disso, no meio do contexto da pandemia, também se recomenda que o serviço de saúde garanta insumos de prevenção da Covid-19 para todas as PVHIV.

Também cabe destacar que o Ministério da Saúde, no dia 29 de março de 2021 e por meio da Nota Técnica nº282/2021, incluiu os indivíduos de 18 a 59 anos que vivem com HIV no grupo prioritário do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação, o que sem dúvidas foi uma grande conquista em meio a esse momento tão delicado. Ademais, a dispensação ampliada de antirretrovirais também possibilita que o usuário recolha mais medicamentos em

apenas uma dispensação, o que diminui a necessidade de realizar mais consultas, favorecendo o isolamento social.

Por fim, os métodos de prevenção combinada ainda precisam ser mais divulgados entre as PVHIV e entre a própria sociedade em geral. Os insumos relacionados também precisam estar disponíveis e as campanhas de prevenção precisam alcançar os homo e bissexuais, visto que esses grupos concentram boa parte dos novos casos de HIV e o sistema de saúde deve ser capaz de oferecer à PVHIV o devido atendimento em vários níveis, atuando em rede, de acordo com a necessidade de cada caso.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA AIDS, 2020. **Racismo e desigualdades impactam a saúde da população negra vivendo com HIV/aids**. Disponível em <<https://agenciaaids.com.br/noticia/racismo-e-desigualdades-impactam-a-saude-da-populacao-negra-vivendo-com-hiv-aids/>>

AGÊNCIA CENTRAL DE INTELIGÊNCIA – *Central Intelligence Agency* – CIA, 2021. Governo dos Estados Unidos da América. **Country Comparisons: HIV/AIDS – people living with HIV/AIDS**. Disponível em <<https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/hiv-aids-people-living-with-hiv-aids/country-comparison>>. Acesso em 14/04/2021, às 12:31h.

ANDRADE, Domitila. **Quando o Brasil enxergou a Aids na década de 1980**. O Povo. 24 de março de 2021. Disponível em <<https://mais.opovo.com.br/jornal/dom/2020/07/05/quando-o-brasil-enxergou-a-aids-na-decada-de-1980.html>>

BARATA, Rita de Cássia Barradas. **Epidemias**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 3 (1) 9-15, jan/fev. 1987. Disponível em <www.scielo.br/pdf/csp/v3n1/v3n1a02.pdf>

BASTOS, et al. 2014. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?**. Fundação Oswaldo Cruz. Brasil. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>>

BORDINGNON, et al. **Causas da não utilização de preservativos nas práticas sexuais de adolescentes: revisão integrativa / Causes of the non use of condoms in adolescent sexual practice: integrative review**. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31088>>

BRASIL, 2012. **Gestação de Alto Risco - Manual Técnico**. Disponível em <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>

BRASIL, 2013. **Ministério da Saúde estende tratamento para todos com HIV**. Disponível em <www.aids.gov.br/pt-br/noticias/ministerio-da-saude-estende-tratamento-para-todos-com-hiv>.

BRASIL, 2014. **Diagnóstico do HIV**. TELELAB - diagnóstico e monitoramento. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2014. Disponível em <https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22163/mod_resource/content/2/HIV%20-%20Manual%20Aula%201_SEM.pdf>.

BRASIL, 2015. RESOLUÇÃO RDC Nº 52, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2015. **Dispõe sobre as regras para o registro de produtos para diagnóstico in vitro como autoteste para o HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana, para fins de triagem, e dá outras providências**. Disponível em <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33350991/do1-2015-11-30-resolucao-rdc-n-52-de-27-de-novembro-de-2015-33350848>

BRASIL, 2017a. **HIV e AIDS**. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2409-hiv-e-aids>>

BRASIL, 2017b. **Sai o primeiro registro para comercialização, em farmácia, do autoteste para o HIV**. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/sai-o-primeiro-registro-para-comercializacao-em-farmacia-do-autoteste-para-o-hiv>>

BRASIL, 2018a. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2018. Disponível em <www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>.

BRASIL, 2018b. Ministério da Saúde. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções**

Sexualmente Transmissíveis. Disponível em <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/04/Minuta-Agenda-Estrategica-Populacao-Chave.pdf>>

BRASIL, 2020a. **Covid-19 não é pandemia, mas sindemia': o que essa perspectiva científica muda no tratamento.** Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em <<https://cee.fiocruz.br/?q=node/1264>>

BRASIL, 2020b. **O que é Covid-19?** Ministério da Saúde. Disponível em <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>>

BRASIL, 2020c. **Atenção com a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica.** Fundação Oswaldo Cruz. Bio-Manguinhos. 2020. Disponível em <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1987-atencao-com-a-sindrome-inflamatoria-multissistemica-pediatica>>.

BRASIL, 2020d. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2020.** Disponível em <www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>

BRASIL, 2020e. **Cai o número de casos e mortes causados pela AIDS no país.** Governo do Brasil. Disponível em <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/12/cai-o-numero-de-casos-e-mortes-causados-pela-aids-no-pais>>

BRASIL, 2020f. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2020.** Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde. Disponível em <www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2020>

BRASIL, 2021. Nota Técnica nº 282/2021 GGPN/DEIDT/SVS/MS. **Dispõe sobre a atualização das recomendações da vacinação contra a covid-19 em Pessoas vivendo com HIV.** <www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-2822021-cgpnideidtsvsms>

BRASIL, 2021a. **O que é o sistema imunológico?** Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2021. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/o-que-e-sistema-imunologico>>

BRASIL, 2021b. **Prevenção combinada. Conheça as formas de prevenção ao HIV, às IST e às hepatites virais.** Ministério da Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em <www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>.

BRASIL, 2021c. **O que é a PrEP?** Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2021. Disponível em <www.aids.gov.br/pt-br/o-que-e-prep>

BRASIL, 2021d. **O que é PEP?** Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2021. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/o-que-e-pep>>.

BRASIL, 2021e. **SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade.** DATASUS. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>

BRASIL, 2021f. **O autoteste de HIV no SUS.** Disponível em <www.aids.gov.br/pt-br/autoteste/o-autoteste-de-hiv-no-sus>

BRASIL, 2021g. **Painel de Indicadores Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros.** Disponível em <<http://indicadores.aids.gov.br/>>

BRASIL, 2021h. **Painel de monitoramento de dados de HIV durante a pandemia da COVID-19.** Disponível em <www.aids.gov.br/pt-br/painelcovidHIV>

BRASIL, 2021i. **Painel PEP.** Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv-prevencao-combinada/painel-pep>>.

BRASIL, 2021j. **Painel PrEP**. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>>
BRASIL, 2021k. **PORTAL CORONAVÍRUS BRASIL**. Ministério da Saúde. 2021 Disponível em <<https://covid.saude.gov.br/>>

BRASIL, 2021l. **SINAN – Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação**. DATASUS. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>

BRASIL, 2021m. **SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos**. DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def>

BRASIL. 2018b. **HIV: sintomas, transmissão e prevenção**. Disponível em <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/sintomas-transmissao-e-prevencao-hiv-dpp#:~:text=Para%20evitar%20a%20transmissao%20da,sangue%20e%20hemoderivados%20para%20transfusao>>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **SARS (10 Years After)**. Disponível em <<https://www.cdc.gov/dotw/sars/index.html>>.

DATASUS, 2021. **Indicadores de mortalidade. C.17. Taxa de Mortalidade por AIDS, Ficha de qualificação**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc17.htm>>

FERREIRA, C,S,F, et al. **HIV: mecanismo de replicação, alvos farmacológicos e inibição por produtos derivados de plantas**. Quím. Nova vol.33 no.8 São Paulo 2010. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0100-40422010000800023>>

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz, 2019. **Estudo de Abrangência Nacional de Comportamentos, Atitudes, Práticas e Prevalência para o HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis e Mulheres Trans**.

GIL, C. R. R, 2002. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2002.

GUERREIRO, et al. **Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais**, São Paulo, SP. Rev. Saúde Pública [online]. 2002, vol.36, n.4, suppl., pp.50-60. ISSN 1518-8787. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102002000500008&script=sci_abstract&tlng=pt>

HORTON, Richard. **Offline: COVID-19 is not a pandemic**. The Lancet. Publicado em 26 de setembro de 2020. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)>

KERR, Lígia, 2020. **O Brasil tem falhado e muito na prevenção ao HIV/Aids – e não é por falta de tecnologia**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO. Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/o-brasil-tem-falhado-e-muito-na-prevencao-ao-hiv-aids-e-nao-e-por-falta-de-tecnologia/54591/>>.

KERR, Lígia, et al. 2018. **HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling**. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29794604/>>

LABOISSIÈRE, Paula, 2016. **Brasil tem 827 mil vivendo com HIV; 112 mil não sabem que estão infectados**. Empresa Brasileira de Comunicação. Disponível em <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-11/brasil-tem-827-mil-vivendo-com-hiv-112-mil-nao-sabem-que-estao-infectados>>.

LATORRE, M, R, D. **Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos**. Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 4, Nº 3, 2001.

MONTEIRO, et al. **A Criação do Programa Nacional de DST e Aids como Marco para a Inclusão da Idéia de Direitos Cidadãos na Agenda Governamental Brasileira**.

PSICOLOGIA POLÍTICA . VOL. 9. Nº 17 . PP. 25-45. JAN. - JUN. 2009. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v9n17/v9n17a03.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil.** Disponível em <<https://www.paho.org/pt/covid19>>.

PAIVA, V, ANTUNES, M.C e SANCHEZ, M.N. **O direito à prevenção da Aids em tempos de retrocesso: religiosidade e sexualidade na escola.** Debates, O direito à prevenção da Aids revisitado em tempos de retrocesso • Interface 24 • 2020 • <<https://doi.org/10.1590/Interface.180625>>

PEREIRA, 2021. **Brazil sustains HIV response during the COVID-19 pandemic.** The Lancet. Fevereiro de 2021. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(21\)00003-5/fulltext#coronavirus-linkback-header](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(21)00003-5/fulltext#coronavirus-linkback-header)>

RODRIGUES, Karine. **Entrevista: "Lições do combate à Aids deveriam ser usadas para enfrentar a Covid", afirma vice-presidente da Abia.** Dezembro de 2020. Disponível em <<http://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1896-licoes-do-combate-a-aids-deveriam-ser-usadas-para-enfrentar-a-covid.html>>

SBMT - Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. **Outros Coronavírus humanos: perto, mas ainda tão longe.** Disponível em <<https://www.sbmt.org.br/portal/other-human-coronaviruses-close-but-still-so-far/>>

SILVA, et al. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas.** Cad. Saúde Pública vol.10 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 1994. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100009>

SOCIEDADE CIVIL BRASILEIRA, 2021. **O Impacto da Covid-19 nas Políticas de Tuberculose e HIV e Aids: um Levantamento da Sociedade Civil Brasileira em alinhamento com o Relatório de Progresso do Secretário Geral da ONU para a TB e suas recomendações.** Dezembro de 2020, Brasil.

UNAIDS, 2017. **Homens são menos propensos a buscar tratamento para HIV e têm mais chances de morrer por causas relacionadas à AIDS, diz UNAIDS.** Disponível em <<https://unaid.org.br/2017/11/homens-sao-menos-propensos-buscar-tratamento-para-hiv-e-tem-mais-chances-de-morrer-por-causas-relacionadas-aids-diz-unaid/>>

UNAIDS, 2019. **Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS BRASIL.** Disponível em <https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Exec_Sum_ARTE_2_web.pdf>

UNAIDS, 2020a. **2020 Global AIDS Update — Seizing the moment — Tackling entrenched inequalities to end epidemics.** Disponível em <<https://www.unaid.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>>

UNAIDS, 2020b. **Assistência social, saúde mental e informação: pesquisa do UNAIDS aponta necessidades de pessoas vivendo com HIV em tempos de COVID-19.** Disponível em <<https://unaid.org.br/2020/05/assistencia-social-saude-mental-e-informacao-pesquisa-do-unaid-aponta-necessidades-de-pessoas-vivendo-com-hiv-em-tempos-de-covid-19/>>

UNAIDS, 2021a. **Informações básicas sobre o HIV e a AIDS.** 2021 Disponível em <<https://unaid.org.br/informacoes-basicas/>>

UNAIDS, 2021b. **Termonologia.** Disponível em <<https://unaid.org.br/terminologia/>>

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Entrevista **Covid de longa duração: sintomas que persistem.** 2020. Vídeo disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=Rqly5LjHtY>>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Quais são as fases da infecção pelo HIV e quais os sintomas de cada uma delas?**. 2013. Disponível em <<https://www.farmacia.ufmg.br/pensandonisso/o-que-sao-as-fases-da-infeccao-pelo-hiv-e-quais-os-sintomas-de-cada-uma-delas/>>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Métodos de Pesquisa**, 1ª edição, 2009, <www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) – The Kingdom of Saudi Arabia**. Disease Outbreak News: Update 18 December 2019. Disponível em <<https://www.who.int/csr/don/18-december-2019-mers-saudi-arabia/en/https://www.who.int/csr/don/18-december-2019-mers-saudi-arabia/en/>>

APÊNDICE I – PRINCIPAIS VARIÁVEIS ESCOLHIDAS

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Data de notificação	dt_notificacao	date	dd/mm/aaaa	Data de preenchimento da ficha de notificação.	- Campo chave; - Para os agravos agudos, a semana epidemiológica de notificação deverá ser calculada automaticamente; Os agravos crônicos não terão esse campo.	DT_NOTIFIC
UF de Notificação	co_uf_notificacao	varchar2(2)	Tabela com Códigos padronizados pelo IBGE	Unidade Federativa onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. O nome não é uma variável. Está associado ao código	Preenchimento obrigatório	SG_UF_NOT

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Sexo	tpsexo	varchar2(1)	M- Masculino F- Feminino I- Ignorado	Sexo do paciente	Campo Obrigatório Se Sexo = Masculino, desabilitar o campo Gestante;	CS_SEXO
Raça/Cor	tpraca_cor	varchar2(1)	1- branca 2- preta 3-amarela 4-parda 5-indígena 9-Ignorado			
Idade	nu_idade	number(4)	A composição da variável obedece o seguinte critério: 1o dígito: 1. Hora 2. Dia 3. Mês 4. Ano Ex: 3009 – nove meses, 4018 – dezoito anos	quando não há data de nascimento a idade deve ser digitada segundo informação fornecida pelo paciente como aquela referida por ocasião da data dos primeiros sintomas ou na falta desse dado é registrada a idade aparente.	Campo Obrigatório Caso a data de nascimento não esteja preenchida Preenchido automaticamente se Data de nascimento for preenchida Calculada entre Data de nascimento e Data de Primeiros Sintomas/Diagnóstico;	NU_IDADE_ N

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
					Campo composto pela unidade de medida de tempo e número da idade. - Se campo < 4007 (7 anos), campo escolaridade é preenchido com 10- Não se aplica.	
Categoria de exposição (Campo interno)		varchar(2)	10 -Homossexual 11 -Homo/Drogas 12 -Homo/Hemofílico 13 -Homo/transusão 14 -Homo/Droga/Hemof 15 -Homo/Droga/Transf 20-Bissexual 21-Bi/Drogas 22-Bi/Hemofílico 23-Bi/Transusão 24-Bi/Droga/Hemofílico 25-Bi/Droga/Transusão 30- Heterossexual 31- Hetero/Droga 32- Hetero/Hemofílico 33- Hetero/Transusão 34- Hetero/Droga/Hemofílico 35- Hetero/Droga/Transusão 36- Hetero c/parceria de risco indefinido 40-Drogas 41- Drogas/Hemofílico		O sistema atribui a categoria de acordo com dados e hierarquia de outros campos relacionados	ANT_REL_CA

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			42- Drogas/Transusão 50-Hemofílico 60-Transusão 61-Transusão/Drogas 62-Transusão/Homo 63-Transusão/Bi 64-Transusão/Droga/ Homossexual 65- Transusão/Droga/ Bissexual 66-Transusão/Hetero 67-Transusão/Droga/ Hetero 59 - Transusão/Droga/ Hetero/Hemofílico 68 Transusão/Droga/ <u>Homo</u> /Hemofílico 69 Transusão/Droga/ <u>Homo</u> /Hemofílico 70 Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 06 meses. 80-Perinatal 90-Ignorado			

Nota: As variáveis acima foram retiradas de <http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Influenza/DIC_DADOS_Influenza_v5.pdf>

APÊNDICE II – DICIONÁRIO DE DADOS AIDS_ADULTO.dbc

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GT-SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO

DICIONÁRIO DE DADOS - SINAN NET

AIDS ADULTO (versão 08/06/2006)

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
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
Transmissão Vertical	st_transmissao_vertical	varchar (1)	1 – Sim	Provável modo de transmissão	Campo Obrigatório	ANT_TRASMI

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			2 – Não foi transmissão vertical 9 – Ignorado	do HIV: de mãe para filho	Aceitar apenas códigos listados. 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?"	
Sexual	tp_sexual	varchar(1)	1 – Relações sexuais com Homens 2 – Relações sexuais com Mulheres 3 – Relações sexuais com homens e mulheres 4 – 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

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Sanguínea Uso de Droga injetável	st_sanguinea_droga	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Provável modo de transmissão do HIV: uso de drogas injetáveis	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados	ANT_DROGA
Sanguínea Tratamento/hemotransfusão para hemofilia	st_sanguinea_hemofilia	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 3 – Ignorado	Provável modo de transmissão do HIV: tratamento para hemofilia/hemotransfusão	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados Quando paciente do sexo feminino, preencher automaticamente com a categoria 2 (não).	ANT_HEMOLF
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
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
Data da transfusão/acidente	dt_evento	date	dd/mm/aaaa		"Data da Transfusão / Acidente" é de preenchimento obrigatório quando o campo "Transfusão Sanguínea" for	ANTDTTRANS

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
					igual a 1 ou "Acidente com Material Biológico com Posterior Soroconversao até 6 meses" for igual a 1	
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 material biológico com posterior soroconversão até 6 meses igual a "1"	ANTUFTRANS
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 sanguínea 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
Instituição onde foi realizada a transfusão/acidente	co_unidade_transfusao	Varchar(8)		Nome da Instituição onde foi realizada a	Campo obrigatório se no campo (Sanguínea) for assinalado "transfusão	ANT_INSTTR

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
	no_unidade_transfusao	varchar(70)		Transfusão/ acidente com material biológico	sanguínea 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”	
Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão / acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV ?	tp_categoria_exposicao	varchar(2)	1- Sim 2- Não 3- Não se aplica		Campo Obrigatório se campo “transfusão sanguínea” = 1 ou “acidente com material com posterior soroconversão até 6 meses” = 1. Aceitar apenas os códigos listados	ANT_INVEST
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
Data da coleta	DT_COLETA_TRIAGEM_1	Date	dd/mm/aaaa	Informar a data da coleta do teste de triagem		DTTRIAGEM1
Evidência laboratorial de infecção pelo HIV	tp_teste_confirmatorio	Varchar(1)	1 – Positivo / Reagente		Campo Obrigatório	LAB_CONFIR

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
(Teste confirmatório)			2 – Negativo / Não reagente 3 – Inconclusivo 4 – Não realizado 5 – Indeterminado 9- Ignorado			
Data de coleta		Date	dd/mm/aaaa	Informar data de coleta do teste confirmatório		DT_CONFIRM
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
Teste rápido 2	TP_TESTE_RAPIDO_2	Varchar(1)	1 – Positivo / Reagente 2 – Negativo / Não reagente 3 – Inconclusivo 4 – Não realizado 9- Ignorado		não aceita categoria 5- indeterminado	TPRAPIDO2
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

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Data da coleta dos exames	DT_COLETA_RAPIDO_1	Date	dd/mm/aaaa	Informar data de realização dos testes rápidos		DT_RAPIDO
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
Critério Rio de Janeiro/Caracas Tuberculose disseminada/ extra-pulmonar/ 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
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
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 (5)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_PULMON
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_HERPES

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
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
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
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
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) 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_CAQUEX
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)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_ASTERI

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
				Excluída a tuberculose como causa”	Incluir a seguinte mensagem; “Excluída a tuberculose como causa” ao entrar no campo	
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
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
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
Critério Rio de Janeiro/Caracas Linfadenopatia Maior ou Igual a 1 cm, Maior ou Igual a 2 sítios extra-inquinais por tempo maior ou igual a 1 mês (2)	st_linfadenopatia	Varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Linfadenopatia maior ou igual a 1 cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inquinais por tempo maior ou igual a 1 mês Pontuação (2)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_LINFO
Critério CDC adaptado Câncer cervical invasivo	st_cancer	Varchar(1)	1 – Sim 2 – Não	Câncer cervical invasivo	Campo Obrigatório	ANT_CANCER

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			9 – Ignorado		Aceitar apenas códigos listados Crítica: se sexo=masculino, preencher automaticamente com o código 2.	
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
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
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
Critério CDC/ adaptado Criptococose extrapulmonar	st_criptococose	Varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Criptococose (Extra-Pulmonar)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados	ANT_CRIPTO
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
Critério CDC/ adaptado	st_herpes_simples	Varchar(1)	1 – Sim 2 – Não	Herpes Simples (Muco-Cutâneo >	Campo Obrigatório	ANT_H_SIMP

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Herpes Simples mucocutâneo > 1 Mês			9 – Ignorado	1 mês, esôfago, brônquios, pulmão)	Aceitar apenas códigos listados.	
Critério CDC/ adaptado Histoplasnose Disseminada	st_histoplasnose	Varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Histoplasnose disseminada	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_HISTO
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
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
Critério CDC/ adaptado Linfoma Não Hodgkin e outros linfomas	st_lyfoma_hodgkin	Varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Linfoma não Hodgkin	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_LINFOM
Critério CDC/ adaptado Linfoma Primário do Cérebro	st_lyfoma_primario	Varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Linfoma Primário do Cérebro	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_LINFO_
Critério CDC/ adaptado Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase	st_micobacteriose	Varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Micobacteriose Disseminada	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_MICRO

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Critério CDC/ adaptado Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>	st_pneumonia	Varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Pneumonia por <i>Carinii</i>	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados.	ANT_PNEUMO
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
Critério CDC/ adaptado Salmonelose (Septicemia Recorrente não-tifóide)	st_salmonelose	Varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Salmonelose (sepcemia recorrente)	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados	ANT_SALMO
Critério CDC/ adaptado Toxoplasmose Cerebral	st_toxoplasmose	Varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado	Toxoplasmose cerebral	Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados	ANT_TOXO
Critério CDC/ adaptado Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm ³	st_contagem_lifocitos	Varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		Campo Obrigatório Aceitar apenas códigos listados	ANT_CONTAG
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

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
UF	co_uf_tratamento	varchar(2)		Nome da unidade federada onde se realiza o tratamento		TRA_UF
Município Onde se Realiza o Tratamento	co_municipio_tratamento	varchar(6)		Nome do município onde se realiza o tratamento		TRA_MUNICI
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
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 (Óbito por aids)	EVOLUCAO
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

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Critério de definição de caso (Campo interno)	tp_criterio_definicao	varchar(3)	100- CDC adaptado 300- Rio de Janeiro/Caracas 600- Critério óbito 900- Descartado 901 – HIV+		O sistema atribui a categoria de acordo com dados e hierarquia de outros campos relacionados	CRITERIO
Categoria de exposição (Campo interno)		varchar(2)	10 -Homossexual 11 -Homo/Drogas 12 -Homo/Hemofílico 13 -Homo/transusão 14 -Homo/Droga/Hemof 15 -Homo/Droga/Transf 20-Bissexual 21-Bi/Drogas 22-Bi/Hemofílico 23-Bi/Transusão 24-Bi/Droga/Hemofílico 25-Bi/Droga/Transusão 30- Heterossexual 31- Hetero/Droga 37- Hetero/Hemofílico 38- Hetero/Transusão 39- Hetero/Droga/Hemofílico 40- Hetero/Droga/Transusão 41- Hetero c/parceria de risco indefinido 40-Drogas 43- Drogas/Hemofílico 44- Drogas/Transusão 50-Hemofílico 60-Transusão		O sistema atribui a categoria de acordo com dados e hierarquia de outros campos relacionados	ANT_REL_CA

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			61-Transusão/Drogas 62-Transusão/Homo 63-Transusão/Bi 64-Transusão/Droga/ Homossexual 66- Transusão/Droga/ Bissexual 66-Transusão/Hetero 67-Transusão/Droga/ Hetero 59 - Transusão/Droga/ Hetero/Hemofílico 68 Transusão/Droga/ <u>Homo</u> /Hemofílico 69 Transusão/Droga/ <u>Homo</u> /Hemofílico 70 Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 06 meses. 80-Perinatal 90-Ignorado			
Transferência vertical da investigação		Varchar(7)		Identifica o Lote da transferência da investigação de um nível do sistema para outro (transferência vertical)	Preenchida quando realizada transferência vertical	NU_LOTE_I

APÊNDICE III - AIDS_CRIANCA.dbc

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GT-SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO

DICIONÁRIO DE DADOS - SINAN NET

AIDS CRIANÇA (versão 14/06/2006)

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
Idade da mãe	nu_idade_mae	numeric(3)		Idade da mãe no momento do diagnóstico		IDADE_MAE
Escolaridade da mãe	tp_escolaridade_mae	varchar(1)	0- analfabeto 1 –Até 4ª série incompleta do EF 2 – Até 4ª série completa do EF	Escolaridade da mãe no momento da notificação do caso	Preenchimento obrigatório	ESC_MAE

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			3 – 5 a 8ª série incompleta do EF 4 – Ensino fundamental completo 5 – Ensino médio incompleto 6 - Ensino médio completo 7 – Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorada			
Raça/cor da mãe	tp_raca_mae	varchar(1)	1- branca 2- preta 3- amarela 4- parda 5- indígena 9. ignorado	Considera-se na seleção das categorias a cor ou raça declarada pela mãe. 1- branca 2- preta 3- amarela (pessoa que se declarou de raça amarela) 4- parda (pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) indígena (pessoa que se declarou indígena ou índia)	Preenchimento obrigatório	RACA_MAE
Ocupação da mãe	co_ocupacao_mae	varchar(6)			Tabela de ocupação padronizada pelo Sinan	ID_OCUPACA
Tipo de investigação	tp_investigacao	varchar(1)	2 – Aids em menores de 13 anos	Caso de aids em menores de 13 anos de idade	Se categoria = 2, o sistema deverá exibir na tela do campo “Transmissão vertical” até	TIPO_INVES

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
					o campo "Evolução do caso"	
INVESTIGAÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS DE IDADE						
Transmissão vertical	tp_trans_vertical	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não foi transmissão vertical 9 – Ignorado	Registra se o provável modo de transmissão foi por transmissão vertical	Preenchimento obrigatório	ANT_PERINA
Transmissão sexual	tp_trans_sexual	varchar(1)	1. Relações sexuais só com homens 2. Relações sexuais só com mulheres 3. Relações sexuais com homens e mulheres 4. Não foi transmissão sexual 9. Ignorado	Registra se o provável modo de transmissão foi sexual	Preenchimento obrigatório	ANT_REL_N
Transmissão sanguínea Uso de drogas injetáveis	st_trans_sangue_droga	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado	Registra se o provável modo de transmissão foi o uso de drogas injetáveis	Preenchimento obrigatório	ANT_DROGA
Transmissão sanguínea Tratamento para hemofilia	st_trans_sangue_hemofilia	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado	Registra se o provável modo de transmissão foi tratamento/hemotransfusão para hemofilia	Preenchimento obrigatório	ANT_T_HEMO
Transmissão sanguínea Transfusão sanguínea	st_trans_sangue_transfusao	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado	Registra se o provável modo de transmissão foi transfusão sanguínea	Preenchimento obrigatório. Se campo Transfusão sanguínea e Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses = 2 ou 9, pular para Evidência laboratorial de infecção pelo HIV	ANT_TRANS_

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
					<p>Teste de triagem (1º teste)</p> <p>Essa categoria de transmissão deve ser comprovada após cumprimento do algoritmo da investigação de suspeita de infecção/doença pelo sangue normatizado pela RDC 153/ANVISA</p>	
<p>Transmissão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses</p>	st_trans_sangue_mat_biológico	varchar(1)	<p>1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado</p>		<p>Preenchimento obrigatório.</p> <p>Se campo Transfusão sanguínea e Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses = 2 ou 9, pular para Evidência laboratorial de infecção pelo HIV</p> <p>Teste de triagem (1º teste)</p> <p>Essa categoria de transmissão deve ser comprovada após verificação do cumprimento das recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a</p>	ANT_ACIDEN

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
					material biológico : HIV e Hepatites B e C do PN-DST e aids	
Data da transfusão / acidente	dt_evento	date		Data em que ocorreu a transfusão sanguínea ou acidente com material biológico	Data de Transfusão/ acidente , é de preenchimento obrigatório caso os campos Tranfusão sanguínea ou Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses forem preenchidos com valor 1.	ANTDTTRANS
UF	co_uf_transfusao	varchar(2)		Unidade Federada em que ocorreu a transfusão sanguínea ou acidente com material biológico	UF , é de preenchimento obrigatório caso os campos Tranfusão sanguínea ou Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses forem preenchidos com valor 1.	ANTUFTRANS
Município onde ocorreu transfusão / acidente	co_municipio_transfusao	varchar(6)		Município onde ocorreu a transfusão sangüínea ou acidente com material biológico	Município onde ocorreu a transfusão/ acidente , é de preenchimento obrigatório caso os campos Tranfusão sanguínea ou Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6	ANTMUNTRAN

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
					meses forem preenchidos com valor 1.	
Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente	co_unidade_transfusao	Numeric(8)			Instituição onde ocorreu a transfusão/ acidente , é de preenchimento obrigatório caso os campos Tranfusão sanguínea ou Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses forem preenchidos com valor 1.	ANTINSTTRA
Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?	tp_transfusao_causa	varchar(1)	1- Sim 2- Não 3- Não se aplica	Registrar, após investigação realizada conforme normas técnicas do Ministério da Saúde, se a transfusão ou acidente com material biológico foi a causa da infecção pelo HIV.	Campo Obrigatório se o campo “Transmissão sanguínea - transfusão sanguínea ou acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses” for preenchido com a categoria igual a “1”	ANT_INVEST
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	Resultado do teste de triagem Anti-HIV após os 18 meses de vida.	Campo Obrigatório Se preenchido com as categorias igual a “1” positivo, “2” negativo, “3” inconclusivo a data da coleta deve ser obrigatória.	LAB_TRIAGE

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
					Se Idade < 18 meses e Transmissão Vertical = 1, NÃO habilitar esse campo	
Data da coleta do Teste de triagem	dt_coleta_triagem_1	date	dd/mm/aaaa	Informar a data da coleta do Teste de triagem	Campo Obrigatório se o campo anterior for igual a 1, 2 ou 3.	DT_TRIA_11
Evidência laboratorial de infecção pelo HIV (Teste confirmatório anti-HIV após 18 meses de vida)	tp_teste_confirmatorio_aids	varchar(1)	1 – Positivo/reagente 2 – Negativo/não reagente 3 – Inconclusivo 4 – Não realizado 9 - Ignorado	Resultado do teste confirmatório anti-HIV após 18 meses de vida.	o campo Evidência laboratorial de Infecção HIV é de preenchimento obrigatório Se Idade < 18 meses e Transmissão Vertical = 1, NÃO habilitar esse campo	CONFIRMA
Data da coleta do Teste Confirmatório	dt_coleta_confirmatorio_aids	Date	dd/mm/aaaa	Informar a data da coleta do Teste Confirmatório		DTCONFIRMA
Teste rápido 1	tp_teste_rapido_1	Varchar(1)	1 – Positivo/reagente 2 – Negativo/não reagente 3 – Inconclusivo 4 – Não realizado 9 - Ignorado	Registrar o resultado dos testes rápidos que foram realizados segundo algoritmo de testes validado pelo Ministério da Saúde de acordo com a Portaria nº. 34/SVS/MS, de julho de 2005 .		TPRAPIDO1
Teste rápido 2	tp_teste_rapido_2	Varchar(1)	1 – Positivo/reagente 2 – Negativo/não reagente 3 – Inconclusivo 4 – Não realizado 9 - Ignorado			TPRAPIDO2
Teste rápido 3	tp_teste_rapido_3	Varchar(1)	1 – Positivo/reagente 2 – Negativo/não reagente			TPRAPIDO3

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			3 – Inconclusivo 4 – Não realizado 9 - Ignorado			
Data de realização dos exames	dt_coleta_rapido_1	Date	Dd/mm/aaaa	Informar a data de realização do exame	Campo Obrigatório se os campos anteriores forem preenchidos com as categorias 1, 2 ou 3	DTRAPIDO1
Evidência laboratorial de infecção pelo HIV (1º teste de detecção de ácido nucléico)	tp_teste_acido_1_aids	varchar(1)	6 – Detectável 7 – Indetectável 4 – Não realizado 9 - Ignorado			LAB_PCR_1
Data da coleta do 1º Teste de detecção de ácido nucléico	dt_coleta_acido_1_aids	Date	dd/mm/aaaa	Informar a data da coleta do 1º Teste de detecção de ácido nucléico	Data de preenchimento obrigatório se as categorias do campo anterior forem 6 ou 7	DT_PCR_1
Evidência laboratorial de infecção pelo HIV (2º teste de detecção de ácido nucléico)	tp_teste_acido_2_aids	varchar(1)	6 – Detectável 7 – Indetectável 4 – Não realizado 9 - Ignorado			LAB_PCR_2
Data da coleta do 2º Teste de detecção de ácido nucléico	dt_coleta_acido_2_aids	date	dd/mm/aaaa	Informar a data da coleta do 2º Teste de detecção de ácido nucléico		DT_PCR_2
Evidência laboratorial de infecção pelo HIV (3º teste de detecção de ácido nucléico)	tp_teste_acido_3_aids	varchar(1)	6 – Detectável 7 – Indetectável 4 – Não realizado 9 - Ignorado			LAB_PCR_3

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Data da coleta do 3° Teste de detecção de ácido nucléico	dt_coleta_acido_3_aids	date	dd/mm/aaaa	Informar a data da coleta do 3° Teste de detecção de ácido nucléico		DT_PCR_3
Aumento crônico de parótida	st_cdc_aumento_parotida	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_PAROTI
Dermatite persistente	st_cdc_dermatite	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_DERMA
Esplenomegalia	st_cdc_esplenomegalia	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_ESPLEN
Hepatomegalia	st_cdc_hepatomegalia	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_HEPATO
Infecções persistentes ou recorrentes de VAS (Otite ou Sinusite)	st_cdc_infeccao	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_INFEC
Linfadenopatia >= 0.5 cm em mais de 2 sítios	st_cdc_linfadenopatia	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_LINFA
Anemia por mais de 30 dias	st_cdc_anemia	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_ANEMIA
Candidose de esôfago	st_cdc_candidose_esofago	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_CDC_CA
Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões	st_cdc_candidose_traqueia	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_PULMAO

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Candidose oral resistente ao tratamento	st_cdc_candidose_oral	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_CA_ORA
Citomegalovirose (qualquer outro local que não fígado, baço ou linfonodo > 1 mês de idade)	st_cdc_citomegalovirose	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Citomegalovirose	Campo Obrigatório	CLI_CDC_CI
Criptococose (extra-pulmonar)	st_cdc_criptococose	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Criptococose (extra-pulmonar)	Campo Obrigatório	CLI_CDCCRE
Criptosporidiose com diarreia	st_cdc_criptosporidiose	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Criptosporidíase	Campo Obrigatório	CLI_CDC_CR
Diarreia recorrente ou crônica	st_cdc_diarreia	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_CRONIC
Encefalopatia pelo HIV	st_cdc_encefalopatia	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Encefalopatia pelo HIV	Campo Obrigatório	CLI_CDC_EN
Febre persistente > 1 mes	st_cdc_febre	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_FEBRE
Gengivo-Estomatite Herpética Recorrente (mais de dois episódios em um ano)	st_cdc_gengivoestomatite	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_CDC_GE
Hepatite por HIV	st_cdc_hepatite	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_HEPATI

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Herpes Simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal	st_cdc_herpes_bronquios	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_HERPES
Herpes Simples mucocutâneo > 1 mês em crianças > 1 mês	st_cdc_herpes_mucocutaneo	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_CDC_HE
Herpes zoster (ao menos 2 episódios distintos ou em mais de um dermatomo)	st_cdc_herpes_zoster	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_HERPES
Histoplasmose Disseminada	st_cdc_histoplasmose	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Histoplasmose disseminada	Campo Obrigatório	CLI_CDC_HI
Infecções Bacterianas de Repetição/Múltiplas (pneumonia, abscessos em órgãos internos, infecções osteo-articulares)	st_cdc_infec_bacteriana	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Infecções bacterianas de repetição/múltiplas (pneumonia, abscessos em órgãos internos, infecções ósteo-articulares)	Campo Obrigatório	CLI_CDC_IN
Infecção por citomegalovírus < 1 mês de idade		varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_INFCIT
Isosporidiose intestinal crônica, por um período superior a 1 mês	st_cdc_isosporidiose	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Isosporídiase intestinal crônica, por um período superior a 1 mês	Campo Obrigatório	CLI_CDC_IS
Leiomiossarcoma	st_cdc_leiomiosarcoma	varchar(1)	1-Sim 2-Não		Campo Obrigatório	CLI_LEIOMI

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			9-Ignorado			
Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva	st_cdc_leucoencefalopatia	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva	Campo Obrigatório	CLI_CDC_LE
Linfopenia por mais de 30 dias	st_cdc_linfopenia	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_LINFO
Linfoma não Hodgkin e outros linfomas	st_cdc_linfoma_hodgkin	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_CDCLIH
Linfoma Primário de Cérebro	st_cdc_linfoma_primario	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Linfoma Primário de cérebro	Campo Obrigatório	CLI_CDC_LI
Miocardiopatia	st_cdc_miocardiopatia	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_MIOCAR
Micobacteriose Disseminada (exceto tuberculose e hanseníase)	st_cdc_micobacteriose	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose e hanseníase)	Campo Obrigatório	CLI_CDC_MI
52 Meningite Bacteriana, pneumonia ou Sepsis (único episódio)	st_cdc_meningite	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Meningite bacteriana ou sepsis (único episódio)	Campo Obrigatório	CLI_CDC_ME
Nefropatia	st_cdc_nefropatia	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_NEFRO
Nocardiose	st_cdc_nocardiose	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Nocardiose	Campo Obrigatório	CLI_NOCAR

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Pneumonia Linfóide Intersticial	st_cdc_pneumonia_linfoide	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Pneumonia Linfóide intersticial	Campo Obrigatório	CLI_CDC_PN
Pneumonia por P.carinii	st_cdc_pneumonia_carinii	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Pneumonia por <i>P. Carinii</i>	Campo Obrigatório	CLI_CDC_PC
Salmonelose (sepse ou septicemia recorrente não-tifóide)	st_cdc_salmonelose	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Salmonelose (Sepse ou septicemia recorrente não-tifóide)	Campo Obrigatório	CLI_CDC_SA
Sarcoma de Kaposi	st_cdc_sarcoma	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Sarcoma de Kaposi	Campo Obrigatório	CLI_CDC_SK
Síndrome da Emaciação (AIDS Wasting Syndrome)	st_cdc_emaciacao	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Síndrome da Emaciação (Aids Wasting Syndrome)	Campo Obrigatório	CLI_CDC_SI
Toxoplasmose Cerebral em crianças com mais de 1 mês de idade	st_cdc_toxoplasmose_cerebral	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Toxoplasmose Cerebral	Campo Obrigatório	CLI_CDC_TO
Toxoplasmose iniciada antes de 1 mês de idade	st_cdc_toxoplasmose_iniciada	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Toxoplasmose iniciada antes de 1 mês de idade	Campo Obrigatório	CLI_TOX1M
Trombocitopenia por mais de 30 dias	st_cdc_trombocitopenia	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Trombocitopenia por mais de 30 dias	Campo Obrigatório	CLI_TUPULM
Tuberculose pulmonar	st_cdc_tuberculose_pulmonar	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Tuberculose pulmonar	Campo Obrigatório	CLI_TUBERC
Tuberculose Disseminada ou Extrapulmonar		varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_DISSEM

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Varicela disseminada	st_cdc_varicela_disseminada	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	CLI_VARICE
Achados laboratoriais (contagem de linfócitos T DC4 + definidora de imunodeficiência de acordo com a idade) < 1500 células por mm ³ (<25%)	st_achado_1500	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	< 1500 células por mm ³ (<25%)	Somente ser marcado se idade inferior a 12 meses Vide Tabela Achados Laboratoriais	CRI_1500
Achados laboratoriais (contagem de linfócitos T DC4 + definidora de imunodeficiência de acordo com a idade) < 1000 células por mm ³ (<25%)	st_achado_1000	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Critério CDC < 1000 células por mm ³ (<25%)	Somente ser marcado se idade de 1 a 5 anos Vide Tabela Achados Laboratoriais	CRI_1000
Achados laboratoriais (contagem de linfócitos T DC4 + definidora de imunodeficiência de acordo com a idade) < 500 células por mm ³ (<25%)	st_achado_500	varchar(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Critério CDC < 500 células por mm ³ (<25%)	Somente ser marcado se idade de 6 a 12 meses Vide Tabela Achados Laboratoriais	CRI_500
Critério óbito Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada a	st_criterio_obito	varchar(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		Se critério óbito =1 o campo “ Evolução do caso ” deve ser obrigatoriamente = 2 “ óbito por aids ”.	EVO_DIAG

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação						
UF	co_uf_tratamento	varchar(2)		Nome da unidade federada onde se realiza o tratamento		TRA_UF
Município onde se Realiza o Tratamento	co_municipio_tratamento	varchar(6)		Nome do município onde se realiza o tratamento		TRA_MUNIC
Unidade de Saúde onde se Realiza o Tratamento	co_unidade_tratamento	Numeric(8)		Nome da unidade de saúde onde se realiza o tratamento		TRA_UNIDAD
	no_unidade_tratamento	varchar(70)				
Evolução do caso	tp_evolucao_caso	varchar(1)			<p>Campo Obrigatório Se assinalada a categoria = 1 no campo Critério óbito, este campo deve obrigatoriamente estar preenchido com a categoria 2 (Óbito por aids)</p>	EVOLUCAO
Data do óbito	dt_obito	date		Data do óbito do paciente	<p>Se assinaladas as categorias 2(óbito por aids) ou 3(óbito por outras causas) a “Data de óbito” deve ser de preenchimento obrigatório</p> <p>Se o campo “critério óbito” for preenchido com</p>	EVO_DT_OBI

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
					<p>a categoria igual a “sim” a “Data de óbito” deve ser obrigatoriamente igual a Data de diagnóstico.</p> <p>Exibir a seguinte mensagem caso a condição não seja atendida.</p> <p>“Para critério óbito a data do diagnóstico deve ser obrigatoriamente igual a data de óbito. Verifique o preenchimento dessa informação” .</p>	

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
<i>Critério de definição de caso</i>	tp_criterio_definicao	varchar(3)	100- CDC adaptado 600- Critério óbito 900 – Descartado 901- HIV+		Campo interno	CRITERIO

<p><i>Categoria de exposição</i></p>	<p>tp_categoria_exposicao</p>	<p>varchar(2)</p>	<p>10 -Homossexual 11 -Homo/Drogas 12 – Homossexual/Hemofílico 13 -Homo/transusão 14 -Homossexual/Droga/ Hemofílico 15 -Homo/Droga/Transf 20-Bissexual 21-Bissexual/Drogas 22-Bissexual/Hemofílico 23-Bi/Transusão 24- Bissexual/Droga/Hemofílico 25-Bi/Droga/Transusão 30- Heterossexual 31- Heterossexual/Droga 42- Heterossexual/Hemofílico 43- Hetero/Transusão 44- Heterossexual/Droga/Hem ofílico 45- Hetero/Droga/Transusão 46- Hetero c/parceria de risco indefinido 40-Drogas 45- Drogas/Hemofílico 46- Drogas/Transusão 50-Hemofílico 60-Transusão 61-Transusão/Drogas 62-Transusão/Homossexual 63-Transusão/Bi 64-Transusão/Droga/ Homossexual 67- Transusão/Droga/</p>		<p>Data da digitação da ficha de notificação/investigação. Essa data não deve ser alterada por ocasião da atualização do registro</p>	<p>ANT_CAT_EX</p>
--------------------------------------	-------------------------------	-------------------	--	--	---	-------------------

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			Bissexual 66-Transfusão/Heterossexual 67-Transfusão/Droga/ Heterossexual 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			

Tabela Achados Laboratoriais

Critério CDC adaptado: existência evidência laboratorial de infecção pelo HIV + Contagem de linfócitos T CD4+ <350 células/mm³ de acordo com a faixa etária abaixo:

Faixa Etária	Contagem Total e Percentual
Inferior a 12 meses	<1.500 células por mm ³ (<25%)
1 a 5 anos	<1.000 células por mm ³ (<25%)
6 a 12 meses	<500 células por mm ³ (<25%)

