



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE -
UNESC**



**PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSCoI
MESTRADO PROFISSIONAL**

SANAY LAURENTINO MATOS

**PREVALÊNCIA DE HIV/AIDS NA ÚLTIMA DÉCADA EM UM MUNICÍPIO DA
REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE-RS**

CRICIÚMA/SC

2021

SANAY LAURENTINO MATOS

**PREVALÊNCIA DE HIV/AIDS NA ÚLTIMA DÉCADA EM UM MUNICÍPIO DA
REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE-RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Augusto Schäfer

CRICIÚMA/SC

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

M433p Matos, Sanay Laurentino.

Prevalência de HIV/AIDS na última década em um município da região metropolitana de Porto Alegre-RS / Sanay Laurentino Matos. - 2021.

55 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2021.

Orientação: Antônio Augusto Schäfer.

1. Infecções por HIV - Sapucaia do Sul (RS). 2. AIDS (Doença) - Sapucaia do Sul (RS). 3. Perfil de saúde. 4. Incidência. I. Título.

CDD. 22. ed. 616.9792

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

As referências da Dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.

Este trabalho foi realizado através do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN da Vigilância Epidemiológica do município de Sapucaia do Sul/RS.

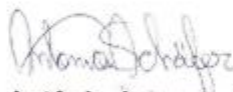
SANAY LAURENTINO MATOS

**PREVALÊNCIA DE HIV/AIDS NA ÚLTIMA DÉCADA EM UM MUNICÍPIO DA
REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE-RS**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 20 de novembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof(a). Antônio Augusto Schäfer

Doutor(a) – Orientador(a)

Presidente



Prof(a). José Roque Junges

Doutor(a) – UNISINOS/PPGSCol

Membro externo



Prof(a). Cristiane Damiani Tomasi

Doutor(a) – UNESC/PPGSCol

Membro interno

**Dedico este trabalho aos meus familiares.
Em especial a minha mãe, *in memoriam* ao
meu pai, ao meu esposo e ao meu filho,
meus maiores incentivadores.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por conseguir superar os desafios estando sempre ao meu lado me dando coragem para continuar e concluir este trabalho em um momento de uma grande perda e luto familiar.

A minha mãe, ao meu esposo e ao meu filho que sempre me incentivaram a buscar mais conhecimentos para minha qualificação profissional. *In memoriam* ao meu pai um grande incentivador meu e dos meus irmãos a seguir sempre no caminho da educação.

Ao meu orientador, pela disponibilidade, paciência e acolhimento nos momentos difíceis que atravessei nessa jornada, com competência, sabedoria sempre com palavras certas me incentivou, mediou e dividiu comigo seu conhecimento.

A coordenação e todos os professores do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UNESC por dividirem seus conhecimentos e serem mediadores desta conquista.

A turma do curso de mestrado (2018), em especial a minhas colegas por dividirem experiências, compartilhar o conhecimento e momentos inesquecíveis.

A Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul e Coordenação da Vigilância em Saúde por oportunizar, autorizar e apoiar a realização deste estudo.

Aos profissionais da vigilância epidemiológica por dividirem seus conhecimentos e auxiliarem na coleta de dados desta pesquisa.

Obrigada!

RESUMO

Introdução: O HIV/AIDS apresenta-se como um grande problema de saúde pública mundial e os constantes estudos sobre esse tema favorecem a elaboração de ações de controle e combate à doença. A infecção é de notificação compulsória, assim, todos os casos diagnosticados de HIV/AIDS devem ser reportados às autoridades de saúde. Esta dissertação de mestrado está vinculada a linha de pesquisa Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UNESC. **Objetivo:** Descrever os casos de HIV/AIDS notificados e acompanhados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação, na Coordenação de Vigilância em Saúde no setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Sapucaia do Sul/RS no período de 2009 a 2018. **Método:** Tratou-se de um estudo descritivo realizado a partir da base de dados local do Sistema de Informação de Agravos de Notificação através das fichas de notificação e investigação de HIV/AIDS. Os dados foram obtidos através de relatórios operacionais no TABWIN HIV/AIDS, instalado no mesmo Sistema de Informação de Agravos de Notificação. As variáveis foram apresentadas por meio de frequência absoluta e frequência relativa. **Resultados:** Dos casos de HIV/AIDS notificados, predominaram indivíduos do sexo masculino, adultos jovens, brancos e com ensino fundamental incompleto. O número de casos notificados de HIV foi de 2 em 2009 e 89 em 2018, respectivamente, com elevação de mais de 4000%. Com relação aos casos de AIDS, o aumento foi de 230% no mesmo período, alcançando 69 casos em 2018. **Conclusão:** Esta pesquisa é de extrema relevância no âmbito da Saúde Coletiva, uma vez que, os resultados mostraram que a epidemia do HIV/AIDS está concentrada em populações em situação de maior risco e vulnerabilidades. O presente estudo pode servir como um norteador para alcançar indicadores mais positivos, consolidar e planejar políticas de fortalecimento e desenvolvimento de ações estratégicas de combate e controle do HIV/AIDS no município.

Palavras-chave: HIV. AIDS. Incidência. Perfil de saúde.

ABSTRACT

Introduction: HIV / AIDS presents itself as a major public health problem worldwide and the constant studies on this theme favor the development of actions to control and combat the disease. Infection is mandatory to report, so all diagnosed cases of HIV / AIDS must be reported to health authorities. This master's thesis is linked to the line of research Epidemiology Applied to Health Services of the Professional Master's in Collective Health at UNESC. Objective: To describe the cases of HIV / AIDS notified and monitored in the Information System for Notifiable Diseases, in the Coordination of Health Surveillance in the Epidemiological Surveillance sector of the Municipal Health Secretariat of the municipality of Sapucaia do Sul / RS in the period from 2009 to 2018. Method: This was a descriptive study carried out from the local database of the Notifiable Diseases Information System through the HIV / AIDS notification and investigation forms. The data were obtained through operational reports on TABWIN HIV / AIDS, installed on the same Information System for Notifiable Diseases. The variables were presented using absolute frequency and relative frequency. Results: Of the reported cases of HIV / AIDS, male individuals, young adults, whites and with incomplete primary education predominated. The number of notified HIV cases was 2 in 2009 and 89 in 2018, respectively, with an increase of more than 4000%. Regarding AIDS cases, the increase was 230% in the same period, reaching 69 cases in 2018. Conclusion: This research is extremely relevant in the field of Public Health, since the results showed that the HIV / AIDS epidemic AIDS is concentrated in populations at greater risk and vulnerabilities. The present study can serve as a guide to achieve more positive indicators, consolidate and plan policies for strengthening and developing strategic actions to combat and control HIV / AIDS in the municipality.

Keywords: HIV. AIDS. Incidence. Health profile.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Número de casos de HIV e AIDS na última década no município de Sapucaia do Sul/RS, 2020	31
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos de HIV na última década de acordo com variáveis sociodemográficas no município de Sapucaia do Sul/RS, 2019	32
Tabela 2 - Casos de AIDS na última década de acordo com variáveis sociodemográficas no município de Sapucaia do Sul/RS, 2019	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CDC	Center for Disease Control
CTA	Centro de Testagem e Acolhimento
CV	Carga Viral
HIV	Imunodeficiência Adquirida
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
OMS	Organização mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
SAE	Serviço Ambulatorial Especializado
SESRS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIMC	Sistema de Monitoramento Clínico das pessoas vivendo com HIV
SINAN	Sistema de informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TR	Teste Rápido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Usuário de Droga Injetável
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
2.1 A HISTÓRIA DA AIDS.....	17
2.2 DEFINIÇÃO DO HIV/AIDS.....	17
2.3 AGENTES ETIOLÓGICOS E TRANSMISSÃO	18
2.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO HIV/AIDS	19
2.5 DIAGNÓSTICO	20
2.6 TRATAMENTO.....	22
3 OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GERAL.....	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
4 HIPÓTESES	25
5 MÉTODOS	26
5.1 DESENHO DO ESTUDO.....	26
5.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO	26
5.3 AMOSTRA.....	26
5.4 LOCAL DO ESTUDO	26
5.5 VARIÁVEIS.....	28
5.5.1 Dependente	28
5.5.2 Independentes	28
5.6 CRITÉRIO DE INCLUSÃO.....	29
5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	29
5.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA.....	29
5.9 INSTRUMENTO DE COLETA	30
5.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	30
6 RESULTADOS	31
7 DISCUSSÃO	35
8 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE (S)	47
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	48
APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	49

ANEXO (S)	51
ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO	52
ANEXO B - CARTA DE ACEITE	54
ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	55

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma manifestação clínica avançada da doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Manifesta-se por um transtorno da imunidade celular, resultando em maior suscetibilidade a infecções oportunistas e neoplasias. A transmissão é predominantemente sexual, embora haja outras formas de exposição ao HIV, tais como a transmissão sanguínea e vertical (COUTINHO; DWYER; FROSSARD, 2018).

A infecção pelo HIV/AIDS é problema de grande preocupação para a esfera da saúde pública mundial em decorrência do contínuo crescimento da infecção na população. Apesar de muitas conquistas e avanços alcançados, o enfrentamento da síndrome continua sendo um desafio (FERREIRA; SOUZA; RODRIGUES JÚNIOR, 2015).

Paiva (2002) abordou a necessidade de politizar os espaços psicoeducativos propondo a noção de emancipação do campo de prevenção de novas infecções pelo HIV e da organização do cuidado dos portadores, refletindo sobre ações para adesão aos medicamentos e ao preservativo, sugerindo que a prevenção ao HIV deveria superar modelos pensados para cidadãos “HIV negativos”.

De acordo com Ministério da Saúde, o termo Prevenção Combinada do HIV refere-se a diferentes ações de prevenção, tanto as diretamente voltadas ao combate do HIV quanto aos fatores associados à infecção. Sua definição parte do pressuposto de que diferentes ações devem ser conciliadas em uma ampla estratégia, mediante a combinação dos três eixos de intervenções para prevenção ao HIV: as biomédicas, as comportamentais e as estruturais (BRASIL, 2017a).

Assim, um conjunto de ações deve ser centrado nos indivíduos, em seus grupos sociais e na sociedade em que estes se inserem. A premissa básica é a de que estratégias de prevenção devem observar, de forma concomitante, esses diferentes focos, sempre considerando as especificidades dos sujeitos e dos seus contextos (BRASIL, 2017a).

Desta forma, o Brasil assumiu o compromisso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio propostos junto à Organização das Nações Unidas (ONU), sendo uma das metas combater e reverter a tendência atual de propagação do HIV/AIDS. O país também busca atingir a meta 90-90-90, a qual estabelece que,

até 2020, 90% das pessoas com HIV sejam diagnosticadas (ampliando o diagnóstico do HIV); destas, que 90% estejam em Terapia Antirretroviral (TARV), ampliando o acesso a TARV; e que, dentre estas, 90% tenham a carga viral indetectável indicando boa adesão ao tratamento e qualidade da assistência as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). A Atenção Básica (AB) cumpre papel fundamental, ampliando o acesso ao diagnóstico e tratamento das PVHIV para o cumprimento desta meta (BRASIL, 2017a).

A vinculação, retenção e adesão ao tratamento, e o cuidado contínuo em HIV podem ser entendidos como o processo de atenção aos usuários que vivem com HIV, passando pelos seguintes momentos: diagnóstico oportuno, vinculação do indivíduo HIV positivo a um serviço de saúde, sua retenção no seguimento por meio do acompanhamento e realização de exames periódicos, início da TARV e sua promoção para uma boa adesão ao tratamento, a fim de alcançar os objetivos finais do cuidado, a supressão da carga viral e o alcance de uma qualidade de vida comparável a das pessoas que não possuem o HIV. Esses cinco momentos são representados como uma sequência de degraus na chamada “Cascata de cuidado contínuo do HIV” (BRASIL, 2017a).

A infecção pelo HIV e AIDS faz parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016); assim, na ocorrência de casos de infecção pelo HIV ou de AIDS, estes devem ser reportados às autoridades de saúde. A observada subnotificação de casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) traz relevantes implicações para a resposta ao HIV/AIDS, visto que, permanecem desconhecidas informações importantes no âmbito da epidemiologia, tais como número total de casos, comportamentos e vulnerabilidades. Além disso, a ausência de registro pode comprometer a racionalização do sistema para o fornecimento contínuo de medicamentos e as ações prioritárias para populações-chave e populações mais vulneráveis. Assim, reforça-se a necessidade da notificação no SINAN de todos os casos de HIV/AIDS, bem como a melhoria da qualidade do preenchimento da ficha de notificação e investigação de casos (BRASIL, 2017b).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c), no que se refere à suscetibilidade, vulnerabilidade e imunidade no Brasil, é importante destacar que gays e outros homens que fazem sexo com homens, as mulheres profissionais do

sexo, travestis, transexuais e pessoas que usam drogas podem ser considerados populações mais vulneráveis.

Para o ano de 2016, dos 38.090 casos de AIDS registrados, 56,7% foram notificados no SINAN, 7,7% foram encontrados no Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM) e 35,6% no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+ /CD8 + Carga Viral do HIV (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) (BRASIL, 2017b).

O SICLOM foi criado com o objetivo do gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais. O sistema permite que o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), do HIV/AIDS e das Hepatites Virais se mantenha atualizado em relação ao fornecimento de medicamentos aos pacientes em uso de TARV (BRASIL, 2018a).

Com o intuito de diminuir a ocorrência de subnotificações de HIV/AIDS no SINAN, desenvolveu-se, em 2016, uma nova funcionalidade para o SICLOM, que recomendou que as unidades de saúde notificassem aqueles indivíduos em acompanhamento, identificados apenas por seus cadastros no SISCEL e/ou no SICLOM (BRASIL, 2017b).

De 2007 até junho de 2017, foram notificados no SINAN 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil (BRASIL, 2017b). Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b), a taxa de detecção de AIDS vem caindo gradativamente no Brasil nos últimos anos. De 2012 para 2013, a taxa caiu 1,4%; de 2013 para 2014, a redução foi de 3,6%; de 2014 para 2015, de 4,2%; e de 2015 para 2016, de 5,2%. Em um período de dez anos, apresentou queda de 5,1%: em 2006 a taxa foi de 19,9 casos/100 mil habitantes e, em 2016, de 18,5/100 mil habitantes.

Em 2016, foram notificados 37.884 casos de infecção pelo HIV, sendo 3.912 (10,3%) casos na região Norte, 7.693 (20,3%) casos na região Nordeste, 15.759 (41,6%) na região Sudeste, 7.688 (20,3%) na região Sul e 2.832(7,5%) na região Centro-Oeste (BRASIL, 2017b).

No ano de 2016, o *ranking* das UF referente às taxas de detecção de AIDS mostrou que os estados de Roraima e Rio Grande do Sul apresentaram as maiores taxas, com valores de 33,4 e 31,8 casos/100 mil habitantes (BRASIL, 2017b).

Entre os municípios com 100 mil habitantes ou mais, dos 20 municípios que apresentam as maiores taxas de HIV/AIDS, dez pertencem à região Sul do país, sendo que seis deles encontram-se no Rio Grande do Sul. Porto Alegre apresentou taxa de 65,9 casos/100 mil habitantes, em 2016, valor superior ao dobro da taxa do Rio Grande do Sul e 3,6 vezes maior que a taxa do Brasil (BRASIL, 2017b).

No *ranking* dos 100 municípios com mais de 100 mil habitantes no Brasil o município de Sapucaia do Sul ficou em 28º lugar com taxa média de detecção de AIDS na população geral de 51,3% e taxa de mortalidade de 17,8% nos anos de 2012 a 2016 (BRASIL, 2017b). Diante desse cenário, espera-se que este estudo contribua para identificar a tendência da ocorrência de HIV/AIDS no município de Sapucaia do Sul/RS, favorecendo a formulação de políticas de prevenção e cuidado da doença.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A HISTÓRIA DA AIDS

A doença foi descrita em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados ao *Center for Disease Control* (CDC), Atlanta, Estados Unidos da América (EUA), instituição responsável pela vigilância epidemiológica naquele país, grupos de indivíduos jovens, homossexuais masculinos, com um complexo de sintomas, incluindo pneumonia severa, sarcoma de Kaposi (forma rara de câncer), perda de peso súbita, linfadenopatia e supressão geral da função imune. Esse conjunto de sinais e sintomas associados à doença levou à conclusão de que se tratava de uma doença, ainda não classificada, de etiologia infecciosa e transmissível (ABREU *et al.*, 2016).

Os primeiros casos conhecidos da AIDS ocorreram nos Estados Unidos da América, Haiti e África Central, entre os anos de 1977 e 1978. Naquele momento, os segmentos da população atingidos se concentravam nos grandes centros urbanos e eram constituídos principalmente de homossexuais (ABREU *et al.*, 2016).

A origem do HIV ainda é discutida. Estudos de filogenia molecular revelaram que o HIV-1 teve origem a partir do Vírus da Imunodeficiência Símia (SIV) que infecta a subespécie de chimpanzé *Pan troglodytes troglodytes* (SIVcpz), enquanto que o HIV-2 deriva de uma cepa de SIV que infecta o primata *Sooty mangabey* (SIVsm) (PAPATHANASOPOULOS; HUNT; TIEMESSEN, 2003).

Assim, é sugerido que a rota de infecção humana com o SIV se deu pela exposição ao sangue de macacos durante o processo de caça e abatimento desses animais e não pela ingestão da carne desses primatas (GAO *et al.*, 1999).

No Brasil, os primeiros casos de AIDS, notificados, aconteceram em 1982. A ocorrência de indivíduos diagnosticados com este agravo, naquele momento, estava restrita ao eixo Rio de Janeiro - São Paulo, o que sugere ter sido o Sudeste o foco inicial de disseminação dessa epidemia (BARBOSA, 2001).

2.2 DEFINIÇÃO DO HIV/AIDS

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c) a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase

avançada, ou síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), ainda representam um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua transcendência. Os indivíduos infectados pelo HIV, sem tratamento, evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+, uma das principais células alvo do vírus. A história natural dessa infecção vem sendo alterada, consideravelmente, pela terapia antirretroviral (TARV), iniciada no Brasil em 1996, resultando em aumento da sobrevivência dos pacientes, mediante reconstituição das funções do sistema imunológico e redução de doenças secundárias.

2.3 AGENTES ETIOLÓGICOS E TRANSMISSÃO

Os agentes etiológicos HIV-1 e HIV-2 são retrovírus da família *Lentiviridae*, que pertencem ao grupo dos retrovírus citopáticos e não oncogênicos, necessitando, para se multiplicar de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do ácido ribonucleico (RNA) viral para uma cópia do ácido desoxirribonucleico (DNA), que pode então se integrar ao genoma do hospedeiro tornando o homem um reservatório (BRASIL, 2017c).

A partir do momento da aquisição da infecção, o portador do HIV é transmissor. A transmissão pode ocorrer mediante: relações sexuais desprotegidas; utilização de sangue ou seus derivados não testados ou não tratados adequadamente; recepção de órgãos ou sêmen de doadores não testados; reutilização e compartilhamento de seringas e agulhas; acidente ocupacional durante a manipulação de instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue e secreções de pacientes. A transmissão vertical (de mãe para filho) pode ocorrer durante a gestação, o parto e a amamentação (BRASIL, 2017c).

Os indivíduos com infecção aguda ou imunossupressão avançada têm maior concentração do HIV no sangue, ou seja, carga viral alta e nas secreções sexuais, aumentando a transmissibilidade do vírus. Outros processos infecciosos e inflamatórios favorecem a transmissão do HIV, especialmente a presença das infecções sexualmente transmissíveis (IST) (BRASIL, 2017c).

O período de incubação, que dura cerca de 1 a 3 semanas, é o tempo entre a infecção pelo HIV e o aparecimento de sinais e sintomas da fase aguda, denominada Síndrome Retroviral Aguda (SRA). No período de latência,

compreendido entre a infecção pelo HIV e os sinais e sintomas que caracterizam a doença (após a infecção aguda), o tempo de desenvolvimento de sinais e sintomas da AIDS é em média de 10 anos. Os sinais e sintomas de imunodeficiência associada à infecção pelo HIV, não AIDS, podem aparecer com tempo de latência variável após a infecção aguda (BRASIL, 2017c).

2.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO HIV/AIDS

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c) a fase da síndrome retroviral aguda ou infecção primária se manifesta clinicamente em pelo menos 50% dos pacientes. O diagnóstico desta fase é pouco realizado, devido ao baixo índice de suspeição, sendo, em sua maioria, retrospectivo. A infecção aguda caracteriza-se tanto por viremia elevada quanto por resposta imune intensa e rápida queda na contagem de linfócitos T CD4+ de caráter transitório, havendo evidências de que a imunidade celular desempenha papel fundamental no controle da viremia nesta fase da infecção.

Durante o pico da viremia e da atividade imunológica os sintomas aparecem e manifestações clínicas podem variar, desde quadro gripal até uma síndrome que se assemelha à mononucleose. Os pacientes podem apresentar sintomas de infecção viral, como febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, exantema maculopapular eritematoso; ulcerações mucocutâneas, envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália; hiporexia, adinamia, cefaleia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos. Ainda, alguns pacientes podem apresentar candidíase oral, neuropatia periférica, meningoencefalite asséptica e síndrome de Guillain-Barré. A síndrome retroviral aguda é autolimitada e a maior parte dos sinais e sintomas desaparece em 3 a 4 semanas. Linfadenopatia, letargia e astenia podem persistir por vários meses. Na suspeita clínica de infecção aguda pelo HIV, a amostra deve ser submetida a um imunoensaio (IE) de 4ª geração. Se o resultado for reagente, a amostra deve ser submetida aos fluxogramas confirmatórios específicos e em caso de amostra não reagente no IE de 4ª geração, a amostra deve ser submetida a um teste molecular (BRASIL, 2017c).

Na fase assintomática a infecção precoce pelo HIV pode durar de alguns meses a alguns anos, e os sintomas clínicos são mínimos ou inexistentes. Os exames sorológicos para o HIV são reagentes e a contagem de linfócitos T CD4+

pode estar estável ou em declínio. Alguns indivíduos podem apresentar uma linfadenopatia generalizada persistente, flutuante e indolor. O portador na fase sintomática inicial da infecção pelo HIV pode apresentar sinais e sintomas inespecíficos de intensidade variável, além de processos oportunistas de menor gravidade, conhecidos como complexo relacionado à AIDS (ARC). É suspeito de ARC a candidíase oral e a presença de mais de um dos seguintes sinais e sintomas, com duração superior a 1 mês, sem causa identificada: linfadenopatia generalizada, diarreia, febre, astenia, sudorese noturna e perda de peso superior a 10%, além de nefropatias associadas, doenças oportunistas do sistema imune, tumores e alterações neurológicas a infecção pelo HIV pode agravar o prognóstico e a progressão de outras doenças transmissíveis em caso de coinfeção (tuberculose, hepatites virais, sífilis, entre outras) (BRASIL, 2017c).

2.5 DIAGNÓSTICO

A doença pode ou não ter expressão clínica logo após a infecção, sendo importante que o profissional saiba conduzir a investigação laboratorial após a suspeita de risco de infecção pelo HIV. Assim, é imprescindível conhecer os conceitos de janela diagnóstica e soroconversão. Janela diagnóstica é o tempo decorrido entre a infecção e o aparecimento ou detecção de um marcador da infecção, seja ele RNA viral, DNA proviral, antígeno p24 ou anticorpo. A duração desse período depende do tipo do teste, da sensibilidade do teste e do método utilizado para detectar o marcador. A soroconversão é o período que denota o processo de desenvolvimento de anticorpos contra um patógeno específico (BRASIL, 2017c).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c) considera adequado trabalhar com o período médio de janela imunológica de 30 dias, pois nele a maioria dos indivíduos apresentará resultados positivos no conjunto de testes diagnósticos para a detecção da infecção pelo HIV. Considera-se, entretanto, que muitos fatores podem contribuir para que esse tempo não seja estabelecido para todos os indivíduos, pois a soroconversão é individualizada, existindo, ainda, os soroconversores lentos. Na suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra. No período de

janela diagnóstica, os únicos testes capazes de identificar o vírus seriam os de biologia molecular, com a detecção de partículas virais, como a carga viral.

Os laboratórios públicos, privados e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) para realizarem o diagnóstico da infecção pelo HIV devem adotar obrigatoriamente os procedimentos sequenciados dos fluxogramas, constantemente atualizados, de acordo com a Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013, apresentados no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV (BRASIL, 2017c). Ainda de acordo com Brasil (2017c), o resultado não reagente é liberado com base em um único teste; entretanto, caso persista a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta da primeira amostra.

O resultado reagente deve ser confirmado com um segundo teste diferente. Com base na especificidade dos testes de triagem, dois resultados reagentes são utilizados para o diagnóstico da infecção. É importante que todos os indivíduos recém-diagnosticados devem realizar o exame de quantificação da carga viral (CV) que, compõe um terceiro teste e cujo resultado ratifica a presença da infecção no indivíduo (BRASIL, 2017c).

A estratégia para testagem empregando Teste Rápido (TR) de HIV refere-se ao teste de HIV realizado em local que permite fornecer o resultado durante o período da visita do indivíduo (consulta médica, atendimento em Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, atendimento em domicílio, atendimento em Unidade de testagem móvel, em organização não governamental, entre outros). Quando diagnosticado como portador da infecção pelo HIV, o indivíduo deve ser encaminhado prontamente para atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS ou para um Serviço de Assistência Especializada (SAE). Dois TR (TR1 e TR2) diferentes são usados sequencialmente, com amostras de sangue, com o objetivo de melhorar o valor preditivo positivo do fluxograma de testagem. A amostra de sangue pode ser obtida por punção da polpa digital ou por punção venosa em tubo contendo anticoagulante. O sangue total obtido por punção digital deve ser preferencialmente utilizado, porque permite a testagem na presença do indivíduo (BRASIL, 2017c).

No diagnóstico diferencial na fase aguda a sorologia para a infecção pelo HIV é geralmente negativa. O diagnóstico diferencial é realizado com doenças virais ou não virais exantemáticas agudas, a exemplo de mononucleose. Na fase

sintomática o diagnóstico diferencial é realizado com meningites bacterianas, afecções do sistema nervoso central e pneumonias, entre outras doenças (BRASIL, 2017c).

2.6 TRATAMENTO

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018b) os medicamentos para tratamento com antirretrovirais (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 garantir o controle da doença e prevenir a evolução para AIDS. A boa adesão ao TARV traz grandes benefícios individuais e o não desenvolvimento de doenças oportunistas.

O acesso universal ao tratamento e à prevenção da infecção pelo HIV caracteriza a resposta brasileira à epidemia. Como exemplo dessa garantia, pode ser citada a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que assegura aos portadores do HIV, gratuitamente, toda a medicação necessária a seu tratamento (BRASIL, 2018c). Nos últimos anos, os antirretrovirais têm sido cada vez mais utilizados em estratégias de prevenção ao HIV, além de seu uso no tratamento das pessoas que vivem com HIV e AIDS (PVHA) (BRASIL, 2009).

Os objetivos do tratamento são melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevida, pela redução da carga viral e reconstituição do sistema imunológico. O documento Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos de 2018 introduz uma nova política de Tratamento como Prevenção (TasP, da sigla em inglês *Treatment as Prevention*), que oferece a todos os pacientes a possibilidade de iniciar o tratamento logo após a confirmação do diagnóstico. Essa medida, além de melhorar a qualidade de vida das pessoas diagnosticadas, reduz a probabilidade de transmissão do vírus (BRASIL, 2017a).

Conhecer o quanto antes a sorologia positiva para o HIV aumenta muito a expectativa de vida de uma pessoa que vive com o vírus. Quem se testa com regularidade, busca tratamento no tempo certo e segue as recomendações da equipe de saúde ganha muito em qualidade de vida (BRASIL, 2018d).

Como estratégia a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), foi adotada no país desde 2004, ano em que o MS recomendou a quimioprofilaxia com TARV aos

profissionais de saúde que sofressem exposições com risco significativo de contaminação pelo HIV. Em 2010, o MS passou a adotar a TARV como estratégia complementar de redução da transmissibilidade do HIV, não só para profissionais de saúde, mas para a população geral, a partir da publicação das “Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV (BRASIL, 2018c).

A Portaria MS-SCTIE nº 34, de 22 de julho de 2015, estabeleceu o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de PEP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, simplificando as recomendações clínicas e instituindo um único algoritmo para todos os tipos de exposição ao HIV, o que contribui para a reorganização da rede de serviços do SUS com vistas à ampliação da oferta da PEP. Atualmente, existem 22 medicamentos, em 38 apresentações farmacêuticas (BRASIL, 2018c).

O cuidado compartilhado para PVHIV é uma importante estratégia de resposta à doença. Nos últimos anos, a epidemia de HIV apresentou redução da morbimortalidade, associada ao uso mais intensivo da TARV. No entanto, doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes se tornaram mais prevalentes entre as PVHIV. Esse novo cenário atribui à infecção pelo HIV um status de doença crônica. Portanto, diante dessa característica, os serviços de HIV/AIDS precisam desenvolver uma atuação multidisciplinar e contínua, como forma de garantir um atendimento integral às PVHIV. A Atenção Básica oferece ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de considerar a pessoa em sua singularidade e integralidade. Entretanto, o modelo de atendimento das PVHIV é caracterizado por ser quase restrito aos serviços especializados, como os SAE, acarretando muitas vezes uma “descontinuidade da assistência para as PVHIV”, uma vez que poucas acessam outros pontos da rede de atenção em saúde do SUS. Uma parte significativa desses serviços especializados está operando em capacidade máxima, atendendo a demanda sem fluxos organizados e atuando isoladamente, de forma não colaborativa com a rede de atenção (BRASIL, 2017a).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a) orienta que as PVHIV também precisam ter acesso ao cuidado dos vários aspectos relacionados à saúde (alimentação saudável, exercício físico, vacinação, entre outros), de forma integral e multiprofissional, por meio do cuidado compartilhado. Portanto, a Atenção Básica cumpre papel fundamental, ampliando o acesso ao diagnóstico e tratamento das PVHIV.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os casos de HIV/AIDS notificados e acompanhados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) pela Coordenação de Vigilância em Saúde através do setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o município de Sapucaia do Sul/RS no período de 2009 a 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Verificar a tendência de casos de HIV/AIDS na última década no município de Sapucaia do Sul/RS;
- ✓ Identificar as características sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade e região de saúde) dos indivíduos com HIV/AIDS do município de Sapucaia do Sul.

4 HIPÓTESES

Na última década, houve uma redução no número de novas infecções por HIV/AIDS.

A prevalência HIV/AIDS é maior em indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 39 anos e de cor da pele preta ou parda.

A maior prevalência de casos de HIV/AIDS é encontrada nos indivíduos com ensino fundamental incompleto.

5 MÉTODOS

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo descritivo.

5.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Indivíduos com 13 anos ou mais diagnosticados e notificados no SINAN com HIV/AIDS no período de 2009 a 2018 no município de Sapucaia do Sul/RS.

5.3 AMOSTRA

Foram avaliadas as fichas de notificação de indivíduos com 13 anos ou mais de idade, com HIV/AIDS notificadas no SINAN pela Coordenação de Vigilância em Saúde através do Setor da Vigilância Epidemiológica, na Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul-RS. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), no período de 2009 a 2018 estima-se 309 casos de AIDS em adultos residentes no município de Sapucaia do Sul notificados no Sistema de Informação de Agravos de notificação - SINANNet.

5.4 LOCAL DO ESTUDO

De acordo com o Plano Municipal de Saúde, o município de Sapucaia do Sul localiza-se na região metropolitana de Porto Alegre, a 25 km da Capital. Sua área é de 58,64 Km², a altitude média é de 35 metros sendo a máxima de 289 metros. A população do município, segundo o censo realizado em 2010, era de 130.957 habitantes, com densidade demográfica de 2.245,91 hab/km². A população era predominantemente residente na zona urbana, declarava-se de cor branca, com equilíbrio entre os gêneros. A maioria da população estava entre as faixas etárias dos 20 aos 49 anos, em ambos os sexos (IBGE, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde municipal é composta pela SMS, Coordenação de Vigilância em Saúde, Atenção Primária que conta com 23 Equipes de Saúde da Família (ESF), 5 Unidades Básicas de Saúde e Núcleo de Atenção à

Saúde da Família (NASF). A Atenção Secundária é composta por uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um Ambulatório de Especialidade, uma Clínica da Saúde da Mulher, um Ambulatório de Infectologia, 01 Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental (EASM), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência, e Serviço de atenção domiciliar/SAD (melhor em casa) e a Atenção Terciária conta com o Hospital Municipal Getúlio Vargas (HMGV). (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPUCAIA DO SUL, 2017).

Este estudo foi realizado na Coordenação de Vigilância em Saúde no setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Sapucaia do Sul/RS utilizando os dados do SINAN.

Conforme Brasil (2014), a Vigilância Epidemiológica norteia as ações e serviços nas unidades de saúde e em atividades extramuros. Seu propósito é orientar as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças de importância na saúde pública no país, através de protocolos de conduta e normas técnicas aos profissionais.

A Vigilância Epidemiológica tem como responsabilidade decidir sobre as execuções das ações de controle de doenças e agravos, fornecer orientações técnicas para os profissionais de saúde, e tornar disponíveis as informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos bem como os fatores que condicionam, numa área geográfica ou população definida (ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

No Brasil, a Vigilância Epidemiológica da AIDS é baseada na notificação compulsória de casos (Anexo A). Em 2014, a notificação compulsória da infecção pelo HIV foi introduzida para que se pudesse caracterizar e monitorar tendências, perfil epidemiológico, riscos e vulnerabilidades na população infectada, com vistas a aprimorar a política pública de enfrentamento da epidemia. A vigilância 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, 2017c).

As fichas de notificação/investigação utilizadas pelo SINAN são diferentes para cada caso e idade, desta maneira existe: ficha de notificação/investigação de AIDS para pacientes com 13 anos ou mais de idade; Ficha de

Notificação/Investigação de AIDS (criança) pacientes menores que 13 anos de idade; Ficha de Notificação/Investigação de Gestante HIV e ficha de Notificação/Investigação - criança exposta ao HIV (RIO GRANDE DO SUL, 2020). Este estudo analisou as fichas de notificação de HIV/AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais de idade notificadas no SINAN.

A definição de caso de infecção pelo HIV em indivíduos com 13 anos ou mais de idade segue os fluxogramas vigentes no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, de acordo com a Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013). Para os casos de AIDS são utilizados os critérios: Critério Rio de Janeiro Caracas, Critério CDC adaptado e Critério Excepcional Óbito. Esses critérios e informações auxiliam na definição de casos de AIDS em indivíduos de 13 anos ou mais de idade para fins de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2017c).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c), com o objetivo de monitorar o comportamento do HIV/AIDS e seus fatores condicionantes e determinantes, a vigilância epidemiológica tem como finalidade recomendar, adotar medidas de prevenção e controle e avaliar o seu impacto.

As fontes usadas pela Vigilância Epidemiológica do HIV e da AIDS baseiam-se em dados fornecidos pelo SINAN, o SIM, o SISCEL e o SICLOM e o Sistema de Monitoramento Clínico das pessoas vivendo com HIV (SIMC) (BRASIL, 2017c). A atuação da Atenção Básica na Vigilância Epidemiológica é de fundamental importância, pois permite detectar, notificar, investigar e acompanhar o caso. A alimentação dos bancos de dados se faz primordial para que possamos conhecer os agravos e tomar as medidas cabíveis para o seu controle.

5.5 VARIÁVEIS

5.5.1 Dependente

Casos de HIV/AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais de idade notificados no SINAN.

5.5.2 Independentes

As variáveis independentes estudadas foram: sexo (masculino/feminino), idade (em anos completos), cor da pele (branca/preta/parda/indígena/amarela), escolaridade (analfabeto/ensino fundamental incompleto/ensino fundamental completo/ensino médio incompleto/ensino médio completo/ensino superior completo/ensino superior incompleto) e regiões de saúde (Região I: bairros Fortuna, Colonial, São Jorge, Zoológico, Horto Florestal, Vacchi, Cohab, Kuraschiki, Piratini, Freitas; Região II: bairros São José, Vargas, Parque Joel, Colina Verde, Sete; Região III: bairros Dihel, Três Porto, Santa Catarina, Getúlio Vargas, Primor, Centro, Jardim, Paraíso, Camboim, Capão da Cruz, Nova Sapucaia, Silva, Walderes; Região IV: bairros Lomba da Palmeira, Pasqualini, Ipiranga, Boa Vista, Passo de sapucaia, Costa do Morro, Novo Horizonte).

5.6 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Indivíduos com 13 anos ou mais de idade diagnosticados com HIV/AIDS notificados no SINAN no período de 2009 a 2018 no município de Sapucaia do Sul/RS.

5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os casos de HIV/AIDS foram descritos, através de frequências absoluta e relativa, para cada um dos anos estudados segundo as variáveis sexo, idade, escolaridade, cor da pele e região de saúde.

A tendência temporal também foi apresentada através de frequência absoluta.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa SPSS versão 23.0.

5.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

A coleta dos dados foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde na Coordenação de Vigilância em Saúde/ Vigilância Epidemiológica, no município de Sapucaia do Sul, a partir da base de dados do SINAN na base de dados local que contém os arquivos com as fichas de notificação/investigação de HIV/AIDS. Os dados foram obtidos através de relatórios operacionais no TABWIN HIV/AIDS,

instalado no mesmo sistema. Posteriormente, foi elaborada uma planilha no Software Excel versão 2016.

5.9 INSTRUMENTO DE COLETA

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento (Apêndice A) contemplando todas as questões necessárias para o desenvolvimento da pesquisa como: os casos notificados de HIV e AIDS, ano de notificação e dados pessoais como: idade, sexo, cor da pele, escolaridade e regiões de saúde.

5.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

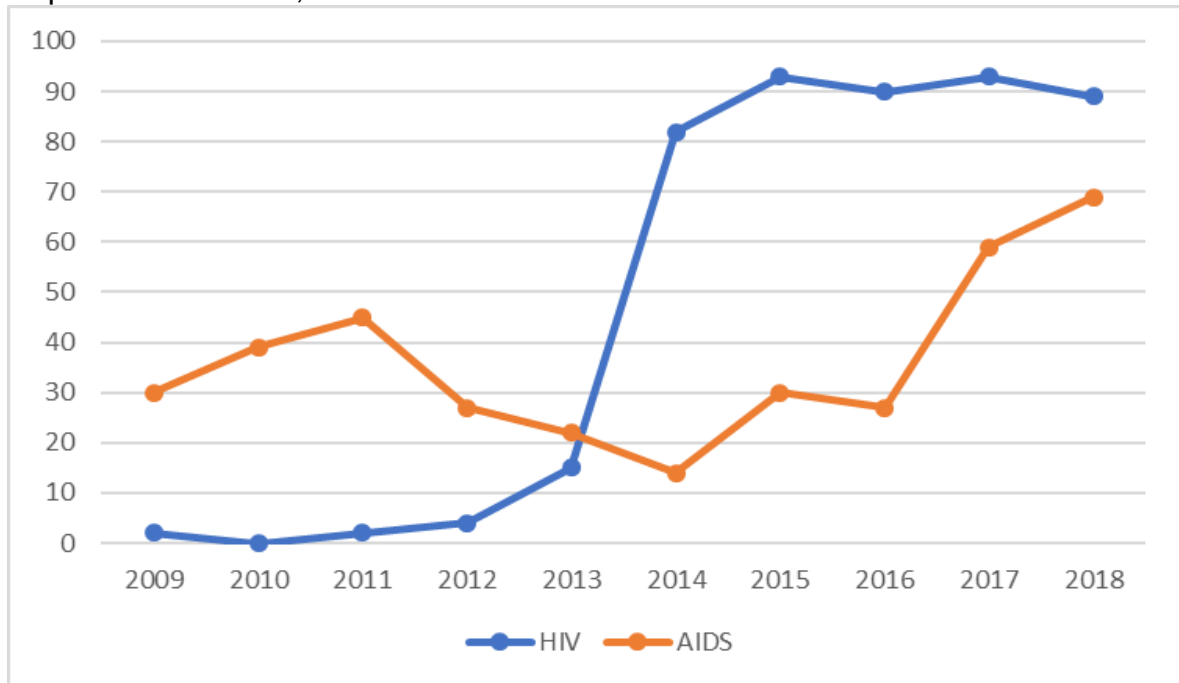
A pesquisa segue todas as recomendações e preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). O projeto foi submetido ao Grupo Técnico (GT) de Educação Permanente da Secretária Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS (Anexo B), obtendo a anuência desta instituição. Além disso, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) sob protocolo número 3.344.722 (Anexo C).

A pesquisa utilizou dados secundários, portanto não houve Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo utilizado o Termo de Confidencialidade (Apêndice B), com o intuito de preservar a confidencialidade dos dados.

6 RESULTADOS

No período de 2009 a 2018 foram notificados 832 casos de HIV e AIDS no SINAN da SMS do município de Sapucaia do Sul, sendo 362 (43,4%) casos de AIDS. A Figura 1 apresenta o número de casos de HIV e AIDS notificados na última década. O número de casos notificados de HIV foi de 2 em 2009 e 89 em 2018, respectivamente, com elevação de mais de 4000%. Com relação aos casos de AIDS, o aumento foi de 230% no mesmo período, alcançando 69 casos em 2018.

Figura 1 - Número de casos de HIV e AIDS na última década no município de Sapucaia do Sul/RS, 2020



As características sociodemográficas dos indivíduos identificados com HIV estão sumarizadas na Tabela 1. Evidencia-se que mais da metade dos casos foram identificados no sexo masculino, sendo esta diferença mais acentuada até o ano de 2017. Em relação à faixa etária, indivíduos de 30 a 39 anos apresentaram os maiores percentuais de HIV em 2018, que juntamente aos jovens de 20 a 29 anos, representaram cerca de 60% dos casos. Pode ser observado, também, que durante todo o período estudado, quase a totalidade dos indivíduos com HIV eram brancos. Além disso, aqueles indivíduos que não concluíram o ensino fundamental representaram metade dos casos de HIV.

Tabela 1 - Casos de HIV na última década de acordo com variáveis sociodemográficas no município de Sapucaia do Sul/RS, 2019

Variáveis	2009 N (%)	2010 N (%)	2011 N (%)	2012 N (%)	2013 N (%)	2014 N (%)	2015 N (%)	2016 N (%)	2017 N (%)	2018 N (%)
Sexo										
Masculino	2(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(75,0)	9(60,0)	50(61,0)	47(50,5)	61(67,8)	51(54,8)	47(52,8)
Feminino	0(0,0)	0(0,0)	2(100,0)	1(25,0)	6(40,0)	32(39,0)	46(49,5)	29(32,2)	42(45,2)	42(47,2)
Idade (anos completos)										
15 – 19	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(7,3)	12(12,9)	5(5,6)	9(9,7)	4(4,5)
20 – 29	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	1(25,0)	5(33,4)	27(32,9)	25(26,8)	25(27,7)	26(28,0)	22(24,7)
30 – 39	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)	4(26,7)	21(25,6)	20(21,5)	26(28,9)	28(30,0)	33(37,1)
40 – 49	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	0(0,0)	2(13,3)	16(19,5)	18(19,4)	26(28,9)	15(16,1)	19(21,3)
50 – 59	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)	2(13,3)	9(11,0)	9(9,7)	5(5,6)	13(14,0)	8(9,0)
60 ou mais	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)	2(13,3)	3(3,7)	9(9,7)	3(3,3)	2(2,2)	3(3,4)
Cor da pele										
Branca	1(50,0)	0(0,0)	2(100,0)	4(100,0)	14(93,3)	72(87,9)	81(87,1)	77(85,6)	76(81,7)	78(87,7)
Não Branca	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(6,7)	8(9,7)	11(11,8)	12(13,3)	17(18,3)	9(10,1)
Ignorado	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(2,4)	1(1,1)	1(1,1)	0(0,0)	2(2,2)
Escolaridade										
Sem Escolaridade	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,1)	0(0,0)	2(2,1)	1(1,1)
Ensino Fundamental Incompleto	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(20,0)	41(50,0)	58(62,3)	52(57,8)	37(39,7)	44(49,4)
Ensino Fundamental Completo	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	5(6,1)	5(5,4)	5(5,6)	14(15,1)	12(13,5)
Ensino médio Incompleto	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	3(75,0)	8(53,3)	20(24,4)	11(11,8)	3(3,3)	6(6,5)	8(9,0)
Ensino Médio Completo	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	9(11,0)	13(14,0)	19(21,1)	21(22,6)	12(13,5)
Ensino superior incompleto	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	4(4,4)	4(4,3)	3(3,4)
Ensino superior Completo	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(6,7)	1(1,2)	1(1,1)	0(0,0)	3(3,2)	2(2,2)
Ignorado	1(50,0)	0(0,0)	1(50,0)	0(0,0)	3(20,0)	6(7,3)	4(4,3)	7(7,8)	6(6,5)	7(7,9)
Regiões de saúde*										
I	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	4(26,7)	19(23,2)	14(15,1)	17(18,9)	12(12,9)	19(21,3)
II	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	2(50,0)	5(33,3)	21(25,6)	20(21,5)	18(20,0)	29(31,2)	17(19,1)
III	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)	4(26,7)	30(36,5)	35(37,5)	30(33,3)	34(36,6)	34(38,3)
IV	1(50,0)	0(0,0)	1(50,0)	1(25,0)	2(13,3)	9(11,0)	22(23,7)	23(25,6)	15(16,1)	17(19,1)
Ignorado	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(3,7)	2(2,2)	2(2,2)	3(3,2)	2(2,2)

***Região I:** bairros Fortuna, Colonial, São Jorge, Zoológico, Horto Florestal, Vacchi, Cohab, Kuraschiki, Piratini, Freitas; **Região II:** bairros São José, Vargas, Parque Joel, Colina Verde, Sete; **Região III:** bairros Dihel, Três Porto, Santa Catarina, Getúlio Vargas, Primor, Centro, Jardim, Paraíso, Camboim, Capão da Cruz, Nova Sapucaia, Silva, Walderes; **Região IV:** bairros Lomba da Palmeira, Pasqualini, Ipiranga, Boa Vista, Passo de sapucaia, Costa do Morro, Novo Horizonte; **Ignorado:** sem identificação do Bairro de moradia.

A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas dos indivíduos notificados com AIDS. Verifica-se que mais da metade dos casos foram identificados no sexo masculino e que a vasta maioria dos indivíduos são de cor da pele branca. Em relação à faixa etária, pode-se observar que 1 a cada 3 casos de AIDS ocorreram em jovens de 20 a 29 anos e que um quinto dos casos foram evidenciados em indivíduos de 50 anos ou mais de idade. Além disso, metade dos casos foram notificados naquelas pessoas que não concluíram o ensino fundamental.

Tabela 2 - Casos de AIDS na última década de acordo com variáveis sociodemográficas no município de Sapucaia do Sul/RS, 2019

Variáveis	2009 N (%)	2010 N (%)	2011 N (%)	2012 N (%)	2013 N (%)	2014 N (%)	2015 N (%)	2016 N (%)	2017 N (%)	2018 N (%)
Sexo										
Masculino	12(40,0)	23(59,0)	28(62,2)	16(59,3)	11(50,0)	9(64,3)	23(76,7)	17(63,0)	34(57,6)	37(53,6)
Feminino	18(60,0)	16(41,0)	17(37,8)	11(40,7)	11(50,0)	5(35,7)	7(23,3)	10(37,0)	25(42,4)	32(46,4)
Idade (anos completos)										
13 - 19	0(0,0)	0(0,0)	2(4,4)	1(3,7)	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	2(7,4)	2(3,4)	4(5,8)
20 – 29	7(23,3)	9(23,1)	8(17,8)	7(25,9)	6(27,3)	1(7,1)	8(26,7)	2(7,4)	11(18,6)	22(32,0)
30 – 39	8(26,8)	14(35,9)	11(24,4)	11(40,8)	7(31,8)	4(28,6)	10(33,3)	10(37,1)	16(27,2)	17(24,6)
40 – 49	7(23,3)	8(20,5)	12(26,7)	7(25,9)	6(27,3)	5(35,8)	9(30,0)	8(29,6)	15(25,4)	11(15,9)
50 – 59	4(13,3)	7(17,9)	9(20,0)	1(3,7)	1(4,5)	3(21,4)	3(10,0)	2(7,4)	13(22,0)	9(13,0)
60 ou mais	4(13,3)	1(2,6)	3(6,7)	0(0,0)	2(9,1)	0(0,0)	0(0,0)	3(11,1)	2(3,4)	6(8,7)
Cor da pele										
Branca	24(80,0)	30(77,0)	39(86,6)	24(88,9)	22(100,0)	10(71,4)	24(80,0)	21(77,8)	53(89,8)	64(92,8)
Não Branca	6(20,0)	7(17,9)	3(6,7)	3(11,1)	0(0,0)	4(28,6)	4(13,3)	5(18,5)	4(6,8)	4(5,8)
Ignorado	0(0,0)	2(5,1)	3(6,7)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(6,7)	1(3,7)	2(3,4)	1(1,4)
Escolaridade										
Sem Escolaridade	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(3,4)	1(1,4)
Ensino Fundamental Incompleto	10(33,3)	13(33,4)	9(20,0)	9(33,3)	1(4,5)	8(57,2)	17(56,7)	16(59,3)	23(39,0)	37(53,7)
Ensino Fundamental Completo	5(16,7)	7(17,9)	4(8,9)	0(0,0)	3(13,6)	2(14,3)	1(3,3)	2(7,4)	10(16,9)	7(10,1)
Ensino Médio Incompleto	1(3,3)	3(7,7)	19(42,2)	10(37,1)	15(68,3)	1(7,1)	2(6,7)	0(0,0)	3(5,1)	2(2,9)
Ensino Médio Completo	3(10,0)	7(17,9)	3(6,7)	3(11,1)	1(4,5)	2(14,3)	6(20,0)	2(7,4)	11(18,6)	17(24,7)
Ensino Superior Incompleto	1(3,3)	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(3,3)	1(3,7)	2(3,4)	0(0,0)
Ensino Superior Completo	2(6,7)	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	1(7,1)	1(3,3)	1(3,7)	1(1,7)	0(0,0)
Ignorado	8(26,7)	9(23,1)	8(17,8)	5(18,5)	2(9,1)	0(0,0)	2(6,7)	5(18,5)	7(11,9)	5(7,2)
Regiões de Saúde*										
I	5(16,7)	11(28,2)	9(20,0)	3(11,1)	4(18,2)	3(21,4)	2(6,7)	2(7,4)	6(10,2)	17(24,6)
II	7(23,3)	8(20,5)	7(15,6)	6(22,2)	5(22,7)	3(21,4)	10(33,3)	3(11,1)	12(20,3)	19(27,5)
III	11(36,7)	15(38,5)	19(42,2)	14(51,9)	7(31,8)	6(43,0)	13(43,3)	11(40,8)	24(40,7)	22(32,0)
IV	4(13,3)	2(5,1)	5(11,1)	3(11,1)	6(27,3)	1(7,1)	3(10,0)	9(33,3)	16(27,1)	10(14,5)
Ignorado	3(10,0)	3(7,7)	5(11,1)	1(3,7)	0(0,0)	1(7,1)	2(6,7)	2(7,4)	1(1,7)	1(1,4)

***Região I:** bairros Fortuna, Colonial, São Jorge, Zoológico, Horto Florestal, Vacchi, Cohab, Kuraschiki, Piratini, Freitas; **Região II:** bairros São José, Vargas, Parque Joel, Colina Verde, Sete; **Região III:** bairros Dihel, Três Porto, Santa Catarina, Getúlio Vargas, Primor, Centro, Jardim, Paraíso, Camboim, Capão da Cruz, Nova Sapucaia, Silva, Walderes; **Região IV:** bairros Lomba da Palmeira, Pasqualini, Ipiranga, Boa Vista, Passo de sapucaia, Costa do Morro, Novo Horizonte; **Ignorado:** sem identificação do Bairro de moradia.

7 DISCUSSÃO

Ao analisar o número total de casos de HIV e AIDS notificados no SINAN no período de 2009 a 2018 no município estudado, observou-se uma grande proporção de casos de AIDS, o que corrobora com os dados estaduais. As informações publicadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande Sul/SESRS mostraram que a taxa de detecção de AIDS é superior à do Brasil. Apesar de ter apresentado um progressivo declínio nos últimos anos, passando de 46,1 a cada 100.000 habitantes em 2007 para 29,4 a cada 100.000 habitantes em 2017, é considerada a terceira taxa mais elevada entre os estados brasileiros (RIO GRANDE DO SUL, 2019). Entretanto, dados recentes do MS apontam que a taxa de detecção de AIDS vem caindo no Brasil nos últimos anos incluindo a região sul do país (BRASIL, 2019a).

Além disso, o estado apresenta alta taxa de mortalidade por AIDS, quase o dobro da mortalidade no Brasil, sendo Porto Alegre a capital brasileira com a maior taxa (RIO GRANDE DO SUL, 2019). No Brasil, no período de 1980 a 2017, foram registrados no SIM 327.655 óbitos por AIDS como causa básica. Destes, 57.983 (17,7%) são provenientes da Região Sul do país e 31.920 do RS, representando 9,7% do total do país e 55,0% do total da Região Sul. Neste mesmo período, a Região do Vale do Cai e Metropolitana, a qual o município de Sapucaia do Sul pertence, foi responsável por 8,4% dos óbitos por AIDS no estado. Diante desse panorama, o município de Sapucaia do Sul está entre os prioritários do estado, apresentando em 2017 um coeficiente bruto de 16,6 óbitos por AIDS por 100.000 habitantes (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Outro resultado evidenciado no presente estudo que merece atenção é que, além do aumento no número de casos de AIDS, houve um incremento de notificações de HIV no município. Ao longo do tempo, embora tenha havido oscilações no número de casos, nos últimos dois anos de investigação, pode-se observar esse aumento. Esse achado torna visível que apesar de se passarem quatro décadas do descobrimento da doença e da criação de várias políticas nacionais de saúde para o seu controle, os índices continuam altos e permanecem sendo um grande desafio para a saúde pública. A complexidade dos aspectos individuais, coletivos e sociais, relacionados ao risco de contágio pela doença

continuam desafiando a formulação de estratégias de intervenções efetivas e determinantes para combatê-la.

Grangeiro, Castanheira e Nemes (2015) abordam a re-emergência da epidemia de AIDS no Brasil, apontando que a doença no país apresentou seus piores indicadores. Os autores afirmam que, de acordo com os dados nacionais, a AIDS está longe de ser controlada, voltando a crescer o número de casos entre os homossexuais e nos centros urbanos, além do aumento observado na razão sexo masculino/sexo feminino e taxas alarmantes de mortalidade.

De acordo com o relatório *Communities at the centre* (Comunidades no centro), as populações-chave e seus parceiros sexuais representam mais da metade (54%) das novas infecções por HIV no mundo. Essa população, no ano de 2018, incluindo pessoas que usavam drogas injetáveis, homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, transexuais, profissionais do sexo e pessoas privadas de liberdade, representam cerca de 95% das novas infecções por HIV na Europa Oriental e Central, no Oriente Médio e Norte da África (UNAIDS, 2019).

A oscilação do número de casos de HIV e AIDS encontrada no presente estudo evidencia alguns aspectos importantes que devem ser levados em conta em torno do histórico da doença. Dentre eles, a Portaria MS/GM nº 77 de janeiro de 2012, que trouxe a implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem de sífilis na Atenção Básica do SUS, formando o conjunto de estratégias do MS, que teve o objetivo de qualificar e ampliar o acesso da população ao diagnóstico (BRASIL, 2012a). A partir desta portaria, os estados e municípios introduziram a testagem rápida de acordo com suas realidades e demandas, capacitando os profissionais e introduzindo o TR nos serviços de saúde. Sendo a AB considerada a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, composta por equipe multidisciplinar, operando com diretrizes de acolhimento e vinculação, deve ofertar a testagem de IST/HIV/HV para toda população, preferencialmente por livre demanda associada a outros atendimentos (RIO GRANDE DO SUL, 2018). De acordo com Silva, Valença e Silva (2017) a oferta do teste rápido para detecção precoce da infecção permite o acesso, principalmente, às populações mais vulneráveis.

Deve-se também considerar que foi a partir de 2014 que se começou a notificar HIV, sendo possível observar nos achados do presente estudo que o número de casos a partir deste ano aumentou consideravelmente. A portaria nº

1.271, de 06 de junho de 2014, do MS ampliou a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, incluindo a infecção pelo HIV e tornando obrigatória sua notificação, que antes era feita somente para gestantes, parturientes ou puérperas e crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2014). Desta forma, especula-se que tais fatos tenham corroborado com o maior número de notificações, podendo justificar o aumento do número de casos após o ano de 2014.

Também foi observado no presente estudo maior prevalência de HIV no sexo masculino, dado semelhante ao nacional. Os casos de infecção pelo HIV notificados no SINAN no período de 2007 a junho de 2019 totalizaram 207.207 (69,0%) em homens e 93.220 em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2018 foi de 26 homens para cada dez mulheres. Ainda, nesse período, os dados revelam que, entre os homens, 51,3% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual, 31,4% heterossexual e 2,0% ocorreram entre Usuários de Drogas Injetáveis/UDI (BRASIL, 2019a).

No que diz respeito aos casos de AIDS notificados no município estudado, também foi evidenciada, no último ano, maior prevalência no sexo masculino. Conforme o MS, a razão de sexos apresenta diferenças regionais importantes, apesar de, em todas as regiões brasileiras, haver um predomínio de casos em homens (BRASIL, 2019a). A linha de cuidado para PVHA e outras IST da SESRS destaca as populações prioritárias e mais vulneráveis, como gays e HSH, pessoas transexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas, população privada de liberdade e em situação de rua, como as que enfrentam mais dificuldades de acesso e vínculo aos serviços de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

É importante salientar que o modo de exposição não foi objeto de pesquisa neste estudo; no entanto, os dados nacionais apontam que as relações homo/bissexuais têm os maiores índices de HIV/AIDS. Ainda, de acordo com o MS a suscetibilidade a epidemia de HIV/AIDS no país é concentrada em alguns segmentos populacionais que respondem pela maioria de casos novos da infecção, como gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas trans e profissionais do sexo destacando ainda, o crescimento da infecção em adolescentes e jovens (BRASIL, 2019b).

Os dados brasileiros atuais apontam que a principal via de transmissão em 2018 foi a sexual tanto em homens (78,9%) quanto em mulheres (86,9%). Entre

os homens, observou-se o predomínio da categoria de exposição homo/bissexual (40,3%), superando a proporção de casos notificados como exposição heterossexual (38,7%) (BRASIL, 2019a).

As especificidades dos sujeitos e dos seus contextos, o comportamento nos diferentes graus de risco a que o indivíduo se expõe, e estruturas que envolvem aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos favorecem e potencializam vulnerabilidades dos indivíduos ou segmentos sociais em relação ao HIV prejudicando o acesso à prevenção (BRASIL, 2017a).

Considerando a epidemia da doença em outros países, verificam-se dados epidemiológicos semelhantes aos do Brasil. O Centers for *Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos da América aponta que homens gays e bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens são a população mais afetada pelo HIV. No ano de 2018, homens gays e bissexuais representaram 69% dos 37.832 novos diagnósticos de HIV e 86% dos diagnósticos entre os homens (CDC, 2020). Dados semelhantes também foram publicados pelo Canadá. O relatório de vigilância do HIV 2018 apontou a infecção como um problema de saúde pública global e revelou que o número e a taxa de casos de HIV notificados no país aumentaram em 2018. Gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens continuaram a representar a maior proporção de todos os casos em adultos e a faixa etária de 30 a 39 anos continuou a ter o maior número (HADDAD, 2019).

No presente estudo a faixa etária mais acometida pela infecção do HIV é a de 30 a 39 anos de idade, seguidos de indivíduos da faixa etária de 20 a 29 anos, representando cerca de 60% dos casos no ano de 2018. Similarmente, dados nacionais de 2007 a 2019 mostraram que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, totalizando 52,7% dos casos (BRASIL, 2019a).

Em relação à faixa etária dos indivíduos notificados com AIDS, observou-se que 1 a cada 3 casos ocorreram em jovens de 20 a 29 anos e que um quinto dos casos foram evidenciados em indivíduos de 50 anos ou mais de idade. A prevalência da doença em adultos jovens encontrada neste estudo entra em consonância com as publicações recentes do MS. No Brasil, a maior prevalência dos casos de AIDS encontra-se nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, de ambos os sexos (BRASIL, 2019a).

O crescimento do número de casos entre os jovens mostra a vulnerabilidade em torno dessa população. Característica emocional, sexualidade da própria fase de desenvolvimento, falta de habilidade afetiva sexual, contexto social e familiar levam os jovens a se expor a situações de risco tornando-os vulneráveis às IST (MONTEIRO *et al.*, 2019). Na mesma direção, Gomes *et al.* (2017) abordaram em seu estudo que o entendimento e as intervenções para a prevenção do HIV no âmbito de álcool e ou drogas ainda é desafiador, uma vez que, estudos mostram que o uso de preservativo é baixo em grupos vulneráveis especialmente sob influência de álcool e outras drogas. Além disso, outras questões como o baixo conhecimento são condições facilitadoras e que predispõem ao contágio pelo HIV (GOMES *et al.*, 2017).

É importante destacar, ainda, que apesar do número de casos de HIV/AIDS ser menor nos indivíduos acima de 50 anos de idade, observou-se, no presente estudo, que há uma representatividade importante no número de casos notificados. De acordo com o MS, houve um preocupante incremento na taxa de detecção entre indivíduos com 60 anos e mais (BRASIL, 2019a).

De acordo com Ferreira *et al.* (2019), o Brasil avança para um perfil de envelhecimento da população e esse cenário requer adaptações de políticas direcionadas a esse grupo populacional, principalmente no cuidado a saúde. Um novo olhar deve ser lançado sob a saúde do idoso deixando de ser somente centralizado nas doenças crônico-degenerativas, mas voltado também para saúde sexual com ações preventivas para práticas sexuais seguras de prevenção às IST e AIDS. Ainda, o estudo de Ferreira *et al.* (2019) constatou a alta prevalência de IST entre idosos usuários de um CTA, indicando práticas sexuais inseguras e vulnerabilidade às IST, mostrando a importância de ações preventivas direcionadas a esse público-alvo. Trindade *et al.* (2019) abordam que, frequentemente, a população mais idosa é rotulada como indiferente às práticas sexuais; entretanto, o acesso a medicamentos para distúrbios eréteis tem desmistificado a hipoatividade sexual aumentando o risco de IST.

Em relação à cor da pele, pode ser observado, no presente estudo, que a vasta maioria dos indivíduos com HIV eram brancos, confirmando os dados do boletim epidemiológico de HIV/AIDS de 2019 que, no período de 2007 a 2018, mostram que a cor da pele branca correspondeu a 67,2% dos casos (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Da mesma maneira, os casos notificados de AIDS mostraram que a ampla maioria dos indivíduos é de cor da pele branca. Os dados estaduais referem que, no período de janeiro de 1980 a junho de 2018, houve um predomínio de brancos, representando 55,5% do total de casos (RIO GRANDE DO SUL, 2019). Esses resultados podem ser parcialmente explicados pela população do sul do Brasil, que, em sua maioria, é de cor de pele branca (IBGE, 2010). De acordo com Saraiva, 2017 há marcantes diferenças regionais na distribuição da população por cor ou raça, o que pode ser explicado pelo processo de ocupação do território. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2016 revelou que, 76,8% da população do Sul se declararam branca, 18,7%, parda e 3,8% preta.

Destaca-se, também, no presente estudo, a elevada prevalência de indivíduos notificados com HIV e AIDS que apresentam menos de quatro anos de estudo. De acordo com os dados estaduais, no período de 2007 a 2018, os indivíduos notificados com HIV sem escolaridade e com ensino fundamental incompleto somaram 1,0% e 28,8%, respectivamente. Porém, 30,2% dos casos estavam sem informações sobre a escolaridade, dificultando a análise precisa do nível de instrução desses indivíduos (RIO GRANDE DO SUL, 2019). Dados semelhantes foram apontados pelo MS, mostrando um elevado percentual de casos ignorados (25,5%) dificultando uma melhor avaliação sobre a escolaridade nos casos de HIV (BRASIL, 2019a).

O mesmo cenário é observado nos indivíduos diagnosticados com AIDS. Dados publicados pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul mostram que a maior concentração dos casos está entre os indivíduos que cursaram da 5ª a 8ª série incompleta (24,6%), seguido dos que tinham de 1ª a 4ª série incompleta (13,5%) e dos que tinham a 4ª série completa (3,8%), totalizando 41,9% dos casos. Os indivíduos sem escolaridade totalizaram 2,2% dos casos notificados. Assim como nos casos de HIV, a AIDS também apresentou um elevado índice de informação faltante para a variável escolaridade (21,9%) (RIO GRANDE DO SUL, 2019). Similarmente, dados do MS mostram que a maior concentração de casos de AIDS ocorreu entre indivíduos com a 5ª a 8ª série incompleta (21,3%) (BRASIL, 2019a).

No Brasil o nível de escolaridade tem sido usado como variável de situação socioeconômica e de pauperização, mostrando, assim, uma relação entre uma pior socioeconômica e o aumento de casos de AIDS (VIEIRA *et al.*, 2014).

Dados coletados através do DATASUS, SINAN e SIM referente ao período de 1986 a 2016, relacionou a baixa instrução e vulnerabilidade econômica com a prevalência do HIV/AIDS e mostraram que o nível de escolaridade influencia diretamente na compreensão sobre a doença, favorecendo o conhecimento dos riscos de contágio (TRINDADE *et al.*, 2019).

Algumas limitações do presente estudo precisam ser destacadas. Por terem sido analisados dados secundários, potenciais erros de registro ou preenchimento adequado das variáveis em estudo não puderam ser solucionados. Além disso, a subnotificação de agravos é um problema de grande impacto, permanecendo ainda desconhecidas informações importantes, como o número de casos de uma doença (BRASIL, 2019a). Assim, esses fatores podem afetar as estimativas de incidência de HIV/AIDS. No entanto, os resultados apresentados estão de acordo com as pesquisas estaduais e nacionais.

Em relação às fortalezas, destaca-se que este estudo é pioneiro na análise sociodemográfica dos casos de HIV e AIDS notificados no município de Sapucaia do Sul/RS. Além disso, incluiu dados de uma década, permitindo analisar a evolução temporal dos casos de HIV e AIDS no município.

8 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo revelaram que, dentre os casos notificados, uma grande proporção era de AIDS, e que os casos predominaram no sexo masculino, entre jovens de 20 a 49 anos, brancos e com ensino fundamental incompleto.

Verifica-se que a epidemia do HIV/AIDS está concentrada em populações em situação de maior risco e vulnerabilidade, o que representa um grande desafio para a saúde pública. Desenvolver a conscientização para mudança de comportamento de risco nessa população perpassa diversos fatores sociais e individuais que exigem amplas intervenções.

Ao descrever o perfil sociodemográfico da população com HIV/AIDS notificados no SINAN na serie histórica estudada, o presente estudo pode servir como um norteador para alcançar indicadores mais positivos, consolidar e planejar políticas de fortalecimento e desenvolvimento de ações estratégicas de combate e controle da infecção em grupos vulneráveis, uma vez que, o município dispõe de uma ampla rede de assistência à saúde. Assim, esta pesquisa é de extrema relevância no âmbito da Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

ABREU, Selma Rocha de *et al.* Estudo epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (hiv/aids), Caxias-MA. **Interdisciplinar**. Caxias, v. 9, n. 4, p.132-141, dez. 2016.

BARBOSA, L. M. **Perfis de vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV/AIDS nas regiões Nordeste e Sudeste brasileiras**: aspectos individuais e da comunidade. 2001. Tese (Doutorado em Demografia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST. **Nota Técnica nº 13/2009 - GAB/PN-DST/AIDS/SVS/MS, 2009**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 77, de 12 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré natal para gestantes e suas parcerias sexuais. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012b.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria Nº 34, De 22 de Julho de 2015**. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) profilaxia antirretroviral pós-exposição a risco para infecção pelo HIV (PEP) no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

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.** 2017a.

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 e AIDS 2017.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde.** v. 3, 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST. **Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).** 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST. **Tratamento para o HIV.** 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST. **Diretrizes para Organização da Rede de PEP.** 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST. **Diagnóstico do HIV.** 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS 2019.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Número Especial | dez. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde:** volume único, 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Secretaria Estadual da Saúde RS/DVE/CEVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet. **Informações de Saúde.** 2020.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **HIV in the United States and Dependent Areas.** 2020.

COUTINHO, Maria Fernanda Cruz; DWYER, Gisele O; FROSSARD, Vera. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p.148-161, mar. 2018.

FERREIRA, C. O *et al.* Vulnerabilidade a Infecção Sexualmente Transmissíveis em Idosos Usuários de Um Centro de Testagem e Aconselhamento. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR.** Umuarama, v. 23, n. 3, p.171-180, set./dez. 2019.

FERREIRA, Tereza Cristina dos Reis; SOUZA, Ana Paula Costa de; RODRIGUES JÚNIOR, Roberto Sena. Perfil clínico e epidemiológico dos portadores do hiv/aids

com coinfeção de uma unidade de referência especializada em doenças infecciosas parasitárias especiais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 13, n. 1, p.419-431, jul. 2015.

GAO, Feng *et al.* Origin of HIV-1 in the chimpanzee *Pan troglodytes troglodytes*. **Nature**. Usa, v. 4, n. 397, p.436-441, fev. 1999.

GOMES, R. R. F. M *et al.* Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, out. 2017.

GRANGEIRO, A; CASTANHEIRA, E. R; NEMES, M. I. B. A re-emergência da Epidemia de AIDS no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface**. Botucatu, vol.19, n. 52, jan./mar. 2015.

HADDAD, N *et al.* HIV in Canada - Surveillance Report, 2018. **Canada Communicable Disease Report (CCDR)**. Canada, v. 45, dez. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. **Tabela 2094 População residente por cor ou raça e região**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/2094#resultado>. Acesso em: 06 mar. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sapucaia do Sul. Rio Grande do Sul. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sapucaia-do-sul/panorama>. Acesso em: 06 mar. 2020.

MONTEIRO R. S. M *et al.* Ações educativas sobre prevenção de HIV/AIDS entre adolescentes em escolas. **Enfermeria Actual de Costa Rica**. São José. n. 37, jul./dez. 2019.

PAIVA, Vera. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface: Comunic, Saúde, Edu**. São Paulo, v. 6, n. 11, p. 25-38, jun. 2002.

PAPATHANASOPOULOS, Maria A.; HUNT, Gillian M; TIEMESSEN, Caroline T. Evolution and diversity of HIV1 in África- a review. **Virus Genes**. [s.l.], v. 26, n. 2, p.151-163, fev. 2003. Springer Nature.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPUCAIA DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, dezembro de 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de IST/Aids. Linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e outras infecções sexualmente transmissíveis. Porto Alegre. **Escola de Saúde Pública**. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Boletim epidemiológico: HIV/AIDS. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde. **Escola de Saúde Pública**. 2019, p. 108.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Fichas de Notificação/Investigação**. 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/fichas-de-notificacao-investigacao>. Acesso em 06 mar. 2020.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. xxi, 709 p.

SARAIVA, Adriana. População chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos. **Agência IGBE Notícias**. 2017.

SILVA, I. T. S; VALENÇA, C. N; SILVA, R. A. R. Cartografia da implantação do Teste rápido anti-HIV na Estratégia Saúde da Família: perspectiva de enfermeiros. **Esc Anna Nery**. V. 21, n. 4, 2017.

TRINDADE, F. F *et al.* Perfil epidemiológico e análise de tendência do HIV/AIDS. **Journl Health NEPS**. V. 4, n. 11, p. 153-165, jan-jun. 2019.

UNAIDS. Global AIDS update 2019. **Communities at the centre**. 2019.

VIEIRA, A. C. S *et al.* A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **R. Katál**. Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 196-206, jul./dez. 2014.

APÊNDICE (S)

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	Nº _____
Data da coleta ____/____/____	
BLOCO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS	
A1. Idade: _____	A1. _____
A2. Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	A2. _____
A3. Cor da pele: (0) Branca (1) Negra (2) Parda (3) Indígena (4) Amarela (7) Ignorado	A3. _____
A4. Escolaridade: (0) Ensino Fundamental Incompleto (1) Ensino Fundamental Completo (2) Ensino Médio Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Superior Completo (5) Ensino superior Incompleto (6) Sem escolaridade (7) Ignorado	A4. _____
A5. Bairro de moradia: _____ Ignorado (999)	A5. _____
BLOCO B – Notificação	
B1. Ano de notificação: _____	B1. _____
B2. Notificação de HIV : (0) Não (1) Sim	B2. _____
B3. Notificação de AIDS : (0) Não (1) Sim	B3. _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título da Pesquisa: Incidência de HIV/AIDS na última década em um município da Região Metropolitana de Porto Alegre-RS

Objetivo: Descrever os casos de HIV/AIDS notificados e acompanhados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) pela Coordenação de Vigilância em Saúde, através do setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Sapucaia do Sul/RS no período de 2009 a 2018.

Período da coleta de dados: 03/06/2019 a 31/07/2019

Local da coleta: Coordenação de Vigilância em Saúde do município de Sapucaia do Sul/RS

Pesquisador/Orientador: Prof. Dr. Antônio Augusto Schafer

Telefone: (48)34312609

Pesquisador/Acadêmico: Sanay Laurentino Matos

Telefone: (51)999324537

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados no banco de dados do SINAN do município de Sapucaia do Sul/RS, em fichas de notificação de HIV/AIDS que respondam aos questionamentos elaborados no instrumento de coleta de dados para a pesquisa. Os dados serão obtidos através de relatórios operacionais no TABWIN HIV/AIDS, instalado no mesmo sistema de informação SINAN e elaboração de planilha em Software Excel 2016.

Concordam, igualmente, em:

Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;

Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;

Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;

Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;

Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.

Manter as informações em poder do pesquisador Sanay Laurentino de Matos por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
Orientador(a)	Pesquisador(a)
Assinatura	Assinatura
Nome: Antônio Augusto Schäfer CPF: 835.761.690-91	Nome: Sanay Laurentino Matos CPF: 038.085.639-58

Criciúma (SC), 13 de maio de 2019.

ANEXO (S)

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AÍDS (Pacientes com 13 anos ou mais)				
Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual			
	2 Agravado/ença AIDS		Código (CID10) B 24	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		8 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 - 1ª trimestre 2 - 2ª trimestre 3 - 3ª trimestre 4 - Idade gestacional Ignorado 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
	16 Número do Cartão SUS		18 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				
Aparelhos e Epidemiológicos	31 Ocupação			
	Provável modo de transmissão			
	32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado		33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado	
	34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Uso de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia	
Transfusão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroc conversão até 6 meses				
Informações sobre transfusão/acidente				
35 Data da transfusão/acidente		36 UF	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	
Código (IBGE)				
38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente				
Código				
39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica				
Dados do Laboratório	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado			
	Data da coleta		Data da coleta	
	Teste de triagem		Teste confirmatório	
	Data da coleta		Data da coleta	
Teste rápido 1		Teste rápido 2		
Data da coleta		Teste rápido 3		
Data da coleta		Data da coleta		

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

ANEXO B - CARTA DE ACEITE

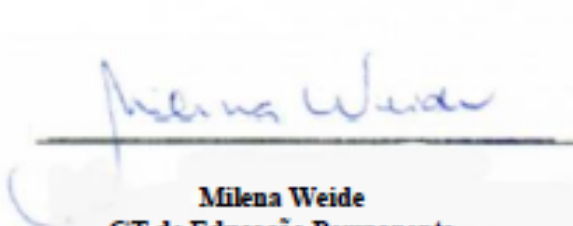


Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria Municipal de Saúde

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Venho por meio de esta autorizar a pesquisadora Sanay Laurentino de Matos, da instituição Universidade do Extremo Sul Catarinense a realizar a pesquisa intitulada "INCIDÊNCIA DE HIV/AIDS NA ÚLTIMA DÉCADA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE - R.S." com período de coleta de dados previsto para o período de Maio a Julho de 2019.

Sapucaia do Sul, 25 de abril de 2019



Milena Weide
GT de Educação Permanente
Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul

ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 3.344.722

CAAE: 13782719.8.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: ANTÔNIO AUGUSTO SCHAFER

Pesquisador (a): SANAY LAURETINO DE MATOS

Título: "INCIDÊNCIA DE HIV/AIDS NA ÚLTIMA DÉCADA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE-RS".

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 23 de maio de 2019.

Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP