



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

TAMIRES MUNIZ AVELAR DA SILVA LOPES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS DE
ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS QUE VIVEM COM HIV-AIDS, NO
ESTADO DA BAHIA**

FEIRA DE SANTANA
2021

TAMIREZ MUNIZ AVELAR DA SILVA LOPES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS DE
ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS QUE VIVEM COM HIV-AIDS, NO
ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Linha de Pesquisa: Saúde de Grupos Populacionais Específicos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Conceição Oliveira Costa.

FEIRA DE SANTANA

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó – UEFS

Lopes, Tamires Muniz Avelar da Silva
L856p Perfil epidemiológico e distribuição espacial dos casos de
adolescentes e adultos jovens que vivem com HIV-AIDS, no Estado da
Bahia / Tamires Muniz Avelar da Silva Lopes. – 2021.
89f. : il.

Orientadora: Maria Conceição Oliveira Costa

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

1. AIDS. 2. HIV. 3. Epidemiologia. 4. Adolescentes. 5. Adultos
jovens. I. Costa, Maria Conceição Oliveira, orient. II. Universidade
Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616.9

Rejane Maria Rosa Ribeiro – Bibliotecária CRB-5/695

TAMIREZ MUNIZ AVELAR DA SILVA LOPES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS DE
ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS QUE VIVEM COM HIV-AIDS, NO
ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva –
Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como
requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Feira de Santana, 29 de outubro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Conceição Oliveira Costa

Doutora em Medicina e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de
São Paulo
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Lílían Conceição Guimarães de Almeida

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia – UFBA
(Examinador 1)

Prof.^o Dr.^o Carlos Alberto Lima da Silva

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS
(Examinador 2)

Dedico

A Deus e a Nossa Senhora, por terem guiado meus passos na realização desse sonho. Toda honra e toda glória a Ti, Senhor! A minha filha Maria Eduarda e ao esposo Marcones, meus amores, essa vitória é nossa! A meus pais, minhas referências. A minha irmã Nandalle, pelo amor, companheirismo e incentivo. Aos sobrinhos João Pedro, João Arthur e Laura, por todo amor e toda torcida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me sustenta, guia, protege e sonha para mim os sonhos mais lindos. A Nossa Senhora, minha mãezinha e protetora, por passar à frente, abrindo estradas e caminhos.

A minha amada Maria Eduarda, amor mais puro. Quando você crescer, vai compreender a ausência inevitável ao longo do percurso. Tudo por você, minha filha.

A meu esposo Marcones, companheiro, amigo e maior incentivador. Sem você, eu não teria chegado até aqui, meu amor. Obrigada pelo apoio incondicional. Essa vitória é nossa!

A meus pais, João e Maristela, por serem minha base, minhas referências, fonte de tranquilidade e porto seguro. Amo vocês.

A minha irmã Nandalle, por ser a melhor irmã do mundo, melhor amiga, por acreditar e encorajar sempre. Obrigada minha irmã.

A meus sobrinhos e afilhados, João Pedro, João Arthur e Laura – o amor de vocês me fortalece.

A meus sogros, João e Sônia, pelo estímulo e torcida. Vocês são exemplos de garra e determinação.

A toda minha família e a todos os amigos, por torcerem e vibrarem com minhas conquistas.

A minha querida orientadora, Maria Conceição, pelo acolhimento, pelos ensinamentos diários, valiosas contribuições, paciência e carinho. Por ser minha bússola e me lapidar ao longo desse processo. Com a senhora, aprendi, que diante da riqueza adquirida na caminhada, o ponto de chegada é apenas um detalhe.

Aos anjos terrenos, professores Christianne Barreto e Davi Félix, por me presentear com disponibilidade, conhecimento, força e apoio, e por compartilharam comigo momentos inesquecíveis de aprendizado. Sozinha eu não conseguiria. Obrigada por tudo! Jamais me esquecerei do que passamos juntos ao longo dessa jornada.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência (NNEPA) – o apoio de vocês foi essencial na minha construção. Especialmente às professoras Magali Teresópolis e Jamilly Mousse, e às colegas Lorena, Wanessa e Naysa.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, em especial, ao professor Carlos Lima. Muita admiração pelo senhor! Obrigada pelas valiosas contribuições na qualificação do projeto. A Jorge Barros, Goreth Pinho, Regina.

Aos queridos colegas de turma, por terem tornado a caminhada mais agradável, em especial Lorena Pacheco.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pela bolsa de estudos concedida para realização deste trabalho.

“O conhecimento tem poder de transformar a opacidade da realidade em caminhos “iluminados”, de tal forma que nos permite agir com certeza, segurança e previsão.”

(Lukesi)

LOPES, T. M. A. S. **Perfil epidemiológico e distribuição espacial dos casos de adolescentes e adultos jovens que vivem com HIV-AIDS, no Estado da Bahia.** 2021. 89.f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2021.¹

RESUMO

Introdução: A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), representa um grande problema de saúde pública, em nível de pandemia. A juvenilização da epidemia pelo HIV-AIDS, caracterizada pelo aumento expressivo de casos na faixa etária entre 15 e 24 anos, subsiste como um desafio para os profissionais de saúde e direciona parte significativa dos esforços em resposta à epidemia. **Objetivo:** Analisar os casos soropositivos e o delineamento espacial para registros de HIV-AIDS entre adolescentes e adultos jovens, registrados no SINAN, no Estado da Bahia, no período de 2014 a 2019. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, seccional, envolvendo jovens de ambos os sexos, na faixa 15 a 29 anos. Os dados secundários foram coletados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e as variáveis foram agrupadas em sociodemográficas, via de transmissão, categoria de exposição e evolução do caso, visando a estimar as taxas de prevalência da infecção nos triênios. Para sistematização e análise, foram utilizados: o *software* estatístico SPSS, versão 17; o programa *Microsoft Office Excel* (versão 2013), para a representação gráfica; e o *Tabwin*, para descrever o padrão de distribuição dos casos, por municípios. **Resultados:** A média de idade foi de 23,8 anos, com maior proporção de casos entre 20 e 29 anos. A maioria era do sexo masculino e com baixa escolaridade. A principal transmissão foi pela via sexual, com expressiva proporção masculina, para a exposição homossexual, e predominância feminina, para a exposição heterossexual. Houve baixa proporção (<7%) de coinfeções. A análise geoespacial apontou baixas prevalências de registros no primeiro triênio, com aumento de notificações, no segundo triênio (25 a 76%), na capital (Salvador) e quatro municípios das regiões Sul e Extremo Sul, sedes de Núcleos Regionais de Saúde. **Conclusão:** Os resultados apontam que o perfil epidemiológico da juventude soropositiva para HIV-AIDS, no Estado da Bahia, segue tendência nacional, sinalizando aumento proporcional de casos notificados no segundo triênio.

Palavras-chave: HIV; AIDS; epidemiologia; adolescentes; adultos jovens.

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

LOPES, T. M. A. S. **Epidemiological profile and spatial distribution of cases of adolescents and young adults living with HIV-AIDS in the State of Bahia.** 2021.89.f. Dissertation (Master in Collective Health) - Feira de Santana State University, Feira de Santana, Bahia, Brazil, 2021.

ABSTRACT

Introduction: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV), represents a major public health problem at the pandemic level. The juvenilization of the HIV/AIDS epidemic, characterized by a significant increase in cases between 15 and 24 years of age, remains a challenge for health professionals and directs a significant part of the efforts in response to the epidemic. **Objective:** To analyze the seropositive cases and spatial design, for HIV/AIDS records, among adolescents and young adults, registered at SINAN, in the State of Bahia, in the period from 2014 to 2019. **Methodology:** Descriptive, sectional study, involving youth of both sexes, aged 15 to 29 years. Secondary data were collected from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and the variables were grouped into sociodemographic variables; transmission route; exposure category; evolution of the case, aiming to estimate the infection prevalence rates, in the trienniums. For systematization and analysis, the following were used: SPSS version 17 statistical software; the Microsoft Office Excel program (2013 version), for graphical representation and Tabwin, to describe the pattern of distribution of cases by municipalities. **Results:** The mean age was 23.8 years, with the highest proportion of cases between 20-29 years; male majority and low education. The main transmission was through sex; expressive male proportion for homosexual exposure; female predominance for heterosexual; and low proportions (<7%) of coinfections. Geospatial analysis showed low prevalence of records in the first triennium, with an increase in notifications, in the second triennium (25 to 76%), in the capital (Salvador) and four municipalities in the South and Extreme South regions, headquarters of Regional Health Centers. **Conclusion:** The epidemiological profile of reported HIV/AIDS HIV-positive youth in the State of Bahia follows a national trend, signaling a proportional increase in reported cases in the second triennium.

Keywords: HIV; AIDS; epidemiology; adolescents; young adults.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS
ABRASCO	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
AIDS	SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
ARV	ANTIRRETROVIRAIS
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CF	CONSTITUIÇÃO FEDERAL
CNS	CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
COAS	CENTRO DE ORIENTAÇÃO E APOIO SOROLÓGICO
CTA	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO
CV	CARGA VIRAL
DCCI	DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
GBD	GLOBAL BURDEN OF DISEASE
HD	HOSPITAL-DIA
HIV	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
HSH	HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS
IO	INFECÇÃO OPORTUNISTA
IST	INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL
LOS	LEI ORGÂNICA DE SAÚDE
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NNEPA	NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
ODM	OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONG	ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
ONUSIDA	PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV-AIDS
PEP	PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO

PrEP	PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO
PVHIV	PESSOAS QUE VIVEM COM HIV-AIDS
SAE	SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA
SICLOM	SISTEMA DE CONTROLE LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS
SINAN	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
SISCEL	SISTEMA DE CONTROLE DE EXAMES LABORATORIAIS
SIM	SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE
SIMC	SISTEMA DE MONITORAMENTO CLÍNICO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV
SNVE	SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SSR	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
SVE	SISTEMAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
SVS	SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
TARV	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL
TcP	TRATAMENTO COMO PREVENÇÃO
TTP	TRATAMENTO PARA TODAS AS PESSOAS
UDI	USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS
UEFS	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
UF	UNIDADE FEDERATIVA
VE	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Critérios de definição de casos de AIDS em indivíduos com 13 anos de idade ou mais.	23
Quadro 02 – Doenças indicativas de AIDS: diagnósticos definitivos e (ou) presuntivos.	24
Quadro 03 – Escala com a pontuação para cada sinal, sintoma ou doença do Critério Rio de Janeiro-Caracas.	25
Quadro 04 – Resumo dos critérios de definição de casos de AIDS em crianças menores de 13 anos de idade.	27
Quadro 05 – Doenças, sinais ou sintomas indicativos de imunodeficiência em crianças menores de 13 anos de idade, diagnosticadas por método definitivo (d) e presuntivo.	28
Quadro 06 – Contagem de linfócitos T CD4+ de acordo com a idade da criança.	29
Quadro 07 – Descrição e natureza das variáveis independentes do estudo.	47

LISTA DE TABELAS

ARTIGO I

Tabela 1 –	Distribuição das vias de transmissão (sexual, sanguínea e vertical) dos casos notificados por HIV-AIDS em adolescentes e adultos jovens, segundo características sociodemográficas do Estado da Bahia (2014-2019).	65
Tabela 2 –	Distribuição das categorias de exposição (orientação sexual e uso de drogas), entre os casos notificados por HIV-AIDS em adolescentes e adultos jovens, segundo características sociodemográficas do Estado da Bahia (2014-2019).	66
Tabela 3 –	Distribuição das coinfeções mais frequentes, no total dos casos notificados por HIV-AIDS em adolescentes e adultos jovens do Estado da Bahia (2014-2019).	67

APÊNDICE A

Tabela 1 -	Distribuição anual da notificação compulsória de adolescentes e adultos jovens, entre 15 e 29 anos, infectados por HIV/AIDS, no Estado da Bahia, Brasil.	84
------------	--	----

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO I

- Figura 1 - Distribuição anual da notificação compulsória de adolescentes e adultos jovens, entre 15 e 29 anos, infectados por HIV/AIDS, no Estado da Bahia, Brasil. 65

LISTA DE MAPAS

ARTIGO I

- Mapa 1 - Taxa de prevalência de AIDS em adolescentes e adultos jovens Estado da Bahia, período 2014-2016. 67
- Mapa 2 - Taxa de prevalência de AIDS em adolescentes e adultos jovens no Estado da Bahia, período 2017-2019. 68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4 QUADRO TEÓRICO	22
4.1 A EPIDEMIA DO HIV-AIDS E O GRUPO DE ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS	22
4.1.1 Vulnerabilidades de adolescentes e adultos jovens com HIV-AIDS	24
4.1.2 Importância da rede de atenção para proteção e controle do HIV-AIDS em adolescentes e adultos jovens e distribuição geográfica da evolução da epidemia	28
4.2 DEFINIÇÃO DE CASOS POR SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – AIDS	30
5 REVISÃO DE LITERATURA	36
5.1 INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E COINFECÇÕES	36
5.2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA EPIDEMIA DO HIV-AIDS	38
5.3 POLÍTICAS GLOBAIS E NACIONAL DE PREVENÇÃO DAS IST-AIDS	40
5.3.1 Programa nacional de HIV-AIDS no país: histórico e avanços	42
6 METODOLOGIA	45
6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	45
6.2 ÁREA DO ESTUDO	46
6.3 POPULAÇÃO E PERÍODO DO ESTUDO	46
6.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO	47
6.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	48
6.6 ASPECTOS ÉTICOS	48
7 RESULTADOS	50
8 CONCLUSÕES	68

REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE A	84
ANEXOS	85
ANEXO A – Ficha de Notificação e Investigação AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)	85
ANEXO B – Ficha de Notificação e Investigação AIDS (Pacientes menores 13 anos)	86
ANEXO C – Ficha de Notificação e Investigação Aids (Gestante HIV+)	87
ANEXO D – Nota Técnica N° 62/07GAB/UIV/PN-DST-AIDS/SVS/MS – Vigilância Epidemiológica das Crianças expostas ao HIV.	88

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), representa um grande problema de saúde pública, em nível de pandemia (UNAIDS, 2013). A história natural dessa infecção, no Brasil, vem sendo alterada consideravelmente com a disponibilização, a partir de 1996, da terapia antirretroviral de alta potência ativa (TARV ou HAART – *Hight Active Antiretroviral Terapy*), resultando em um aumento da sobrevida dos pacientes, em função da recomposição do sistema imunológico e redução de doenças secundárias (BRASIL, 2009a).

Em contrapartida, essa longevidade expõe as pessoas que vivem com HIV (PVHIV) e AIDS aos efeitos degenerativos da doença, ao aparecimento de outros agravos à saúde, seja pelo convívio com a toxicidade dos medicamentos, seja pelo aparecimento de coinfeções. Com o sistema imunológico e o quadro clínico debilitados, as PVHIV e AIDS podem desenvolver duas ou mais doenças ao mesmo tempo, denominadas coinfeções (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015; PAHWA *et al.*, 2021).

A juvenilização da epidemia pelo HIV-AIDS, caracterizada pelo aumento expressivo de casos na faixa etária entre 15 e 24 anos, subsiste como um desafio para os profissionais de saúde e direciona parte significativa dos esforços em resposta à epidemia (BRASIL, 2013b; UNAIDS, 2018; UNAIDS, 2019b).

A própria juventude impulsiona outras vulnerabilidades, destacando-se os comportamentos de risco, especialmente aqueles ligados ao exercício da sexualidade, com o início precoce da atividade sexual, um modo de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a ausência do acesso a serviços de saúde e a orientação sexual e o uso de drogas ilícitas. Portanto, existe a necessidade de ampliar o acesso a informações e serviços, bem como o apoio social (UNAIDS, 2010; DE ARAÚJO *et al.* 2012).

Ademais, a epidemia possui subepidemias regionais, com características próprias, definidas a partir das distintas relações sociais existentes no território, extinguindo o padrão único de perfil epidemiológico em todo território nacional. Assim sendo, a distribuição geográfica da epidemia do HIV-AIDS viabiliza a descrição da pandemia multifacetada nos territórios (CASTILHO *et al.*, 2000).

Estima-se que, até meados de 2019, existiam 25,4 milhões de pessoas com acesso à TARV, e 38 milhões de pessoas que viviam com HIV no mundo (ONUSIDA, 2020). A tuberculose pulmonar é a principal causa de morte em pacientes infectados pelo HIV (ALBRECHT *et al.*, 2019; KOUANFACK *et al.*, 2019); já a candidíase esofágica apresentou prevalência associada ao HIV em 12% dos casos (OLUM *et al.*, 2020).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), a concentração de casos de infecção pelo HIV, com 342.459 notificações, de 2007 a junho de 2020, permanece nas regiões Sul e Sudeste, assim como a distribuição proporcional dos casos de AIDS. Apesar de o país apresentar tendência de declínio no número anual de casos de AIDS desde 2013, o Nordeste, juntamente com o Norte, contrariam essa tendência nacional e mostraram tendência de crescimento na detecção (BRASIL, 2020).

Do início da epidemia a meados de 2020, foram notificados 1.011.617 casos de AIDS, com aumento em jovens de 15 a 29 anos, e taxa de detecção, no sexo masculino, na faixa entre 20 e 29 anos, quase quatro vezes maior do que nas mulheres, evidenciando a masculinização da epidemia. Em 2019, em todas as regiões, a principal via de transmissão, em ambos os sexos, entre 13 anos de idade ou mais, foi a sexual (BRASIL, 2020).

Com relação às categorias de exposição, entre os homens, as regiões sudeste e centro-oeste apresentaram maior prevalência entre homossexuais e bissexuais (46,5 e 41,5% respectivamente) enquanto nas demais regiões o predomínio foi heterossexual. Quanto à exposição por uso de droga injetável (UDI), nesse mesmo ano, o sexo masculino apresentou 2,3% e feminino 1,3% (ONUSIDA, 2020).

No estado da Bahia, entre a década de 80 e meados de 2020, houve 37.937 casos de AIDS e 14.241 casos de HIV, entre 2007 e 2020. Autores apontam alta prevalência de IO, coinfeções e comorbidades no interior baiano, embora sejam escassos os estudos com essa abordagem (BRASIL, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Dessa forma, considerando a magnitude dos dados e a importância do tema, justifica-se a relevância do estudo, no sentido de contribuir para ampliar conhecimentos e traçar indicadores dos casos de adolescentes e adultos jovens, soropositivos para HIV-AIDS. A perspectiva é de melhor conhecer alguns fatores

que podem interferir nos índices e na distribuição da AIDS entre jovens, destacando-se: categoria de exposição (orientação sexual e uso de drogas), vias de transmissão, coinfeções e distribuição geográfica dos casos notificados nesse grupo populacional, no Estado da Bahia, tendo como fonte o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2014 a 2019.

2 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

1. Qual a proporção de casos notificados com sorologia positiva para HIV-AIDS, em adolescentes e adultos jovens, segundo dados sociodemográficos – vias de transmissão, categoria de exposição e principais coinfeções, conforme critérios para definição de caso de AIDS, no estado da Bahia, no período 2014 a 2019?
2. Qual o padrão de distribuição geográfica, segundo a taxas de detecção dos casos soropositivos de HIV-AIDS, na população do estudo, nos períodos de 2014 a 2016 e de 2017 a 2019, no estado da Bahia?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os casos soropositivos e o delineamento espacial, em registros de HIV-AIDS, entre adolescentes e adultos jovens, registrados no SINAN, no Estado da Bahia, no período de 2014 a 2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar a proporção de casos notificados com sorologia positiva para HIV-AIDS, na população de estudo, segundo dados sociodemográficos, vias de transmissão, categoria de exposição e principais coinfeções, conforme critérios para definição de caso de AIDS.
2. Delinear o padrão de distribuição geográfica (taxas de detecção) dos casos soropositivos para HIV-AIDS, entre adolescentes e adultos jovens, registrados no SINAN, no Estado da Bahia, no período de 2014 a 2019.

4 QUADRO TEÓRICO

O quadro teórico corresponde à uma etapa da pesquisa, onde o autor busca embasar o seu estudo através da luz de uma teoria. Por conseguinte, compreende-se o campo dos fenômenos concatenados ao objeto do estudo. Assim, o quadro teórico representa um conjunto de informações que direciona o pesquisador no desenvolvimento do seu estudo. (BARROS, 2012)

4.1 A EPIDEMIA DO HIV-AIDS NO GRUPO DE ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS

Os conceitos de adolescência e juventude não abarcam somente a delimitação etária. De modo que o limite cronológico dessas fases da vida sofre influências de um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, destacando-se a puberdade como fator biológico, e a capacidade cognitiva e física para ingressar no mundo do trabalho como marcador psíquico e social (BRASIL, 2007b; BRÊTAS *et al.*, 2008; BRASIL, 2013b). A restrição da adolescência a uma faixa etária inviabiliza uma compreensão mais ampla do processo, embora seja necessária para a elaboração de políticas de saúde (BRASIL, 2013b).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) delimita a adolescência na segunda década de vida, entre 10 e 19 anos, a juventude na faixa 15 a 24, e os adultos jovens entre 20 e 24 anos. Com base nessa classificação, define adolescentes e adultos jovens na faixa etária de 10 a 24 anos (BRASIL, 2007b). Em âmbito nacional, a atual Política Nacional de Juventude (PNJ) considera como jovens indivíduos na faixa entre 15 e 29 anos (BRASIL, 2013h; ECA, 2017). Já para efeitos da Lei nº 8.069/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), consideram-se adolescentes pessoas situadas na faixa entre 12 e 18 anos.

O adolescer é permeado de novas experiências, como o primeiro beijo, oscilações entre autoconfiança e insegurança, além de alguns comportamentos de exposição ao risco, como as categorias de exposição, o consumo de bebidas alcoólicas, o uso de drogas ilícitas e o início da vida sexual. São situações de

vulnerabilidade, que expõem essa população às infecções sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada (BRASIL, 2013b).

O modo de transmissão sexual constitui-se na principal via de transmissão do HIV, principalmente nas faixas que abrangem a juventude, destacando-se a alta frequência da não utilização ou do uso eventual do preservativo (PEREIRA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015). Entre outras experiências sexuais de risco, que constituem fatores importantes para a transmissão do vírus, tem-se a prática sexual com profissionais do sexo, sexo em troca de dinheiro, multiplicidade de parceiros, parceiros do mesmo sexo e uso de droga injetável (UDI).

O UDI, juntamente com a violência, constitui risco pontual para a transmissão do HIV-AIDS entre adolescentes. Os usuários de drogas apresentam resistência significativa a qualquer abordagem sobre proteção sexual, e isso, consequentemente, se reflete na baixa adesão a medidas que visam a diminuir a incidência de HIV-AIDS (LEIGH *et al.*, 2002; SILVA, 2011; SOARES *et al.*, 2015).

Dentre as vulnerabilidades que abrangem o adolecer, as categorias de exposição que englobam práticas homossexuais, bissexuais, heterossexuais, homens que fazem sexo com homens (HSH), consequentemente, elevam o risco de infecção por ISTs e HIV e constituem contextos de maior vulnerabilidade à saúde, por fatores individuais, sociais ou programáticos. Além de constituírem uma prática sexual mais traumática, no sentido anatômico, destaca-se que o contato genital-anal aumenta a vulnerabilidade ao contágio das ISTs.

Na atual dinâmica da epidemia da AIDS, os HSH apresentam um aumento das taxas de detecção de casos nas faixas que compreendem a juventude, pois tendem a iniciar a vida sexual mais precocemente e com maior número de parceiros do que os heterossexuais (RIOS, 2003; BELOQUI, 2008; TAQUETTE *et al.*, 2015).

Outro desafio à evolução da epidemia, o controle da transmissão vertical (TV) do HIV afeta de maneira especial as mulheres (LEAL, 2012). Dados globais e registros epidemiológicos indicam que 30% das gestantes infectadas, entre 2000 e junho de 2019, estão na faixa entre 20 e 24 anos (BAZIN *et al.*, 2014).

O diagnóstico, na gestação, é viabilizado pela normatização do MS, e ocorre através da solicitação de exames sorológicos durante o pré-natal. Salienta-se a necessidade de notificação do diagnóstico precoce dos novos casos ao Sistema

Único de Saúde (SUS), utilizando-se o avanço tecnológico terapêutico, a fim de evitar a TV e manter as mães vivas (LEAL, 2012).

Sobre adultos jovens que vivem com HIV-AIDS, não há disparidade em relação aos adolescentes. Eles permanecem com medo do preconceito, do abandono por seus pares e da revelação de seu *status* sorológico. Trata-se de uma fase de mudanças, de transição da adolescência para fase adulta, de ausência da percepção da exposição às infecções (TOLEDO *et al.*, 2011).

4.1.1 Vulnerabilidades de adolescentes e adultos jovens com HIV-AIDS

O aumento progressivo de pessoas que vivem com HIV-AIDS (PVHIV), na faixa etária compreendida entre a adolescência e o início da vida adulta, torna essas pessoas um grupo prioritário para ações de prevenção das IST e HIV-AIDS (SOUZA; BONA; GALATO, 2007; DE ARAÚJO *et al.*, 2012).

A eclosão do conceito vulnerabilidade é resultado das práticas preventivas e é baseado no conceito de risco, como sinônimo de perigo, passando uma conotação moral. Nesse momento, a epidemia da AIDS impulsionou estudiosos e profissionais da área de saúde a repensarem o conceito de risco e a promoverem discussões sobre vulnerabilidade (GIRONDI *et al.*, 2010).

Ao estudarem esse conceito voltados para a saúde, Sánchez e Bertolozzi (2007) consideraram a vulnerabilidade como matriz analítica para interpretar a epidemia da Aids, superando a perspectiva individualizante da doença e ultrapassando o conceito de “risco”, da tradicional epidemiologia clássica, ao definirem que não existem populações de risco, e sim um conjunto de fatores que propicia a infecção das pessoas pelo HIV (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Então, a vulnerabilidade compreende a exposição a riscos de diferentes naturezas: econômicos, culturais e sociais (MONTEIRO, 2011). No Brasil, a juventude apresenta alta vulnerabilidade e baixa percepção de risco, sendo crucial a compreensão desse fato, bem como seus determinantes sociais, para o fortalecimento de programas e políticas públicas (MIGUEL *et al.*, 2017).

Assim, é necessário considerar a vulnerabilidade e as contribuições do cuidado na reconstrução das práticas de saúde. Para Ayres *et al.* (2003) e Ayres (2004), a vulnerabilidade viabiliza a mudança na reconstrução de diagnósticos

ampliados, incluindo os saberes dos campos das ciências sociais e humanas, além dos saberes práticos. Por sua vez, o cuidado, a partir desses diagnósticos ampliados, volta-se para o empoderamento e a autonomia do sujeito e seus saberes acerca da saúde e da vida.

Salleti (1999) conceitua vulnerabilidade a partir da área dos Direitos Humanos e destaca a interligação das três dimensões – individuais, programáticas e sociais – que expõem o indivíduo ao adoecimento (SALLETI FILHO *et al.*, 1999).

Além de considerar todas as três esferas, existem seus amplos fatores agrupados. A esfera individual inclui aspectos cognitivos e comportamentais que correspondem à dimensão e à qualidade da informação que o jovem absorve, bem como o interesse de utilizá-la para sua proteção (AYRES *et al.*, 2003; BRASIL, 2007c).

Dessa forma, a esfera individual, é constituída pelos seguintes aspectos comportamentais (BRASIL, 2007c):

- a) Características pessoais – São construídas ao longo da história do indivíduo, e decorrem de um determinado contexto familiar, social e cultural, o qual dá significado concomitante à constituição dessas características, que se manifestam e refletem distintas atitudes e situações diferenciadas de susceptibilidade ao HIV-AIDS.
- b) Habilidades individuais – Envolvendo mais de uma pessoa, as práticas sexuais demandam diversos tipos de negociação entre os parceiros, desde os tipos de práticas (vaginal, anal, oral), as posições, a frequência, os ritmos e os locais onde vão acontecer. Dentre os aspectos a serem negociados estão os tipos de métodos contraceptivos e o método preventivo (se serão utilizados ou não). Isso significa que quem tem mais habilidade de negociar o uso do preservativo está menos vulnerável às DST e HIV-AIDS em relação àqueles sem essa habilidade.

Características comportamentais, como atividade sexual precoce, comumente iniciada na adolescência (AVERY; LAZDANE, 2008; RAMIRO, 2015), o não uso do preservativo, baixa escolaridade, variabilidade de parceiros, sentimentos de onipotência e não adesão a métodos preventivos são determinantes que sugerem a manutenção das IST e acentuam a vulnerabilidade entre adolescentes e jovens (PEREIRA *et al.*, 2014).

Quanto à esfera social, analisa-se a vulnerabilidade diante de alguns aspectos, como o acesso à informação, a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, volume de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e da legislação local, o nível geral de saúde da população e o grau de liberdade de pensamento e expressão (AYRES *et al.*, 2003).

A social é considerada a esfera mais complexa e heterogênea, pois engloba fatores sociais e coletivos como pressupostos básicos que influenciam fortemente as vulnerabilidades individual e programática. Estão incluídos, nessa dimensão de análise (BRASIL, 2007c):

- a) Aspectos econômicos – Considerando as desigualdades sociais, há um grande contingente de pessoas sem acesso aos recursos mínimos para a sobrevivência.
- b) Violência – Em contextos muito violentos, em que a morte por causas externas é muito expressiva, as atitudes de autocuidado perdem sentido, já que se está permanentemente ameaçado pela perspectiva de morrer repentinamente.
- c) Acesso à educação – Em contextos em que o índice de evasão escolar é muito grande, não se criam condições para o exercício efetivo da cidadania.
- d) As desigualdades de gênero, de raça e outras criam grupos com menor poder de negociação e de voz.
- e) Ausência de participação coletiva nas decisões políticas da comunidade.

Para Rodriguez (2000), a vulnerabilidade social estabelece uma relação direta com a pobreza, e com os territórios marginais, periféricos. As condições sociais afetam negativamente pessoas, comunidades e (ou) lugares, refletindo-se nos adolescentes que vivem em ambiente precário, com algumas particularidades da sexualidade, como pouca informação, menos diálogo com os pais e maior tendência ao comportamento de risco (PEREIRA; MATOS; LEAL, 2011).

Embora haja articulação entre os temas, é necessário sinalizar que os traços de pobreza estão centrados na privação e na ausência de renda. Dessa forma, a vulnerabilidade faz referência às condições dos indivíduos, lugares e (ou)

comunidades com elevadas chances de serem afetados negativamente e menor capacidade de resposta diante do contexto (BUSSO, 2001).

A violência sexual, independentemente de sexo e idade, deve ser considerada prioridade na assistência, devido aos danos psicossociais, à gravidez indesejada e ao risco de aquisição de HIV, IST e hepatites virais (BRASIL, 2015c).

Segundo Campos (2014), as desigualdades sociais afetam negativamente através da baixa escolaridade, elevando um comportamento sexual de risco entre os que não receberam orientação na escola sobre prevenção da gravidez, e aumentando a chance de relações sexuais com maior propensão para o sexo desprotegido. Assim, as informações sobre prevenção da gravidez e IST-IDS precisam ser divulgadas precocemente.

Conectada às esferas individual e social está a programática, visto que a vulnerabilidade está relacionada com o alinhamento e a orientação que os serviços de saúde, educação (em destaque) e demais serviços sociais utilizam para proteção dos indivíduos.

É necessária a mobilização das comunidades para reivindicarem as mudanças sociais e legislativas indispensáveis, a fim de remover barreiras ao acesso ou ao uso de serviços qualificados para prevenção do HIV-AIDS (UNAIDS, 2010). Ações institucionais especificamente voltadas para o problema da AIDS e da vulnerabilidade são registradas no plano programático, e citadas a seguir (AYRES *et al.*, 2003):

- a) grau e tipo de compromisso das autoridades locais com o enfrentamento do problema;
- b) ações efetivamente propostas por essas autoridades;
- c) coalizão interinstitucional e intersetorial para atuação específica;
- d) planejamento das ações;
- e) gerenciamento das ações;
- f) capacidade de respostas das instituições envolvidas;
- g) financiamento adequado e estável dos programas propostos;
- h) sustentabilidade das ações;
- i) avaliação e retroalimentação do programa.

Não existem serviços de saúde de qualidade e suficientes para os jovens, como programas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, testagem para HIV-

AIDS e dispensação de preservativos. É fortuita a inserção da TARV com o tratamento de dependência de drogas e programas de reabilitação. Apesar da necessidade de tratamento, apoio e atenção, especialmente para jovens entre 15 e 24 anos de idade, há subestimação ou ausência dessas medidas na maioria dos países.

Nessa esfera, de forma simplificada, destaca-se a necessidade de existência, efetividade, e competência das autoridades locais, voltadas para ações sociais e institucionais direcionadas para a resolutividade dos problemas relacionados à saúde, nesse contexto, com destaque para IST, HIV-AIDS (BRASIL, 2007c; ALVES; PAGAN, 2019).

Outra relação direta com a vulnerabilidade são normas sexuais, sociais e de gênero, como a exclusão social de determinados grupos. As transformações sociais necessárias para influenciar nas reduções de infecções, doenças e mortes associadas ao HIV sofrem obstruções geradas pela falta de garantia e de proteção aos direitos, no contexto do HIV. Normas prejudiciais de gênero e da violência baseada em gênero devem ser reconhecidas como violação dos direitos (UNAIDS, 2010).

Segundo registros globais, em 2018, existiam, em 45 países, leis com a necessidade de consentimento dos pais para menores de 18 anos terem acesso a serviços de testagem para HIV. Em 20 países, havia restrições de viagem para pessoas com HIV-AIDS (PVHIV). Em pelo menos oito países, existe pena de morte para homossexuais. Além de, em outros, não existir legislação que aborde o assédio sexual, e o estupro conjugal não ser considerado crime (UNAIDS, 2019c).

Na conjuntura atual, se faz necessária uma geração de ativistas que lutem pelos direitos humanos no contexto do HIV-AIDS, composta por líderes jovens, mulheres, homens e de todas as comunidades afetadas, que sejam ouvidos e apoiados por uma nova geração de líderes governamentais comprometidos com a proteção dos direitos humanos das PVHIV e as de maior risco de infecção (UNAIDS, 2010).

4.1.2 A importância da rede de atenção para proteção e controle do HIV-AIDS em adolescentes e adultos jovens e distribuição geográfica da evolução da epidemia.

Como já foi visto anteriormente, nos diversos aspectos relacionados à adolescência, à juventude e à infecção pelo HIV-Aids, existem vulnerabilidades inerentes às características do próprio grupo. Dentre elas, destaca-se a dificuldade de os sistemas de saúde e educação reconhecerem o adolescente como sujeito detentor de direitos sexuais e reprodutivos (MORAES; VITALLE, 2012).

Tornam-se crescentes as evidências da necessidade de educação sexual para empoderamento dos jovens, auxiliando-os sobre decisões quanto à saúde e aos comportamentos sexuais (UNAIDS, 2010). A dificuldade de acesso a informações sobre saúde sexual e reprodutiva (SSR) afeta, de modo especial, meninas adolescentes e jovens, constituindo-se como barreiras significativas que evidenciam sua vulnerabilidade quanto à saúde sexual e os riscos potenciais à saúde (UNAIDS, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) chama a atenção das políticas públicas, que devem se voltar para as necessidades pertinentes ao grupo, de forma reduzir a mortalidade e a taxa de transmissão do HIV, fazendo cumprir os direitos de saúde dos adolescentes, especialmente quanto à SSR, de modo que eles resguardecem sua saúde (WHO, 2003).

Declarando que os adolescentes representam uma força importante na sociedade e enfrentam complexos riscos, geralmente com menos apoio, em comparação a gerações anteriores, a OMS, considera o seu desenvolvimento uma questão de toda sociedade civil (WHO, 2003).

Ainda adverte, sobre as mudanças necessárias aos serviços de saúde para torná-los atraentes ao grupo, visto que tais serviços desempenham um papel específico na prevenção e no combate à infecção pelo HIV (WHO, 2003), uma vez que populações em situação de vulnerabilidade sofrem consequências com a ausência de acesso oportuno a serviços eficazes de prevenção, atenção e tratamento que sejam apropriados (UNAIDS, 2014).

Diante desse contexto, as mudanças realizadas através de ações, estratégias e qualidade dos serviços viabilizarão a conscientização dessa população em termos de prevenção e adesão ao tratamento. Essa é uma forma de garantir o vínculo, a continuidade da assistência, o empoderamento do sujeito e a conscientização sobre o impacto com o diagnóstico da sorologia, além de estimular comportamentos que contribuam para a manutenção da saúde e para uma mudança do perfil da infecção

e da doença nesse grupo populacional (TOLEDO *et al.*, 2011; PEREIRA *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2014; CARVALHO, 2018).

A epidemia da AIDS é um fenômeno que apresenta a necessidade de avaliação territorial, uma vez que a ocorrência da infecção pelo vírus HIV possui um histórico diferenciado desde o surgimento da epidemia, decorrente da influência do local e período histórico, como foi visto anteriormente. Dessa forma, a distribuição demográfica da epidemia da AIDS, visualizada através da representação gráfica, em mapas, se torna especialmente funcional, a fim de ser interpretada pelas políticas públicas.

Dessa forma, o Brasil, que já registra uma evolução da epidemia multifacetada da AIDS, e possui uma extensa área territorial que apresenta distintas dimensões regionais e diferenças significativas de hábitos e cultura, é um importante espaço geográfico, rico em dados para utilização dessa análise que permite evidenciar a situação epidemiológica considerando as características socioeconômicas e culturais de suas regiões, no caso do presente estudo, o Estado da Bahia (BALUZ, 2010).

4.2 DEFINIÇÃO DE CASOS POR SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – AIDS

A vigilância epidemiológica (VE) provê importantes subsídios ao planejamento, organização e operacionalização, fundamentais aos serviços de saúde, entre eles a definição de caso da doença ou agravo, viabilizando comparar os critérios diagnósticos, e notificação compulsória, para fins de medidas de intervenção pertinentes à prevenção e ao controle de doenças ou agravos à saúde (BRASIL, 2010b).

Desde a década de 80, a VE do HIV-AIDS, no Brasil, é baseada na notificação compulsória dos casos de AIDS por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), utilizando-se fichas padronizadas para a notificação dos casos em todo território nacional (BRASIL, 2006c; SUVISA, 2015).

Além do SINAN, a VE utiliza dados fornecidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais CD4 e carga viral (CV Siscel), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), o

Sistema de Monitoramento clínico de pessoas vivendo com HIV (SIMC) e estudos seccionais e longitudinais, que também auxiliam no monitoramento das tendências do HIV-AIDS (BRASIL, 2017b; BRASIL, [201?]).

A AIDS, fenômeno de grande magnitude no Brasil, tornou-se doença de notificação compulsória desde 1986, através da Portaria MS nº 542 de 22 de dezembro de 1986 (BRASIL, 2010c). Tal notificação é realizada, mediante casos confirmados e preenchimento da Ficha de Notificação e Investigação de AIDS para indivíduos com 13 anos ou mais (Anexo A), disponibilizada pelo SINAN. Em seguida, no quadro 01, consta o resumo dos critérios para definição de caso de AIDS dessa população, adotados pelo Ministério da Saúde (MS) para fins de VE, conforme última revisão em 2013 (BRASIL, 1998; SUVISA, 2015; BRASIL, 2017c).

Quadro 01 – Critérios de definição de casos de AIDS em indivíduos com 13 anos de idade ou mais.

1. CRITÉRIO CDC ADAPTADO – Revisão 2013
Evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV por teste sorológico (de triagem, confirmatório e teste rápido) ou virológico, normatizados pelo Ministério da Saúde. + Evidência de imunodeficiência: diagnóstico de, pelo menos, uma doença indicativa de Aids e (ou) Contagem de linfócitos T CD4+ <350 células/mm³.
2. CRITÉRIO RIO DE JANEIRO-CARCAS
Evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV por teste sorológico (de triagem, confirmatório, e teste rápido) ou virológico, normatizados pelo Ministério da Saúde^a. + Somatório de pelo menos, 10 pontos, de acordo com a escala de sinais, sintomas ou doenças.
3. CRITÉRIO EXCEPCIONAL DE ÓBITO
Menção de Aids ou Sida (ou termo equivalente) em algum campo da Declaração de Óbito. ou Menção de infecção pelo HIV (ou termo equivalente) e de doença indicativa ou presuntiva de Aids em algum campo da Declaração de Óbito. + Investigação epidemiológica inconclusiva^b.

^aPortaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013d). Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças SVS-MS (BRASIL, 2016b)

^bGuia de Vigilância em Saúde: volume único SVS/MS – 3ª. Ed. (BRASIL, 2019b).

Quadro 02 – Doenças indicativas de AIDS: diagnóstico definitivo e (ou) presuntivos.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Candidose de traqueia, brônquios ou pulmões Câncer cervical invasivo Criptococose extrapulmonar Criptosporidiose intestinal crônica (período superior a 1 mês) Coccidioidomicose, disseminada ou extrapulmonar Histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos e não exclusivamente nos pulmões ou linfonodos cervicais ou hilares; ou em um desses órgãos, associada a qualquer outra localização) Isosporidiose intestinal crônica (período superior a 1 mês) Linfoma primário do cérebro (em qualquer idade) Linfoma não-Hodgkin de células B (fenótipo imunológico desconhecido) e outros linfomas dos seguintes tipos histológicos: linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não Burkitt) e linfoma maligno imunoblástico – sem outra especificação (termos análogos: sarcoma imunoblástico, linfoma maligno de células grandes ou linfoma imunoblástico) Sepse recorrente por Salmonella (não tifoide) Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e ou miocardite)	Candidose do esôfago Citomegalovirose sistêmica (em qualquer outro local, exceto fígado, baço e linfonodos) Retinite por citomegalovírus Herpes simples mucocutâneo (período superior a 1 mês) Leucoencefalopatia multifocal progressiva Pneumonia por Pneumocystis jirovecii Toxoplasmose cerebral Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose ou hanseníase – em órgãos outros que não os pulmões, pele ou linfonodos cervicais ou hilares; ou em um desses órgãos, associada a qualquer outra localização).

Quadro 03 – Escala com a pontuação para cada sinal, sintoma ou doença do Critério Rio de Janeiro-Caracas.

ESCALA DE SINAIS, SINTOMAS OU DOENÇAS		
Sinais, sintomas, doenças	Descrição	Pontos
Anemia e (ou) linfopenia e (ou) trombocitopenia	Anemia: hematócrito inferior a 30% em homens e 25% em mulheres; ou hemoglobina inferior a 6,8mmol/L (menos de 11,0g/dL) em homens e inferior a 6,2mmol/L (menos de 10g/dL) em mulheres. Linfopenia: contagem absoluta de linfócitos inferior a $1 \times 10^9/L$ (menos de 1.000 células/mm³) Trombocitopenia: contagem de plaquetas inferior a $100 \times 10^9/L$ (menos de 100.000 células/mm³).	2
Astenia	Por um período igual ou superior a 1 mês, excluída a tuberculose como causa básica.	2
Caquexia	Perda de peso involuntária superior a 10% do peso habitual do paciente com ou sem emaciação, excluída a tuberculose como causa básica.	2
Dermatite persistente	Lesões eczematosas localizadas ou generalizadas de evolução crônica, lesões papulovesiculosas disseminadas sem etiologia definida ou micoses superficiais de evolução crônica, resistentes ao tratamento habitual.	2
Diarreia	Constante ou intermitente, por um período igual ou superior a 1 mês.	2
Febre	Igual ou superior a 38°C, de forma constante ou intermitente, por um período igual ou superior a 1 mês, excluída a tuberculose como causa básica.	2

Linfadenopatia	Maior ou igual a 1cm, acometendo dois ou mais sítios extrainguinais, por um período igual ou superior a 1 mês.	2
Tosse	Tosse persistente, associada ou não a qualquer pneumonia (exceto tuberculose) ou pneumonite, determinadas radiologicamente ou por qualquer outro método diagnóstico.	2
Candidose oral ou leucoplasia pilosa	Candidose oral: inspeção macroscópica de placas brancas removíveis em base eritematosa ou pela inspeção microscópica de material obtido da mucosa oral com achados característicos. Leucoplasia pilosa: placas brancas não removíveis na língua.	5
Disfunção do sistema nervoso central	Confusão mental, demência, diminuição do nível de consciência, convulsões, encefalite, meningites de qualquer etiologia conhecida (exceto a por <i>Cryptococcus neoformans</i>) ou desconhecida, mielites e (ou) testes cerebelares anormais, excluídas as disfunções originadas por causas externas.	5
Herpes-zóster em indivíduo com até 60 anos de idade	Lesões dermatológicas em diferentes fases de evolução, precedidas e (ou) acompanhadas por dor, acometendo um ou mais dermatômos.	5
Tuberculose pulmonar, pleural ou de linfonodos localizados numa única região.	Tuberculose de linfonodos com localização única, pleural, pulmonar não especificada ou cavitária, diagnosticada por padrão radiológico específico, inspeção microscópica (histologia ou citologia), cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	5
Outras formas de tuberculose	Tuberculose de linfonodos localizados em mais de uma cadeia, disseminada, atípica ou extrapulmonar diagnosticada por padrão radiológico específico (miliar, infiltrado intersticial, não cavitário) e (ou) inspeção microscópica (histologia ou citologia), pesquisa direta, cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	10
Sarcoma de Kaposi	Diagnóstico definitivo (inspeção microscópica: histologia ou citologia) ou presuntivo (reconhecimento macroscópico de nódulos, tumorações e ou placas eritematosas ou violáceas características, na pele e ou em mucosas).	10

Fonte: BRASIL, 2017c.

Historicamente, a primeira definição de casos de AIDS, para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, foi a *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos da América, publicação de 1982. Contudo, é tecnicamente revisada e adaptada ao tempo pelo Ministério da Saúde, sendo denominada, Critério CDC Modificado ou Adaptado. Atualmente, utiliza-se a última revisão, de 2013 (BRASIL, 1998; BRASIL, 2017c).

O Critério Rio de Janeiro-Caracas, introduzido em 1992, cuja denominação homenageia cidades simbólicas que sediaram importantes eventos no início da

epidemia, baseia-se na identificação clínica de sinais, sintomas e doenças, dispensando um sistema complexo e de alto custo. Em 1995, estabelece-se o Critério de Óbito, objetivando incorporar ao Banco de Dados da Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde, inúmeros casos da doença inadequados às demais definições, que mencionavam a AIDS em algum campo da Declaração de Óbito (BRASIL, 1998).

Com o intuito de auxiliar na redução da Transmissão Vertical (TV) da infecção pelo HIV, em 2000, o MS tornou compulsória a notificação para gestante HIV+. Posteriormente, em 2006, passam a ser notificados casos de crianças expostas ao vírus (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009a; SUVISA, 2015). Ressalta-se que a notificação, no caso de crianças HIV+, deve ser preenchida em instrumento específico (Anexo B), e não mais vinculado ao instrumento de notificação da gestante HIV+ (Anexo C), como no período inicial (Nota Técnica nº 62/07 GAB/UIV/PN-DST/Aids/SVS/MS) (BRASIL, 2007a).

A definição de caso, para efeito de notificação compulsória, de acordo com o MS, considera toda gestante, parturiente ou nutriz que apresentar resultado de exame laboratorial reativo para HIV. Já em criança exposta, o caso é definido por todo conceito de mãe positiva ou com suspeita da infecção pelo HIV, ou que tenha sido amamentada por mulher infectada ou com suspeita de infecção pelo vírus (BRASIL, 2009a). A seguir, no Quadro 4, estão sumarizados os critérios de definição de casos de AIDS em indivíduos menores de 13 anos.

Quadro 04 – Resumo dos critérios de definição de casos de AIDS em crianças menores de 13 anos de idade.

1. CRITÉRIO CDC ADAPTADO – Revisão 2013
Evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV por teste sorológico (de triagem, confirmatório e teste rápido) ou virológico, normatizados pelo Ministério da saúde^a de acordo com idade atual da criança^b. + Diagnóstico de, pelo menos, uma doença indicativa de imunodeficiência de caráter moderado ou grave e (ou) Contagem de linfócitos T CD4+ menor do que o esperado para a idade atual da criança.
CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO^c
Menção de Aids ou Sida (ou termo equivalente) em algum campo da Declaração de Óbito ou Menção de infecção pelo HIV (ou termo equivalente) e de doença indicativa ou presuntiva de aids

em algum campo da Declaração de Óbito.
+
Investigação epidemiológica inconclusiva.

^aVer *Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças SVS-MS* (BRASIL, 2016b).

^bSuplemento I da publicação *Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV* (2010) (BRASIL, 2009b).

^cVer o *Guia de Vigilância em Saúde*: volume único SVS/MS – 3ª. ed. (BRASIL, 2019b).

Quadro 05 – Doenças, sinais ou sintomas indicativos de imunodeficiência em crianças menores de 13 anos de idade, diagnosticadas por método definitivo (d) e presuntivo.

CARÁTER LEVE	CARÁTER MODERADO	CARÁTER GRAVE
Aumento crônico da parótida Dermatite persistente Esplenomegalia Hepatomegalia Linfadenopatia (≥0,5cm em mais de dois sítios) Infecções persistentes ou recorrentes de vias aéreas superiores (otite média e sinusite)	Anemia por mais de 30 dias (d) Candidose oral (d) Diarreia recorrente ou crônica (d) Febre persistente (superior a 1 mês) (d) Gengivo-estomatite herpética recorrente Hepatite (d) Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal (antes de 1 mês de idade) (d) Herpes-zóster (d) Infecção por citomegalovírus (antes de 1 mês de idade) (d) Leiomiossarcoma (d) Linfopenia (por mais de 30 dias) (d) Meningite bacteriana, pneumonia ou sepse Miocardiopatia (d) Nefropatia Nocardiose (d) Pneumonia linfoide intersticial Toxoplasmose (antes de 1 mês de idade) Trombocitopenia Tuberculose pulmonar Varicela disseminada	Candidose do esôfago, traqueia (d), brônquios (d) ou pulmão (d) Citomegalovirose, exceto fígado, baço ou linfonodos (maiores que 1 mês de idade) (d) Coccidioidomicose, disseminada ou extrapulmonar Criptococose extrapulmonar (d) Criptosporidiose (com diarreia por um período superior a 1 mês) Encefalopatia (determinada pelo HIV) Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal (d) Herpes simples mucocutâneo (período superior a 1 mês, em crianças com mais de 1 mês de idade) Histoplasmose disseminada (d) Infecções bacterianas graves, múltiplas ou recorrentes (d) Isosporidiose intestinal crônica (d) Leucoencefalopatia multifocal progressiva Linfoma de não Hodgkin de células B e outros linfomas dos dois tipos histológicos, linfoma maligno de células grandes ou clivadas (Burkitt ou não-Burkitt), ou linfoma malignoimunoblástico sem outra especificação (d) Linfoma primário do cérebro (d) Pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i> Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose e hanseníase – e não em pulmões, pele, linfonodos cervicais, hilares) Sarcoma de Kaposi Sepse recorrente por <i>Salmonella</i> (não tifoide) (d)

		Síndrome de emaciação Toxoplasmose cerebral (em crianças com mais de um mês de idade) Tuberculose disseminada ou extrapulmonar
--	--	--

Quadro 06 – Contagem de linfócitos T CD4+ de acordo com a idade da criança.

FAIXA ETÁRIA	CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+ (% DO TOTAL DOS LINFÓCITOS)
< 12 meses	<1.500 células por mm ³ (<25%)
De 1 a 5 anos	<1.000 células por mm ³ (<25%)
De 6 a 12 anos	<500 células por mm ³ (<25%)

Fonte: BRASIL, 2017c.

Somente em 2014, com a publicação, no Diário Oficial da União, da Portaria nº 1.271, a notificação do HIV tornou-se obrigatória para a população em geral, mediante confirmação do diagnóstico laboratorial, visando a aprimorar e a embasar a política pública de enfrentamento da epidemia, permitindo caracterizar e monitorar tendências, perfil epidemiológico, bem como avaliar riscos e vulnerabilidades na população infectada (SUVISA, 2015; BRASIL, 2017b).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E COINFECÇÕES

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), se mantém como um dos maiores problemas enfrentados pela humanidade na era contemporânea, desde o seu surgimento (BRASIL, 2013c). Trata-se de uma grave disfunção do sistema imunológico, tendo como agentes etiológicos HIV-1 e HIV-2, retrovírus da família *Lentiviridae*, cujo único reservatório é o homem. A transmissão ocorre por via sexual (esperma e secreção vaginal), sangue (via parenteral e vertical) e leite humano.

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) avança para AIDS a partir da destruição dos linfócitos T CD4+, uma das principais células-alvo do vírus, provocando o aparecimento de infecções oportunistas (IO), neoplasias e outras

manifestações de caráter não infeccioso, além de danos diretos a alguns órgãos ou de processos inflamatórios. A contagem de linfócitos T CD4+ é importante marcador da condição imunológica do paciente e para definição de casos de AIDS, com fins epidemiológicos.

A doença infecciosa é causada por um agente infeccioso, como vírus, bactérias, fungos, entre outros, e nem sempre é uma doença transmissível. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as doenças oportunistas associadas à AIDS podem ser causadas por: vírus (citomegalovirose, herpes simples, leucoencefalopatia multifocal progressiva); bactérias (micobacterioses – tuberculose e complexo *Mycobacterium avium-intracellulare*); pneumonias (*S. pneumoniae*, salmonelose); protozoários (toxoplasmose, criptosporidiose, isosporíase); fungos (pneumocistose, candidíase, criptococose, histoplasmose); tumores, frequentemente associados (sarcoma de Kaposi, linfomas não Hodgkin); por fim, as neoplasias (intraepiteliais anal e cervical) e o câncer de colo de útero, no sexo feminino (BRASIL, 2009a).

Segundo dados nacionais, 25% das pessoas que vivem com HIV encontram-se em significativo risco de desenvolver infecções oportunistas (IO). Sua profilaxia é essencial para a redução da morbimortalidade em indivíduos que apresentam disfunção imune secundária à infecção pelo HIV. O Ministério da Saúde considera como IO: meningite, toxoplasmose cerebral, pneumocistose, citomegalovírus, candidíase esofágica e orofaríngea, e histoplasmose (BRASIL, 2017e).

Segundo o MS, as comorbidades não infecciosas relacionadas ao HIV são aquelas de alterações metabólicas, renais, hepáticas, lipodistrofia, osteoarticulares, neurocognitivas; e as comorbidades infecciosas: tuberculose, Hepatites B e C, sífilis, hanseníase, HTLV 1/2, leishmaniose, paracoccidiodomicose e Zika Vírus (BRASIL, 2017e).

Para o diagnóstico das comorbidades, a percepção precoce de condições clínicas é uma valiosa ferramenta para seu manejo, como, por exemplo, alterações da função hepática e renal, elevação da glicose, lipídios, baixa testosterona, alterações corporais, identificação de fatores de risco, incluindo antecedentes familiares (SILVA, 2013).

Na coinfeção, o organismo sofre com duas ou mais doenças ao mesmo tempo, o que pode complicar o tratamento das PVHIV e AIDS, debilitando a saúde do paciente. Dessa forma, é primordial introduzir estratégias específicas, a fim de

evitar interações entre medicamentos, embora, com o tratamento adicional, possam surgir novos efeitos colaterais (BRASIL, 2013f).

Segundo estatísticas globais, a TB, é a principal causa de morte entre as PVHIV e AIDS (UNAIDS, 2019a), e essa associação (HIV-TB) constitui, nos dias atuais, um sério problema de saúde pública, favorecendo o aumento da morbimortalidade em diversos países (BRASIL, 2009a). Em âmbito nacional, essa elevada taxa de detecção impõe a necessidade de ampliação do acesso da população ao atendimento, viabilizando, aos portadores de TB, o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV (BRASIL, 2018c).

Quanto às categorias de exposição, os coinfectados apresentam resultados semelhantes aos da tendência mundial e nacional dos casos soropositivos para HIV/AIDS, com significativo aumento das taxas de detecção de comorbidades e coinfeções entre homossexuais, bissexuais, homens que fazem sexo com homens (HSH) e pessoas com múltiplas parcerias sexuais. Já os usuários de drogas injetáveis (UDI) apresentam números menos expressivos. Ainda se assemelha à tendência mundial e nacional, com alta taxa de detecção, a via de transmissão sexual (DEIENNO *et al.*, 2010; RIGHETTO *et al.*, 2014; BRIGNOL *et al.*, 2015; MALEK *et al.*, 2015; MAGNO *et al.*, 2017; LUPPI *et al.*, 2018).

5.2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA EPIDEMIA DO HIV-AIDS

As estimativas epidemiológicas alertam que, em todo o mundo, as novas infecções e taxas de detecção da população jovem apresentam tendência de aumento (BRASIL, 2013e; BRASIL, 2020; ONUSIDA, 2020).

Os números oficiais retratam um panorama que permite identificar a magnitude da AIDS. Segundo estatísticas globais, até o fim de 2019, foram detectadas 75,7 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, sendo computados 32,7 milhões de óbitos relacionados à AIDS (ONUSIDA, 2020).

O progresso continua rumo às metas 90-90-90. Em 2019, cerca de 91% das pessoas que viviam com HIV (PVHIV) foram diagnosticadas; 82% das PVHIV acessavam a terapia antirretroviral (TARV) e 88% das PVHIV em TARV atingiram a supressão viral. No entanto, segundo a UNAIDS, esse progresso sofre impacto quanto à variação por região e país (ONUSIDA, 2020).

A mortalidade relacionada à AIDS diminuiu 39% desde 2010. Ressalta-se, a ocorrência de aproximadamente 69.000 óbitos por doenças relacionadas, em âmbito mundial, mantendo-se a tuberculose (TB) como a principal causa, com uma a cada três mortes. Salienta-se que aproximadamente metade das PVHIV e TB desconhece sua coinfeção (ONUSIDA, 2020).

Globalmente, as populações-chave são compostas por trabalhadores do sexo, usuários de drogas injetáveis, homens gay e homens que fazem sexo com homens (HSH), transgêneros, pessoas em prisões e seus parceiros, representando 62% das novas infecções por HIV; já na América Latina, representam 77% (ONUSIDA, 2020). No Brasil, observa-se uma epidemia de HIV-AIDS concentrada em alguns subgrupos populacionais, delineando-se uma forte tendência de pauperização, heterossexualização, interiorização e juvenilização, destacando-se o aumento da prevalência da infecção entre os jovens (SCHNEIDER *et al.*, 2008; DE ARAÚJO *et al.* 2012; AMARAL, 2016; BRASIL, 2020).

De 2007 a junho de 2020, o Brasil registrou 342.459 casos de infecção pelo HIV, concentrada nas regiões Sudeste (44,4%) e Sul (20,0%), apontando números expressivos em homens, e indivíduos entre 20 a 34 anos. Segundo a categoria de exposição, em indivíduos maiores de 13 anos, do sexo masculino, verificou-se 51,6% dos casos decorrentes de exposição homossexual ou bissexual, 31,3% heterossexual e 1,9% entre os usuários de drogas injetáveis (UDI), já entre o sexo feminino, verificou-se 86,6% dos casos inseridos na categoria de exposição heterossexual e 1,3% na de UDI.

Destaca-se aumento nos últimos dez anos, de novas infecções por AIDS, em jovens do sexo masculino, de 15 a 19 anos, já em 2019, a maior taxa de detecção compreendeu os indivíduos entre 25 e 29 anos. Quanto aos óbitos por causa básica a AIDS, alcançou 349.784 notificações, do início da epidemia até 2019 (BRASIL, 2020).

Quanto às gestantes infectadas pelo HIV, de 2000 a junho de 2020, foram notificados 134.328 casos. Há uma década, a faixa etária entre 20 e 24 anos, vem sendo a que mais apresenta casos de gestantes infectadas pelo HIV. Tal situação poderia ser explicada, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a consequente prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV (BRASIL, 2020).

Contextualizando a AIDS no cenário regional, nos últimos cinco anos, a região Nordeste apresentou uma média de 9 mil casos ao ano, e a detecção mostra tendência de crescimento na última década, contrariando a tendência nacional, com aumento de 11,3%. Em termos locais, em 2020, a Bahia registrou 335 novos casos de HIV e 599 novos casos de Aids. Do início da epidemia a 2019, foram 12.236 óbitos tendo como causa básica AIDS (BRASIL, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

A cidade de Salvador ocupa a 21^a posição, segundo capital de residência, por ano de diagnóstico, no *ranking* da taxa de detecção (por 100.000) de casos de AIDS. Além de ser uma das três primeiras cidades do país que assinou o documento em aceleração da Resposta ao HIV (*Fast-Track*), reiterando o compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e com o cumprimento das metas 90-90-90, previstas para 2020 (UNAIDS, 2018; BRASIL, 2019c; BRASIL, 2020).

5.3 POLÍTICAS GLOBAIS E NACIONAL DE PREVENÇÃO DAS IST-AIDS

As políticas globais e nacional dirigidas ao HIV-AIDS sofreram significativas transformações na última década, destacando-se a ampliação da testagem e a introdução dos antirretrovirais (ARV) para fins de prevenção (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

Em 2000, através de um documento histórico, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), face a um panorama global de miséria e crises econômicas, aspirando à promoção da dignidade humana. Esse documento dispõe, no sexto objetivo, o combate ao HIV-AIDS, com metas de interromper, até 2015, a propagação e diminuir a incidência por HIV-AIDS, além de universalizar o acesso ao tratamento até 2010 (ASSEMBLY, 2001; NAÇÕES UNIDAS, 2001).

Com esses direcionamentos, evidências científicas demonstraram benefícios da terapia antirretroviral (TARV) para a prevenção da infecção pelo HIV (QUINN *et al.*, 2000; TOVANABUTRA *et al.*, 2002; PORCO *et al.*, 2004; ATTIA *et al.*, 2009; MONTANER *et al.*, 2010).

Considerando o estudo “*HIV Prevention Trials Network 052*” (HPTN 052), publicado em 2011, primeiro ensaio clínico randomizado, que avaliou a transmissão

sexual do HIV entre casais sorodiscordantes, apresentou importantes resultados, com a redução em 96% de transmissão do HIV, introduzindo a TARV independentemente da contagem de CD4 (LT-CD4+: 350 - 550 céls/mm³). Tais evidências estabeleceram bases empíricas para futuras iniciativas globais, a implementação do Tratamento como Prevenção (Treatment as Prevention – TasP), ou Tratamento para todos, um marco na resposta mundial ao HIV (COHEN *et al.*, 2011; BRASIL, 2015b).

Objetivando avaliar esforços e progressos quanto ao compromisso com os ODM, em 2011, através da Declaração Política da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV-AIDS, foi proposta uma nova estrutura de investimento para 2015, com a expansão das principais intervenções para reduzir drasticamente as novas infecções e óbitos, incluindo metas ambiciosas de cobertura para serviços de prevenção e tratamento (ONU, 2011).

Assim, em 2013, o MS atualizou o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o Manejo da Infecção ao HIV-AIDS em Adultos”, recomendando o início de “Tratamento como prevenção” (TcP) ou “Tratamento para todas as pessoas” (TTP), independentemente de contagem de LT-CD4+ (BRASIL, 2018b), com a finalidade de acrescentar, de forma harmoniosa, as novas recomendações às já existentes. O fato é que a resposta dessa nova proposta não foi satisfatória (OMS, 2013).

Em resposta, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV-AIDS (ONUSIDA) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, anunciaram a proposta de eliminar mundialmente HIV-AIDS como uma ameaça à saúde pública até 2030, pelo cumprimento da meta 90-90-90, que significa testar 90% da população com a infecção, tratar 90% dos casos positivos e manter 90% das pessoas em tratamento com carga viral indetectável (UNAIDS, 2017). Acrescentam-se a ela as profilaxias pós (PEP) e pré-exposição (PrEP), que se convencionou chamar de “prevenção combinada” (UNAIDS, 2017; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

A estratégia Prevenção Combinada sugere o uso combinado de métodos de prevenção em abordagens distintas, como a biomédica, a comportamental e a estrutural, que podem ser aplicadas nos múltiplos níveis – individual, parcerias, comunitário e social – de acordo com a disponibilidade e as escolhas de cada indivíduo (BRASIL, 2013g).

As estratégias biomédicas comportam ações voltadas para a redução do risco de exposição. São elas, as biomédicas clássicas – métodos de barreira física ao vírus, como preservativos e gel lubrificante – e as biomédicas, com base no uso de ARV, as estratégias TTP, PEP e a PrEP. Já as intervenções comportamentais se voltam para a informação e a percepção do risco de exposição ao HIV. Suas ações compreendem incentivo ao uso de preservativos e à testagem, adesão às intervenções biomédicas, vinculação e retenção nos serviços de saúde, entre outros.

Por fim, as intervenções estruturais remetem a características sociais, culturais, políticas e econômicas, visando a evitar alienação e preconceitos que possam interferir nos direitos e garantias à dignidade humana (BRASIL, 2013g).

As metas 90-90-90 se tornaram um pilar central da busca global para acabar com epidemia da AIDS (UNAIDS, 2017). O Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI/SVS/MS) criou um instrumento de programação anual a partir de seis prioridades que norteiam o planejamento até 2023 (BRASIL, 2020).

O Plano Nacional de Saúde – PNS 2020-2023 – aborda objetivos alinhados ao interesse do presente estudo: reduzir o coeficiente de mortalidade padronizado por AIDS até 2023, para 4,10 por 100 mil habitantes; aumentar para 77,5% a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial; e, entre algumas metas, atingir, até dezembro de 2020, os dois primeiros 90 da proposta da OMS, de eliminar mundialmente HIV-AIDS como uma ameaça à saúde pública (BRASIL, 2020).

5.3.1 Programa nacional de HIV-AIDS no país: histórico e avanços

As políticas públicas de saúde voltadas para o HIV-AIDS, no Brasil, percorrem fases distintas. Inicialmente, houve o desenvolvimento dos conhecimentos científicos em relação à infecção, a efetiva participação de segmentos sociais e institucionais em busca de respostas à epidemia e os trâmites para organização e concretização das ações oficiais. Assim, marcada por vários momentos, a história do HIV-AIDS, no Brasil, permeou o contexto histórico político do país (PASSARELI *et al.*, 2003; HACKER *et al.*, 2007).

Na primeira fase, início da década de 80, registrou-se o primeiro caso de AIDS no Brasil, oficialmente diagnosticado em 1982, na cidade de São Paulo. Essa fase foi marcada por discriminação, estigma, medo e omissão das autoridades governamentais (MALISKA *et al.*, 2009). Em 1985, surgiu a primeira ONG do Brasil e da América Latina na luta contra a AIDS, o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), além do Programa Federal de Controle da AIDS (Portaria nº 236/85), no âmbito da Divisão de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde, atualmente denominado Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (BRASIL, 1985; 2018d; BRASIL, 2018e).

Depois de a AIDS ser classificada como doença de notificação compulsória, pela Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986, foi implementada a Lei 7.649/1988, tornando obrigatória a triagem sorológica para o HIV nas doações sanguíneas, em todo país (BRASIL, 1988; BRASIL, 2010). Ao final dos anos 80, foi criada a Comissão Nacional de AIDS, liderado pelo Ministério da Saúde, com marcos como a realização de campanhas do governo federal, sobre a importância do uso do preservativo para controlar a epidemia e a descoberta, pela comunidade científica, da utilização da Zidovudina (AZT) para a redução da multiplicação do HIV (MORAIS; AMORIM, 2011; BRASIL, 2018f).

Em 1988, no Rio Grande do Sul, foi implantado o primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), em resposta ao expressivo aumento do número de novos casos da doença (BRASIL, 2008). No ano seguinte, foi criada a Divisão Nacional de AIDS, responsável pelo Programa Nacional de Controle de AIDS/DST (PNC-DST/AIDS). Mais adiante, em 1990, com a promulgação da Lei nº 8.080, Lei Orgânica de Saúde (LOS), atendendo às responsabilidades do nível central do SUS, houve a descentralização em nível municipal e incorporação do SNVE ao SUS (CASA CIVIL, 1990).

Ainda na década de 90, estados e municípios já assumiam o compromisso de manutenção dessas unidades através da implantação de novos COAS, que passaram a ser denominados de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), para expressar à população, de forma mais direta, os objetivos e atividades realizadas pelos serviços (BRASIL, 2008).

A terceira fase das políticas públicas em resposta ao HIV-AIDS, entre 1990 e 1992, registra a solicitação de apoio ao Banco Mundial, (WASHINGTON, 2004)

(VILLARINHO *et al.*, 2013) e o estabelecimento de normas e diretrizes para a implantação do tratamento em Hospital-Dia ao paciente com AIDS, no SUS, através da Portaria Ministerial nº 130/94 (BRASIL, 1994).

Como entidades da sociedade civil, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) têm contribuído, desde os anos 80, para as políticas de HIV-AIDS no Brasil (ABRASCO, 2019).

Enfim, a partir de 1993, houve um momento de reorganização do PNDST-AIDS no Ministério da Saúde e a efetivação da política de controle da epidemia, resultado da solicitação de apoio ao Banco Mundial, que, através de três empréstimos aprovados em 1993, 1998 e 2003, respectivamente, viabilizou através dos projetos (AIDS I, AIDS II e AIDS III), melhorias, expansão, intervenções, assistência técnica e financeira, entre outros, para conter o crescimento da epidemia (WASHINGTON, 2004; BRASIL, 2008).

Em 1996, foi promulgada a Lei nº 9.313, que trata da distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS, ação que se consolidou a partir de 1998, cobrindo todas as regiões do país (BRASIL, 1996). Outro passo importante para aperfeiçoar a qualidade do tratamento oferecido foi a implantação, em 1999, de uma rede nacional de contagem de linfócitos CD4 e CD8 e a verificação de carga viral (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Entre tantos reconhecimentos, em 2002, o Programa Nacional de DST-AIDS, recebeu uma honrosa nomeação da Global Health Association para o Prêmio Bill Gates de Saúde Pública, por suas ações desenvolvidas em âmbito nacional e internacional, o qual rendeu um prêmio de 1 milhão de dólares. Parte desse montante (50 mil dólares) foi destinada ao Fundo Global de AIDS, Tuberculose e Malária, e o restante dividido entre as casas de apoio nos Estados brasileiros. Outro marco que ganhou visibilidade, foi a quebra da patente do antirretroviral Efavirez pelo governo brasileiro, em 2007, viabilizando sua produção com preço mais acessível e a distribuição pelo SUS (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Desde o surgimento do primeiro caso nacional da infecção, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (PNDST/AIDS) tem sido reconhecido internacionalmente como exemplo de política de saúde pública, devido à sua ampla atuação nos campos da promoção, prevenção e tratamento, com o

objetivo de reduzir a incidência de casos de HIV-AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis, bem como melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas.

Quanto ao programa estadual, entre as décadas 80 e 90, a capital baiana teve reconhecimento como importante polo de controle da AIDS no Brasil. Houve a implantação de serviços específicos para o atendimento de pessoas com AIDS em dois hospitais da rede pública estadual, o Couto Maia e o Hospital Universitário Professor Edgar Santos. Vale destacar, em 1995, a implantação do primeiro Programa de Redução de Danos por uso de drogas injetáveis, do Brasil e América do Sul, aprovado pelo Ministério da Saúde (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Atualmente, o Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP) é referência estadual para o atendimento ambulatorial a pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHIV), hepatites virais, infecções sexualmente transmissíveis, além da população transgênero (BAHIA, 2020a).

Segundo o último Relatório Anual de Gestão (RAG 2019), concernente ao apoio institucional aos municípios em ações de IST-HIVAIDS, HTLV e hepatites virais, 100% dos municípios foram atendidos adequadamente na distribuição e na logística, assim como os Núcleos Regionais de Saúde, com a concretização de visitas técnicas aos que recebem incentivo financeiro para desenvolvimento de ações. O Programa Estadual de IST-AIDS fornece, mensalmente, insumos, como fórmula láctea, preservativos masculino e feminino, gel lubrificante e testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C (BAHIA, 2020b).

A partir de 2004, foram integrados o SIM, SICLOM E SISCEL aos sistemas de informação complementares do Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais (DDAHV), com o intuito de mensurar e reduzir a subnotificação dos casos, estabelecendo relações probabilísticas a respeito do comportamento da infecção (BRASIL, 2014).

6 METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este é um estudo descritivo, seccional, envolvendo adolescentes e adultos jovens infectados pelo HIV-AIDS, com base em dados secundários, obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), resultantes da notificação e investigação de casos de doenças e agravos da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, anexo V – Capítulo I).

Foi realizado o mapeamento das taxas de prevalência de infecção pelo HIV-AIDS em adolescentes e adultos jovens em dois períodos – 2014 a 2016 e 2017 a 2019 –, identificando-se as áreas de maior risco para essa infecção. O município foi a unidade de análise adotada para o mapeamento dos dados.

O termo seccional se relaciona com a temporalidade, ou seja, a época da coleta de dados do estudo, pode ser oblíqua ou diagonal em relação ao eixo do tempo, a análise é realizada como se houvesse sido feita uma secção perpendicular de observações na população-alvo, quanto ao eixo temporal.

Sendo assim, a importância desse estudo seccional, permitiu avaliar se houve modificação do perfil da população, no período estudado.

6.2 ÁREA DO ESTUDO

Foi estudado o Estado da Bahia, o maior da região Nordeste, que ocupa uma área territorial de 564.732,45 km², com densidade demográfica de 24,82 hab/km², distribuídos entre os seus 417 municípios (IBGE, 2010). É o quarto Estado do país em número de municípios.

6.3 POPULAÇÃO E PERÍODO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta pelo total de registros de casos de adolescentes e adultos jovens infectados pelo HIV/AIDS residentes no Estado da Bahia, registrados no SINAN no período de 2014 a 2019, e que apresentaram alguma comorbidade no período analisado.

O critério utilizado para definição da faixa etária foi o do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN) da atual Política Nacional da

Juventude (PNJ): adolescentes-jovens (15 a 19 anos); jovens-jovens (20 a 24 anos); e jovens adultos (25 a 29 anos) (BRASIL, 2013h). Foi utilizada a ficha de notificação para AIDS (pacientes com 13 anos ou mais).

6.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Quadro 07 – Descrição e natureza das variáveis do estudo.

SOCIODEMOGRÁFICAS – SINAN	DESCRIÇÃO	NATUREZA
• Faixa etária: adolescentes e adultos jovens.	• 15 - 19; 20 – 24; 25 - 29.	• Categórica (Tricotômica)
• Sexo	• Masculino ou feminino	• Categórica (Dicotômica)
• Raça, Cor	• Preta e parda; branca e outras (amarela, Indígena).	• Categórica (Nominal)
• Escolaridade	• De 1 a 7 anos de estudo; 8 ou mais anos de estudo.	• Categórica (Dicotômica)
VIAS DE TRANSMISSÃO	DESCRIÇÃO	NATUREZA
• Transmissão vertical	• Sim ou não	• Categórica (Dicotômica)
• Sexual	• Relações sexuais com homens • Relações sexuais com mulheres • Relações sexuais com homens e mulheres.	• Categórica (Nominal)
• Transmissão Sanguínea: uso drogas injetáveis (UDI); acidente com material biológico; transfusão de sangue; transfusão devida ao tratamento de hemofilia.	• Sim ou não	• Categórica (Dicotômica)
CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	DESCRIÇÃO	NATUREZA
• Homossexual	• Sim ou não	• Categórica (Dicotômica)
• Bissexual	• Sim ou não	• Categórica (Dicotômica)
• Heterossexual	• Sim ou não	• Categórica (Dicotômica)
• Usuário de drogas: usuários de drogas homossexuais, bissexuais e heterossexuais; usuários de drogas homossexuais; usuários de drogas em tratamento de hemofilia.	• Sim ou Não	• Categórica (Dicotômica)
DIAGNÓSTICO, DADOS LABORATORIO	DESCRIÇÃO	NATUREZA
• Critério definição casos AIDS	• Critério Rio de Janeiro-Caracas ou Critério CDC adaptado	• Categórica (Nominal)

EVOLUÇÃO	DESCRIÇÃO	NATUREZA
Evolução do caso	Vivo; óbito por AIDS; óbito por outras causas	Categórica (Nominal)

6.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

A organização dos dados e a análise foram realizadas por meio do *software* estatístico *SPSS* versão 17, e a representação gráfica foi feita a partir do programa *Microsoft Office Excel*, versão 2013. O programa *Tabwin* foi utilizado para descrever o padrão de distribuição da AIDS por municípios.

Fase I – Descrição das variáveis categóricas de dados sociodemográficos – modo de transmissão, categoria de exposição (usuário de drogas e orientação sexual), critério de definição de caso de AIDS e evolução –, através do levantamento das frequências absolutas e relativas.

Fase II – Cálculo das proporções das coinfeções mais prevalentes (tuberculose, herpes, candidíase, toxoplasmose, dermatites persistentes, pneumonia e sarcoma de Kaposi) entre os adolescentes e adultos jovens soropositivos, valor multiplicado por 100.

Fase II – Cálculo das proporções das coinfeções em relação às características sociodemográficas (sexo, faixa etária e escolaridade), modos de transmissão (sanguínea, vertical e sexual) e categorias de exposição (homossexual, bissexual, heterossexual e usuário de drogas). De forma análoga, foram calculadas as proporções das vias de transmissão e das categorias de exposição, segundo as características sociodemográficas.

Fase III – Elaboração de dois mapas que retratam a distribuição espacial das taxas de prevalência da infecção pelo HIV-AIDS em dois triênios, 2014 a 2016 e 2017 a 2019, por municípios e regiões do estado da Bahia.

Para cálculo das prevalências, utilizou-se, no numerador, os casos de AIDS por município e, no denominador, a população, na faixa estudada, de cada município, no ano intermediário de cada triênio 2015 e 2018, respectivamente. As taxas foram calculadas para grupo de 100.000 habitantes.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme orientação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), e com fundamentado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, a execução desta pesquisa ficou isenta de apreciação por um CEP, por estar enquadrada no Artigo 1º, Parágrafo Único, incisos II, III e V, a saber:

Art. 1º, Parágrafo Único:

Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011;

III – pesquisa que utilize informações de domínio público;

V – pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual.

Para esta pesquisa, foi elaborado e sistematizado um banco de dados específico, para registro dos dados selecionados a partir do SINAN, conforme procedimento supracitado. Portanto, o banco de dados deste estudo encontra-se sob a responsabilidade do NNEPA, localizado no Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, módulo VI da UEFS, sob a responsabilidade da pós-graduanda, da respectiva orientadora, e da equipe de pesquisadores e colaboradores do projeto.

7 RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa encontram-se apresentados na forma de um artigo científico a ser submetido a periódico especializado.

ARTIGO I

Cenário epidemiológico dos casos de HIV-AIDS na adolescência e juventude, no estado da Bahia

Epidemiological scenario of HIV-AIDS cases in adolescence and youth in the state of Bahia.

RESUMO

Objetivo: Analisar os casos soropositivos e o delineamento espacial, para registros de HIV/AIDS, entre adolescentes e adultos jovens, no Estado da Bahia, no período 2014 a 2019. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, seccional, que envolve a juventude de ambos os sexos, na faixa 15 a 29 anos. Os dados secundários foram coletados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e, visando a estimar as taxas de prevalência da infecção nos triênios, as variáveis foram agrupadas em: sociodemográficas; via de transmissão; categoria de exposição; evolução do caso. Para sistematização e análise, foram utilizados: o *software* estatístico SPSS versão 17; o programa Microsoft Office Excel (versão 2013), para a representação gráfica; e o Tabwin para descrever o padrão de distribuição dos casos por municípios. **Resultados:** A média de idade foi de 23,8 anos, com maior proporção de casos entre 20 e 29 anos, com maioria masculina e baixa escolaridade. A principal transmissão foi pela via sexual. Houve expressiva proporção masculina, para exposição homossexual, predominância feminina para heterossexual, e baixas proporções (<7%) de coinfeções. A análise geoespacial apontou baixas prevalências de registros no primeiro triênio, com aumento de notificações, no segundo triênio (25 a 76%) na capital (Salvador) e quatro municípios das regiões Sul e Extremo Sul, sede de Núcleos Regionais de Saúde. **Conclusão:** Os resultados apontam que o perfil epidemiológico da juventude soropositiva para HIV/AIDS, no Estado da Bahia, segue tendência nacional, sinalizando aumento proporcional de casos notificados no segundo triênio.

PALAVRAS-CHAVE: HIV; AIDS; epidemiologia; adolescentes; adultos jovens.

ABSTRACT

Objective: Analyze seropositive cases and spatial design for HIV/AIDS records among adolescents and young adults in the State of Bahia, 2014 to 2019. **Methods:** Cross-sectional, exploratory study, involving youth of both sexes, 15 to 29 years old. Secondary data collected from the Notifiable Diseases Information System (SINAN);

variables grouped into sociodemographic; transmission route; exposure category; evolution of the case, aiming to estimate the infection prevalence rates, in the trienniums. For systematization and analysis, the following were used: SPSS statistical software version 17; Microsoft Office Excel program (2013 version), for graphical representation; Tabwin, to describe the pattern of distribution of cases, by municipalities. **Results:** Mean age 23.8 years; higher proportion of cases between 20-29 years old; male majority, low education. Main transmission was through sex; expressive male proportion for homosexual exposure; female predominance for heterosexual; low proportions (<7%) of coinfections. Geospatial analysis showed low prevalence of records in the first triennium, with an increase in notifications, in the second triennium (25 to 76%), in the capital (Salvador) and four municipalities in the South and Extreme South, headquarters of Regional Health Centers. **Conclusion:** The results show that the epidemiological profile of HIV/AIDS HIV-positive youth in the State of Bahia follows a national trend, signaling a proportional increase in notified cases in the second triennium.

KEY-WORDS: HIV; AIDS; epidemiology; youngsters; young adults.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), pela sua gravidade e seu caráter pandêmico, constitui um dos maiores problemas de saúde pública, em âmbito mundial. A transmissão do vírus HIV ocorre por via sexual (esperma e secreção vaginal), sanguínea (parenteral e vertical) e leite humano, e seus riscos estão relacionados a múltiplos fatores, destacando-se práticas sexuais, relações desprotegidas e transfusão sanguínea, além do compartilhamento de agulhas e seringas por usuários de drogas injetáveis (UDI), transmissão vertical e acidentes ocupacionais. Vale salientar as categorias de exposição, quanto à orientação sexual (homossexual, bissexual e heterossexual), e estudos apontam que o grupo de homens que fazem sexo com homens (HSH) apresenta a maior proporção mundial (62 a 77%) de novas infecções (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010; BRASIL, 2018; ONUSIDA, 2020).

Com o advento da Terapia Antirretroviral (TARV) integrada ao tratamento, há mais de vinte anos, evidências apontam a eficácia e a potencialidade dessa estratégia na redução da transmissão do HIV, com diminuição significativa nas taxas de morbidade e mortalidade, o que se reflete no aumento da sobrevida (GRULICH *et al.*, 2015; COHEN, 2011; NEELY, 2007; UNAIDS, 2018; VERNAZZA *et al.*, 2000). Entretanto, essa longevidade tem contribuído para a exposição das pessoas que

vivem com o HIV (PVHIV) e a AIDS aos efeitos degenerativos e ao aparecimento de outros agravos à saúde, seja pelo convívio com a toxicidade dos medicamentos, ou pelo surgimento de coinfeções (OMS, 2013).

As estimativas epidemiológicas alertam que, em nível mundial, nos 20 últimos anos, as novas infecções e a taxa de prevalência da doença têm aumentado entre adolescentes e adultos jovens. Outrossim, na atualidade, a epidemia do HIV-AIDS atinge diversos grupos, independentemente de sexo, gênero ou opção sexual (BRASIL, 2020; FONTES *et al.*, 2017; ONUSIDA, 2020).

No Brasil, na última década, destacou-se o aumento das taxas de infecções pelo HIV-AIDS entre jovens do sexo masculino, de idades entre 15 e 19 anos, com exceção do ano 2019, cuja maior taxa compreendeu a faixa de 25 a 29 anos. Em âmbito regional, nos últimos cinco anos, a região Nordeste apresentou tendência de crescimento dessa infecção, registrando-se um aumento de 11,3%. Essa realidade aponta a importância de se concentrarem esforços direcionados para ações de prevenção na juventude, potencialmente afetada pela epidemia e pela alta vulnerabilidade que pode apresentar, a depender dos diferentes contextos em que o jovem esteja inserido (BRASIL, 2020).

Caracterizada por uma dinâmica de contínua transformação, a epidemia da AIDS cursa atingindo grupos populacionais específicos, estratos sociais menos favorecidos, e formando subepidemias regionais, conforme a natureza das diferentes interações sociais. Nesse sentido, é fundamental a ampliação das tradicionais análises epidemiológicas, com vistas à avaliação territorial, buscando visualizar e acompanhar, através de indicadores geográficos, essa evolução multifacetada, principalmente no caso do Brasil, país de extensa área territorial, com distintas dimensões e particularidades socioeconômicas e culturais em nível regional e local (BALUZ, 2010).

Considerando a relevância e a magnitude desse problema na juventude, o objetivo deste estudo foi analisar casos soropositivos para HIV-AIDS entre adolescentes e adultos jovens, segundo dados sociodemográficos, vias de transmissão, categorias de exposição e principais coinfeções, traçando o delineamento espacial dos casos no estado da Bahia, no período de 2014 a 2019.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, seccional, envolvendo adolescentes e adultos jovens, soropositivos para HIV-AIDS, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Estado da Bahia, no período supramencionado.

O termo seccional se relaciona com a temporalidade, ou seja, a época da coleta de dados do estudo, que pode ser oblíqua ou diagonal em relação ao eixo do tempo, a análise é realizada como se houvesse sido feita uma secção perpendicular de observações na população-alvo, quanto ao eixo temporal.

Sendo assim, a importância desse estudo seccional, permitiu avaliar se houve modificação do perfil da população, no período estudado.

O critério utilizado para a definição da faixa etária é o da atual “Política Nacional da Juventude (PNJ)”: adolescentes jovens, de 15 a 19 anos; jovens-jovens, de 20 a 24 anos; e jovens adultos, 25 a 29 anos (BRASIL, 2013). Assim, de acordo com o grupo etário de interesse do estudo, foram coletados em setembro de 2020, as informações relativas aos casos soropositivos para HIV-AIDS confirmados (notificados e investigados), conforme os registros do SINAM, para indivíduos da faixa de 13 a 29 anos.

Foi realizado o mapeamento das taxas de prevalência de infecção pelo HIV-AIDS entre adolescentes e adultos jovens, em dois períodos – 2014 a 2016 e 2017 a 2019, por se tratar de uma série longa, identificando-se as áreas de maior risco para essa infecção. O município foi a unidade de análise adotada para o mapeamento dos dados.

As variáveis do estudo foram agrupadas em: *sociodemográficas* (faixa etária, sexo, raça ou cor, escolaridade); *via de transmissão* (sexual, vertical, sanguínea); *categoria de exposição* (homossexual, bissexual, heterossexual, usuário de drogas); *evolução do caso* (vivo, óbito por AIDS, óbito por outras causas).

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas, da via de transmissão e da categoria de exposição (usuário de drogas e orientação sexual), do critério de definição de caso de AIDS e da evolução, através do levantamento das frequências absolutas e relativas.

Em seguida, realizou-se o cálculo das proporções das coinfeções mais prevalentes (tuberculose, herpes, candidíase e dermatites persistentes) entre os adolescentes e adultos jovens soropositivos, bem como o cálculo das proporções das coinfeções em relação às características sociodemográficas (sexo, faixa etária e escolaridade), modos de transmissão (sanguínea, vertical e sexual) e categorias de exposição (homossexual, bissexual, heterossexual e uso de drogas). De forma análoga, calculou-se as proporções das vias de transmissão e das categorias de exposição, segundo as características sociodemográficas.

Para a elaboração dos mapas que retratam a distribuição espacial das taxas de prevalência da infecção pelo HIV-AIDS, por se tratar de uma série temporal extensa, o estudo foi subdividido em dois triênios, 2014 a 2016 e 2017 a 2019. Para esse cálculo, o numerador corresponde ao número de casos de AIDS por município e o denominador à população dos municípios, do meio do período de cada triênio, 2015 e 2018, respectivamente, para cada grupo de 100.000 habitantes.

Os dados foram organizados e analisados através do *software* estatístico SPSS versão 17, e a representação gráfica a partir do programa Microsoft Office Excel (versão 2013). O programa Tabwin foi utilizado para descrever o padrão de distribuição dos casos de infecção por HIV-AIDS, segundo os municípios.

RESULTADOS

Do total de 8.681 adolescentes e adultos jovens notificados para HIV/AIDS, no Estado da Bahia, entre 2014 e 2019, a média de idade foi de 23,8 anos (desvio padrão de 3,5 anos). A proporção de casos do sexo masculino foi duas vezes superior (67,3%) ao do feminino (32,7%), enquanto, na faixa de 20 a 29 anos, essas proporções foram semelhantes (40,7% e 45,6%, respectivamente). A maioria dos casos notificados foi de indivíduos com cor de pele preta ou parda (85,9%), com até sete (7) anos de estudos (79,5%). 70% dos casos foram diagnosticados através de evidências laboratoriais, bem como a maioria sobrevivente (95,7%). A principal transmissão foi pela via sexual, com parceiro homem (99,5%); as transmissões sanguínea e vertical corresponderam a 2,9% e 2,1%, respectivamente. Como é mostrado na Figura 1, a notificação apresentou tendência de crescimento

proporcional, com majoração em torno de 2% ao ano, e porcentagem em torno de 17 a 18% no período estudado.

Os achados da Tabela 1 apontam que a principal transmissão foi por via sexual (99,5%), com maiores proporções entre aqueles que relataram relação sexual com homem, para ambos os sexos, faixas etárias estudadas e categorias de escolaridade.

Os achados sobre categoria de exposição (parceiro da prática sexual) constatarem (Tabela 1) que 2.962 homens (59,3%) se infectaram pelo HIV-AIDS por meio de relações sexuais com outros homens; 1.451 casos (29,0%), através de relações com mulheres, e 583 casos (11,7%) por meio de relações sexuais com homens e mulheres. A proporção de mulheres infectadas pelo HIV-AIDS ocorreu, majoritariamente, através de relações com homens, 2.364 (95,4%).

Nessa mesma análise, a categoria de exposição (parceiro da prática sexual), considerando as faixas etárias estudadas (Tabela 1), apontou que a maioria se infectou através de relações com homens: 789 casos (76,6%) na faixa de 15 a 19 anos e 2.241 (73,0%) na faixa de 20 a 24 anos.

Quanto à escolaridade, segundo a categoria de exposição, parceiro da prática sexual (Tabela 1), verificou-se que, entre os indivíduos com até sete (7) anos de estudo, a maior proporção de infecção ocorreu naqueles que relataram relação sexual com homens, 2.918 (68,5%). No grupo com escolaridade de oito (8) ou mais anos, os infectados, através de relações com homens totalizou 912 indivíduos (81,4%).

Os dados sobre orientação sexual (Tabela 2) evidenciaram que, do total de 4.818 homens infectados pelo HIV-AIDS, 2.887 (59,9%) se declararam homossexuais e 1.376 (28,6%) heterossexuais. Entre as mulheres (2.393), 2.287 (95,6%) afirmaram prática heterossexual. Na faixa de 15 a 19 anos (n=975), 546 (56,0%) se declarou heterossexual; entre 20 e 24 anos, a proporção de infectados homossexuais (45,2%) foi semelhante à de heterossexuais (45,9%), e na faixa de 25 e 29 anos, 1.753 (53,7%) se declararam heterossexuais. Quanto à escolaridade, a maioria dos infectados com até sete (7) anos de estudo, 2.466 (59,0%) se declararam heterossexuais, enquanto que, com oito (8) anos ou mais de estudo, 796 (72,6%) afirmaram ser homossexuais. Foram baixas as proporções de homens (2,0%) e mulheres (2,2%) infectados que se declararam usuários de drogas

injetáveis (UDI). A proporção de UDI infectados aumenta com a faixa etária, passando de 1,4% nos jovens de 15 a 19 anos, para 2,4%, na faixa entre 25 e 29 anos. Nos jovens UDI com baixa escolaridade a proporção de infectados foi de 2,1%, diminuindo para 0,6%, entre aqueles com oito (8) ou mais anos de estudo.

No período do estudo, as proporções de coinfeções entre os casos notificados não ultrapassaram 7% (Tabela 3), destacando-se as dermatites persistentes, candidíase e tuberculose, com taxas maiores no sexo masculino, em especial no grupo de 25 a 29 anos.

De acordo com a distribuição espacial (Mapa 1), verificou-se, na maioria dos municípios, no primeiro triênio (2014 a 2016), baixa prevalência de notificação de infecção pelo HIV-AIDS, salientando-se que, em 320 cidades, localizadas, principalmente, nas regiões Central, Noroeste e Oeste do Estado, não houve registros. Ademais, nos 97 municípios com notificação, a taxa média foi de 4,2 casos/10⁵ hab., sendo que, em 18 deles, dispersos pelo Estado, as taxas variaram entre 25,4 a 76,2 casos/10⁵ hab. Ressaltaram-se três municípios com altas prevalências: Santo Antônio de Jesus, na região Centro-Leste (127,0 casos por 10⁵ hab.), Itabuna, na região Sul do Estado (93,8 casos/10⁵ hab.), e Teixeira de Freitas, no Extremo Sul (77,3 casos/10⁵ hab.).

No segundo triênio estudado, 2017 a 2019 (Mapa 2), 151 municípios registraram ocorrências de, pelo menos, um caso soropositivo para HIV-AIDS, gerando uma taxa média de 6,5 casos/10⁵ hab. O padrão espacial se caracterizou por dispersão dos casos notificados e dois agregados de municípios, localizados nas regiões Sul e Extremo Sul do Estado, com taxas intermediárias variando de 25,4 a 76,2 casos /10⁵ hab. Cabe salientar que se destacaram, pelas maiores prevalências de casos notificados, no triênio, os municípios de Santo Antônio de Jesus (96,4 casos/10⁵ hab.; Porto Seguro (87,3 casos/10⁵hab.); Serrinha (87,1 casos/10⁵hab.); Salvador (86,5 casos/10⁵ hab.); Feira de Santana (73,3 casos/10⁵ hab.). Entretanto, no município de Itabuna, registrou-se a taxa mais alta do triênio (103,4 casos/10⁵ hab.).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo, com base no Sistema Nacional de Informação HIV-AIDS, mostraram maiores proporções de casos entre jovens na faixa de 20 a 29 anos, do sexo masculino e com baixa escolaridade. A principal via de transmissão foi a sexual, destacando-se a relação com homens e maiores proporções de soropositivos entre aqueles que se declararam homossexuais. Entretanto, nesse grupo, as coinfeções apresentaram baixa frequência de notificação (<7%).

A distribuição espacial do HIV-AIDS, entre jovens, evidenciou, na maioria dos municípios, baixas prevalências no primeiro triênio, com aumento de notificações, no segundo triênio. Vale salientar que as maiores prevalências se concentraram na capital (Salvador) e quatro municípios das regiões Sul e Extremo Sul do Estado (Santo Antônio de Jesus, Porto Seguro, Serrinha e Feira de Santana), provavelmente por apresentarem uma considerável resolubilidade no setor da saúde e sediarem Núcleos Regionais de Saúde (NRS), além de localização espacial estratégica, favorecendo o deslocamento desses jovens em busca do serviço.

Dados do Ministério da Saúde (MS), sobre HIV-AIDS mostraram que, em 2019, nas faixas etárias de 20 a 24 e 25 a 29, a razão entre os sexos apontou predomínio de casos no masculino, com valores quatro vezes superiores aos do feminino. Porém, em nível regional, essa razão foi de 2,3 casos, superior para o masculino (BRASIL, 2020). Ainda, com referência à faixa etária, os resultados da presente pesquisa guardam consonância com investigação do Ministério da Saúde, que mostrou maior concentração de casos nos indivíduos entre 25 a 34 anos.

Nessa perspectiva, sugere-se que o perfil epidemiológico das pessoas que vivem com o HIV-AIDS vem apresentando uma dinâmica de intensa variação desde o início da epidemia, considerando o comportamento da infecção nas faixas que abrangem a adolescência e a juventude, caracterizando a juvenilização da epidemia HIV-AIDS, no país.

Ainda sobre o ano 2019, pesquisas nacionais apontam a via sexual como a principal forma de transmissão entre os infectados com treze (13) anos ou mais de idade, em ambos os sexos, predominando o sexo masculino nas relações homo ou bissexuais. Esses estudos enfatizam que a região Nordeste apresenta maior porcentagem de exposição homossexual, no sexo masculino (51,3%), enquanto, no feminino, na mesma faixa etária, a maior parte dos casos (86,5%) ocorre por meio

de exposição heterossexual (BRASIL, 2020; CARVALHO *et al.*, 2013; MAIA *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2019). Os dados da presente investigação, que apresentaram predomínio da via sexual como a principal forma de transmissão (99,5%), em ambos os sexos, e maior exposição homossexual no masculino (59,9%), e heterossexual, no feminino (95,6%), ratificam resultados de pesquisas com achados semelhantes (PEREIRA *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2019).

Com relação à exposição por uso de drogas injetáveis (UDI), os achados do presente estudo (2%) mostraram similaridade com dados de outras investigações, cujos dados apontam tendência nacional para a redução na proporção de infectados por UDI, ao longo dos anos. Nos quesitos de escolaridade e de raça ou cor da presente pesquisa, também foi verificada concordância dos achados com os de outros estudos, quanto às maiores proporções de indivíduos com baixa escolaridade e com cor de pele preta ou parda (FONTES *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2015). Em contrapartida, alguns estudos realizados no Brasil, nos estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul (SILVA, R. A. *et al.*, 2019; WEBER *et al.*, 2020), apontam maior exposição heterossexual entre os homens, majoritariamente brancos, sugerindo influências regionais particulares no perfil dos casos de HIV-AIDS, de origem racial, em lugares onde a maioria da população é origem europeia.

No que diz respeito aos achados da presente investigação, sobre a distribuição geoespacial dos casos soropositivos para HIV-AIDS no Estado da Bahia, verificaram-se baixas prevalências de notificação no primeiro triênio (2014-2016), na maioria dos municípios. Vale salientar que a notificação compulsória para o HIV ocorreu a partir do ano 2014. Essa iniciativa do Ministério da Saúde teve como objetivo aumentar a notificação dos casos de soropositividade, ao mesmo tempo em que passou a oferecer assistência regular aos pacientes, com acompanhamento e uso de medicações antirretrovirais, visando a melhorar a qualidade de vida, através da inibição da replicação viral (BRASIL, 2014). Essa estratégia do MS, implementada a partir de 2014, justifica o aumento da prevalência de casos, pela maior notificação. Conforme dados do presente estudo, a partir de 2014, foram registrados casos de soropositividade em 151 (36,2%) municípios, embora com padrão de distribuição espacial caracterizado pela dispersão geral entre regiões

Cabe salientar a identificação de dois agregados de municípios, localizados nas regiões Sul e Extremo Sul do Estado, com taxas intermediárias que variaram de

25,4 a 76,2 casos/10⁵ hab. Presume-se que a presença desses agregados de municípios com maiores prevalências de notificação se deve à realidade do Sistema de Saúde em municípios do interior do Estado da Bahia, especialmente naqueles que recebem a população de municípios circunvizinhos. Os casos são registrados nessas localidades, e o atendimento é feito nelas, pois lá funcionam os Centros de Referência e Atendimento para HIV-AIDS.

A presente investigação ratifica achados de outros estudos realizados nas regiões do Estado da Bahia: em Santo Antônio de Jesus (de 2007 a 2014), a demanda por atendimento de saúde pela população circunvizinha revelou que, do total de 340 casos notificados, 238 residiam em outras cidades do Recôncavo (COSTA, 2015). Em Paulo Afonso, 33,2% dos 301 indivíduos soropositivos atendidos eram procedentes de municípios vizinhos (TAKENAMI *et al.*, 2021).

A partir dos achados da presente pesquisa, sugere-se que, no Estado da Bahia, pela grande extensão territorial, aliada à precária resolubilidade do Sistema de Saúde, nos municípios de menor porte, a população infectada pelo HIV tende a buscar atendimento nas cidades mais desenvolvidas, em cada região, o que pode explicar a concentração de casos notificados em alguns municípios. Em estudo sobre o cenário epidemiológico da AIDS, no estado da Bahia, entre 1980 e 2019, foi observado maior distribuição espacial da notificação dos casos na capital Salvador, e municípios de Eunápolis e Porto Seguro, cidades de grande movimentação comercial e de turismo (SILVA *et al.*, 2020).

Pesquisas semelhantes realizadas nos estados de Minas Gerais e Ceará apontaram que os municípios com maior número de casos notificados possuíam Delegacias Regionais de Saúde, eram mais estruturados e resolutivos no atendimento, o que explica a maior procura pelos serviços de saúde, culminando em maior notificação de casos (BRASIL, 2011; PEDROSA *et al.*, 2015; CASTRO *et al.*, 2018).

A variação nacional nas taxas de prevalência do HIV-AIDS causa implicações substanciais quanto aos investimentos direcionados ao controle da epidemia. Essas estimativas são úteis para redirecionar medidas de prevenção e tratamento e estimar as necessidades locorregionais. Segundo Arakawa (2011), pessoas que apresentam doenças estigmatizantes, como HIV-AIDS, preferem que seus domicílios não sejam tão próximos das Unidades de Saúde que prestam essa assistência, na

perspectiva de manutenção do anonimato, considerando pessoas conhecidas que frequentam o mesmo serviço.

A despeito dos resultados apresentados, vale destacar algumas limitações do estudo. Considera-se que, embora a base de registros utilizados seja em nível nacional, SINAN (soropositividade para HIV/AIDS), devem-se considerar os casos não notificados, no país, os quais representaram cerca de 30% de subnotificações, comparando-se dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (Siscel) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), no período entre 2000 e 2020 (BRASIL, 2020).

Segundo o MS (Boletim Epidemiológico, 2020), no Estado da Bahia, apenas 58,7% dos casos diagnosticados foram oriundos do SINAN, e essas subnotificações produzem impacto negativo e repercutem na implementação de medidas de proteção e tratamento dos casos relacionados à epidemia, considerando a importância e o impacto do referido Sistema de Notificação, particularmente quanto à completude e consistência das informações (BRASIL, 2020).

Outra limitação da presente pesquisa está relacionada à deficiência de informações adicionais de outros municípios e regiões, dificultando o confronto dos dados com a situação em outras localidades.

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico da infecção por HIV-AIDS na juventude, no Estado da Bahia, mostra a predominância do sexo masculino, faixa de 20 a 29 anos, cor da pele preta ou parda, baixo nível de escolaridade, principal transmissão pela via sexual e soropositividade maior entre homens com prática homossexual. O aumento de casos soropositivos notificados, no segundo triênio, com notificação compulsória (2014), indica impacto positivo. Os municípios com maior prevalência de notificação oferecem melhor infraestrutura em saúde, propiciando aumento da demanda pelo serviço e notificação. Apesar do SINAN representar importante fonte de pesquisa, a incompletude das informações pode interferir nas ações de vigilância, quanto à assistência, sobrevida e qualidade de vida dos infectados.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB, pelo apoio financeiro disponibilizado. À Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e ao Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência (NNEPA).

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

ARAKAWA, T. *et al.* Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 994–1002, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/GZYhQBQ7QLhnmWwV7JhrBgS/?format=pdf&lang=pt>.

BALUZ, R. A. R. Geoprocessamento aliado à técnica de data Warehouse como ferramenta para auxílio na Saúde Pública. **Revista F@pciência**, v. 7, n. 10, p. 103–116, 2010. Disponível em: http://www.fap.com.br/fap-ciencia/edicao_2010_2/010.pdf.

GRULICH, B. R. *et al.* Hiv transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. **Sexually Transmitted Infections**, v. 91, n. Suppl 2, p. A70.3–A71, 2015. Disponível em: <https://www.croiconference.org/wp-content/uploads/sites/2/posters/2015/1019LB.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf. Acesso em: 26 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Minas Gerais** – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_mg_5ed.pdf. Acesso em: 03 out. 2021.

BRASIL, Casa civil. Presidência da República. **LEI Nº 12.852, DE 5 DE AGOSTO DE 2013**. p. 1–12, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.271. **Diário Oficial da União**, p. 38–39, 2014. Disponível

em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 13 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV / Aids | 2020. **Secretaria de Vigilância em Saúde**, v. 1, p. 68, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>.

CARVALHO, F. L. *et al.* The epidemiological profile of HIV-positive individuals and HIV-Leishmaniasis co-infection in a referral center in São Luis, Maranhão, Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1305–1312, 2013.

CASTRO, S. S. *et al.* HIV/AIDS case definition criteria and association between sociodemographic and clinical aspects of the disease reported in the State of Minas Gerais from 2007 to 2016. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 51, n. 4, p. 427–435, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/CyLzzZFhCmHcWmhsVt5PtHf/?lang=en>.

COHEN, M. S. *et al.* Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. **The New England Journal of Medicine**, v. 365, p. 493–505, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3200068/pdf/nihms320818.pdf>.

COSTA, S. S. R. **Perfil socioeconômico e epidemiológico dos indivíduos que vivem com HIV/AIDS notificados no município de Santo Antônio de Jesus - Ba de 2007 a 2014**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. 2015. Disponível em: [http://200.128.85.17/bitstream/123456789/1260/1/SHEYLA SOARES REIS COSTA.pdf](http://200.128.85.17/bitstream/123456789/1260/1/SHEYLA%20SOARES%20REIS%20COSTA.pdf).

FONTES, M. B. *et al.* Determinant factors of knowledge, attitudes and practices regarding STD/AIDS and viral hepatitis among youths aged 18 to 29 years in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1343–1352, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dTkqDBpQTrPRHfNSzgDgt3t/?lang=en>.

MAIA, D. A. C. *et al.* Perfil de adolescentes e jovens adultos portadores de HIV/AIDS na região nordeste brasileira entre os anos de 2004 e 2016. **Adolescência & Saúde**, v. 16, n. 2, p. 72–81, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v16n2a09.pdf>.

NEELY, M. N. *et al.* Cervical Shedding of HIV-1 RNA Among Women With Low Levels of Viremia While Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy. **Journal of acquired immune deficiency syndromes**, v. 1, n. 44, p. 1–10, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3126662/pdf/nihms300011.pdf>.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Diretrizes Consolidadas sobre o Uso de Medicamentos Antirretrovirais para Tratamento e Prevenção da Infecção pelo HIV**: Resumo das principais características e recomendações. 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85322/WHO_HIV_2013.7_por.pdf?sequence=14#:~:text=As orientações consolidadas de 2013,com o VIH e o.

ONUSIDA. Seizing the Square. **Seizing the Square**, 2020.

PEDROSA, N. L. *et al.* Specialized care for people with AIDS in the state of Ceara, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1–8, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/m7FTvD69gr9FLxvxBNKqDj/?lang=en>.

PEREIRA, B. S. *et al.* Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 747–758, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n3/747-758/pt>.

SANTOS, N. T. N. *et al.* Perfil Epidemiológico De Casos Hiv/Aids Cadastrados Em Serviço Ambulatorial Especializado. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, p. 81–97, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23323>.

SILVA, L. L. *et al.* Cenário Epidemiológico dos Casos Registrados de Aids na Bahia: Série Temporal 1980 a 2019. 72ª Reunião Anual da SBPC. **Saúde Coletiva/ Epidemiologia** – 2020, p. 2011–2014, 2020. Disponível em: https://reunioes.sbpcnet.org.br/natal/inscritos/resumos/1484_146ba7b67c75a9e304d560ce2f597126c.pdf.

SILVA, R. A. *et al.* Analysis of HIV/Aids notifications in a municipality of national health between 2007 and 2017: gender, age, race, schooling, neighborhood of origin, notifying units and treatment units. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 31, n. 4, p. 118–122, 2019. Disponível em: http://www.bjstd.org/html.php?id_artigo=269.

SILVA, W. S. *et al.* Fatores associados ao uso de preservativo em pessoas vivendo com HIV/AIDS TT - Factors associated with condom use in people living with HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 6, p. 587–592, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000600587%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000600587&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

TAKENAMI, I. *et al.* Perfil dos usuários vivendo com HIV/Aids atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento no interior da Bahia: um estudo longitudinal retrospectivo. **Revistas da USP Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 54, n. 1, p. e173345, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/173345>.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. Indetectável = Intransmissível. Saúde Publica e Supressão de Carga Viral do HIV. **UNAIDS Nota Explicativa**, p. 1–4, 2018. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Indetectável-intransmissível_pt.pdf.

VERNAZZA, P. L. *et al.* Potent antiretroviral treatment of HIV-infection results in suppression of the seminal shedding of HIV. **Aids**, v. 14, n. 2, p. 117–121, 2000.

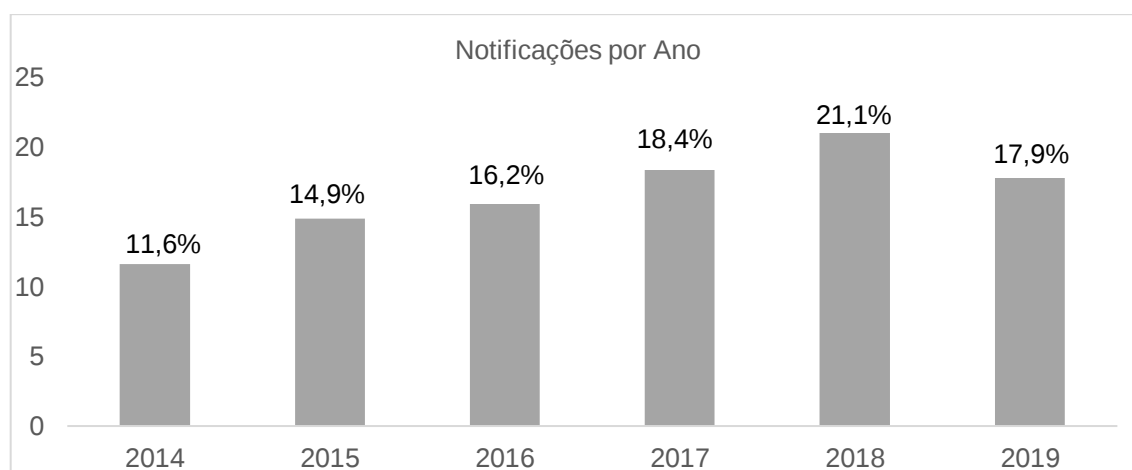
Disponível em:

https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2000/01280/Sexual_transmission_of_HIV_infectiousness_and.6.aspx.

WEBER, A. *et al.* Análise da tendência temporal da infecção pelo HIV/aids na região oeste catarinense: estudo retrospectivo 1984 – 2015. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 10, n. 1, p. 1–8, 2020. Disponível em:

<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/13089>.

Figura 1 - Distribuição anual da notificação compulsória de adolescentes e adultos jovens, entre 15 e 29 anos, infectados por HIV-AIDS, no Estado da Bahia.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2020).

Tabela 1 – Distribuição das vias de transmissão (sexual, sanguínea e vertical), dos casos notificados por HIV-AIDS, em adolescentes e adultos jovens, segundo características sociodemográficas do Estado da Bahia (2014-2019).

Vias de transmissão						
Características	Via sexual					
Sociodemográficas	Com homem		Com mulher		Com homem e mulher	
Sexo	n	%	n	%	n	%
Masculino (N=4.996)	2.962	59,3	1.451	29,0	583	11,7
Feminino (N=2.478)	2.364	95,4	65	2,6	49	2,0
Faixa etária						
15 a 19 anos (N=1.016)	789	76,6	143	13,9	84	8,2
20 a 24 anos (N=3.070)	2.241	73,0	554	18,0	275	9,0
25 a 29 anos	2.303	67,8	819	24,1	273	8,0

(N=3.395)

Escolaridade						
1 a 7 anos (4.259)	2.918	68,5	996	23,4	345	8,1
≥ 8 anos (1.120)	912	81,4	89	7,9	119	10,6
Sociodemográficas	Transmissão sanguínea*		Transmissão vertical			
Sexo	n (N)	%	n (N)		%	
Masculino	133 (4.923)	2,7	103 (5.162)		2,0	
Feminino	77 (2.385)	3,2	54 (2.483)		2,2	
Faixa etária						
15 a 19 anos	21 (994)	2,1	37 (1.029)		3,6	
20 a 24 anos	77 (3.010)	2,6	58 (3.142)		1,8	
25 a 29 anos	112 (3.311)	3,4	62 (3.481)		1,8	
Escolaridade						
1 a 7 anos	116 (4.223)	2,7	77 (4.244)		1,8	
≥ 8 anos	10 (1.120)	0,9	17 (1.131)		1,5	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2020).

*Transmissão por uso de droga injetável (UDI), acidente com material biológico, transfusão de sangue, transfusão devido a tratamento de hemofilia.

Tabela 2 – Distribuição das categorias de exposição (orientação sexual e uso de drogas), entre os casos notificados por HIV-AIDS em adolescentes e adultos jovens, segundo características sociodemográficas do Estado da Bahia (2014-2019).

CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO							
Características			Orientação sexual				
Sociodemográficas		Homossexual		Bissexual		Heterossexual	
Sexo	n	%	n	%	n	%	
Masculino (N=4.818)	2.887	59,9	555	11,5	1.376	28,6	
Feminino (N=2.393)	62	2,6	44	1,8	2.287	95,6	
Faixa etária							
15 a 19 anos (N=975)	350	35,9	79	8,1	546	56,0	
20 a 24 anos (N=2.969)	1.341	45,2	264	8,9	1.364	45,9	
25 a 29 anos (N=3.267)	1,258	38,5	256	7,8	1.753	53,7	
Escolaridade							
1 a 7 anos (4.119)	1.326	32,2	327	7,9	2.466	59,9	
≥ 8 anos (1.096)	796	72,6	114	10,4	186	17,0	
Sociodemográficas			Uso de drogas*				
Sexo (N= 8.681)	n (N)		%				
Masculino	115 (5.842)		2,0				
Feminino	62(2.839)		2,2				
Faixa etária (8.691)							
15 a 19 anos	17 (1.187)		1,4				

20 a 24 anos	63 (3.540)	1,8
25 a 29 anos	97 (3.964)	2,4
Escolaridade (5.768)		
1 a 7 anos	96 (4.583)	2,1
≥ 8 anos	07 (1.185)	0,6

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2020).

*Usuários drogas; homossexuais, bissexuais e heterossexuais usuários de drogas, homossexual usuário de droga em tratamento de hemofilia.

Tabela 3 – Distribuição das coinfeções mais frequentes, no total dos casos notificados por HIV-AIDS em adolescentes e adultos jovens do Estado da Bahia (2014-2019).

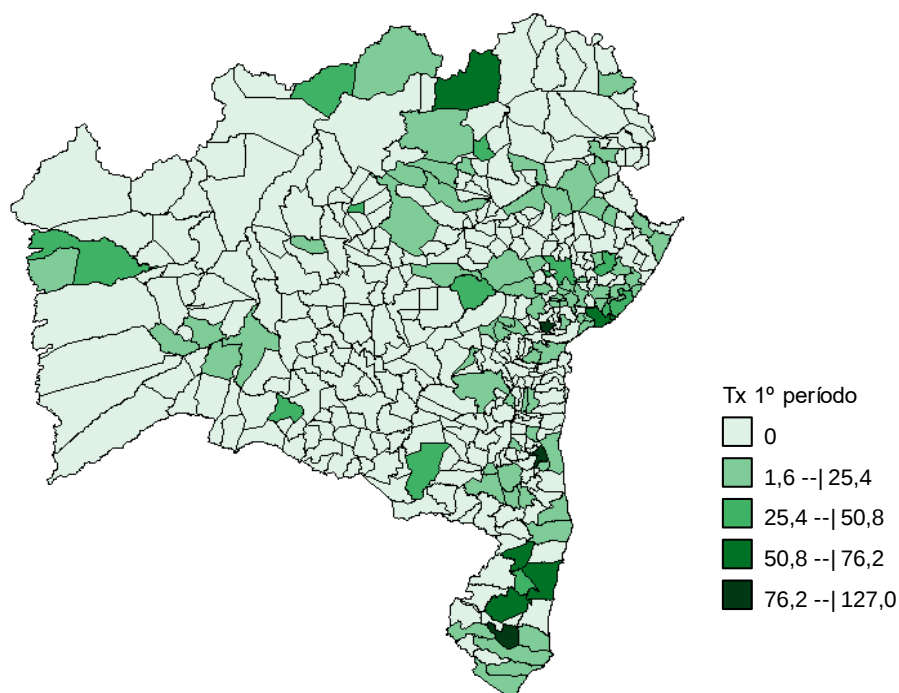
COINFEÇÕES	N	N	%
Tuberculose	334	7.419*	4,5
Herpes**	195	7.304*	2,7
Candidíase	469	7.488*	6,3
Toxoplasmose	146	7.315*	2,0
Dermatites Persistentes	519	7.481*	6,9
Pneumonia	137	7.314*	1,9
Sarcoma de Kaposi	62	7.463*	0,8

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2020).

* Ignorado em cada coinfeção: Tuberculose 1.272, Herpes 1.387, Candidíase 1.203, Toxoplasmose 1.376 Dermatites persistentes 1.210, Pneumonia 1.377, Sarcoma de Kaposi, 1.228.

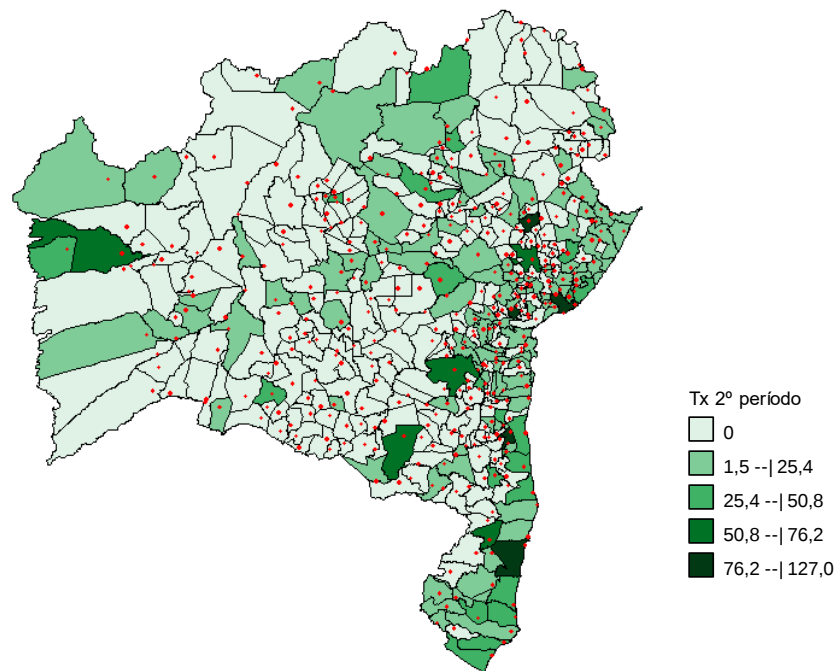
** Herpes Simples e Herpes Zoster.

Mapa 1 – Taxa de prevalência de AIDS em adolescentes e adultos jovens no Estado da Bahia, período, 2014-2016.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2020).

Mapa 2 - Taxa de prevalência de AIDS em adolescentes e adultos jovens no Estado da Bahia, período 2017-2019.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2020).

8 CONCLUSÕES

Em concordância com a literatura, no Estado da Bahia, os achados do perfil epidemiológico da infecção por HIV-AIDS na juventude, com aumento de casos soropositivos, ao longo dos últimos anos.

O perfil da população estudada aponta predominância do sexo masculino, na faixa de 20 a 29 anos, cor de pele preta ou parda, baixo nível de escolaridade, principal transmissão pela via sexual e soropositividade, proporcionalmente, maior entre homens que relataram relação sexual com homens.

O aumento de casos soropositivos notificados no segundo triênio, após a notificação compulsória (2014), indica impacto positivo da estratégia de notificação e acompanhamento. Os municípios que apresentaram maior prevalência de casos notificados oferecem melhor infraestrutura e demanda do setor saúde, pelo serviço e notificação.

O Sistema SINAN representa importante fonte de pesquisa, entretanto, a incompletude das informações e a subnotificação de casos podem comprometer ações de vigilância epidemiológica, na assistência integral, sobrevida e qualidade de vida dos infectados.

Os resultados podem subsidiar intervenções e capacitações, direcionadas à assistência em saúde e a necessidade de investimentos, para a coleta e qualidade das informações.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB, pelo apoio financeiro disponibilizado. À Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e ao Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência (NNEPA).

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. M. S.; PAGAN, A. A. Correlação entre equilíbrio emocional e vulnerabilidade às IST/AIDS num estudo sobre desempenho escolar com adolescentes. **Revista de Educação Pública**, v. 28, n. 69, p. 793-819, 2019. Disponível em: <http://www.periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/7896/pdf>. Acesso em: 09 mai. 2020.
- ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Abrasco e ABIA – Em defesa da Política Nacional de HIV/AIDS. Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 2019. <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/abrasco-e-abia-em-defesa-da-politica-nacional-de-hiv-aids/39194/>. Acesso em: 12 mai. 2020.
- AMARAL, R. S. **Adolescência, juventude e HIV/Aids: estudo de fatores associados**. 2016. 85 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) – Universidade Ceuma, São Luís, MA. Disponível em: <http://www.ceuma.br/mestradogpss/wp-content/uploads/2017/08/2016-AMARAL-REGIANE-DA-SILVA.compressed-1.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2020.
- ASSEMBLY, U. G. **Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration**: Report of the Secretary-General. Fiftysixth session, 2001. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/448375#record-files-collapse-header>. Acesso em: 21 abr. 2020.
- ATTIA, S. *et al.* Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. **AIDS**, v. 23, n. 11, p. 1397-1404, 2009. Disponível em: https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2009/07170/Sexual_transmission_of_HIV_according_to_viral_load.13.aspx. Acesso em: 21 jun. 2020.
- AVERY, L.; LAZDANE, G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 13, n. 1, p. 58-70, 2008. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/13625187.2010.533007>. Acesso em: 09 mai. 2020.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* “O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios”. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. p. 121-144. 2003. Acesso em: 18 mai. 2020.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, p. 123-138, 2003. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1801/180114096009.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2020.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000100005&script=sci_arttext. Acesso em: 18 mai. 2020.

AYRES, J. R. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 43-62, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2020.

BALUZ, R. A. R. Geoprocessamento aliado à técnica de data warehouse como ferramenta para auxílio na saúde pública. **F@pciência**, v.7, n.10, p. 103-116, 2010. Disponível em: http://www.fap.com.br/fapciencia/edicao_2010_2/010.pdf. Acesso em: 15 fev. 2020.

BARROS, José D' Assunção. **O projeto de pesquisa em História: da escolha do tema ao quadro teórico**/ José D'Assunção Barros. 8. Ed. –Petrópolis, RJ: vozes, 2012.

BAHIA, Secretaria Estadual de Saude. Centros de Referência. **Cedap, ICOM e Sociedade Baiana de Infectologia promovem Webnário no Dia Mundial de Luta contra a AIDS**. 2020a. disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/11/30/cedap-icom-e-sociedade-baiana-de-infectologia-promovem-webnario-no-dia-mundial-de-luta-contra-a-aids/#>. Acesso em: 03 out. 2021.

BAHIA, Secretaria Estadual de Saude. **Relatório Anual de Gestão – RAG – 2019**. 2020b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Relatório-Anual-de-Gestão-2019.pdf>. Acesso em: 03 out. 2021.

BELOQUI, J. A. Risco relativo para Aids de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 437-42, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vwRRWwXT6DyXFsN99kQv76H/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 out. 2021.

BAZIN, G. R. *et al.* Terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV: o que sabemos após 30 anos de epidemia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 687-702, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0687.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2020.

BORGES, A. L. V. *et al.* ERICA: sexual initiation and contraception in Brazilian adolescents. **Revista de saúde pública**, v. 50, ed. suppl. 1, p. 15s, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4767039/pdf/0034-8910-rsp-50-s1-S01518-87872016050006686.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 236, DE 2 de maio de 1985**. Cria o Programa de Controle da SIDA ou AIDS (hoje Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais). Diário Oficial da União, Seção I. Segunda-feira, 6 de maio de 1985. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-236-de-2-de-maio-de-1985>. Acesso em: 27 abr. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988.** Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7649.htm. Acesso em: 26 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA SAS/MS nº 130 de 3 de agosto de 1994.** Estabelece as seguintes diretrizes e normas para implantação do tratamento em Hospital-Dia ao paciente com doença/AIDS conforme Portaria nº 93 de 31 de maio de 1994. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_0130.pdf. Acesso em: 27 abr. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.** Dispões sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS [legislação na internet]. Diário Oficial da União, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm. Acesso em: 27 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Revisão da definição nacional de casos de Aids em indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de vigilância epidemiológica.** ____ Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_02revisao.pdf. Acesso em: 06 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 427/GM, de 22 de março de 2004.** Institui a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de dst e aids. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria.** – 3a Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/123737/DLFE-1907.pdf/vig_guiatratamclinico2007.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001021667.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação– Sinan:** normas e rotinas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_agrivos_notificacao_sinan.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria de vigilância epidemiológica. Superintendência de vigilância em saúde. **Nota Técnica 07/07**. Orienta sobre a notificação e investigação de crianças expostas ao HIV e período de inclusões de casos de AIDS (adulto e criança) no Sistema SINAN. Jul. 2007a. Disponível em: [http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst_aids/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Aids\(criancas_e_adultos\).pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst_aids/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Aids(criancas_e_adultos).pdf). Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em: 19 mai. 2020.

BRASIL. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. **Prevenção das DST/aids em Adolescentes e jovens**: brochuras de referência para os profissionais de saúde. Série: Prevenção às DST/aids, 2007c. Disponível em: <https://www.portaldadenfermagem.com.br/downloads/cartilha-dst-aids-adolescentes-jovens-SP.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_testagem_aconselhamento_brasi1.pdf. Acesso em: 26 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Dst e Aids. **Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV**. 2009b. Disponível em: https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/bie_ministerio_da_saude_brasil_recomendacoes_terapia_antiretroviral_crianças_e_adoelscentes_suplemento_1_po.pdf. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bo1so.pdf. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bo1so.pdf. Acesso em: 26 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ANEXO IX**. Documentos e portarias que tratam da obrigatoriedade da notificação de doenças de interesse da saúde pública. 2010c. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/tvhivsifilis/anexos/ANEXO%20IX_PORTARIAS.pdf. Acesso em: 26 abr. 2020.

BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_manejo_hiv_adultos.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/en/node/59198>. Acesso em: 19 mai. 2020.

BRASIL, UNAIDS DO. **A ONU e a resposta à Aids no Brasil**. Brasília: **Organização das Nações Unidas no Brasil**, 2013c. Disponível em: <https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGU%C3%8AS.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013**. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2013d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-n-29-de-17-de-dezembro-de-2013>. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/recomendacoes-para-atencao-integral-adolescentes-e-jovens-vivendo-com-hivaids-2013>. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria de vigilância epidemiológica. Superintendência de vigilância em saúde. **Aconselhamento para a realização de teste rápido de sífilis/HIV/HV**. Ago. 2013f. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/acervo-e-e-books/7604-manual-aconselhamento-testes-rapidos/file>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **O que é prevenção combinada**. 2013g. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/o-que-e-prevencao-combinada>. Acesso em: 13 mai. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 12.852, de 5 de agosto de 2013**. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Diário Oficial da

União, 2013h. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm. Acesso em: 03 jul. 2020.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ano 3 – n. 01, 2015a. Disponível em: 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/boletim-epidemiologico-hivaids-2015>. Acesso em: 02 jul. 2020.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ano 4 – n. 01, 2015b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/boletim-epidemiologico-hivaids-2015>. Acesso em: 21 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. 120 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 09 mai. 2020.

BRASIL. **Decreto Nº 8.901, de 10 de Novembro de 2016**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo FCPE. 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato20152018/2016/Decreto/D8901.htm. Acesso em: 03 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**: Manual para equipe multiprofissional. 1 ed., Brasília, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf. Acesso em: 24 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único [recurso eletrônico]. -2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>. Acesso em: 28 abri. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume 2. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_volume_2.pdf. Acesso em: 26 abr. 2020.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 20, 2017d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da infecção pelo HIV em adultos**. 2017e. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_ManejoInfeccaoHIVadultos_CP.pdf. Acesso em: 4 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 13 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>. Acesso em: 14 mai. 2020.

BRASIL. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de DST/AIDS. **Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras DST**. -Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2018c. Disponível em: <http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/Linha-de-Cuidado-E-book.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **História da Aids – 1982**. 2018d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/historia-da-aids-1982>. Acesso em: 27 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **História da Aids – 1985**. 2018e. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/historia-da-aids-1985>. Acesso em: 27 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **História da Aids – 1987**. 2018f. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/historia-da-aids-1987>. Acesso em: 27 abr. 2020.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Número Especial, dez. 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>. Acesso em: 25 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único** [recurso eletrônico]. – 3ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Indicadores e dados básicos do HIV/ Aids nos municípios brasileiros**. 2019c. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>. Acesso em: 25 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Prevenção Combinada**. 2019d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>. Acesso em: 10 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Programação 2020 para estados e municípios**. 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/programacao-2020-para-estados-e-municipios>. Acesso em: 21 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Vigilância Epidemiológica**. [201?]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/vigilancia-epidemiologica>. Acesso em: 05 mai. 2020.

BRÊTAS, J. R. S. *et al.* Os rituais de passagem segundo adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 404-411, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/04.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2020.

BRIGNOL, S. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178313>. Acesso em: 03 out. 2021.

BUSSO, G. **Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI**. Santiago de Chile: CEPAL, 2001. Disponível em: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/vulnerabilidad->

social-nociones-e-implicancias-de-politicas-para-latinoamerica-a-inicios-del-siglo-xxi.pdf. Acesso em: 22 mai. 2020.

CAMPOS, M. O. *et al.* Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 116-130, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500116&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mai 2020.

CARVALHO, L. F. **Fatores associados ao abandono do tratamento de adolescentes e adultos jovens em um centro de referência para IST/HIV/AIDS**. 2018. 93f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Feira de Santana, 2018.

CASA CIVIL (Brasil). **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26 abr. 2020.

CASTILHO, E. A. *et al.* A AIDS no Brasil: uma epidemiologia em mutacao. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 4-5, 2000. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001201913>. Acesso em: 03 out. 2021.

CNS. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 510/2016**. Acesso em: 03 jul. 2020.

COHEN, M. S. *et al.* Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. **New England journal of medicine**, v. 365, n. 6, p. 493-505, 2011. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1105243>. Acesso em: 14 mai. 2020.

DE ARAÚJO, T. M. E. *et al.* Fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 2, p. 242-247, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4072/2864>. Acesso em: 09 mai. 2020.

DEIENNO, M. C. V. *et al.* Perfil dos usuários do serviço de aconselhamento no Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids Campos Elíseos, Município de São Paulo. **Bepa - Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 7, n. 74, p.13-22, 2010. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2010/ses-27931/ses-27931-4579.pdf>. Acesso em: 03 out. 2021.

ECA. **Estatuto da criança e do adolescente**. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/534718/eca_1ed.pdf. Acesso em: 03 jul. 2020.

GIRONDI, J. B. R. *et al.* Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, 2010.

Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/5815/6568>. Acesso em: 28 mai. 2020.

GRECO, D. B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estudos Avançados**, v.22, n. 64, p. 73-94. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 mai. 2020.

HACKER, M.A. *et al.* Reconstructing the AIDS epidemic among Brazilian injection drug users. **Cadernos de Saude Publica**, v. 22, n. 4, p. 751–760, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wVGs3KfzzK76N7dT7ND5TRh/?lang=en>. Acesso em: 03 out. 2021.

HEMKENS, L. G.; BUCHER, H. C. Infecção pelo HIV e doenças cardiovasculares. **European Heart Journal**, v. 35, n. 21, p. 1373–1381, 2014. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/35/21/1373/583046>. Acesso em: 4 jun. 2020.

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da aids no Brasil, 1983-2003**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.

LEAL, G. A. **Fatores associados à transmissão vertical do HIV no Centro de Referência em DST/HIV/AIDS de Feira de Santana, Bahia**. 2012. 78 f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Feira de Santana, 2012.

LEIGH, J. E. Salivary cytokine profiles in the immunocompetent individual with Candida-associated denture stomatitis. **Oral Microbiology and Immunology**, v. 17, n. 16, p. 311- 314, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1034/j.1399-302X.2002.170508.x>. Acesso em: 03 out. 2021.

LUPPI, C. G. *et al.* Fatores associados à coinfeção por HIV em casos de sífilis adquirida notificados em um Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no município de São Paulo, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100008>. Acesso em: 03 out. 2021.

MAGNO, E. da S. Fatores associados à coinfeção tuberculose e HIV: o que apontam os dados de notificação do Estado do Amazonas, Brasil, 2001-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00019315>. Acesso em: 03 out. 2021.

MALEK, R. *et al.* Contribution of transmission in HIV-positive men who have sex with men to evolving epidemics of sexually transmitted infections in England: an analysis using multiple data sources, 2009–2013. **Euro Surveillance**. v. 20, n. 15, p. 21093, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES2015.20.15.21093>. Acesso em: 03 out. 2021.

MALISKA, I. C. A. *et al.* Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 85-91, 2009. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/rngenf/article/view/5966/6567>. Acesso em: 03 out. 2021.

MIGUEL, B. *et al.* Fatores determinantes do conhecimento, atitudes e práticas em relação às DST/aids e hepatites virais em jovens de 18 a 29 anos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1343-1352, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401343&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 de mai. 2020.

MONTANER, J. S. *et al.* Associação de cobertura de terapia anti-retroviral altamente ativa, carga viral da população e novos diagnósticos anuais de HIV na Colúmbia Britânica, Canadá: um estudo de base populacional. **The Lancet**, v. 376, n. 9740, p. 532-539, 2010. Disponível em: [https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60936-1#](https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60936-1#). Acesso em: 21 jun. 2020.

MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, v. 17, n. 2, p. 29-40, 2011. Disponível em: <https://docplayer.com.br/40317461-O-marco-conceitual-da-vulnerabilidade-social.html>. Acesso em: 22 mai. 2020.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Prevenção do HIV/Aids em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil: hiatos entre a política global atual e as respostas locais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu)**, v. 23, e180410, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100257. Acesso em: 13 mai. 2020.

MORAIS, P. B., AMORIM, R. F. Políticas Públicas de Saúde e campanhas de prevenção à AIDS: Resgatando algumas controvérsias enfrentadas nas décadas de 1980 e 1990. **Tempo da Ciência**, v. 18, n. 35, p. 95-114, 2011. Disponível em: <http://saber.unioeste.br/index.php/tempodaciencia/article/view/9003/6595>. Acesso em: 27 abr. 2020.

MORAES, S. P.; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 1, p. 48-52, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n1/v58n1a14.pdf> moraes 2012. Acesso em: 10 mai. 2020.

NAÇÕES UNIDAS (US). **Nações Unidas Declaração do Milênio**. Lisbon: United Nations Information Centre, 2001. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/ods/declaracao-do-milenio.html>. Acesso em: 21 abr. 2020.

OLUM, R. *et al.* Prevalence of HIV-associated esophageal candidiasis in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. **Tropical Medicine and Health**, v. 48, n. 82, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41182-020-00268-x>. Acesso em: 03 out. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diretrizes Consolidadas sobre o Uso de Medicamentos Antirretrovirais para Tratamento e Prevenção da Infecção pelo**

VIH: Resumo das principais características e recomendações. Jun. 2013.

Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85322/WHO_HIV_2013.7_por.pdf;jsessionid=D9EEE9C93B02F403DCD3EB1B36DC2571?sequence=14. Acesso em: 13 mai. 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Política sobre HIV/VIH / AIDS/SIDA: Intensificando nossos Esforços para Eliminar o HIV/VIH / AIDS/SIDA.** Nações Unidas, 2011. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Declara%C3%A7%C3%A3o-Pol%C3%ADtica-sobre-HIV-VIH-AIDS-SIDA-2011-PORTUGU%C3%8AS.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2020.

PASSARELI, C. A. *et al.* **AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas.** Rio de Janeiro: ABIA, 2003. Disponível em: <http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2014/06/aids-desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 03 out. 2021.

PAHWA, S. *et al.* NIH Workshop on HIV-Associated Comorbidities, Coinfections, and Complications: Summary and Recommendation for Future Research. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 86, n. 1, p 11-18, 2021.

PELLINI, A. C. G. **Evolução da epidemia de Aids no município de São Paulo – 1980 a 2012: uma análise espacial com múltiplas abordagens.** 2016. 250 f. Tese (Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

PEREIRA, B. de S. *et al.* Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 747-758, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n3/747-758/pt>. Acesso em: 09 mai. 2020.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 1995.

PEREIRA, S.; MATOS, M. G. de; LEAL, I. Iniquidade, Etnicidade e Educação Sexual. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 12, n. 1, p. 77-90, 2011. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862011000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 mai. 2020.

PORCO, T. C. *et al.* Decline in HIV infectivity following the introduction of highly active antiretroviral therapy. **AIDS (London, England)**, v. 18, n. 1, p. 81-91, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2442908/pdf/nihms40235.pdf> 80. Acesso em: 21 jun. 2020.

QUINN, T. C. *et al.* Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. **New England journal of medicine**, v. 342, n. 13, p. 921-929, 2000. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200003303421303?articleTools=true>. Acesso em: 21 jun. 2020.

RAMIRO, L. Tendências de gênero no uso precoce e muito precoce de sexo e preservativo em 20 países europeus de 2002 a 2010, **European Journal of Public Health**, v. 25, ed. suppl. 2, p. 65–68, 2015. Disponível em: https://academic.oup.com/eurpub/article/25/suppl_2/65/590576. Acesso em: 28 mai. 2020.

RIGHETTO, R. C. Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/Aids **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 6, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324041233006>. Acesso em 03 out. 2021.

RIOS, L. F. Parcerias e práticas sexuais de jovens homossexuais no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, ed suppl. 2, p.S223-S232, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2003.v19suppl2/S223-S232/pt>. Acesso em 03 out. 2021.

RODRÍGUEZ, V. J. Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales. **Celade**, 2000. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7185/S2000937_es.pdf?sequence=1. Acesso em: 22 mai. 2020.

SALLETI FILHO, H. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: ed. 34, p. 49-71, 1999. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=-UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA121&ots=CTb6TrboJe&sig=BqRBUVqEnKCmPF9ZLpi1e3Yie-A&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 02 mar. 2020.

SAMPAIO, J. *et al.* Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n.1, p. 171-181, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n1/171-181/pt>. Acesso em: 08 mai. 2020.

SÁNCHEZ, A. I. M., BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência e Saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n2/319-324/pt>. Acesso em: 08 mai. 2020.

SANTOS, É. E. P. *et al.* Jovens adultos vivendo com HIV/AIDS como um problema de saúde pública no Brasil. **Revista Paraninfo Digital**, v. 8, n. 20, 2014. Disponível em: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/336.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2020.

SCHNEIDER, I. J. C. *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1675-1688, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2008.v24n7/1675-1688/pt>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SILVA, A. C. C. de M. (coord). **Guia de investigação, manejo e prevenção das comorbidades associadas ao HIV**. -2º. Ed, São Paulo: Instituto de Infectologia

Emilio Ribas, 2013. Disponível em:
https://issuu.com/infectologia.edu.uy/docs/guia_manejo_comorbilidades_vih_iier.
 Acesso em: 4 jun. 2020.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Ficha de Investigação Gestante HIV+**. Jul. 2006. Disponível em:
http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/GestanteHIV/Gestante_HIVv5.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

SOUZA, F. G.; BONA, J. C.; GALATO, D. Comportamento de jovens de uma universidade do Sul do Brasil frente à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. DST. **Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 1, p. 22-29, 2007. Disponível em:
<http://www.dst.uff.br/revista19-1-2007/4.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2020.

SPEZIA, L. P.; PICARELLI, M. E. I. de A.; SANTOS, A. B. R. Avaliação da AIDS e da ocorrência de doenças oportunistas e sexualmente transmissíveis em pacientes infectados pelo HIV residentes na região de Indaiatuba, SP. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 33, n. 4, p. 303-8, 2015. Disponível em:
https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/04_out-dez/V33_n4_2015_p303a308.pdf. Acesso em: 03 jul. 2020.

SUVISA. Superintendência de Vigilância em Saúde. Secretaria da Saúde. Vigilância em saúde. **Boletim Informativo HIV/AIDS, 2015**. 2015. Disponível em:
http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Boletim_Informativo_N04_HIV_Aids_2015.pdf. Acesso em: 26 abr. 2020.

TAQUETTE, S. R. *et al.* HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 37, n. 4/5, p. 324-9, 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n4-5/324-329/>. Acesso em: 03 out. 2021.

TOLEDO, M. M. *et al.* Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 370-375, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a24v64n2.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2020.

TOVANABUTRA, S. *et al.* Male viral and Heterosexual Transmission of HIV-1 Subtype E in Northern Thailand. **JAIDS Journal of Acquired Immune Syndromes**, v. 29, n. 3, p. 275-283, 2002. Disponível em:
https://journals.lww.com/jaids/Abstract/2002/03010/Male_Viral_Load_and_Heterosexual_Transmission_of.8.aspx. Acesso em: 21 jun. 2020.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. **Chegando a zero: estratégia 2011-2015**. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/VIH /Aids/SIDA. Versão original em inglês, dezembro de 2010. Versão em português - Tradução e Revisão: Escritório do UNAIDS/ONUSIDA, Brasil. 2010. Disponível em:
http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_pt.pdf. Acesso em: 11 mai. 2020.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on Hiv/Aids *et al.* **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013**. Genebra: UNAIDS, 2013. Disponível em:

https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on Hiv/Aids *et al.* **The gap report: Beginning of the end of the AIDS epidemic**. Genebra: UNAIDS, 2014. Disponível em:

https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf. Acesso em: 02 jul. 2020.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on Hiv/Aids *et al.* Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets. **Global AIDS update, 2017**. Genebra: UNAIDS, 2017. Disponível em:

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf. Acesso em: 13 mai. 2020.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on Hiv/Aids *et al.* **Retrospectiva 2018 UNAIDS**. Genebra: UNAIDS, 2018. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/08/RetrospectivaUNAIDS_2018_Versao-Digital_com_links-1.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on Hiv/Aids. Relatório Informativo – Dia mundial contra a Aids 2019. **Estatísticas Globais Sobre HIV 2019**. [S.I.]. 2019a. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 12 fev. 2020.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. *et al.* Communities at the centre. Defending rights. Breaking barriers. **Reaching people with HIV services**. Genebra: UNAIDS, 2019b. Disponível em:

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on Hiv/Aids *et al.* **Agir para mudar leis discriminatórias**. Genebra: UNAIDS, 2019c. Disponível em:

https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/02/ZeroDiscrimina%C3%A7%C3%A3o2019_Brochura.pdf. Acesso em: 21 jun. 2020.

VELLOZZI, C. *et al.* The Sun Study Investigators. The Study to Understand História Natural do HIV e AIDS na Era da Terapia Efetiva (Estudo SUN). **American Journal of Epidemiology**, v. 169, n. 5, p. 642–652, 2009. Disponível em:

<https://academic.oup.com/aje/article/169/5/642/141970>. Acesso em: 04 jun. 2020.

VILLARROYA, F.; DOMINGO, P.; GIRALT, M. Lipotoxicidade induzida por medicamentos: lipodistrofia associada à infecção pelo HIV-1 e tratamento anti-retroviral. **Biologia Molecular e Celular de Lipídios**, v. 180, n. 3, p. 392–399, 2010. Disponível em: <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.bbalip.2009.09.018>. Acesso em: 04 jun. 2020.

WHO. World Health Organization *et al.* **Adolescent friendly health services: an agenda for change**. World Health Organization, 2003. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?sequence=1. Acesso em: 02 jul. 2020.

APÊNDICE A

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico, vias de transmissão, categoria de exposição, critérios diagnósticos, definição de caso e evolução dos casos notificados por HIV-AIDS entre adolescentes e adultos jovens. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, do estado da Bahia (2014-2019).

Características		
DADOS SOCIODEMOGRAFICOS	N	%
Sexo* (N=8.681)		
Masculino	5.842	67,3
Feminino	2.839	32,7
Faixa etária (N=8.691)		
15 a 19 anos	1.187	13,7
20 a 24 anos	3.540	40,7
25 a 29 anos	3.964	45,6
Raça ou cor autorreferida* (N=7.495)		
Preta ou parda	6.436	85,9
Branca	987	13,2
Outros	72	1,0
Escolaridade* (N=5.768)		
1 até 7 anos	4.583	79,5
≥ 8 anos	1.185	20,5
Zona de residência* (N=8.204)		
Urbana, periurbana	7.715	94,0
Rural	489	6,0
TRANSMISSÃO		
Prováveis vias de transmissão* (N=7.848)		
Transmissão Vertical	157	2,1
Transmissão sexual	7.481	99,5
Transmissão sanguínea**	210	2,9
EXPOSIÇÃO		
Categoria de exposição* (N=7.211)		
Homossexual	2.949	40,9
Bissexual	599	8,3
Heterossexual	3.663	50,8
Usuário de drogas*** (N=8.691)	177	2,0
DEFINIÇÃO DE CASO		
Critério Definição de Casos* (N=8.642)		
Evidência laboratorial HIV+	6.110	70,7
Critério Rio de Janeiro-Caracas	381	4,4
Critério CDC adaptado	1.861	21,5
Critério óbito	78	0,9
Descartado	212	2,5
EVOLUÇÃO		
Evolução* (N=7.961)		
Vivo	7.620	95,7
Óbito por AIDS	295	3,7
Óbito por outras causas	46	0,6

*Ignorados: sexo 10; raça ou cor autorreferida, 1.196; escolaridade, 2.923; zona de residência, 487; provável modo de transmissão, 843; categoria de exposição, 1.480; critério de definição de casos, 49; evolução, 1.000.

***Transmissão por uso de droga injetável (UDI), acidente com material biológico, transfusão de sangue, transfusão devido ao tratamento de hemofilia. **Usuários de drogas; homossexuais, bissexuais e heterossexuais usuários de drogas, homossexual usuário de droga em tratamento de hemofilia.

ANEXO A

Ficha de Notificação e Investigação AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)				
Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença AIDS		Código (CID10) B 24	4 Data do Diagnóstico
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 3-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginsêio ou 1º grau) 4-Estudo fundamental completo (antigo ginsêio ou 1º grau) 5-Estudo médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Estudo médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
30 País (se residente fora do Brasil)				
Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	Provável modo de transmissão			
	32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado		33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado	
	34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Uso de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia	
	35 Data da transfusão/acidente		36 UF	
	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente		Código (IBGE)	
38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente		Código		
39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da Infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica				
Dados de Laboratório	40 Evidência laboratorial de Infecção pelo HIV			
	1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado			
	Data da coleta		Data da coleta	
	Teste de triagem		Teste confirmatório	
Teste rápido 1		Teste rápido 2		
Teste rápido 3		Data da coleta		

ANEXO B

Ficha de Notificação e Investigação AIDS (Pacientes menores 13 anos)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO CRIANÇA EXPOSTA AO HIV					
Criança exposta ao HIV: Entende-se como criança exposta aquela nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo HIV. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença	CRIANÇA EXPOSTA AO HIV		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		7 Data de Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade				
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				
	Dados Complementares do Caso				
Antec. Epi.d. da Mãe/Nutriz	31 Idade da mãe/nutriz	32 Escolaridade da mãe/nutriz	33 Raça/Cor da mãe/nutriz		
	33 Raça/Cor da mãe/nutriz	34 Ocupação da mãe/nutriz	35 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação		
	35 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação	36 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto	37 Nº da Declaração de Nascimento Vivo		
	36 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto	37 Nº da Declaração de Nascimento Vivo	38 Tipo de parto		
Investigação da criança exposta ao HIV	39 UF	40 Município do local de nascimento:	Código (IBGE)	41 Local de nascimento (Unidade de Saúde):	Código
	42 Aleitamento materno:	43 Aleitamento cruzado:		44 Uso de profilaxia com anti-retroviral oral	
	43 Aleitamento cruzado:	44 Uso de profilaxia com anti-retroviral oral		45 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):	
	44 Uso de profilaxia com anti-retroviral oral	45 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):		46 Dados laboratoriais da criança	
	45 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):	46 Dados laboratoriais da criança		47 1º Teste de detecção de ácido nucléico	
	46 Dados laboratoriais da criança	47 1º Teste de detecção de ácido nucléico		48 2º Teste de detecção de ácido nucléico	
	47 1º Teste de detecção de ácido nucléico	48 2º Teste de detecção de ácido nucléico		49 3º Teste de detecção de ácido nucléico	
	48 2º Teste de detecção de ácido nucléico	49 3º Teste de detecção de ácido nucléico		50 Teste de triagem anti-HIV	
	49 3º Teste de detecção de ácido nucléico	50 Teste de triagem anti-HIV		51 Teste confirmatório anti-HIV	
	50 Teste de triagem anti-HIV	51 Teste confirmatório anti-HIV		52 Teste rápido 1	
51 Teste confirmatório anti-HIV	52 Teste rápido 1		53 Teste rápido 2		
52 Teste rápido 1	53 Teste rápido 2		54 Teste rápido 3		
53 Teste rápido 2	54 Teste rápido 3		55 Data da realização		

ANEXO C

Ficha de Notificação e Investigação Aids (Gestante HIV+)

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE HIV +

Nº

Definição de caso: Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/enferma		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	GESTANTE HIV		Z 21	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
Dados Complementares do Caso	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Ocupação	
Dados Pré-Natal	32 Evidência laboratorial do HIV:		33 Fez/ Faz pré-natal	
	1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto		1 - sim 2 - não 9 - Ignorado	
	34 UF		35 Município de realização do Pré-Natal	
	36 Unidade de realização do pré-natal:		37 Nº da Gestante no SISPRENATAL	
Dados Parto	38 Uso de anti-retrovirais para profilaxia		39 Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	40 UF		41 Município do local do parto	
	42 Local de realização do parto:		Código (IBGE)	
Investigador	43 Data do parto:		44 Tipo de parto	
	1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica			
	45 Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto		46 Evolução da gravidez:	
	1 - sim 2 - não 9 - Ignorado		1 - Nascido vivo 2 - Natimorto 3 - Aborto 4 - Não se aplica	
47 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas):		48 Assinatura		
1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - Ignorado				
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde		
Nome		Função		
Gestante HIV +		Sinan NET		
		SVS 17/07/2006		

ANEXO D

Nota Técnica N.º 62/07GAB/UIV/PN-DST-AIDS/SVS/MS – Vigilância Epidemiológica das Crianças expostas ao HIV



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS
SEPN 511, Bloco C, Térreo
70.750-543 Brasília-DF
Tel. 3448-8037 e 8038

NOTA TÉCNICA N.º 62/07GAB/UIV/PN-DST-AIDS/SVS/MS

Assunto: Vigilância epidemiológica das crianças expostas ao HIV.

1. A partir do ano 2000 a vigilância epidemiológica da criança exposta ao HIV foi implantada (Portaria nº 993/GM de 04 de setembro de 2000), vinculada à notificação da gestante HIV positiva, com o objetivo de estimar o número de gestantes infectadas e a taxa de transmissão vertical do HIV. Quando essa proposta de vigilância foi implantada foi definido que os dados da gestante HIV⁺ e da criança exposta seriam coletados no mesmo instrumento de notificação/investigação.
2. A ficha de notificação/investigação conjunta foi introduzida no Sinan Windows a partir de janeiro de 2003. Ao longo desses três anos, verificou-se que essa proposta apresentou várias dificuldades operacionais para sua efetiva implementação em todo o território nacional, uma vez que os locais de atendimento da criança e da gestante são diferentes, não permitindo, portanto, a coleta unificada dos dados. Em razão disto, foram gerados vários instrumentos de coleta separados pelos diversos serviços inviabilizando a consolidação dos dados para a realização das análises que foram propostas para esta vigilância.
3. No desenvolvimento do Sinan NET, optou-se por desvincular os instrumentos de coleta de dados da gestante HIV⁺ e da criança exposta. Foi proposta a notificação da ficha de criança exposta incorporada ao instrumento de notificação de casos de aids em crianças menores de 13 anos. Porém essa proposta de readequação do sistema de informação não se mostrou adequada no teste piloto de implantação do sistema informatizado.
4. Após reunião realizada em janeiro de 2007, com profissionais de saúde do nível estadual e municipal, a Gerência Técnica do Sinan e o Programa Nacional de DST/Aids propõem uma outra estratégia: utilização de um instrumento de notificação específico para criança exposta, não mais vinculado ao da gestante HIV⁺
5. Essa estratégia pressupõe a realização de estudo de validação do instrumento de coleta de dados e a redefinição das ações de vigilância epidemiológica de forma a torná-las mais efetivas e factíveis, para posteriormente esse instrumento ser incorporado no Sinan NET.

6. Considerando a necessidade de não interrupção das atividades de vigilância epidemiológica do agravo, em especial a coleta de dados, o Programa Nacional de DST/Aids e a Gerência Técnica do Sinan recomendam que, até a readequação do sistema de informação, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde realizem os seguintes procedimentos:

- i. Notificar as crianças expostas ao HIV nascidas a partir de 01 de janeiro de 2007 no instrumento de notificação/investigação do SINAN-W, arquivando-as em papel para posterior digitação no Sinan NET. **Portanto estas notificações não deverão ser digitadas no Sinan Windows;**
- ii. Aguardar a realização do estudo de validação do novo instrumento e a sua disponibilização em versão futura do Sinan NET para a inclusão dos dados no sistema informatizado;
- iii. Incluir as notificações das gestantes HIV⁺, diagnosticadas a partir de 01 de janeiro de 2007, no Sinan NET.

Brasília, 04 julho de 2007.


Gerson Fernando Mendes Pereira
Unidade de Informação e Vigilância

De acordo,
Em 04/07/07


Marângela Batista Galvão Simão
Diretora do PN-DST/Aids

Aprovo,
Em 17/07/2007


Fabiano Geraldo Pimenta Junior
Secretário Substituto