

**Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do
Trabalhador
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Coordenação IST/AIDS e Hepatites Virais**

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO MINEIRO



**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS
PANORAMA DO ANO DE 2016**

**Belo Horizonte
2017**

EDITORIAL

Prezados colaboradores,

O Boletim Epidemiológico Mineiro (BEM) de HIV/Aids apresenta informações e análises sobre o agravo no período de 2010 a 2016 provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

As informações contidas neste BEM tem como objetivo divulgar o cenário do HIV/Aids no estado de Minas Gerais e subsidiar o planejamento das ações de prevenção e promoção, assim como disponibilizar informações para tomada de decisões sendo referência para os profissionais de saúde e comunidade em geral.

Ressaltamos ainda a necessidade e importância da notificação de HIV/Aids com o preenchimento completo e correto dos dados das Fichas de Notificação. Os dados advindos dessas fichas são essenciais para estabelecer o diagnóstico da situação de saúde.

Desejamos uma excelente leitura do BEM e esperamos que este seja um instrumento útil para orientar as ações e proporcionar o conhecimento e divulgação do cenário epidemiológico. Na oportunidade agradecemos a todos os colaboradores pelo apoio e empenho para a geração de dados.

Boa leitura,

Jordana Costa Lima e Equipe
Coordenação DST/AIDS e Hepatites Virais
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
SVEAST/Sub.VPS/SES- MG

EXPEDIENTE

O BEM é um trabalho desenvolvido pela Coordenação IST/Aids e Hepatites Virais da SES- MG.

O instrumento ora publicado é de domínio público, permitindo-se sua reprodução, parcial ou total, desde que citada a fonte e que não seja para fins comerciais.

Nota: Os dados apresentados estão sujeitos à alteração/revisão.

EQUIPE TÉCNICA

Adriana Padrão Rocha Miranda
Brayer Souza Rodrigues
Cecilia Helena de Oliveira
Dario Brock Ramalho
Davidson Junio Jacovini de Oliveira
Geraldo Scarabelli Pereira
Jordana Costa Lima
Maria de Fátima Nonato
Maria de Lourdes Ferreira
Mayara Cristina Marques de Almeida
Patricia Cristina de Oliveira
Rúbia Mara Veloso Gonçalves
Silvana Novaes Ferreira
Talane Alcântara de Oliveira

EQUIPE EDITORIAL

Jordana Costa Lima
Mayara Cristina Marques de Almeida

REVISÃO DE TEXTO

Equipe Técnica da Coordenação IST/ Aids e Hepatites Virais

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”

Arthur Schopenhauer

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas.....	17
Lista de Figuras.....	18
Lista de Tabelas.....	20
I- Aspectos conceituais da doença.....	21
II- Aspectos Epidemiológicos do agravo.....	23
III-Situação Epidemiológica do HIV/Aids no mundo.....	28
IV- Situação Epidemiológica do HIV/Aids no Brasil.....	30
V-Situação Epidemiológica do HIV/Aids em adultos no estado de Minas Gerais.....	33
VI-Situação Epidemiológica do HIV em gestantes no estado de Minas Gerais.....	45
VII- Situação Epidemiológica do HIV/Aids em crianças no estado de Minas Gerais.....	47
VIII- Mortalidade por AIDS.....	49
IX- Terapia Antiretroviral no estado de Minas Gerais.....	51
X- Considerações Finais.....	53
Referências.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS

- AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Humana
- ARV: Antirretroviral
- HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
- HSH: Homens que fazem sexo com homens
- IST: Infecção Sexualmente Transmissíveis
- PCDT: Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
- PEP: Profilaxia Pós Exposição
- PrEP: Profilaxia Pré Exposição
- PVHIV: Pessoas vivendo com HIV
- SICLOM- Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
- SIM: Sistema de Informação de Mortalidade
- SIMC: Sistema de Monitoramento Clínico das pessoas vivendo com HIV
- SINAN: Sistema de Agravos de Notificação
- SISCEL: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
- TARV: Terapia antirretroviral
- UNAIDS: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
- URS: Unidade Regional de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Número de mortes relacionadas à aids no mundo, 2016.....	28
Figura 2: Número de pessoas vivendo com HIV em terapia antirretroviral no mundo, 2016.....	29
Figura 3: Taxa de detecção de aids (/100 mil habitantes) segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2015.....	31
Figura 4: Coeficiente de mortalidade padronizado de aids (/100 mil habitantes) segundo região de residência por ano de óbito. Brasil, 2006 a 2015.....	32
Figura 5: Número de casos notificados de HIV. Minas Gerais, 2014 a 2016.....	33
Figura 6: Número de casos de HIV/Aids e Incidência por ano diagnóstico. Minas Gerais, 2010 a 2016.....	35
Figura 7: Mapa por frequência de casos de HIV/AIDS aids. Minas Gerais, 2016.....	37
Figura 8: Número de casos de HIV/AIDS por faixa etária. Minas Gerais, 2016.....	38
Figura 9: Número de casos de HIV/Aids na faixa etária de 65 ou mais. Minas Gerais, 2010 a 2016.....	39
Figura 10: Número de casos de HIV/AIDS por sexo e razão de sexo. Minas Gerais, 2010 a 2016.....	40
Figura 11: Número de casos de HIV/Aids categoria de exposição. Minas Gerais, 2010 a 2016.....	41
Figura 12: Número de casos de HIV/Aids no sexo masculino por categoria de exposição. Minas Gerais, 2010 a 2016.....	42
Figura 13: Número de casos de HIV/Aids por nível de escolaridade. Minas Gerais, 2016.....	43
Figura 14: Número de casos de HIV/AIDS por raça /cor. Minas Gerais, 2016.....	44
Figura 15: Número de casos de HIV em gestante por ano de diagnóstico. Minas Gerais, 2010 a 2016.....	45

Figura 16: Número de casos de HIV em gestantes por faixa etária. Minas Gerais, 2016.....46

Figura 17: Número de casos de HIV/Aids em crianças. Minas Gerais, 2010 a 2016.....47

Figura 18: Percentual de casos de HIV/Aids em crianças por faixa etária. Minas Gerais, 2016.....48

Figura 19: Número de casos de mortalidade por aids. Minas Gerais, 2010 a 2016.....49

Figura 20: Coeficiente de mortalidade de aids (/100 mil habitantes). Minas Gerais, 2010 a 2016.....50

Figura 21: Número de usuários cadastrados no SICLOM. Minas Gerais, 2010 a 2016.....52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de casos de HIV notificados por URS. Minas Gerais, 2014 a 2016.....	34
Tabela 2: Número de casos de HIV/AIDS por URS. Minas Gerais, 2016.....	36

I- ASPECTOS CONCEITUAIS DA DOENÇA

O HIV é a sigla em inglês do "Vírus da Imunodeficiência Humana". Causador da aids, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+ onde o vírus altera o DNA destes linfócitos fazendo cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, o HIV rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção.

O tratamento consiste na utilização de medicamentos antirretrovirais (ARV) que possui benefícios na morbimortalidade de pessoas vivendo com HIV (PVHIV), a diminuição da transmissão da infecção e o impacto na redução da tuberculose, a qual constitui a principal causa infecciosa de óbitos em PVHIV no Brasil e no mundo (BRASIL, 2017 A).

Atualmente recomenda-se o início precoce do tratamento através da terapia antirretroviral (TARV) e a intensificação das ações de prevenção. Vale ressaltar que o Brasil assumiu o compromisso dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio, proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU), sendo uma de suas metas combater e reverter a tendência atual da propagação do HIV/Aids.

O país busca, como parte das ações de enfrentamento para a epidemia de HIV, atingir a meta 90-90-90, a qual estabelece que até 2020, 90% das pessoas com HIV sejam diagnosticadas, ampliando acesso ao diagnóstico do HIV; destas, 90% estejam em tratamento antirretroviral, ampliando o acesso a TARV; e que dentre estas 90% tenham carga viral indetectável, indicando boa adesão ao tratamento e qualidade da assistência a PVHIV. Para que esses compromissos sejam assumidos são necessárias a implantação de novas metodologias de cuidado e gestão e também um comprometimento da sociedade para o alcance desses propositos (BRASIL, 2017 A).

A nova metodologia que o Departamento IST/aids e Hepatites Virais implementou foi a Política de Prevenção combinada que sugere o uso combinado de métodos de prevenção de acordo com as possibilidades e escolhas de cada pessoa, sem excluir ou substituir um método a outro.

A prevenção combinada é uma estratégia que faz o uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações

que levem em consideração as necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus (BRASIL, 2017 B).

II- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO AGRAVO

No Brasil, desde os anos de 1980, a vigilância epidemiológica da aids é baseada na notificação compulsória dos casos. No ano de 2014, através da Portaria GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014, tornou-se obrigatória a notificação de HIV.

A notificação compulsória da infecção pelo HIV e da aids está baseada num modelo de vigilância dos eventos: infecção pelo HIV, adoecimento (aids) e óbito, por meio de sistemas de informação de rotina e de estudos seccionais e longitudinais (BRASIL, 2017 C).

A vigilância epidemiológica do HIV e da aids baseia-se em dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e em registros de óbitos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV (SIMC) (BRASIL, 2017 C).

1-CRITÉRIOS PARA A NOTIFICAÇÃO DO HIV

- ✓ **CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR OU IGUAL A 18 MESES**
 - A criança será considerada infectada pelo HIV caso haja dois resultados consecutivos de Carga Viral (CV) de HIV acima de 5.000 cópias/ml, seguindo fluxogramas do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes, 2017.
- ✓ **CRIANÇAS COM IDADE SUPERIOR A 18 MESES E INFERIOR A 13 ANOS**
 - Sorologia positiva para HIV, pode ser usado teste convencional ou teste rápido, seguindo fluxogramas do Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV.
- ✓ **INDIVÍDUOS COM 13 ANOS OU MAIS DE IDADE**
 - Sorologia positiva para HIV, pode ser usado teste convencional ou teste rápido, seguindo fluxogramas do Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, sem sinais e sintomas indicativos de aids.
- ✓ **GESTANTE/ PARTURIENTE/ PUÉRPERA COM HIV**
 - Toda mulher que for detectada a infecção por HIV, ou aquela que já tenha o diagnóstico confirmado de HIV ou aids, no momento da gestação, parto ou puerpério.
- ✓ **CRIANÇA EXPOSTA AO HIV**
 - Toda criança nascida de mãe infectada, ou que tenha sido amamentada por mulher infectada pelo HIV.

(BRASIL, 2017 C)

2-CRITÉRIOS PARA A NOTIFICAÇÃO DA AIDS

✓ CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A 13 ANOS

Evidência laboratorial de infecção pelo HIV em crianças para fim de vigilância epidemiológica mais evidência de imunodeficiência:

- Presença de pelo menos duas doenças indicativas de aids de caráter leve e/ou
- Presença de pelo menos uma doença indicativa de aids de caráter moderado ou grave e/ ou contagem de linfócitos (LT) CD4+ menor que a esperada para a idade

(PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, 2017)

✓ INDIVÍDUOS COM 13 ANOS OU MAIS DE IDADE

-Critério CDC adaptado

- Evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV por teste sorológico (de triagem, confirmatório e teste rápido) ou virológico, normatizados pelo Ministério da Saúde

+

- Evidência de imunodeficiência: diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de aids

e/ou

- Contagem de LT- CD4+ <350 células/mm³

-Critério Rio de Janeiro/ Caracas

- Evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV por teste sorológico (de triagem, confirmatório e teste rápido) ou virológico, normatizados pelo Ministério da Saúde

+

- Somatório de pelo menos 10 pontos, de acordo com a escala de sinais, sintomas ou doenças

(BRASIL, 2017 C)

3- CRITÉRIO EXCEPCIONAL DE ÓBITO POR AIDS

Todo óbito com menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum campo da Declaração de Óbito e investigação epidemiológica inconclusiva.

- Menção de aids (ou termos equivalentes) em algum campo da Declaração de óbito
- Ou
- Menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) e de doença indicativa/presuntiva de aids em algum campo da Declaração de óbito

+

- Investigação epidemiológica inconclusiva

Investigação epidemiológica inconclusiva é aquela em que, após a busca em prontuários, o caso não puder ser descartado ou enquadrado em um dos critérios principais, pela falta de registro de dados clínicos/ laboratoriais. A data do diagnóstico na ficha de notificação e de investigação é aquela em que o indivíduo se enquadrar em um dos critérios de definição de casos de aids, ou seja, tenha evidência clínica e laboratorial, exceto no critério de óbito. Nesse caso, a data do diagnóstico é igual à do óbito.

A notificação de doenças constantes da Lista de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública é obrigatória aos médicos e outros profissionais de saúde que atuam na assistência ao paciente, em conformidade com os Arts. 7º e 8º da Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975.

A notificação é registrada no Sinan através das fichas:

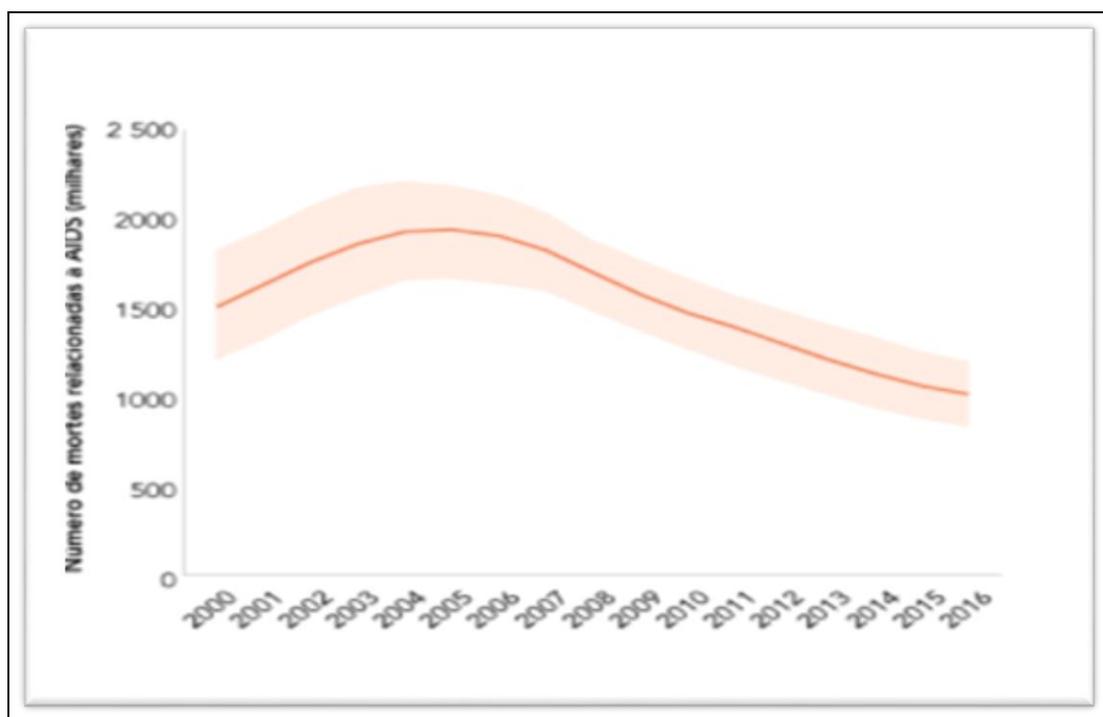
- ✓ Ficha de Notificação/ Investigação de Aids em pacientes com 13 anos ou mais;
- ✓ Ficha de Notificação/ Investigação de Aids em pacientes menores de 13 anos;
- ✓ Ficha de Notificação/ Investigação de Crianças expostas ao HIV;
- ✓ Ficha de Investigação de Gestante HIV+, utilizada para notificar casos de gestante, parturientes e puérpera.

Os dados obtidos através da notificação têm como objetivo monitorar o comportamento do HIV/Aids seus fatores condicionantes e determinantes, com a finalidade de recomendar, adotar medidas de prevenção, controle e avaliar o seu impacto. Portanto o preenchimento de todos os campos da ficha do Sinan são indispensáveis para a investigação de casos e para a avaliação do agravo.

III- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS NO MUNDO

Segundo a UNAIDS há 36.7 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, no ano de 2016 houve 1,8 milhão de novas infecções e 1 milhão de mortes relacionadas a aids, conforme figura abaixo (UNAIDS, 2017).

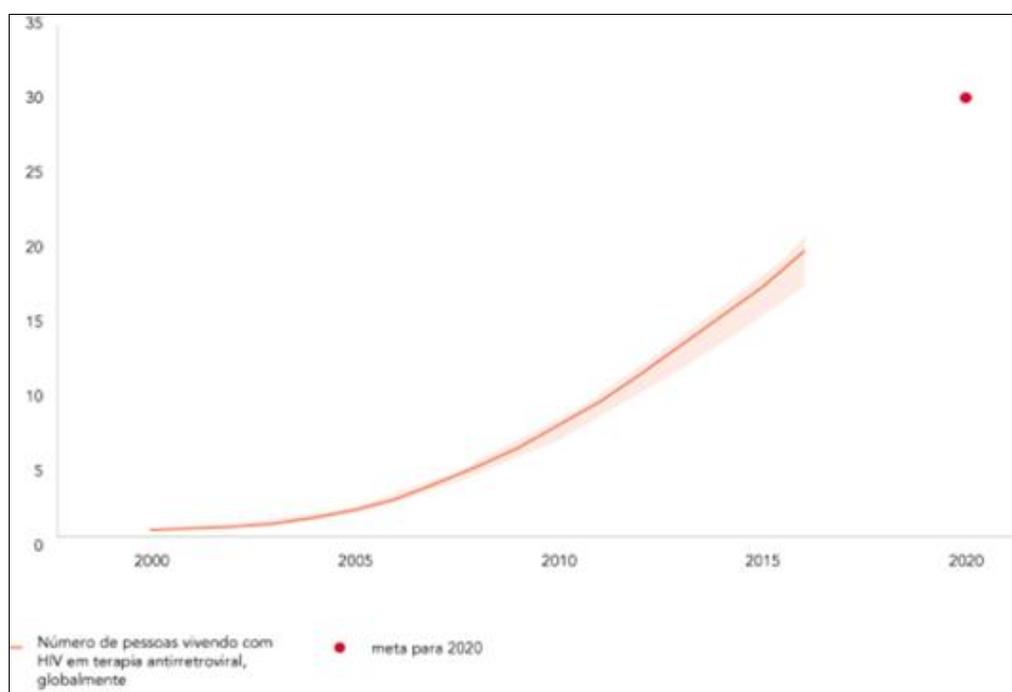
FIGURA 1: Número de mortes relacionadas à aids no mundo, 2016



Fonte: UNAIDS, 2017

No ano de 2015 53% das pessoas que vivem com HIV no mundo tinham acesso ao tratamento do HIV, conforme mostra a figura abaixo:

FIGURA 2: Número de pessoas vivendo com HIV em terapia antirretroviral no mundo, 2016.



FONTE: UNAIDS, 2017

Em relação ao avanço mundial relativo as metas de tratamento 90-90-90, observa-se que 70% das pessoas vivendo com HIV conhecem o seu estado sorológico, 77% das pessoas vivendo com HIV conhecem o seu estado sorológico e estão em tratamento e 82% das pessoas em tratamento estão com carga viral suprimida (UNAIDS, 2017).

O avanço da testagem e do tratamento de HIV, está dentro da abordagem de prevenção combinada que inclui o uso do preservativo, a Profilaxia Pré Exposição (PrEP), a profilaxia Pós Exposição (PEP), além de esforços para proteger os direitos humanos e estabelecer um ambiente propício para a prestação de serviços.

Dados da UNAIDS em 2017 afirmam que a África austral e oriental, região mais afetada pela epidemia, está tendo um resultado impressionante na meta 90-90-90, levando a região a um nível de progresso comparável à América Latina. Se o progresso for mantido, essas duas regiões provavelmente alcançarão a meta 90-90-90 ao lado da Europa Ocidental e central e da América do Norte.

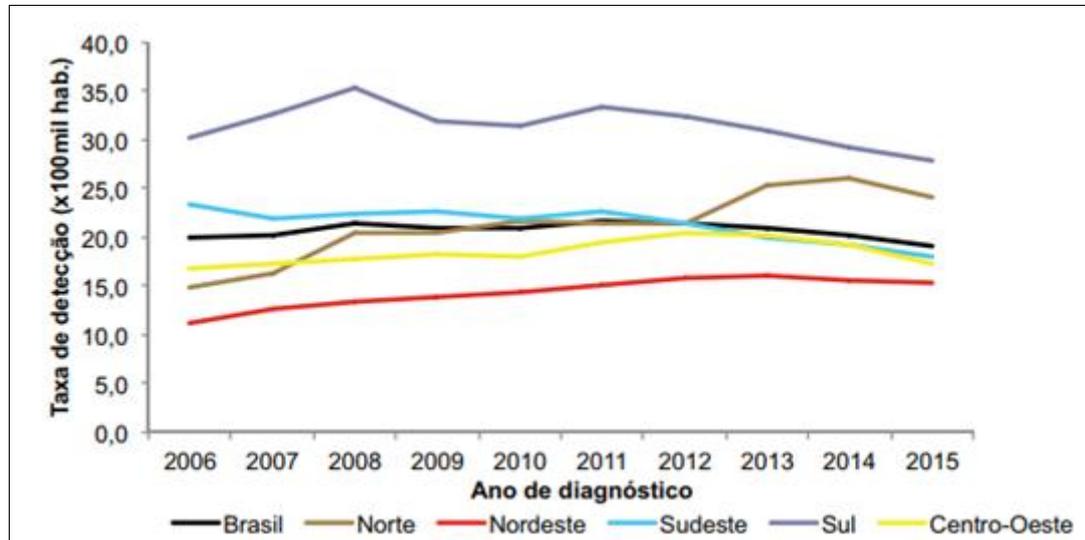
IV- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS NO BRASIL

Segundo dados do Boletim Epidemiológico do Departamento de IST/ aids e Hepatites Virais (2016) de 2007 até junho de 2016, foram notificados no Sinan 136.945 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 71.396 no Sudeste (52,1%), 28.879 no Sul (21,1%), 18.840 no Nordeste (13,8%), 9.152 no Centro Oeste (6,7%) e 6.868 na Região Norte (6,3%).

Em relação a aids de 1980 a junho de 2016, foram notificados no país 842.710 casos de aids, atualmente no Brasil é registrado uma média de 41,1 mil casos de aids nos últimos cinco anos (BRASIL, 2016).

A taxa de detecção de aids no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,7 casos/ 100 mil habitantes; também se observa estabilização na região Centro-oeste, com uma média de 18,5 casos/ 100 mil habitantes. A região Sudeste apresenta tendência importante de queda nos últimos dez anos; em 2006 a taxa registrada foi de 23,5 passando para 18,00 casos/ 100 mil habitantes em 2015, o que corresponde a uma queda de 23,4%. As regiões Norte e Nordeste apresentam uma tendência linear de crescimento da taxa de detecção; em 2006 a taxa registrada foi de 14,9 (Norte) e 11,2 (Nordeste) casos/100 mil habitantes; enquanto no último ano a taxa foi de 24,0% (Norte) e 15,3% (Nordeste), representando um aumento de 61,4% (Norte) e 37,2% (Nordeste). A região Sul apresentou uma leve tendência de queda de 7,4%, passando de 30,1 casos/ 100 mil habitantes em 2006 para 27,9 em 2015, conforme figura abaixo (BRASIL, 2016).

FIGURA 3: Taxa de detecção de aids (/100 mil habitantes) segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2015.



FONTE: Brasil, 2016.

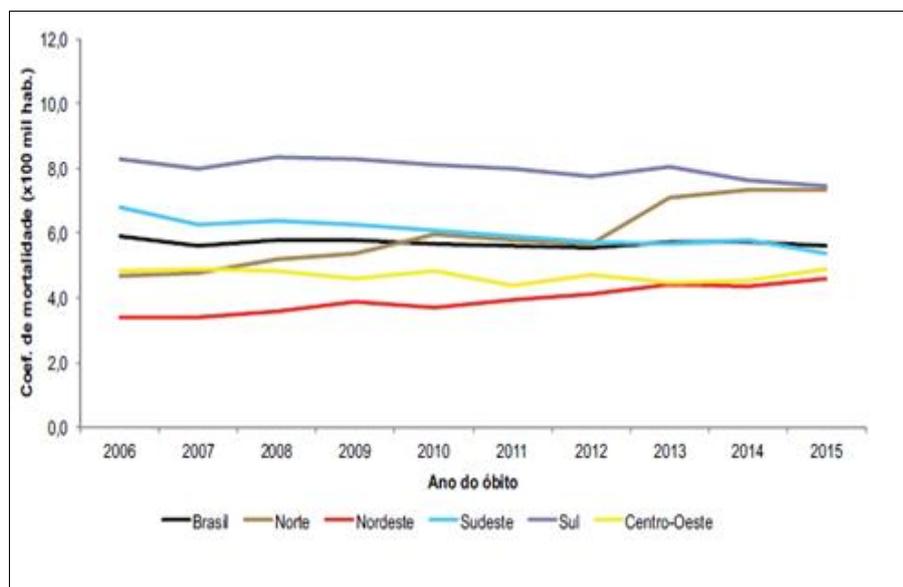
Em relação aos casos de aids por sexo, há um predomínio de homens nas regiões Sudeste e Centro Oeste em comparação com as demais regiões, sendo a razão de sexos em 2015, em média de 2,5 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. Nas regiões Norte e Nordeste, a razão de sexos em 2015 é de 21 casos em homens para cada 10 mulheres, enquanto que na região Sul há uma participação maior das mulheres nos casos de aids, sendo a razão de sexo de 17 homens para cada 10 mulheres (BRASIL, 2016).

A maior concentração de casos de aids no Brasil está nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos; entre os homens essa faixa etária corresponde a 53,0% e, entre as mulheres, a 49,9% do total de casos registrados de 1980 a junho de 2016. Em relação a taxa de detecção em menores de 5 anos observa-se uma tendência de 42,7% de queda para o Brasil nos últimos dez anos (BRASIL, 2016).

Houve uma leve queda no coeficiente de mortalidade por aids padronizado para o Brasil, o qual passou de 5,9 óbitos/ 100 mil habitantes em 2006 para 5,6 em 2015, o que representa uma queda de 5,0%. Essa tendência também foi observada

nas regiões Sul e Sudeste, que apresentaram 20,7 e 9,9% de queda, respectivamente. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a tendência foi de crescimento nos últimos dez anos. Na região Norte, esse coeficiente aumentou 56,2% passando de 4,7 óbitos/ 100 mil habitantes em 2006 para 7,3 em 2015, no Nordeste, aumentou 34,3% passando de 3,4 para 4,6 óbitos/ 100 mil habitantes e na região Centro Oeste, passou de 4,8 em 2006 para 4,9 em 2015, conforme figura abaixo:

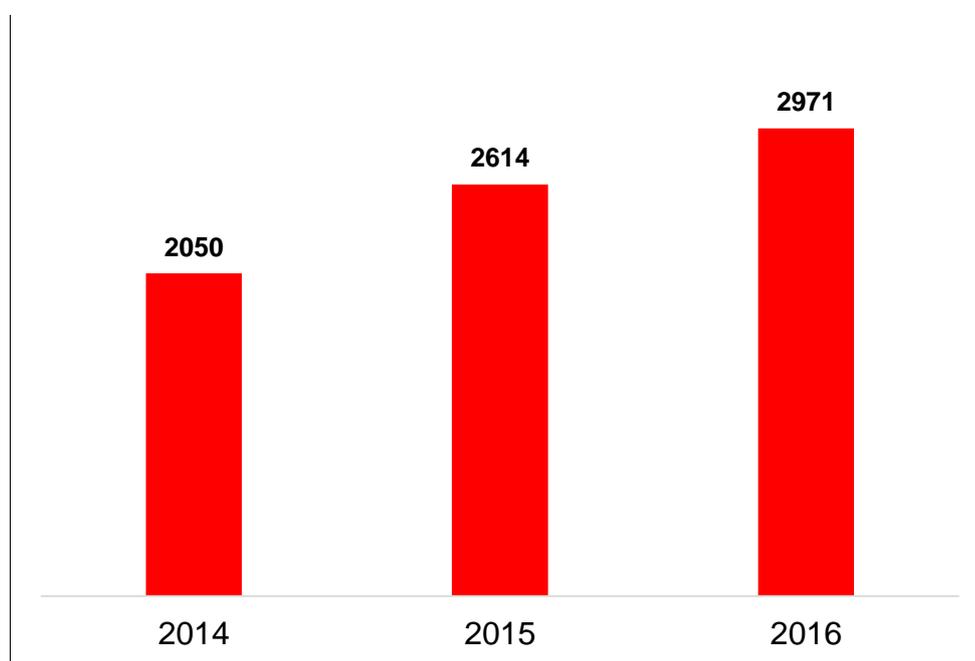
FIGURA 4: Coeficiente de mortalidade padronizado de aids (/100 mil habitantes) segundo região de residência por ano de óbito. Brasil, 2006 a 2015.



FONTE: Brasil, 2016.

V- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS EM ADULTOS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

No ano de 2014 a notificação de HIV foi incluída na lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública através da Portaria MS nº 1271, de 06 de junho de 2014. No período de 2014 a 2016 foram notificados no Sinan 7.635 casos de HIV conforme observamos na figura abaixo:

FIGURA 5: Número de casos notificados de HIV. Minas Gerais, 2014 a 2016

Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

A distribuição de casos notificados de HIV segundo Unidade Regional de Saúde (URS), mostra uma concentração de casos nas URSs mais populosas do estado, conforme tabela abaixo:

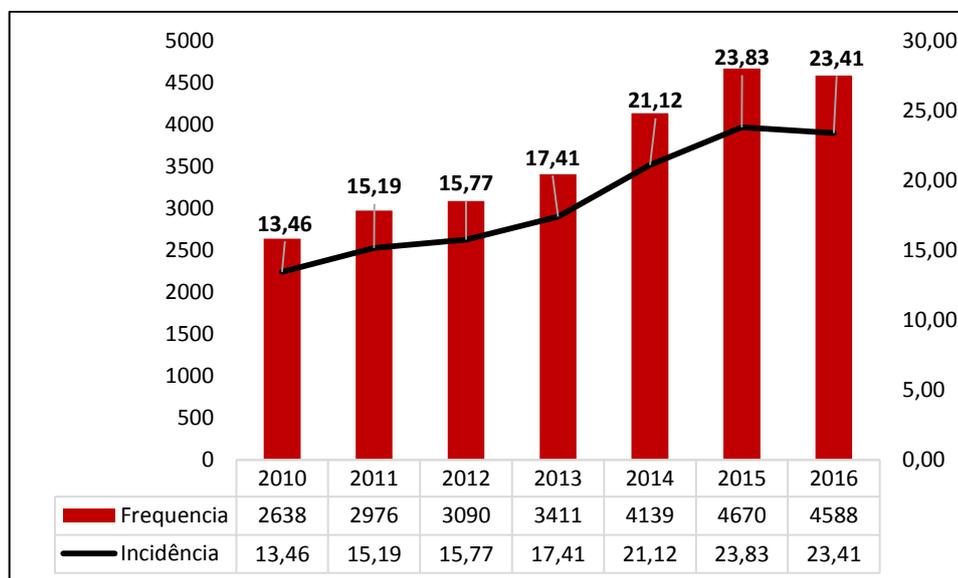
TABELA 1: Número de casos de HIV notificados por URS. Minas Gerais, 2014 a 2016

URS Res	2014	2015	2016	Total
Alfenas	24	31	53	108
Barbacena	37	48	36	121
Belo Horizonte	763	1041	1225	3029
Coronel Fabriciano	77	93	142	312
Diamantina	15	10	26	51
Divinópolis	86	132	169	387
Governador Valadares	43	61	58	162
Itabira	36	15	21	72
Ituiutaba	20	29	43	92
Januária	6	8	5	19
Juiz de Fora	84	101	65	250
Leopoldina	41	37	27	105
Manhumirim	43	38	48	129
Montes Claros	27	51	37	115
Passos	28	19	20	67
Patos de Minas	59	61	66	186
Pedra Azul	18	11	18	47
Pirapora	10	8	11	29
Ponte Nova	32	58	47	137
Pouso Alegre	47	51	70	168
São João Del Rei	10	23	13	46
Sete Lagoas	21	28	21	70
Teófilo Otoni	13	24	43	80
Ubá	68	81	51	200
Uberaba	108	134	214	456
Uberlândia	271	339	349	959
Unaí	7	19	16	42
Varginha	56	63	77	196
TOTAL	2050	2614	2971	7635

Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

No período de 2010 a 2016 foram notificados no Sinan 25.512 casos de HIV/Aids. No ano de 2016 foram notificados 4.588 casos de HIV/Aids tendo uma incidência de 23,41 por 100 mil habitantes. Se compararmos o número de casos de 2010 com 2016 temos um aumento de 1950 casos representando um percentual de 73,9%, conforme mostra figura abaixo.

FIGURA 6: Número de casos de HIV/Aids e Incidência por ano diagnóstico. Minas Gerais, 2010 a 2016



Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Em relação aos diagnósticos de HIV/Aids por URS do estado de Minas Gerais, conforme tabela abaixo, o maior número de casos diagnosticados está na URS de Belo Horizonte que concentra a maior população do estado, seguida por Uberlândia.

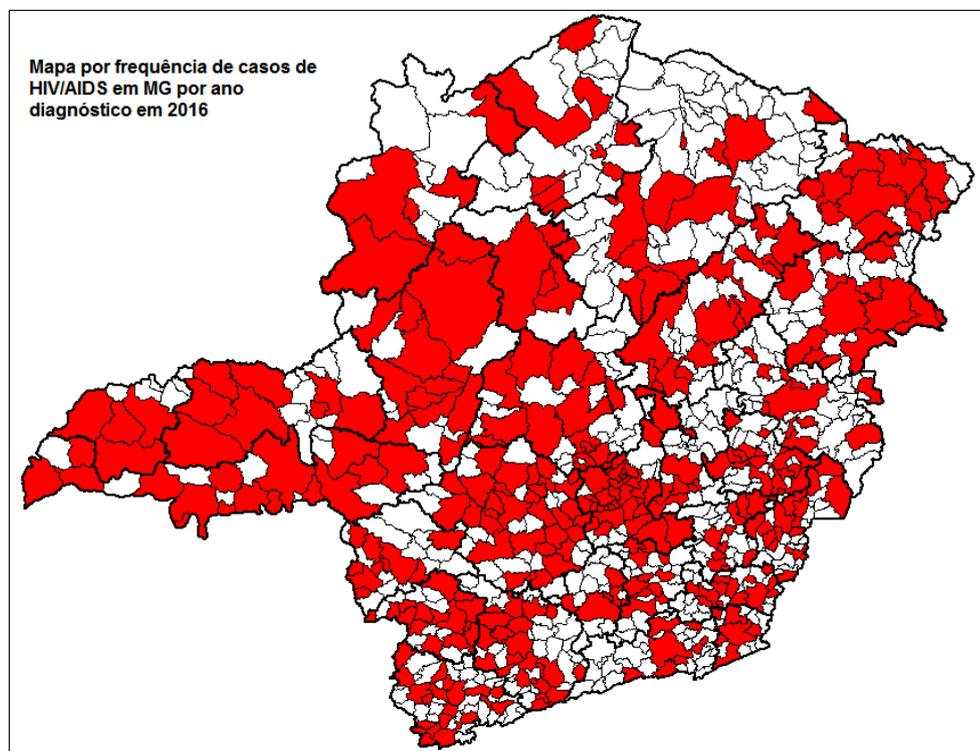
TABELA 2: Número de casos de HIV/AIDS por URS. Minas Gerais, 2016

URS Res	2016
Alfenas	74
Barbacena	60
Belo Horizonte	1935
Coronel Fabriciano	172
Diamantina	42
Divinópolis	251
Governador Valadares	84
Itabira	34
Ituiutaba	59
Januária	16
Juiz de Fora	163
Leopoldina	41
Manhumirim	65
Montes Claros	75
Passos	47
Patos de Minas	91
Pedra Azul	36
Pirapora	14
Ponte Nova	59
Pouso Alegre	113
São João Del Rei	23
Sete Lagoas	98
Teófilo Otoni	69
Ubá	74
Uberaba	277
Uberlândia	471
Unaí	21
Varginha	124
Total	4588

Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Conforme figura abaixo, que apresenta uma análise detalhada sobre a frequência do agravo HIV/Aids no estado de Minas Gerais, é perceptível que a maior parte dos casos está em regiões mais populosas e urbanizadas.

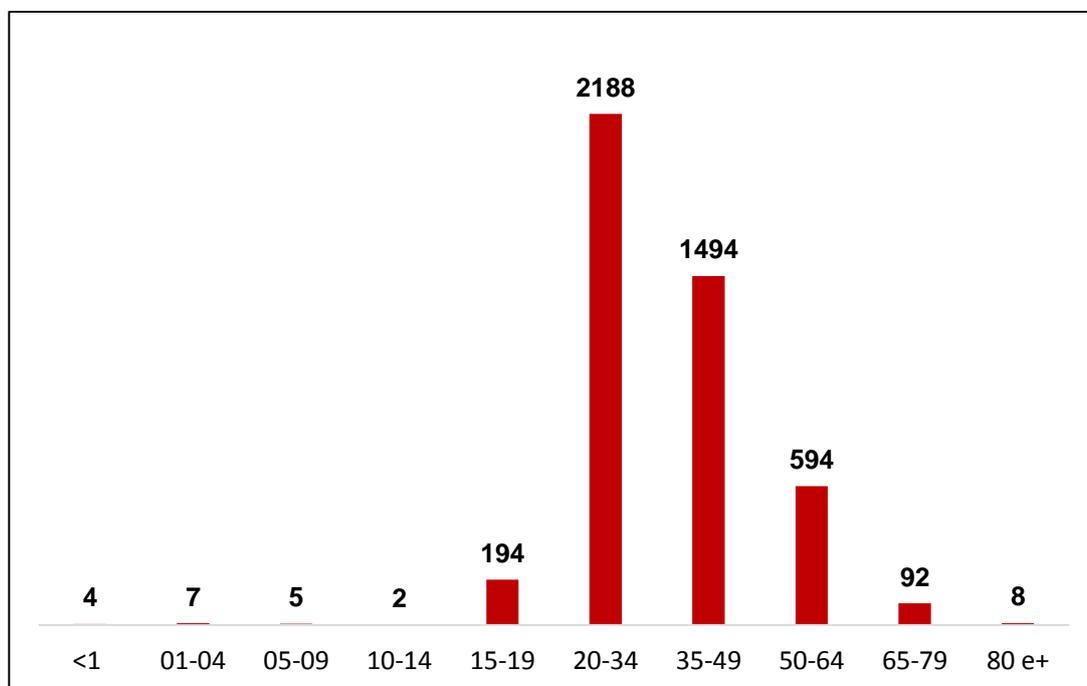
FIGURA 7: Mapa por frequência de casos de HIV/AIDS aids. Minas Gerais, 2016.



Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

A maior concentração de casos de HIV/Aids no estado de Minas Gerais está na faixa etária de 20-34 anos (figura 8). Essa predominância na faixa etária mais jovem está ligada a diversos fatores entre eles: a baixa idade das primeiras relações, a variabilidade de parceiros, a falta de prevenção e o uso de drogas ilícitas (SILVA, 2016).

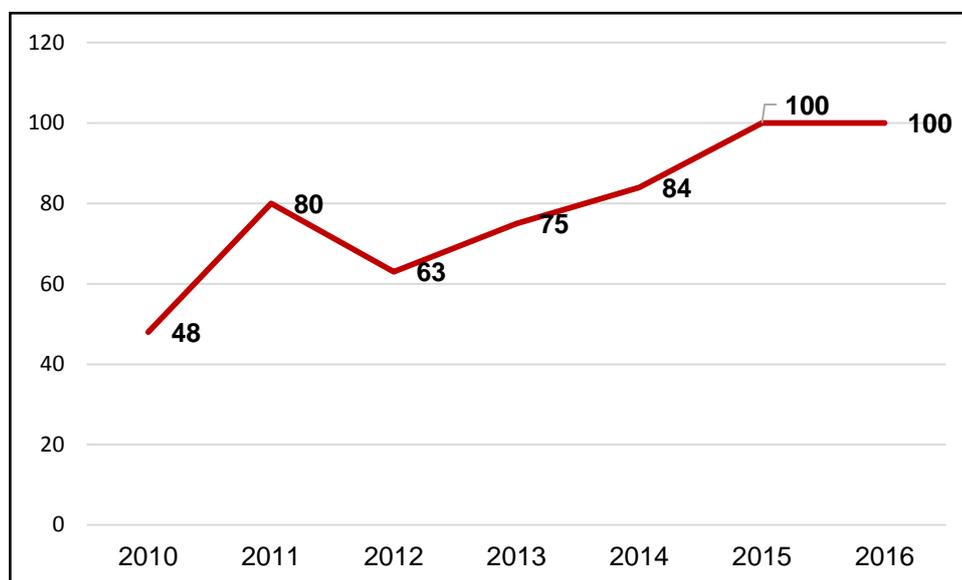
FIGURA 8: Número de casos de HIV/AIDS por faixa etária. Minas Gerais, 2016



Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Em relação ao número de casos notificados na população de 65 anos ou mais, temos um aumento aproximado de 108% em relação ao ano de 2010 e 2016, conforme figura abaixo.

FIGURA 9: Número de casos de HIV/Aids na faixa etária de 65 ou mais. Minas Gerais, 2010 a 2016

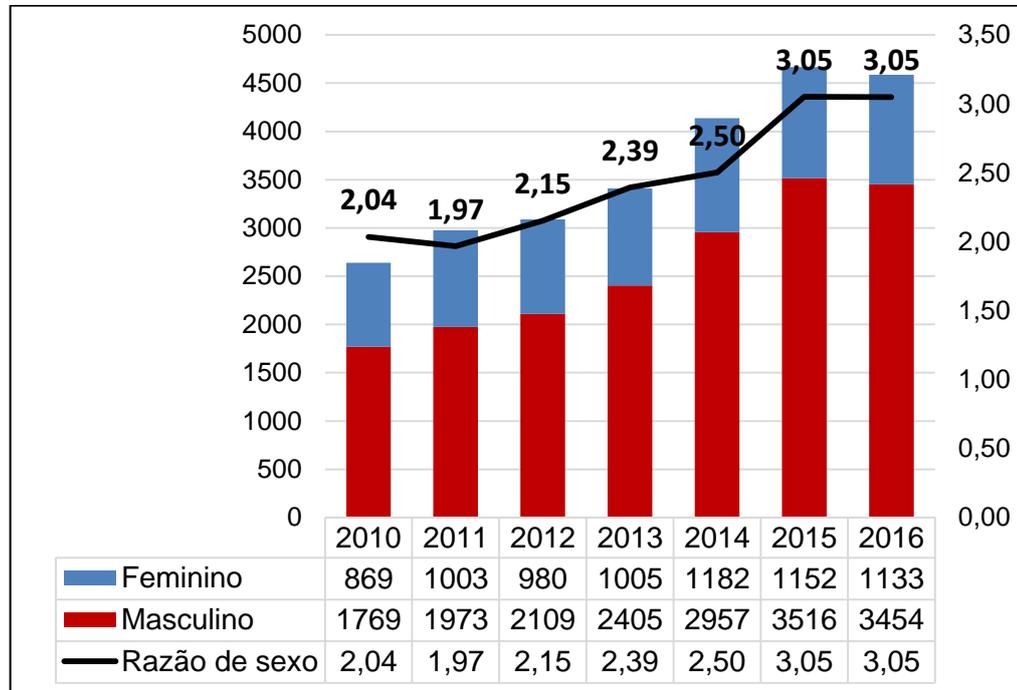


Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Andrade *et. al* (2017) afirmam que em um estudo realizado no Nordeste do Brasil mostrou que muitos idosos mantêm vida sexual ativa, com desejos e prazeres, e que vivenciam a prática sexual, muitas vezes de forma insegura, talvez por não se perceberem vulneráveis às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e aids, percepção que pode ser contestada com dados mundias da distribuição dessas doenças por faixa etária.

Em 2016 foi registrado em Minas Gerais 1.133 casos de HIV/Aids no sexo feminino e 3.454 casos no sexo masculino, tendo como razão de sexos de 3,05 (figura 10). É importante relatar que no período de 2010 a 2016 tivemos o total de 5 casos que foram notificados na categoria sexo como ignorado. Ao compararmos o percentual de aumento da razão de sexos do ano de 2010 com o ano de 2016 temos um aumento aproximado de 49%. Enfatizamos que os dados apresentados na figura abaixo não levam em consideração as questões de gênero.

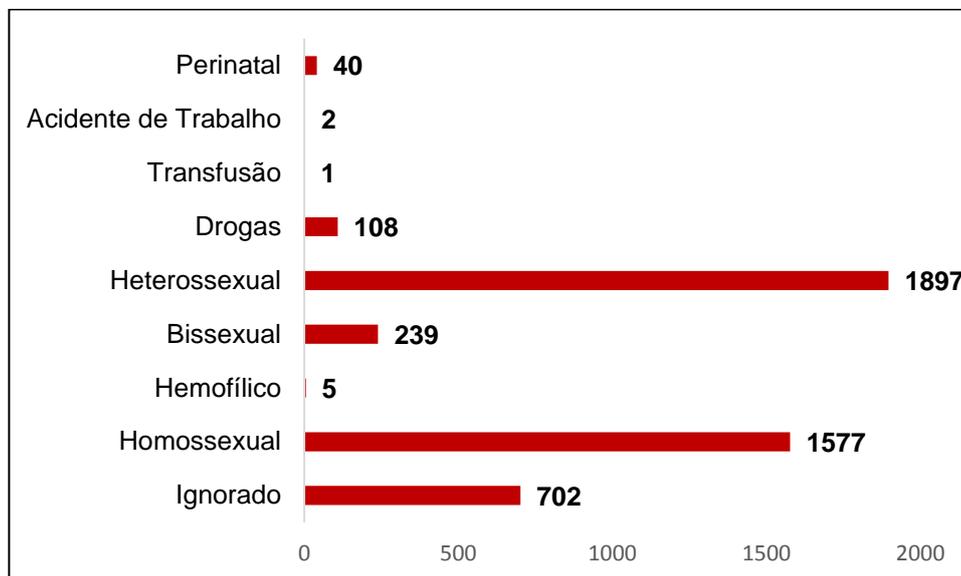
FIGURA 10: Número de casos de HIV/AIDS por sexo e razão de sexo. Minas Gerais, 2010 a 2016



Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

O maior número de casos notificados de HIV/Aids está na categoria de exposição heterossexual, representando um percentual de 41% dos casos notificados. A categoria homossexual é a segunda com maior número de notificações tendo um percentual de 34%, conforme figura abaixo. Enfatizamos a importância do preenchimento correto das fichas de notificação evitando utilizar a opção ignorado, temos 15% dos casos notificados como ignorado, o que interfere de forma negativa na análise dos dados.

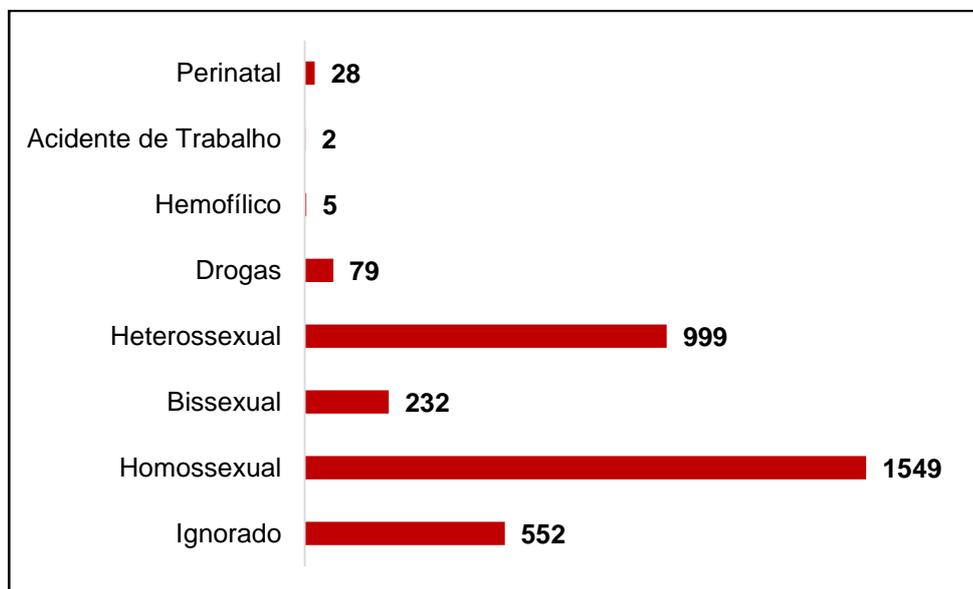
FIGURA 11: Número de casos de HIV/Aids categoria de exposição. Minas Gerais, 2010 a 2016



Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Em relação ao número de casos notificados por categoria de exposição no sexo masculino o maior número de casos está na categoria homossexual com 45% de casos notificados (figura 12). Atentamos novamente para o alto quantitativo de casos notificados como ignorado.

FIGURA 12: Número de casos de HIV/Aids no sexo masculino por categoria de exposição. Minas Gerais, 2010 a 2016.

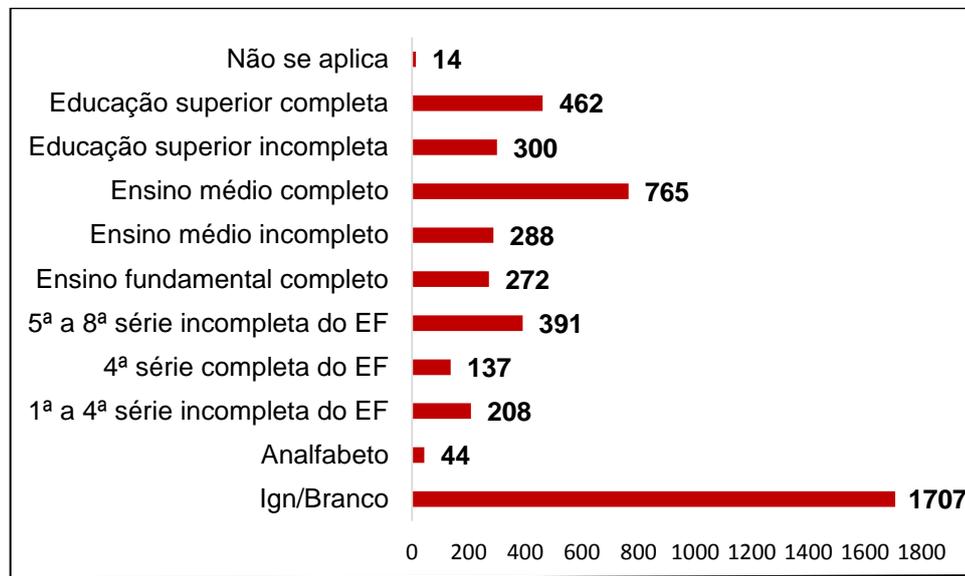


Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Pedimos atenção aos colaboradores para o número de casos notificados como Perinatal presente nas figuras 6 e 7, o alto quantitativo de notificação nesta categoria resultou em uma análise no Sinan e percebemos que há notificações realizadas de forma errônea. Segundo as fichas de notificação há usuários notificados como Perinatal e quando observamos a faixa etária essa não condiz com a categoria perinatal.

Quanto ao nível de escolaridade, conforme figura abaixo 37% dos casos notificados está como ignorado não permitindo uma análise real dos dados apresentados. Ressaltamos a importância e necessidade do preenchimento correto das fichas de notificação.

FIGURA 13: Número de casos de HIV/Aids por nível de escolaridade. Minas Gerais, 2016

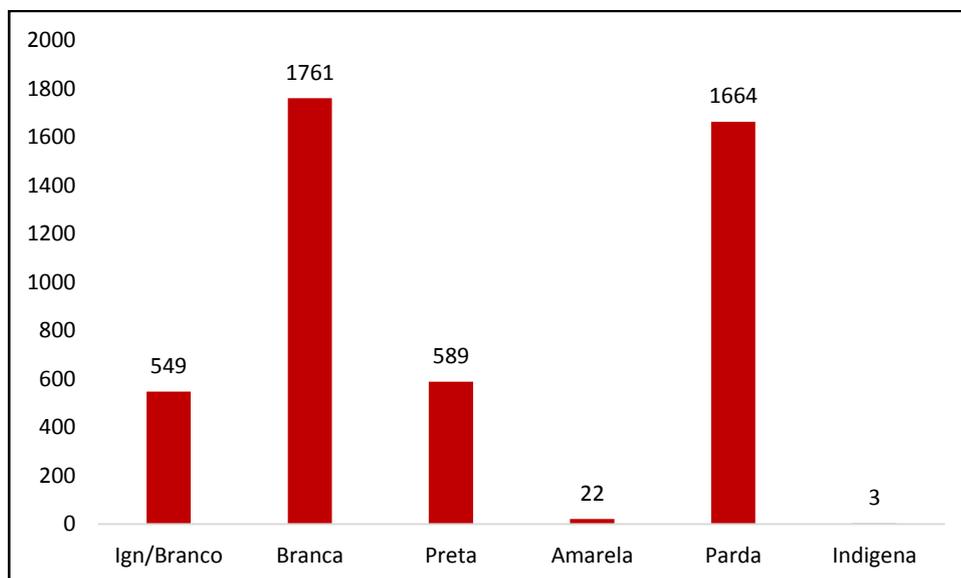


Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Em relação a distribuição de casos segundo raça/ cor 38% dos casos notificados está na raça/ branca. Entafizamos a questão do alto quantitativo de casos notificados como ignorado interferindo diretamente na análise dos dados disponíveis (figura 14).

É importante considerar que o preenchimento do critério raça/cor nas Fichas de Notificação é subjetivo e deve ser respeitada autodeclaração do usuário.

FIGURA 14: Número de casos de HIV/AIDS por raça /cor. Minas Gerais, 2016



Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

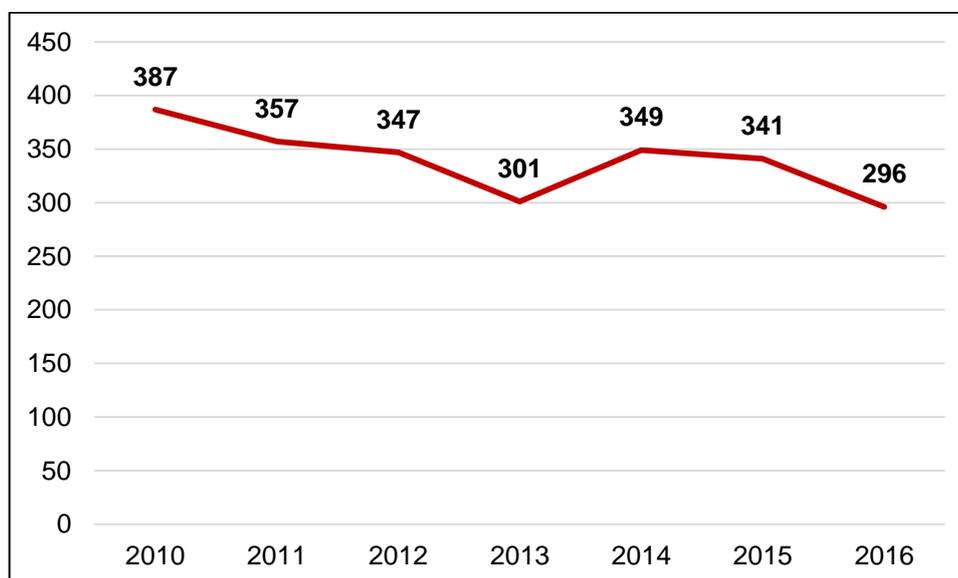
VI- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO HIV EM GESTANTES NO ESTADO DE MINAS GERAIS

No Brasil foram notificadas 99.804 gestantes no período de 2000 até junho de 2016, destas gestantes notificadas a maioria reside na região sudeste (39,8%), seguida pelas regiões Sul (30,8%), Nordeste (16,2%), Norte (7,4%) e Centro Oeste (5,7%) (BRASIL, 2016).

A notificação de gestantes e parturientes infectadas pelo HIV e crianças expostas ao vírus é obrigatória no Brasil. Essa notificação é importante para avaliar as ações de prevenção da transmissão do HIV.

Em Minas Gerais no período de 2010 a 2016 tivemos um quantitativo de 2.378 casos de gestantes notificadas, tendo uma diminuição de 23,5% dos casos em 2016 comparado a 2010 (figura 15).

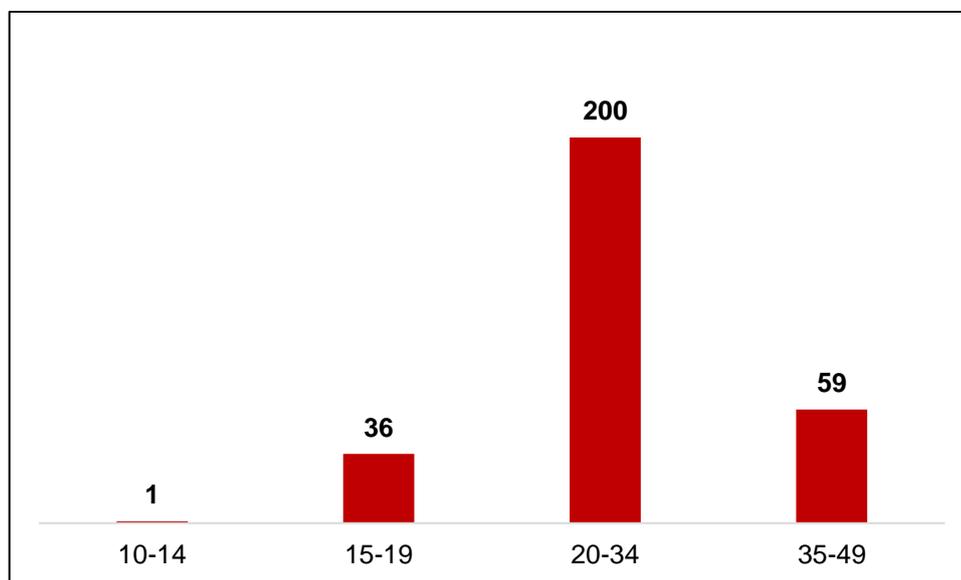
FIGURA 15: Número de casos de HIV em gestante por ano de diagnóstico. Minas Gerais, 2010 a 2016



Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

O quantitativo de casos de gestantes notificadas com HIV por faixa etária acompanha a idade fértil, sendo que a fase de 20-34 anos é a que mais apresenta número de casos notificados, conforme figura abaixo.

FIGURA 16: Número de casos de HIV em gestantes por faixa etária. Minas Gerais, 2016.



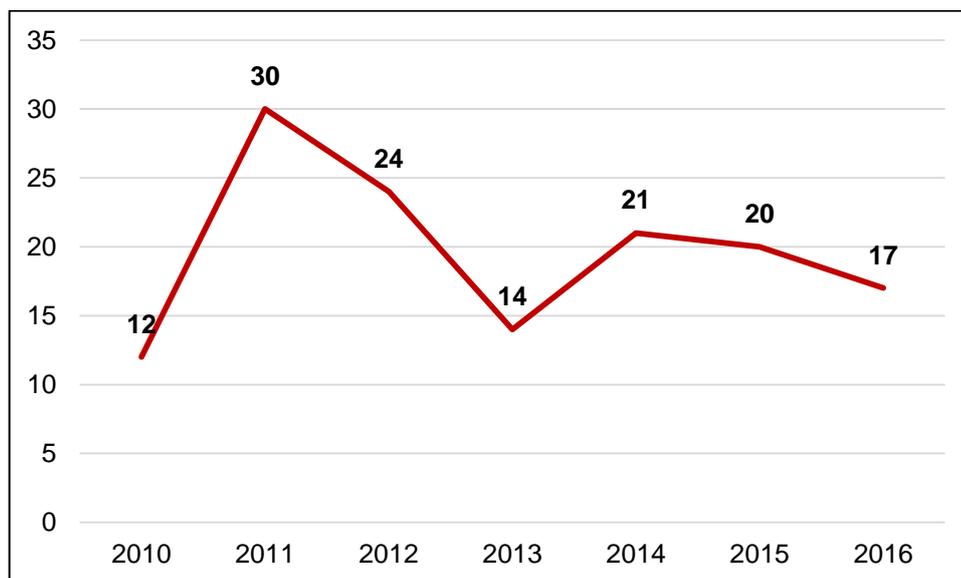
Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

VII- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS EM CRIANÇAS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Miranda et. al (2016) enfatiza que no Brasil cerca de 84% dos casos de HIV/Aids em crianças com até 13 anos de idade são decorrentes da transmissão vertical. A probabilidade de ocorrer a transmissão vertical pode chegar a 25,5% sem qualquer intervenção. No entanto, por meio de intervenções preventivas, a transmissão pode reduzir-se para níveis entre zero e 2%.

No estado de Minas Gerais, ao compararmos o ano de 2010 com o ano de 2016, tivemos um aumento de aproximadamente 41,6% dos casos em crianças. Em relação ao ano de 2015 houve uma diminuição de 15% dos casos, conforme observa-se na figura abaixo.

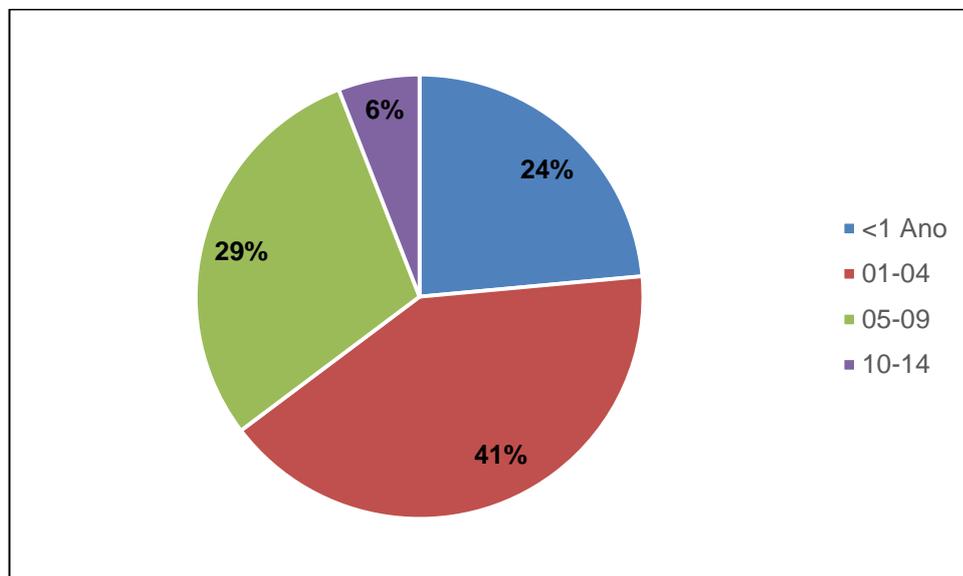
FIGURA 17: Número de casos de HIV/Aids em crianças. Minas Gerais, 2010 a 2016.



Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Em relação ao número de casos notificados segundo faixa etária, observa-se que a maior porcentagem de casos está na faixa etária de 01- 04 anos, seguida pela faixa etária menor de 1 ano (figura 18).

FIGURA 18: Percentual de casos de HIV/Aids em crianças por faixa etária. Minas Gerais, 2016.



Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Afim de evitar a transmissão vertical a gestante deverá ser orientada sobre a importância da testagem no pré-natal e os benefícios do diagnóstico precoce. No momento da testagem, faz-se necessário um ambiente de confiança e respeito, que favoreça o vínculo e a avaliação de vulnerabilidades, permitindo a atenção resolutiva e a articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência (BRASIL, 2017 D).

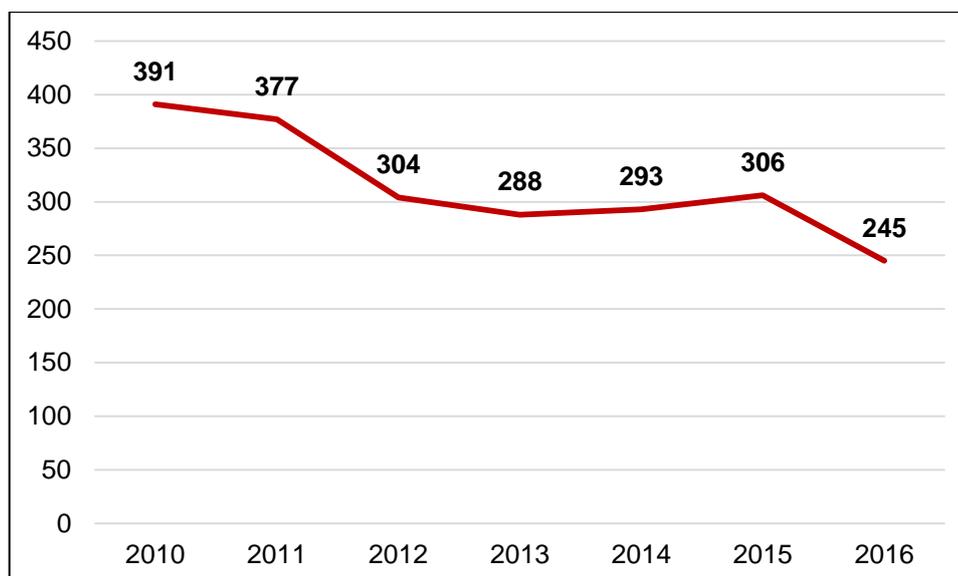
Segundo Burg *et. al* (2017) o pré-natal da gestante soropositiva se diferencia em alguns aspectos em relação ao pré-natal das demais mulheres que não apresentam a soropositividade, principalmente no que diz respeito à saúde do bebê destas mães. É necessário um cuidado contínuo durante toda a gestação com a realização de exames específicos (CD4 e carga viral), tratamento medicamentoso e amparo psicológico.

VIII- MORTALIDADE POR AIDS

A tendência de redução da mortalidade por aids é detectada em quase todas as regiões do Brasil, esta redução está diretamente associada a adoção da terapia antirretroviral a todas as pessoas vivendo com HIV independente do resultado de exame de linfócitos T CD4+.

Essa tendência de redução da mortalidade por aids é observada no estado de Minas Gerais, conforme podemos observar na figura abaixo:

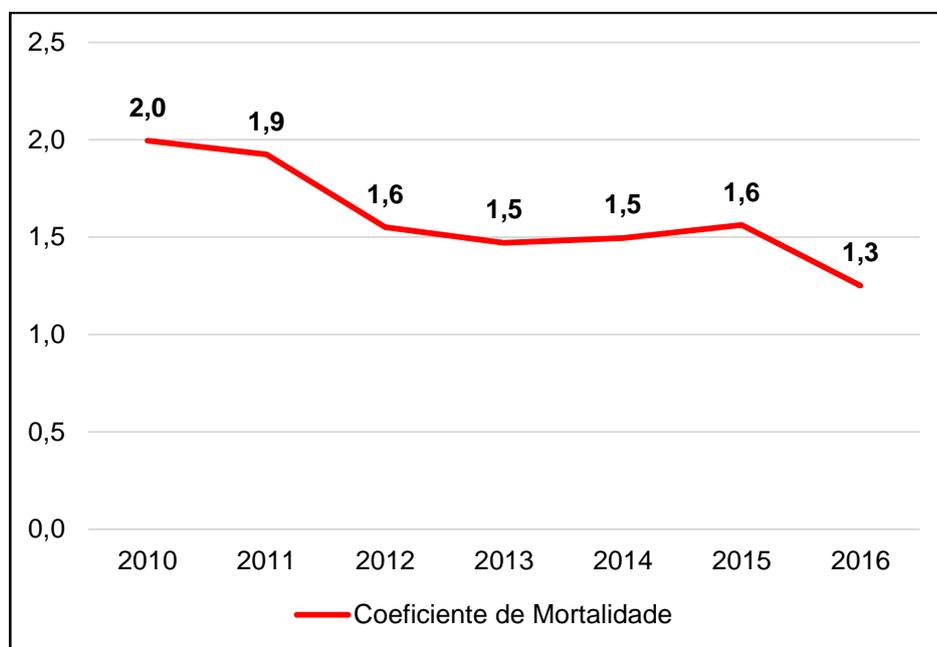
FIGURA 19: Número de casos de mortalidade por aids. Minas Gerais, 2010 a 2016.



Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Em relação ao coeficiente de mortalidade observa-se uma queda no estado de Minas Gerais, o qual passou de 2,0 óbitos/ 100.000 mil habitantes em 2010 para 1,3 óbitos/ 100 mil habitantes em 2016, o que representa uma queda de 35% (figura 20).

FIGURA 20: Coeficiente de mortalidade de aids (/100 mil habitantes). Minas Gerais, 2010 a 2016.



Fonte: SINAN/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

A redução das taxas de mortalidade está diretamente relacionada com a TARV que obteve importantes avanços nos últimos anos, incluindo a simplificação nos esquemas propostos, introdução de novas combinações de medicamentos com distintos mecanismos de ação e redução de efeitos adversos. A TARV sofreu alterações em sua indicação, apresentando eficácia demonstrada inicialmente no aumento de sobrevida, da transmissão materno-infantil, na PEP e, posteriormente, na redução das taxas de progressão para aids entre aqueles infectados pelo HIV (GUIMARÃES, *et. al* 2017).

IX- TERAPIA ANTIRETROVIRAL NO ESTADO DE MINAS GERAIS

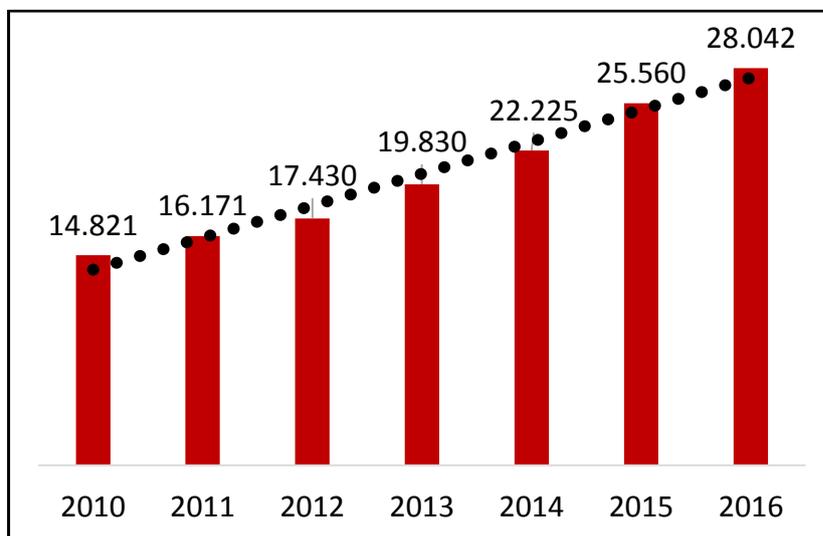
Os medicamentos ARV surgiram na década de 1980 para impedir a multiplicação do vírus no organismo. Esses medicamentos ajudam a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. Por isso, o uso regular dos ARV é fundamental para aumentar o tempo e a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e reduzir o número de internações e infecções por doenças oportunistas.

Desde 1996, o Brasil distribui gratuitamente os ARV a todas as pessoas vivendo com HIV que necessitam de tratamento. Atualmente existem 22 medicamentos em 38 apresentações farmacêuticas.

A medicação antirretroviral é dispensada através do SICLOM, através deste sistema ocorre o gerenciamento logístico dos ARV permitindo que o Departamento e a Coordenação Estadual de IST/aids e Hepatites Virais se mantenham atualizados em relação ao fornecimento de medicamentos aos pacientes em TARV. Essas informações são utilizadas para o controle e monitoramento dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para a obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes e uso de diferentes esquemas terapêuticos.

No estado de Minas Gerais no ano de 2016 tivemos um quantitativo de 28.042 usuários cadastros no SICLOM. Podemos observar um aumento aproximado de 47% em relação ao ano de 2010, conforme figura abaixo:

FIGURA 21: Número de usuários cadastrados no SICLOM. Minas Gerais, 2010 a 2016.



Fonte: SICLOM/DVE/CE-IST/AIDS/HE/VE/SES-MG

X- CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estado de Minas Gerais as ações desenvolvidas estão produzindo modificações no contexto da epidemia de HIV/Aids. Podemos observar a queda nos coeficientes de mortalidade e aumento do número de usuários em TARV.

No que tange a estruturação do serviços, hoje o estado de Minas Gerais conta com 71 Serviços de Assistência Especializada (SAE), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). Estes serviços são fundamentais para o atendimento e acompanhamento dos usuários HIV/Aids, além de prestar assistência para IST em geral e Hepatites Virais.

A Coordenação IST/ aids e Hepatites Virais desenvolve o monitoramento dos SAE/CTA/ UDM através dos sistemas de informação disponíveis e por meio de visitas de monitoramento realizadas *in loco*, prezando sempre pela qualidade da assistência prestada ao usuário.

Em relação ao diagnóstico precoce do HIV o estado de Minas Gerais está em processo de implantação do teste rápido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no ano de 2016 tivemos um total de 56 municípios e 708 UBS com processo finalizado para a testagem rápida na atenção primária. Essa implantação facilita e amplia o acesso ao diagnóstico.

O aumento da qualidade e expectativa de vida das PVHIV faz com que sejam desenvolvidas novas condutas para que essas pessoas sejam atendidas de forma integral no sistema de saúde, para isto é importante que haja uma linha de cuidados que inclua os diferentes pontos de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J; AYRES, J. A; ALENCAR, R. A; DUARTE, M. T. C; PARADA, C.M.G.L. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. São Paulo: Acta Paul. Enferm. 2017; 30(1):8-15. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n1/1982-0194-ape-30-01-0008.pdf>>. Acesso em: 9 de out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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, 2017 A.

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. Prevenção Combinada do HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 B.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação- Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. volume 2, 1ª edição, 2017 C.

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 prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 D.

BRASIL. Lei Federal, nº 6.259 de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm> Acesso em: 20 out. de 2017.

BURG, M.R; ANDREAZZA, M; SILVA, OLIVEIRA, M.M.T; SANTOS, S; RAFFO, N. I. Acompanhamento de crianças expostas ao HIV materno no município de Canoas/ RS. Santa Maria: Rev Enferm. UFSM 2017, 7(2): 248-261. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/23608>> Acesso em: 9 de out. 2017.

BRASIL. Portaria GM, nº 1271 de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsório de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 de jun. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html> Acesso em: 10 out. 2017.

GUIMARÃES, M. D. C; CARNEIRO, M; ABREU, D. M. X; FRANÇA, E. B. Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015 motivos para preocupação? São Paulo: Rev Bras Epidemiol, 2017, 20 (19): 182-190. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415790X2017000500182&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 16 out. 2017

MIRANDA, A.E; PEREIRA, G. F.M; ARAUJO, M.A.L; SILVEIRA, M. F; TAVARES, L. L; SILVA, L.C.F; SILVA, S. F. M; SARACENI. V. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2016, 32(9). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00118215.pdf>> Acesso em: 19 de out. 2017.

UNAIDS. Ending Aids: Progress Towards the 90-90-90 targets, Genebra: Unaid. 2017. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

SILVA, J. M. O atual perfil do HIV/Aids e a questão da juvenilização da doença: Um Estudo junto aos usuários do Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE) do município de Campina Grande- PB. 2016. 100 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social)- Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, Paraíba, 2016.