Boletim Epidemiológico Mineiro (BEM)

Ano I, Volume I, 2015

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 DST/AIDS e Hepatites Virais

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO MINEIRO

Análise Epidemiológica de HIV/AIDS
Panorama do ano de 2014

Belo Horizonte
2015

EDITORIAL

Prezados colaboradores,

O objetivo do Boletim Epidemiológico Mineiro (BEM) de HIV/AIDS é monitorar os casos deste agravo e promover o desenvolvimento e a divulgação de informações e atividades relacionadas às práticas de vigilância epidemiológica e de toda a rede que compõe o sistema no âmbito estadual, regional e municipal. Além disso, visa contribuir também para a prevenção e redução do HIV/AIDS que é passível de vigilância.

O presente Boletim Epidemiológico reitera a necessidade e a importância da notificação do HIV/AIDS bem como o preenchimento completo dos dados das Fichas de Notificação. Esses dados são relevantes para análise e criação de políticas públicas voltadas para as reais necessidades da população.

Desejamos uma ótima leitura do BEM e que seja útil para orientar as ações relacionadas ao HIV/AIDS. Aproveitamos a oportunidade para agradecer a todos os colaboradores pelo empenho no trabalho. É através das ações de vocês que conseguimos ter acesso a estes 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 DST/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
Cecilia Helena de Oliveira
Dario Brock Ramalho
Flávia Cialdretti dos Santos
Jordana Costa Lima
Leide Talane Alcântara
Maria de Fátima Nonato
Mayara Cristina Marques de Almeida
Patricia Cristina de Oliveira
Patricia de Fátima Simões
Sheyla Barbosa Alves
Silvana Novaes Ferreira
Rodrigo Fabiano do Carmo Said

EQUIPE EDITORIAL

Jordana Costa Lima
Mayara Cristina Marques de Almeida

REVISÃO DE TEXTO

Dario Brock Ramalho
Jordana Costa Lima
Rodrigo Fabiano do Carmo Said

Ano I, Volume I, 2015

"Que os vossos esforços desafiem
as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes
coisas do homem foram conquistadas do
que parecia impossível."
Charles Chaplin

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas.....1
I- Aspectos conceituais da doença.....2
II-Notificação e Investigação Epidemiológica.....3
III-Situação Epidemiológica do HIV/AIDS no mundo.....4
IV- Situação Epidemiológica do HIV/AIDS no Brasil.....7
V-Situação Epidemiológica do HIV/AIDS em Minas Gerais.....11
VI-HIV/AIDS em Gestantes.....19
VII- HIV/AIDS em Crianças.....23
VIII- Ações de Prevenção em HIV/AIDS.....27
IX- Epidemiologia Logitudinal do HIV/AIDS.....28
Referências.....32

LISTA DE ABREVIATURAS

-AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Humana
-ARV: Antirretroviral
-CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento
-DNA: Ácido desoxirribonucleico
-HBV: Hepatite Viral B
-HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
-HSH: Homens que fazem sexo com homens
-IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
-PCDT: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
-PS: Profissionais do sexo
-PUD: Pessoas usuárias de droga
-PVHA: Pessoas vivendo com HIV/AIDS
-RD: Redução de danos
-RNA: Ácido ribonucleico
-SAE: Serviço de Atenção Especializada
-SICLOM- Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
-SIMC: Sistema de Monitoramento Clínico das pessoas vivendo com HIV
-SINAN: Sistema de Agravos de Notificação
-SINASC: Sistema de Informação sobre nascidos vivos
-SISCEL: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
-TARV: Terapia antirretroviral
-TR: Teste Rápido
-UDI: Usuário de drogas injetáveis
-UNAIDS: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

I- ASPECTOS CONCEITUAIS DA DOENÇA

A AIDS é uma doença caracterizada por uma disfunção do sistema imunológico do individuo infectado pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O HIV é um retrovírus (RNA), classificado na subfamília dos *Lentiviridae*. Esse vírus tem como propriedades o período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune. A evolução da doença é marcada por uma considerável destruição de linfócitos TCD4+, alterando o DNA dessa célula, o HIV faz cópias de si mesmo, depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os sintomas mais comuns são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento. A baixa imunidade permite o aparecimento de doenças oportunistas, que recebem esse nome por se aproveitarem da fraqueza do organismo (DEPARTAMENTO DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS).

Atualmente, o diagnóstico é realizado por meio de Testes Rápidos que detectam os anticorpos contra o HIV em até 30 minutos, colhendo uma gota de sangue da ponta do dedo ou com amostras de fluido oral e/ou através da sorologia convencional. A transmissão é através da via sexual, sanguínea (transmissão vertical, transfusão sanguínea, uso de drogas injetáveis com seringas contaminadas e acidente com perfuro cortante) e pelo leite materno. As formas de prevenção são baseadas em informações sobre sexo seguro com o uso de preservativos, ampliação do acesso ao diagnóstico e inicio precoce do tratamento.

O tratamento consiste na terapia antirretroviral e tem por objetivo diminuir a morbidade e mortalidade das pessoas vivendo com HIV/AIDS, melhorando a qualidade e a expectativa de vida. Evidências de benefícios clínicos e de prevenção da transmissão do HIV providas por estudos intervencionistas e observacionais, somadas à disponibilidade de opções terapêuticas progressivamente mais cômodas e bem toleradas, justificam o estabelecimento do tratamento antirretroviral com o inicio mais precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

II- NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Segundo a Portaria GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional o HIV/AIDS é uma doença que deverá ser notificada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Antes a notificação era apenas de AIDS e a partir de junho de 2014, conforme Instrução Normativa de 13 de junho de 2014 tornou-se obrigatória a notificação de HIV.

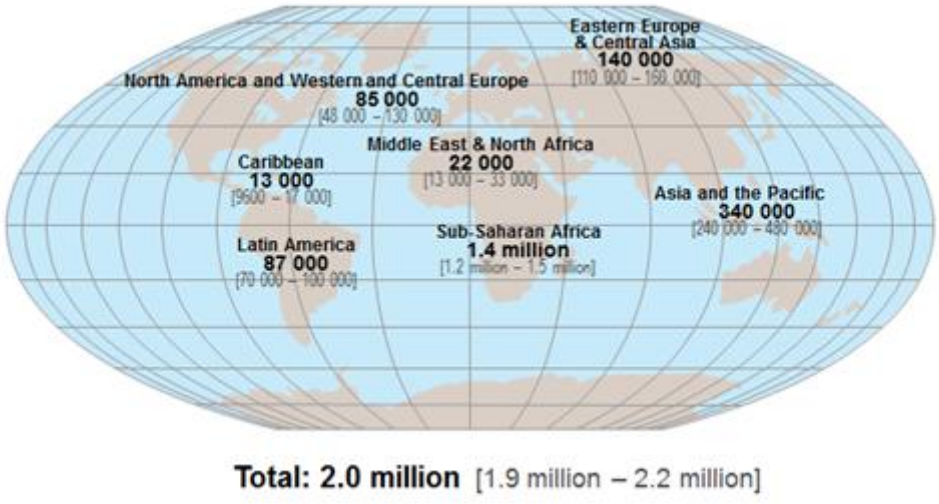
O que deve notificar?

- ✓ Caso suspeito
  - HIV
  - AIDS
- ✓ Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV.
- ✓ HIV
- ✓ AIDS

III- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS NO MUNDO

Segundo o Relatório GAP da UNAIDS (2014) 35 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo e 19 milhões de pessoas não sabem que são soropositivas. Apesar do número elevado de pessoas vivendo com HIV, o relatório destaca que houve um declínio em muitas partes do mundo. Em 2001 havia 3,4 milhões de novas infecções, em 2013 esse número foi de 2,1 milhões, representando um declínio de 3 8%, conforme figura 1.

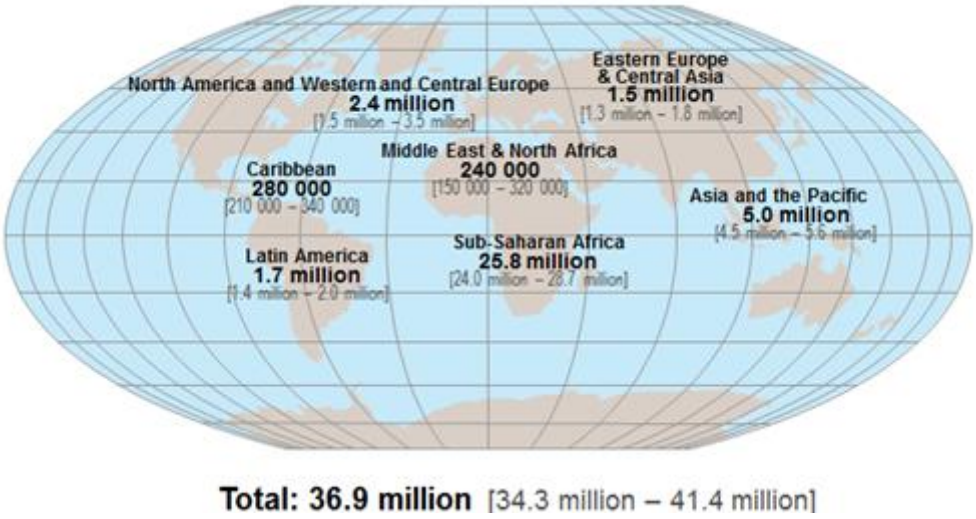
Figura 1: Estimativa do número de novas infecções de HIV entre adultos e crianças, 2013.



Fonte: UNAIDS, 2014

O maior número de pessoas vivendo com HIV encontra-se na África subsaariana: 24,7 milhões, representando 70% dos casos de HIV no mundo; a Ásia e o Pacífico abrigam a segunda maior população de pessoas vivendo com HIV, em um número estimado de 4,8 milhões.

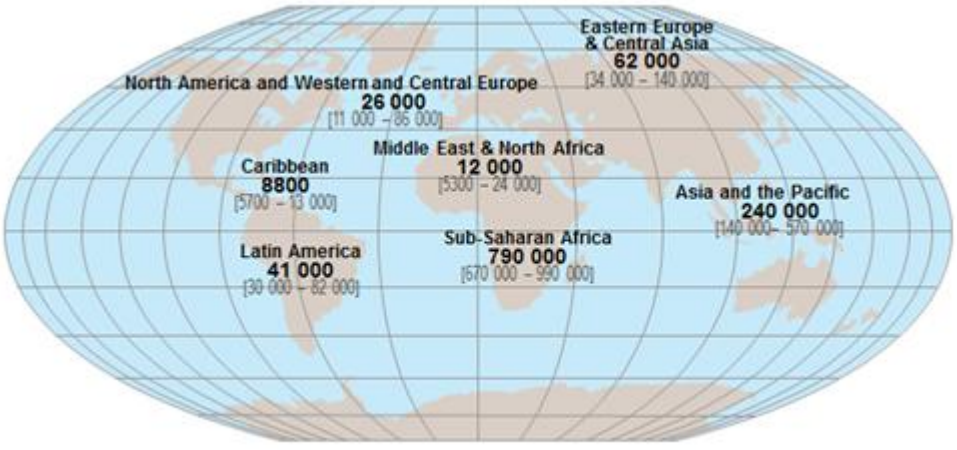
Figura 2: Estimativa de crianças e adultos vivendo com HIV, 2013



Fonte: UNAIDS, 2014

As mortes relacionadas com a AIDS também estão diminuindo. Em 2013, havia, aproximadamente, 1,5 milhões de mortes relacionadas com a AIDS. Desde o pico da mortalidade por AIDS em 2005, houve um declínio de 35% das mortes. A tuberculose continua sendo a principal causa de morte entre as pessoas que vivem com HIV/ AIDS.

Figura 3: Estimativa de mortes em crianças e adultos com AIDS, 2013



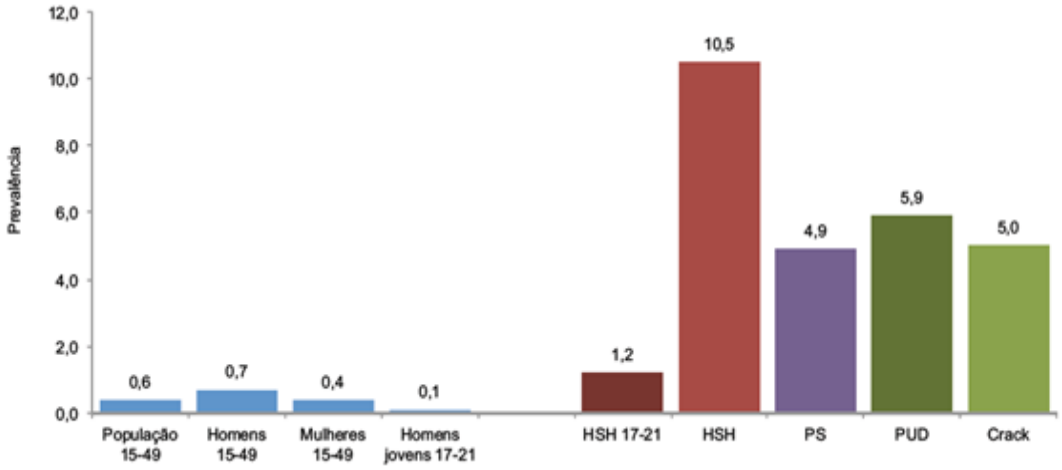
Fonte: UNAIDS, 2014

O Relatório GAP (2014) enfatiza ainda, que o fim da epidemia da AIDS pode ser alcançado até 2030, mas para que isso aconteça será necessário o crescente comprometimento da comunidade global e dos países mais afetados para dar continuidade aos investimentos que tiveram resultados notáveis ao longo dos últimos dez anos.

IV- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS NO BRASIL

Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais (2014) estima-se que há, aproximadamente, 734 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil no ano de 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4%. Na população de 15 a 49 anos, a prevalência é de 0,6%, sendo 0,7% em homens e 0,4% em mulheres. Em 2007, a prevalência estimada foi de 0,12% entre os jovens de 17 a 21 anos do sexo masculino, e 1,2% nos homens que fazem sexo com homens (HSH) da mesma faixa etária. Nos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, as taxas de prevalência de HIV encontradas em estudos realizados em 2009/2013 foram de 5,9% entre usuários de drogas, 10,5% entre HSH e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo. Outro estudo, realizado mediante uma parceria entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde/Fiocruz com usuários de crack em 2013, encontrou uma prevalência de 5,0%.

Gráfico 1: Taxas de prevalência segundo populações. Brasil, 2009 a 2013.

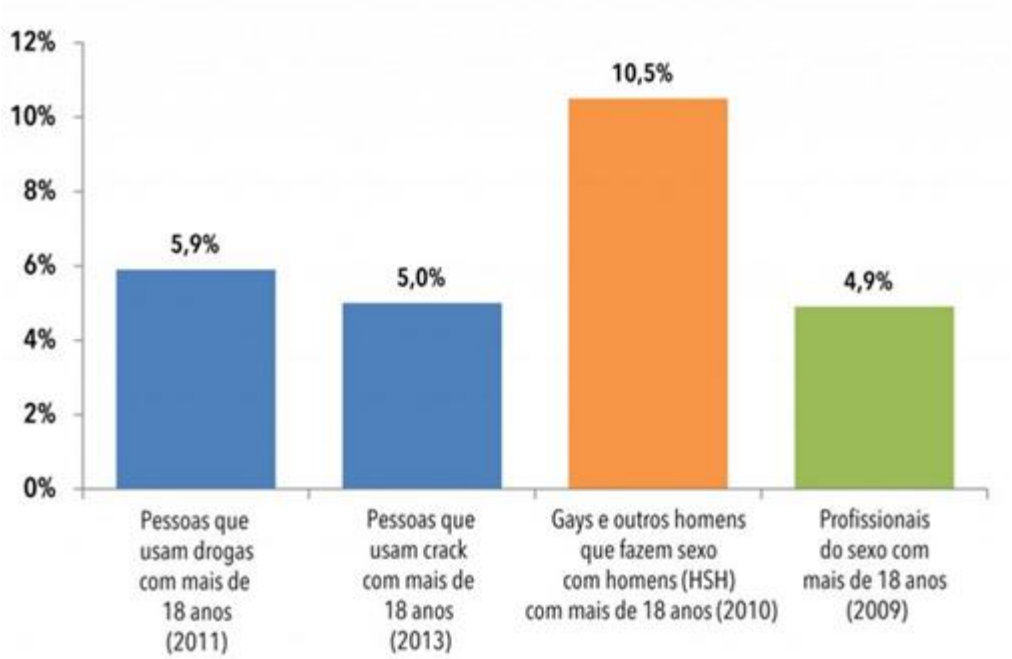


Fonte: Estudos Específicos realizados entre 2009 a 2013.

Algumas populações são mais afetadas que outras. Ao passo que se estima que entre 0,4% e 0,7% da população geral esteja vivendo com HIV, entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) essa proporção cresce

para 10,5%. Outras populações afetadas no Brasil são as pessoas que usam drogas e os profissionais do sexo.

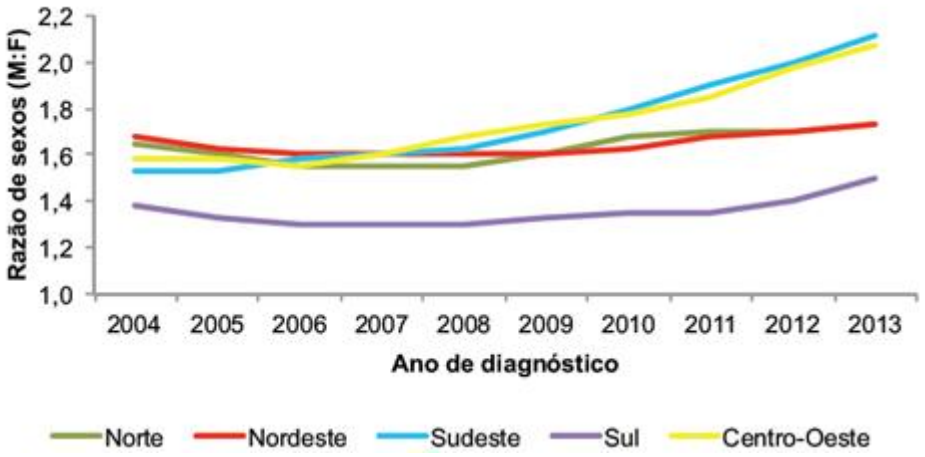
Gráfico 2: Taxas de prevalência de AIDS em populações-chave. Brasil, 2009- 2013.



Fonte: Estudos Específicos realizados entre 2009 a 2013.

Em relação ao sexo, há diferenças regionais importantes. Nas regiões Sudeste e Centro Oeste há um predomínio de infecção por HVI no sexo masculino em comparação com as demais regiões; a razão de sexo é de 21 casos em homens para cada 10 casos em mulheres, com tendência significativa de crescimento. Nas regiões Norte e Nordeste, a razão de sexo é, em média, 17 casos em homens para cada 10 casos em mulheres, enquanto na região Sul há uma participação maior do sexo feminino nos casos notificados de AIDS, em que a razão de sexo é de 15 homens para cada 10 mulheres, conforme gráfico abaixo (BRASIL, 2014).

Gráfico 3: Razão de sexo segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2004 a 2013.



Fonte: MS/SVS/ Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Nota: (1) Casos notificados no SINAN e SISCEL/SICLOM até 30/06/2014 e no SIM de 2000 até 2013.

A razão de sexo varia de acordo com a faixa etária; entre os mais jovens (13 a 19 anos), existem 30% a mais de homens do que mulheres notificadas com AIDS (razão de sexo 13 casos em homens para cada 10 casos em mulheres) no ano de 2013. Entre os indivíduos com 20 anos ou mais, observa-se que, à medida que aumenta a idade, a razão de sexo diminui, indicando que a notificação dos casos é maior no sexo masculino quando estes são mais jovens. Em 2013, a razão de sexo nas faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos foi de 2,2 e 1,9 casos em homens para cada caso em mulheres, respectivamente, com tendência significativa de aumento nos últimos dez anos.

Conforme dados acima, comparando ao início da epidemia de HIV/ AIDS aos dias atuais, o agravo está tomando proporções significativas no gênero feminino, apresentando um problema de saúde pública. Atualmente, a epidemia é caracterizada por uma mudança nos perfis epidemiológicos, nos quais, anteriormente, predominava em grupos bem definidos, tais como: homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas e hemotransfundidos; verifica-se uma feminização da doença contraída através de relações heterossexuais.

Essa mudança no perfil epidemiológico começou a ser notada desde 2004, Galvão *et. al* (2004) citou que dentre as categorias de transmissão que mais continua a crescer é a heterossexual, sendo esta a que mais tem contribuído para a feminização da epidemia do HIV/AIDS. A transmissão perinatal é uma consequência dramática do envolvimento da mulher na epidemia.

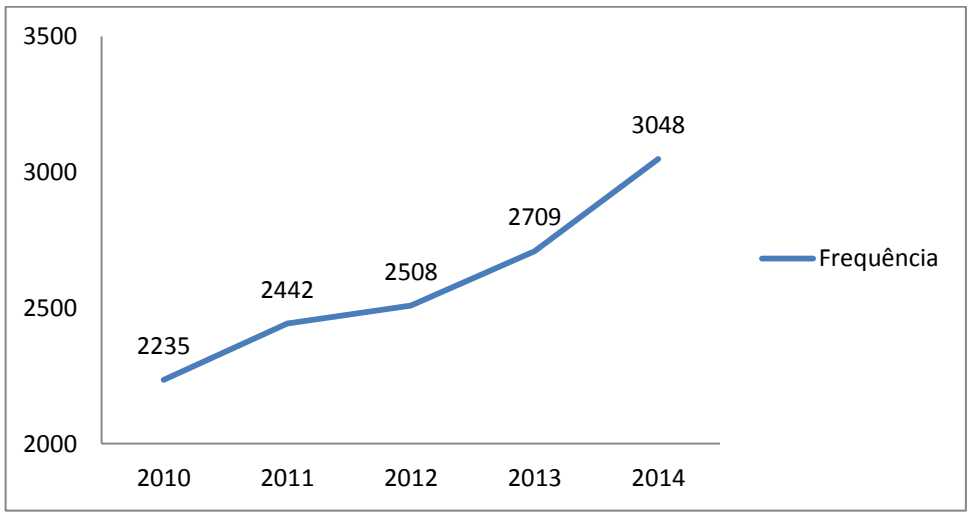
Em relação ao HIV, considerando que ainda não foram implantadas no SINAN as novas fichas de notificação de casos de infecção pelo HIV, estes estão sendo registrados nas fichas de notificação de casos de AIDS já existentes no SINAN, levando a dificuldades para a classificação dos casos de HIV e AIDS. Até junho de 2014, quando foram iniciadas as notificações de HIV, foram notificados no SINAN NET 70.677 casos de infecção pelo HIV em adultos e 773 em crianças (BRASIL, 2014).

V- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS EM MINAS GERAIS

No estado de Minas Gerais estima-se que haja 43.286 pessoas vivendo com HIV/AIDS, segundo dados do Sistema de Agravos Notificáveis (SINAN) o quantitativo de pessoas que estão fazendo tratamento medicamentoso mensalmente, no ano de 2014, segundo dados do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), foi de, aproximadamente, 24.285 de pessoas. Segundo dados do Boletim Epidemiológico do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais (2014) Minas Gerais está no 25º lugar no *ranking* de taxa de detecção de HIV/AIDS.

De acordo com dados do SINAN no ano de 2014 foram diagnosticados 3.048 casos de HIV/AIDS, em relação a analise dos dados abaixo percebe-se que houve um percentual estimado de aumento de 36% dos casos se comparado ao ano de 2010.

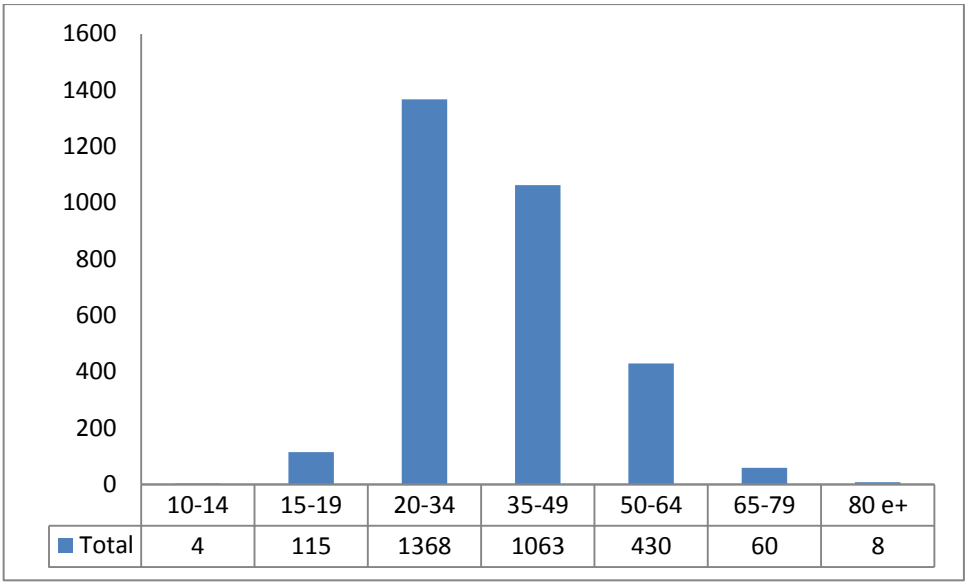
Gráfico 4: Distrubuição das notificações de casos de adultos e crianças infectados com HIV segundo ano de notificação. Minas Gerais, 2010 a 2014



Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Desses casos, conforme gráfico 5, a maioria das notificações está na faixa etária entre 20 a 34 anos. Nota-se que os dados do estado de Minas Gerais acompanham o perfil epidemiológico do Brasil e do mundo nos quais é maior o número de casos na população mais jovem e em idade fértil.

Gráfico 5: Distrubuição das notificações de casos de adultos e crianças infectados com HIV segundo faixa etária. Minas Gerais, 2014

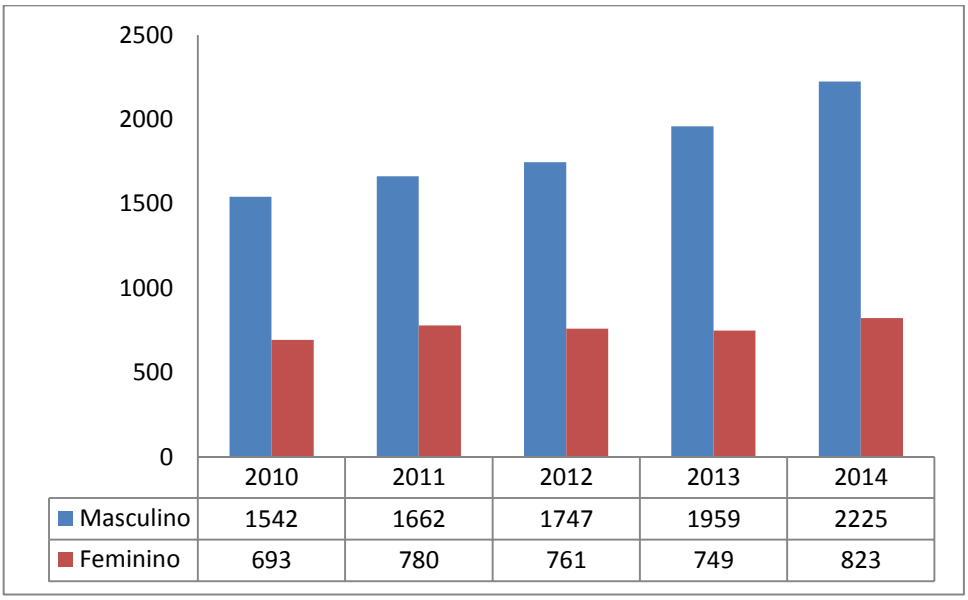


Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Apesar do maior número de casos notificados serem em indivíduos do sexo masculino, ao analisarmos os dados desde o inicio da epidemia de HIV/AIDS, nota-se o crescimento dos casos de HIV/AIDS em mulheres.

Em Minas Gerais, no ano de 2010 foram notificados 1.542 casos em homens e 693 casos em mulheres, já no ano de 2014, foram notificados 2.225 casos em homens e 823 casos em mulheres, representando um aumento aproximado de 44% dos casos em homem e 18% dos casos em mulheres em relação a 2010.

Gráfico 6: Distribuição das notificações de casos de adultos e crianças infectados com HIV segundo sexo. Minas Gerais, 2010-2014



	2010	2011	2012	2013	2014
Masculino	1542	1662	1747	1959	2225
Feminino	693	780	761	749	823

Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

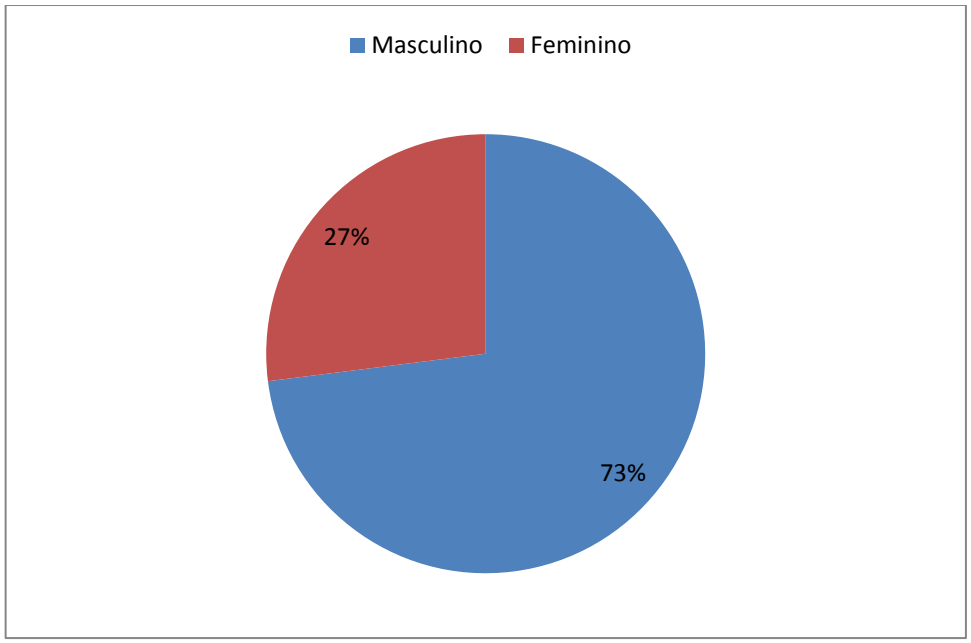
Historicamente os primeiros casos da infecção ocorreram entre homossexuais, usuários de drogas, hemofílicos e profissionais do sexo. Essa caracterização de uma população especifica para a infecção do HIV fez com que as pessoas que não faziam parte dessa população, mais especificamente as mulheres em relações heterossexuais estáveis, não visualizassem a possibilidade de serem infectadas.

Sabe-se que os fatores socioeconômicos e culturais contribuem para a alta incidência e prevalência da infecção pelo HIV entre as mulheres. É comum, em diversas sociedades que as mulheres tenham pouca influência quanto às decisões referentes a como, quando e sob que condições ter relação sexual (GALVÃO et. al 2004).

Segundo dados do IBGE (2010), em Minas Gerais, a população de homens é de 9.641.877 homens e 9.955.453 mulheres, o número de mulheres é maior que o número de homens, cabe ressaltar que esses dados não levam em conta a

identificação de gênero. Em relação à infecção pelo HIV/AIDS, conforme gráfico 7, dos casos notificados de HIV/AIDS em Minas Gerais no ano de 2014, 27% deles são mulheres e 73% são homens.

Gráfico 7: Percentual de casos de HIV/AIDS segundo sexo. Minas Gerais, 2014

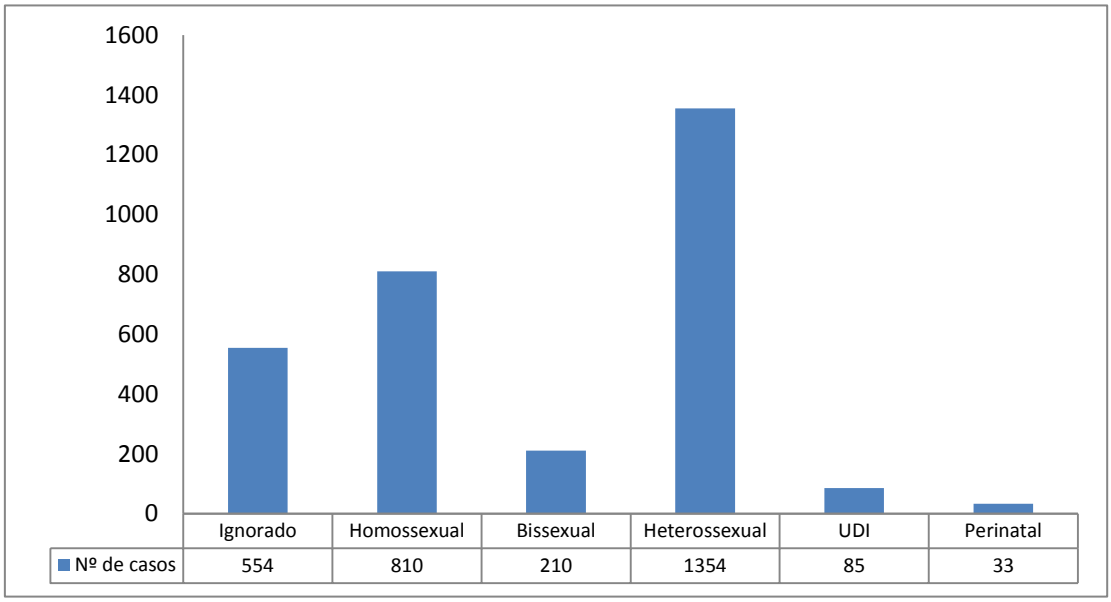


Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Em relação à população sexualmente ativa, na faixa etária de 15 a 49 anos, o Ministério da Saúde estima que 3,2% desta população sejam homens que fazem sexo com homens. De acordo com dados populacionais do estado de Minas Gerais que constam no Tabnet, a população de homens que fazem sexo com homens representa 351.505 pessoas, levando a uma incidência de 0,23 pessoas por 1.000 habitantes enquanto a incidência na população heterossexual é de 0,01 por 1.000 habitantes.

Quanto à categoria de exposição dos casos de HIV/AIDS em todas as faixas etárias, segundo os dados de 2014, a categoria predominante é a heterossexual, seguida pela homossexual. O que chama atenção nos dados do Gráfico 8 é o grande número de casos ignorados, dificultando uma análise concisa da categoria de exposição.

Gráfico 8: Frequência de casos por categoria de exposição. Minas Gerais, 2014

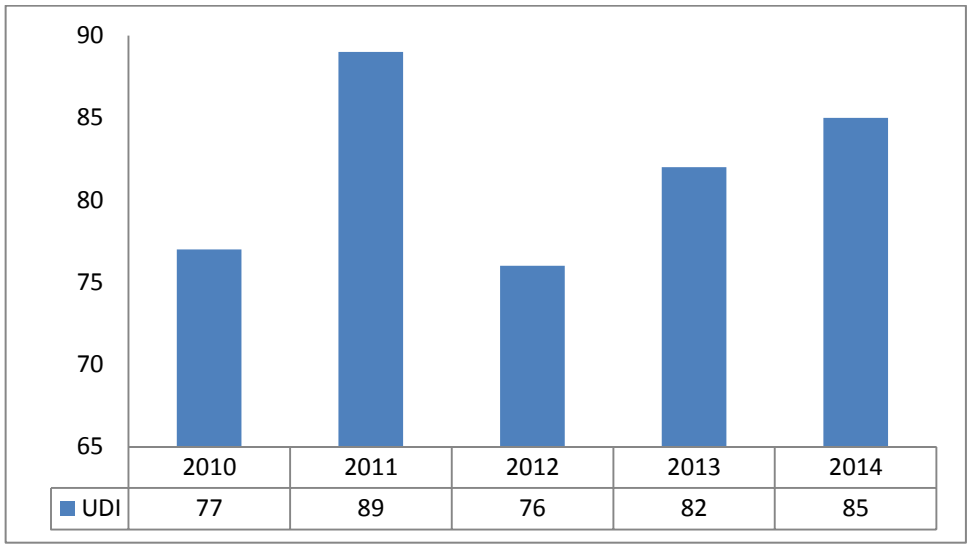


Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Em relação aos casos de Usuário de drogas injetáveis (UDI) percebe-se que o número não representa um percentual elevado, que pode ter relação com o Programa de Redução de Danos (RD) instituído no Brasil como ação de saúde pública pela primeira vez no município de Santos (SP), no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis (PASSOS e SOUZA, 2011).

Apesar de UDI não representar um grande quantitativo é importante ressaltar que houve um aumento do número casos em 2014 em comparação ao ano de 2010, conforme gráfico 9:

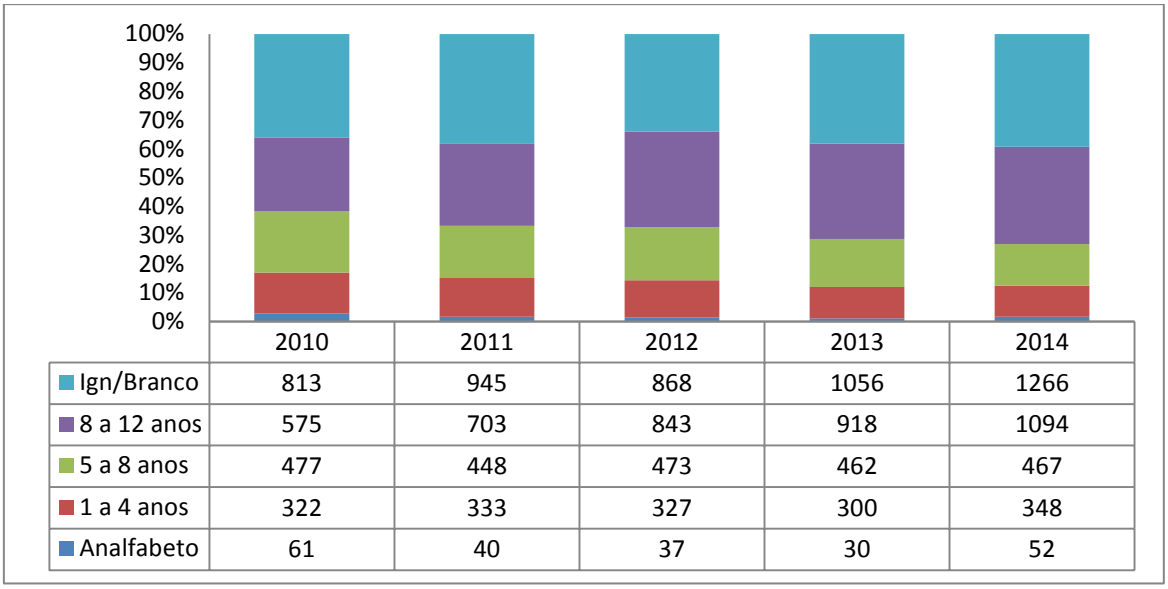
Gráfico 9: Frequência de casos de HIV/AIDS em UDI. Minas Gerais, 2010 - 2014



Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

O número de casos de indivíduos infectados com HIV no estado de Minas Gerais é mais frequente em níveis de escolaridade elevado, conforme gráfico 10. A análise desses dados não foi realizada de forma satisfatória, pois há 37% de casos com a escolaridade ignorada interferindo diretamente na análise.

Gráfico 10: Frequência de casos infectados por escolaridade. Minas Gerais, 2010 - 2014



	2010	2011	2012	2013	2014
Ign/Branco	813	945	868	1056	1266
8 a 12 anos	575	703	843	918	1094
5 a 8 anos	477	448	473	462	467
1 a 4 anos	322	333	327	300	348
Analfabeto	61	40	37	30	52

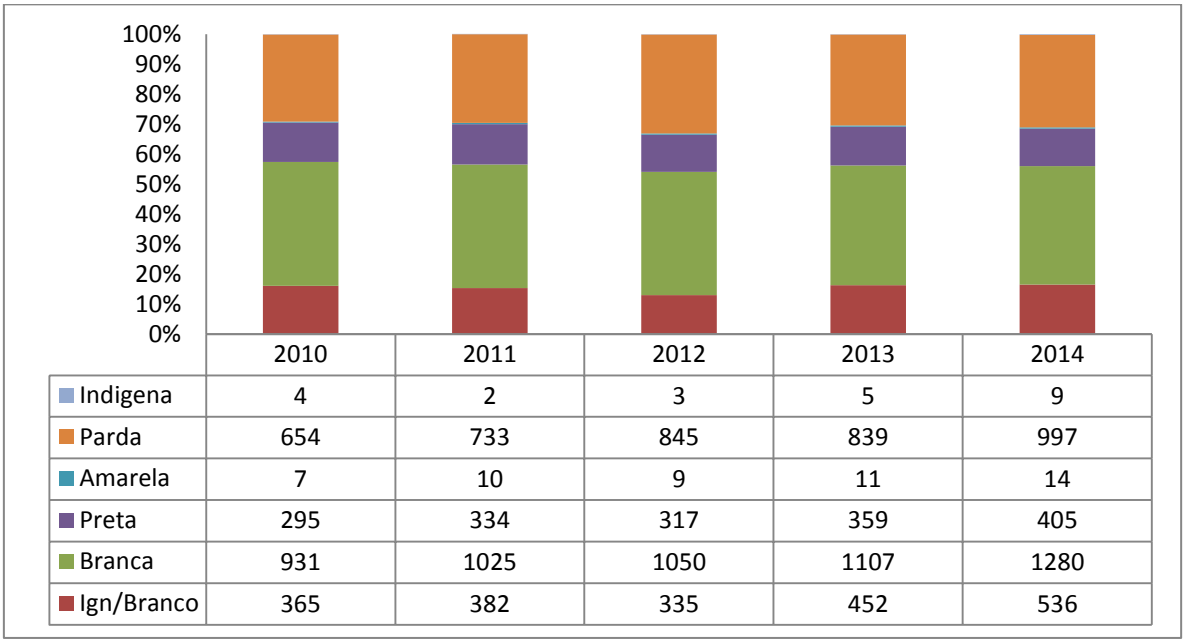
Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Em geral, observa-se que a maioria dos casos de HIV/AIDS estão concentrados em indivíduos com 8 a 12 anos de estudo. Conclui-se que os dados de Minas Gerais acompanham os dados do Brasil que também concentram a maioria dos casos em indivíduos com maior nível de escolaridade.

Sabe-se que atualmente este perfil está sendo alterado, a ampla disseminação da epidemia e seu rápido avanço demostram que a doença tem penetrado em diferentes culturas e espaços, assim como atingido indivíduos de diferentes níveis socioeconômicos, gerando uma epidemia de caráter multifacetado.

Em relação à raça/cor é perceptível, conforme gráfico 11, que a predominância dos casos notificados está na raça branca seguindo da raça parda. Devemos levar em conta a subjetividade da caracterização da raça, sendo a resposta autoreferida. Outro ponto importante é a quantidade de casos ignorados, interferindo na análise dos dados. O quesito raça/cor é relevante para indicar os diferentes grupos sociais e possibilitar a adoção de politicas públicas específicas e mais eficazes.

Gráfico 11: Frequência de casos de HIV/AIDS por raça/cor. Minas Gerais, 2010 - 2014



	2010	2011	2012	2013	2014
Indigena	4	2	3	5	9
Parda	654	733	845	839	997
Amarela	7	10	9	11	14
Preta	295	334	317	359	405
Branca	931	1025	1050	1107	1280
Ign/Branco	365	382	335	452	536

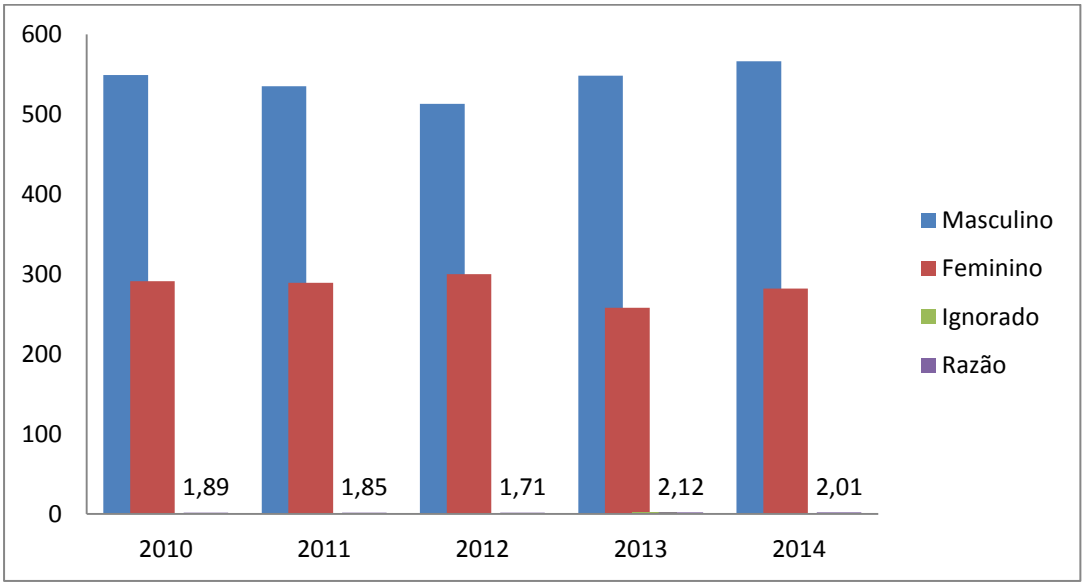
Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Diante dos dados apresentados no Gráfico 11, nota-se que há uma tendência relevante de crescimento dos casos na raça/cor parda e preta, apesar do maior quantitativo de casos ainda continuar na raça branca.

Segundo Lopes, Buchalla e Ayres (2007) estudos recentes destacam características próprias que tornam negros e pardos mais vulneráveis, as quais são relacionadas, às piores condições socioeconômicas; às maiores dificuldades de acesso às ações, serviços de saúde e insumos; aos menores índices de conhecimento adequado sobre as vias de transmissão do HIV, e aos mais baixos percentuais de uso referido do preservativo.

Quanto ao quantitativo de óbitos, no ano de 2014, foram notificados 848 óbitos, sendo 566 homens e 282 mulheres. A razão entre os sexos de 2010 a 2014 apresentou discreto aumento, conforme gráfico 12.

Gráfico 12: Razão entre sexo por ano do óbito. Minas Gerais, 2010 - 2014



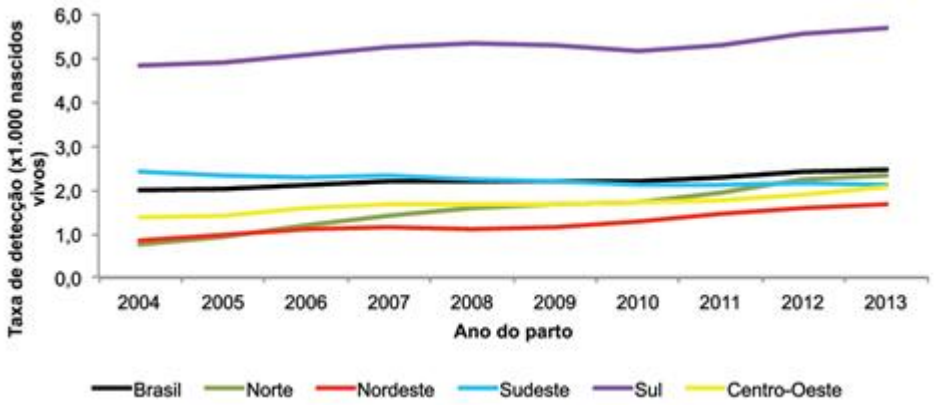
Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

VI- HIV/AIDS EM GESTANTES

No Brasil, desde 2000 até junho de 2014, foram notificadas 84.558 gestantes infectadas com o HIV, a maioria delas residentes na região Sudeste (41,1%), seguida pelas regiões Sul (31,1%), Nordeste (15,4%), Norte (6,6%) e Centro-Oeste (5,8%). Em 2013, foram identificadas 7.219 gestantes no Brasil, sendo 34,1% na região Sudeste, 30,2% no Sul, 19,2% no Nordeste, 10,0% no Norte e 6,5% no Centro-Oeste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento estatisticamente significativa nos últimos dez anos; em 2004, a taxa observada foi de 2,0 casos para cada 1.000 nascidos vivos, a qual passou para 2,5 em 2013, indicando um aumento de 25,0%. A tendência de crescimento também é observada entre as regiões do país, exceto na região Sudeste, que apresenta tendência de queda: a taxa passou de 2,5 casos para cada1.000 nascidos vivos em 2004 para 2,1 em 2013, expressando uma queda de 16,0%. O aumento foi maior na região Norte (187,5%), que apresentava uma taxa de 0,8 em 2004, passando para 2,3 em 2013. A região Sul possui a maior taxa de detecção entre as regiões, sendo aproximadamente 2,3 vezes maior que a taxa do Brasil, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 13: Taxa de detecção de HIV em gestantes (por mil nascidos vivos) segundo a região de residência e ano do parto. Brasil, 2004 a 2013. [1]

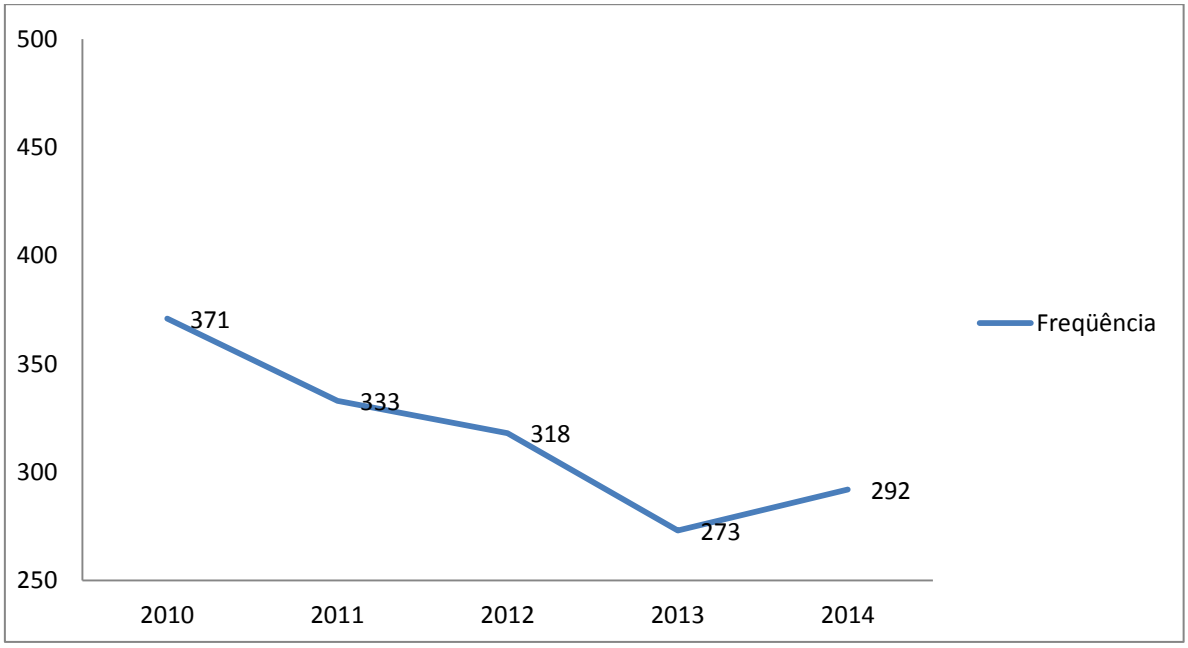


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais

Nota (1): Casos notificados no SINAN até 30/06/2013

No Estado de Minas Gerais, de 2010 a 2014 foram notificadas 1.561 gestantes infectadas pelo HIV. A taxa de casos notificados apresenta uma tendência de declínio, em 2010 foram notificados 370 gestantes e em 2014 o número foi de 282, essa diminuição representa um percentual aproximado de 27,5%, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 14: Frequência de gestantes infectadas com HIV. Minas Gerais, 2010 - 2014

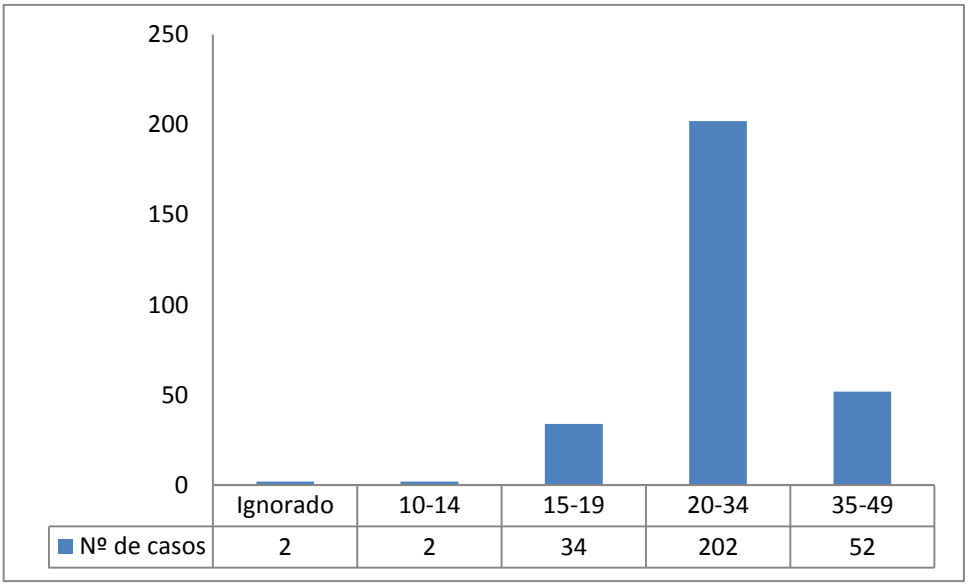


Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Segundo dados do SINASC, no período de 2010 a 2014, houve 1.301.664 nascidos vivos. Em 2010, a incidência de gestantes infectadas pelo HIV foi de aproximadamente 1,4 casos para mil crianças nascidas vivas. Em 2014, a incidência de gestantes infectadas pelo HIV foi de aproximadamente 1,0 caso para mil crianças nascidas vivas.

Em relação à faixa etária percebe-se que o maior número de gestantes está na faixa etária de 20 a 34 anos, que é a faixa etária considerada fértil, conforme gráfico 15.

Gráfico 15: Frequência de casos de HIV/AIDS por faixa etária. Minas Gerais, 2014



Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

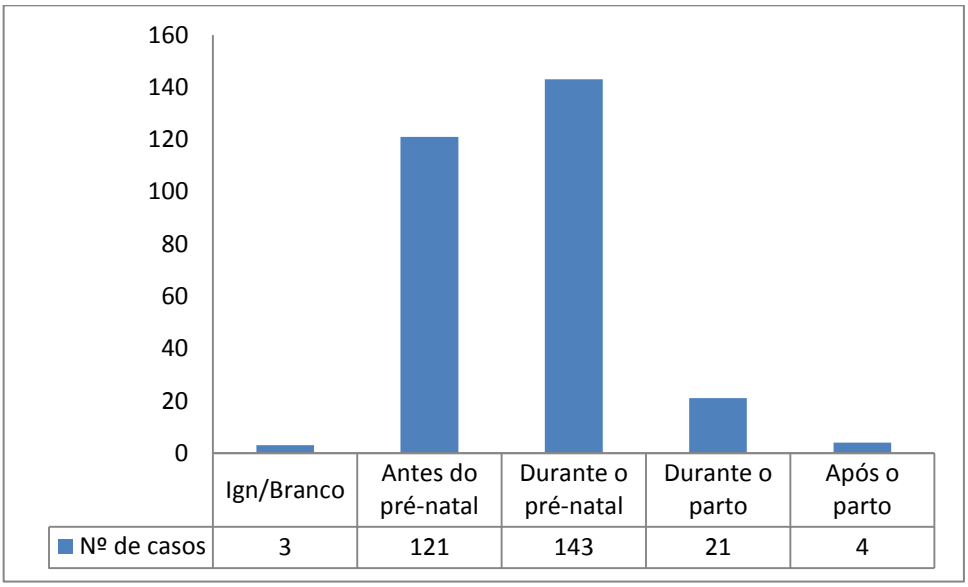
A situação do HIV/AIDS em mulheres agrava-se em situações de desigualdade de gênero, as relações sexuais desprotegidas por falta de poder de negociação do preservativo e os comportamentos de risco adotados por seus parceiros, contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV. (VILLELA E SANEMATSU, 2003).

Segundo Cardoso *et. al.* (2007) a população de grávidas é especialmente importante como parte de um sistema de vigilância do HIV, não só pelo risco de terem tido relações sexuais com homens infectados pelo HIV, mas também por causa da possibilidade de transmissão vertical para as crianças.

A melhor maneira de detectar precocemente o HIV em gestantes e evitar a transmissão vertical é a realização de um pré natal adequado, isso reforça a importância do pré natal não apenas para a atuação na transmissão vertical do HIV, mas também para a caracterização sorológica para o HIV, que se não fosse pelo pré-natal muito provavelmente passariam a conhecer seu diagnóstico mais tardiamente (FERNANDES, ARAÚJO, ACOSTA, 2005).

Conforme gráfico 16, podemos analisar que a maioria dos casos de gestantes é diagnosticado durante o pré-natal, interferindo diretamente na questão da transmissão vertical.

Gráfico 16: Diagnóstico de HIV/AIDS em gestantes. Minas Gerais, 2014



Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

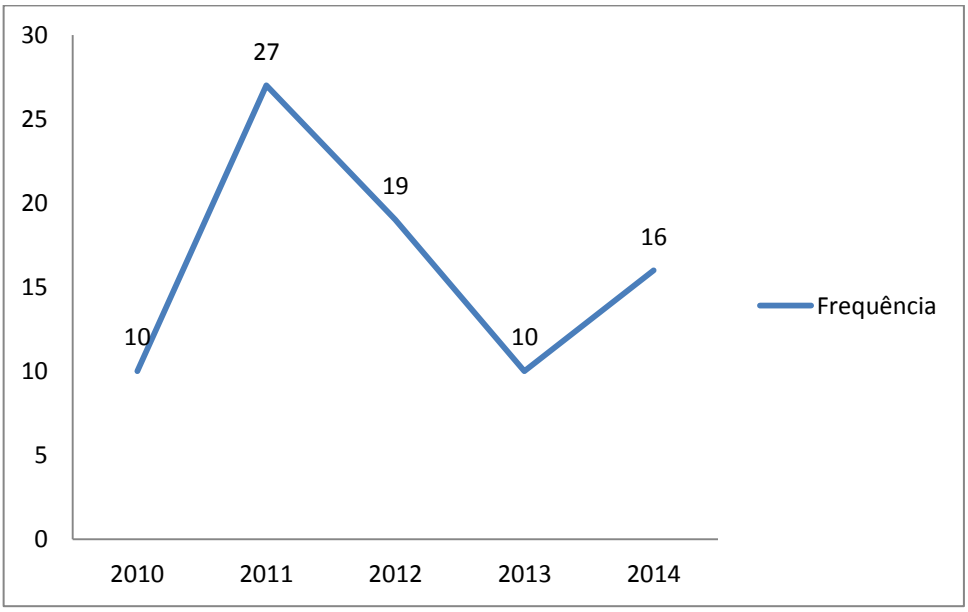
Apesar deste percentual ser uma grande conquista no estado de Minas Gerais, é necessário avançar e diminuir ainda mais os diagnósticos durante e após o parto afim de evitar a transmissão vertical.

VII- HIV/AIDS EM CRIANÇAS

No Brasil, o número de crianças notificadas até junho de 2014 foi de 248, ao analisarmos o número de notificações dos anos anteriores observamos uma diminuição dos casos.

Em Minas Gerais, foram notificados no período de 2010 a 2014, 82 crianças infectadas pelo HIV. No ano de 2011 houve um grande número de crianças infectadas, representando o maior número durante o período de 2010 a 2014 com um quantitativo de 27 casos notificados, conforme gráfico 17.

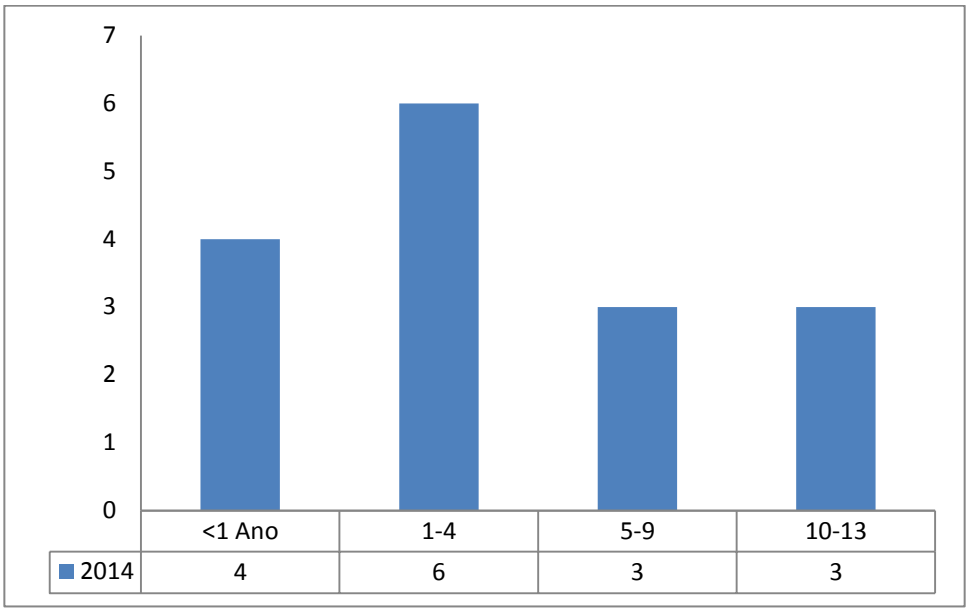
Gráfico 17: Frequência de crianças infectadas com HIV. Minas Gerais, 2010 - 2014



Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Em relação a faixa etária, o maior número de casos notificados, conforme gráfico 18 foi a de 1 a 4 anos. Segundo a literatura a maioria dos casos de HIV/AIDS em menores de 13 anos é por transmissão vertical, o que se confirma com os dados obtidos neste boletim.

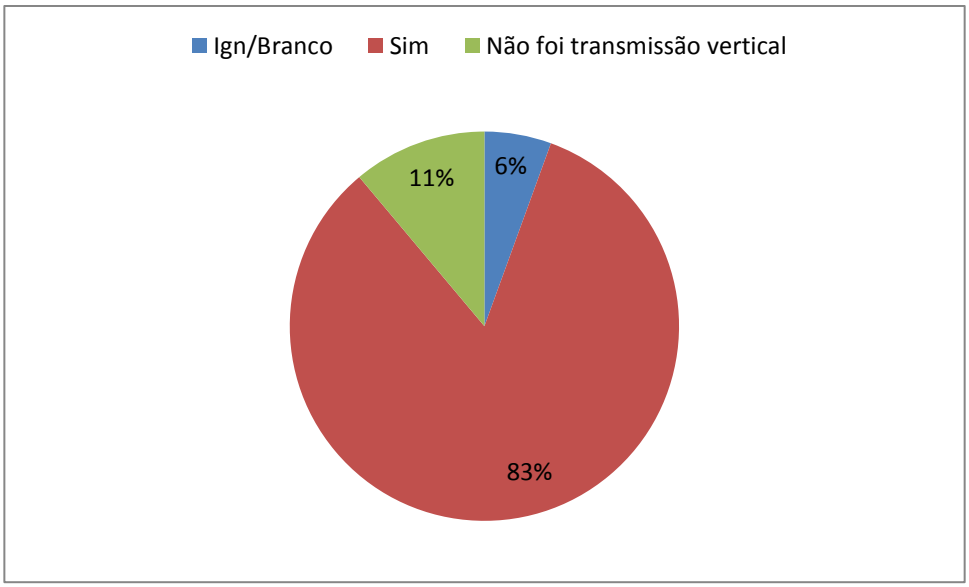
Gráfico 18: Nº de crianças infectadas por HIV/AIDS segundo faixa etária. Minas Gerais, 2014



Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Para ilustrar a questão da transmissão vertical, segundo dados do SINAN em Minas Gerais no ano de 2014 tivemos 15 casos de transmissão vertical e apenas 2 casos por outros motivos, em menores de 13, representando 83% dos casos, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 19: Frequência de casos por transmissão vertical. Minas Gerais, 2014



Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

Apesar de ser inaceitável que após o adventos dos ARVs e da ampliação do acesso ao diagnóstico, ainda exista casos de transmissão vertical, devemos considerar os casos de gestantes que por diversos motivos não realizam ao diagnóstico e/ou profilaxia. Lana e Lima (2010) afirmam que foi constatado que o uso de antirretrovirais durante a gestação não contempla todas as gestantes infectadas pelo HIV. A ausência da utilização dos ARV por essas gestantes se reflete diretamente em taxas de transmissão vertical do HIV ainda significativas.

Apesar do Brasil ter avançado na prevenção da transmissão vertical, ainda existem inúmeras falhas que interferem nesta questão, dentre elas: ausência ou inicio tardio do acompanhamento pré-natal, falta de pedido de teste do HIV, extravio ou perda do resultado do exame de HIV, falta de adesão das mulheres a TARV e dificuldade em realizar o tratamento de gestantes usuárias de drogas.

Uma das estrégias nacionais, criada pelo Ministério da Saúde, afim de diminuir os casos de transmissão vertical é a Rede Cegonha que tem foco na redução da transmissão do HIV, garantindo a testagem para o HIV e a fórmula infantil até os seis meses de idade. Em Minas Gerais, as ações para redução da transmissão vertical do HIV são a testagem no pré natal e no momento do parto, o tratamento precoce, a distribuição de fórmula infantil até os 6 meses de idade, oferta de inibidor de lactose e acompanhamento até 5 anos das crianças nascidas de mulheres infectadas.

Segundo o PDCT de Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sifilis e Hepatites Virais (2015) a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis e HBV no pré natal, parto e puerpério, com o uso de testes rápidos (TR), possibilita a adoção quase imediata de medidas de profilaxia da transmissão vertical dos agravos, em função da rapidez do diagnóstico.

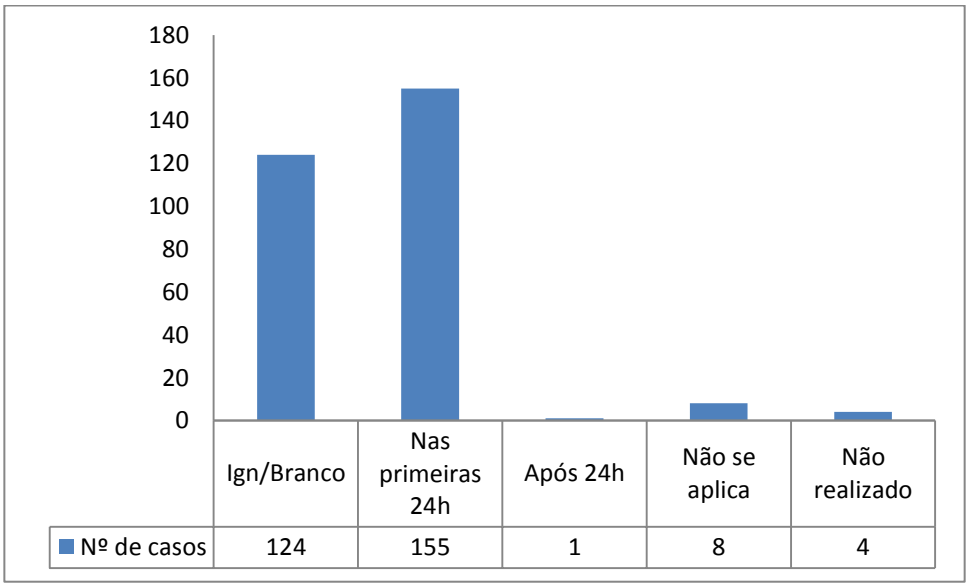
O parto e o puerpério não se constituem momentos ideais para a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, Sífilis e HBV, uma vez que o diagnóstico precoce possibilitaria a adoção de medidas mais efetivas para redução da transmissão vertical. Entretanto, como o momento do parto representa ainda elevado risco, devem-se realizar TR em parturientes e puérperas nas situações

descritas acima. O diagnóstico de qualquer uma das infecções deve ser definido e informado à puérpera antes da alta hospitalar (BRASIL, 2015).

O PCDT de Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sifilis e Hepatites Virais (2015) recomenda que o recém-nascido deve receber AZT solução oral, preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras 4 horas após o nascimento, devendo ser mantido o tratamento durante as primeiras 4 semanas de vida.

Em Minas Gerais conforme gráfico 20, a maior parte dos recém nascidos recebem adequadamente a TARV nas primeiras 24 horas após o nascimento.

Gráfico 20: Tempo de inicio da Terapia Antirretroviral em crianças. Minas Gerais, 2014



Fonte: SINAN/CE-DST/AIDS/HE/VE/SES-MG

A partir do gráfico acima, chamamos a atenção para o grande quantitativo de Ignorados/Brancos interferindo na analise. É importante ressaltar que a falta de dados prejudica a analise dos dados e consequentemente a criação de ações especificas para grupos populacionais mais vulneravéis.

VIII- AÇÕES DE PREVENÇÃO EM HIV/AIDS

A camisinha é o método mais eficaz para se prevenir contra o HIV/AIDS. Para garantir que este insumo chegue até as populações mais vulneráveis, o Ministério da Saúde realiza a compra da maior parte de preservativos e géis lubrificantes. Aos governos estaduais e municipais cabe a compra complementar e distribuição dos insumos de prevenção. O Estado de Minas Gerais realiza anualmente a compra de 9 milhões de preservativos masculinos e 250 mil unidades de gel lubrificante, que são distribuídos para os Serviços de Atenção Especializada (SAE) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Organizações de Sociedade Civil e outros serviços credenciados.

O SAE/CTA é responsável por todas as ações de prevenção e testagem nos municípios. O Estado atualmente distribui o quantitativo mensal de 2.500 (dois mil e quinhentos) Kits de Teste Rápido. O Teste Rápido é um método eficaz e simples para o diagnóstico de HIV, possibilitando o maior acesso e adesão dos usuários. Para a realização da testagem os profissionais são capacitados para prestar uma assistência integral e de qualidade.

São realizadas anualmente campanhas de prevenção nos municípios e no Estado, com distribuição de materiais informativos e insumos de prevenção, testagem rápida e produção de mídia.

Entre as campanhas realizadas, destaca-se o dia 1º de dezembro, instituído pela ONU para marcar a luta contra a AIDS e sensibilizar a população sobre a importância dos métodos de prevenção e também diminuir o estigma da doença.

IX-EPIDEMIOLOGIA LONGITUDINAL DO HIV/AIDS

A Coordenação de DST/AIDS e Hepatites Virais tem como intuito realizar uma vigilância longitudinal, ou seja, um monitoramento contínuo de investigação de novos casos, diagnóstico, notificação e tratamento das pessoas que vivem e convivem com HIV/AIDS. Desta forma é possível acompanhar a localização geográfica, o perfil populacional e criar uma linha de cuidado que permite realizar ações que visam controle da epidemia de HIV/AIDS, dentre elas a supressão da carga viral.

Para que a vigilância seja efetiva a Coordenação de DST/AIDS e Hepatites Virais possui critérios estabelecidos pelo Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e outros adaptados para a realidade de Minas Gerais, conforme descritos nos tópicos abaixo:

- Carga de Doença

A carga de doença significa a mensuração dos números de casos de infecções notificados por município no território estudado. No estado de Minas Gerais, utilizou-se para mensurar, dentre as infeções sexualmente transmissíveis, os agravos notificados pelo SINAN: HIV/AIDS, Sífilis Congênita, Hepatites Virais B e C.

Os agravos possuíram pesos considerando-se custos assistenciais para condução do tratamento das infecções, conforme previsto na Deliberação 2169 de 19 agosto de 2015.

O objetivo é incentivar o diagnóstico e a notificação compulsória, possibilitando-se dados para a realização da vigilância longitudinal. Para isto, os municípios que apresentam 90% da carga de doença do estado de Minas Gerais receberam de forma proporcional ao número de notificações o incentivo financeiro para as ações de Vigilância em Saúde.

Os números de notificações em HIV/AIDS do estado de Minas Gerais, referente ao período de 2010 a 2014, estão disponíveis neste boletim na página 11.

- SIMC (Sistema de Monitoramento Clinico das Pessoas Vivendo com HIV)

O SIMC é um sistema criado pelo Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais que realiza um cruzamento de dados de dois sistemas: o SICLOM e o SISCEL. O SICLOM é um sistema responsável pela distribuição de medicações antirretrovirais e o SISCEL é um sistema responsável pelos exames laboratoriais das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Portanto, o SIMC indica nominalmente a pessoa que apresenta uma carga viral e nunca iniciou o tratamento, ou a pessoa que após 06 meses de tratamento apresenta uma carga viral detectável.

Estas ferramentas são de extrema importância para auxiliar a epidemiologia longitudinal, em que monitora-se a busca ativa dos usuários e o controle das cargas virais detectáveis proporcionando o controle da epidemia no estado.

-Carga viral indetectável

A Carga Viral indetectável é a condição de todos aqueles que, um dia diagnosticados positivos para o HIV, atingiram a supressão do vírus, após o uso dos medicamentos antirretrovirais. O objetivo da Organização Mundial de Saúde é atingir 20 milhões de pessoas em tratamento até o ano de 2020.

O Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais possui o desafio de atingir 90% da carga viral nacional indetectável até o ano de 2030. O estado de Minas Gerais apresentou um excelente avanço do ano de 2013 para o ano de 2014, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 1:

Municípios que possuem SAE's	Carga viral indetectável 2013	Carga viral indetectável 2014
Águas Formosas	23%	50%
Além Paraíba	21%	45%
Alfenas	53%	62%
Andradas	54%	60%
Araçuaí	21%	42%
Araguari	35%	73%
Araxá	33%	66%
Barbacena	30%	60%
Belo Horizonte	49%	76%
Betim	37%	68%

Carangola	25%	75%
Conselheiro Lafaiete	33%	70%
Contagem	39%	74%
Coronel Fabriciano	10%	68%
Diamantina	27%	73%
Divinópolis	34%	66%
Extrema	61%	59%
Frutal	30%	65%
Governador Valadares	31%	57%
Ibirité	43%	70%
Ipatinga	35%	71%
Itabira	33%	67%
Itabirito	54%	66%
Itajubá	64%	74%
Itaobim	23%	60%
Ituiutaba	32%	73%
Janaúba	22%	63%
João Monlevade	28%	64%
Juiz de Fora	35%	55%
Lavras	49%	52%
Luz		60%
Manhuaçu	29%	60%
Montes Claros	37%	66%
Muriaé	25%	53%
Nova Lima	39%	75%
Ouro Branco		72%
Ouro Preto	60%	73%
Paraisópolis	57%	67%
Passos	61%	67%
Patos de Minas	31%	69%
Pirapora	35%	59%
Poços de Caldas	35%	70%
Ponte Nova	33%	66%
Pouso Alegre	64%	61%
Ribeirão das Neves	23%	66%
Sabará	33%	74%
Santa Luzia	32%	68%
Santa Rita do Sapucaí	22%	62%
Santos Dumont	24%	46%
São João Del Rei	35%	64%

São Lourenço	41%	62%
São Sebastião do Paraíso	43%	60%
Sete Lagoas	37%	66%
Teófilo Otoni	34%	59%
Timóteo	36%	68%
Três Corações	29%	53%
Três Pontas	31%	58%
Uberaba	21%	63%
Uberlândia	35%	71%
Unaí	60%	57%
Varginha	60%	59%
Vespasiano	37%	66%
Viçosa	27%	68%
Média Estadual	**36%**	**64%**

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso- 6ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos. Brasilia: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasilia: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Minitério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sifilis e Hepatites Virais. Brasilia: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Minitério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Instrução Normativa de 13 de junho de 2014. Brasilia: Ministério da Saúde, 2014.

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: 11 de set. 2015.

CARDOSO, A.J.C; GRIEP, R.H; CARVALHO, H.B; BARROS, A; SILVA, S.B; REMIEN, R. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em AIDS. *Rev. Saúde Pública,* São Paulo, v. 41, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102007000900016&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 de set. 2015.

FERNANDES, R.C.S.C; ARAÚJO, L.C; ACOSTA, E.M. O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no Municipío de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Públi*, Rio de Janeiro, v.21, n.4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400017>. Acesso em: 15 de set. 2015.

GALVÃO, M.T.G; CERQUEIRA, A.T.A.R; MARCONDES-MACHADO, J. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/AIDS. *Rev. Saúde Pública,* São Paulo, v.38, n. 2, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200007> Acesso em: 15 de set. 2015.

LANA, F.C.F; LIMA. A.S. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. *Rev. Bras. Enferm*, Brasilia, v.63, n.4, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000400014&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 de set. 2015.

LOPES, F; BUCHALLA, C.M; AYRES, J.R.C.M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/AIDS no estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Públ., São Paulo, v.41, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102007000900008&script=sci_arttext>.Acesso em: 19 de nov. 2015.

PASSO, E.H; SOUZA, T.P. Redução de danos e saúde pública: Construções alternativas à política global de "Guerra às Drogas". *Psico.& Sociedade*, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, 2011. Disponível em: < http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/30-_REDU%C3%87%C3%83O_DE_DANOS_E_SA%C3%9ADE_P%C3%9ABLICA.pdf >. Acesso em: 20 de nov. 2015

UNAIDS. The GAP Report. Genebra: UNAIDS, 2014. Disponível em: < http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/2014/2014gapreport/gapreport> Acesso em: 14 de set. 2015.

VILLELA, W.V; SANEMATSU, M. Mulheres com HIV/AIDS, elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. Dossiê Mulheres com HIV/ AIDS. *Instituto Patricia Galvão*, São Paulo, 2003.