

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE-ESCOLA GHC
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM
SAÚDE – ICICT

**AIDS NO RIO GRANDE DO SUL: CONHECENDO A SUBNOTIFICAÇÃO DE
CASOS ATRAVÉS DO RELACIONAMENTO DE BASES DE DADOS DE
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

CLARICE SOLANGE TEIXEIRA BATISTA

Porto Alegre

2015

CLARICE SOLANGE TEIXEIRA BATISTA

**AIDS NO RIO GRANDE DO SUL: CONHECENDO A SUBNOTIFICAÇÃO DE
CASOS ATRAVÉS DO RELACIONAMENTO DE BASES DE DADOS DE
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito de conclusão do curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Dra. Veralice Gonçalves

Co-orientador: Professor Me. Daniel Klug

Porto Alegre

2015

RESUMO

O objetivo deste estudo é conhecer a subnotificação de casos de AIDS no Rio Grande do Sul, no ano de 2007 a 2014 utilizando dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Controle de Exames Laboratoriais – SISCEL e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. Os três sistemas serão comparados, dois a dois, sendo considerados como notificados os casos confirmados no SINAN. A comparação será feita através do emparelhamento dos dados usando o Programa Reclink III. A subnotificação indica fragilidades nas ações de vigilância e compromete ações de saúde, uma vez que não se tem a real dimensão da doença na população.

Palavras-chave: AIDS. Sistema de informação. Subnotificação.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – População do Rio Grande do Sul conforme município de residência...	15
Figura 2 – Critério de definição de casos de AIDS em adultos.....	21
Figura 3 – Abrangência da rede laboratorial pública de CV e TCD4 no RS.....	27
Figura 4 – Representação gráfica da preparação dos dados.....	35
Figura 5 – Representação gráfica do processamento de dados no Reclink.....	38
Figura 6 – Representação gráfica do resultado o banco de dados relacionado...	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
AZT	Zidovudina
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CEVS	Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado
CRS	Coordenadorias Regionais de Saúde
DO	Declaração de Óbito
DST	Doença Sexualmente Transmissível
GAPA/RS	Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS no Rio Grande do Sul
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDNC	Lista de Doenças de Notificação Compulsória
LNC	Lista de Notificação Compulsória
MS	Ministério da Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
PRD	Programa de Redução de Danos
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamento
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV-AIDS
UVE	Unidade de Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	8
2.1	OBJETIVO GERAL.....	8
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
3	JUSTIFICATIVA	8
4	REFERENCIAL TEÓRICO	9
4.1	O CONTEXTO DA AIDS NO BRASIL E NO MUNDO.....	9
4.2	A AIDS NO RIO GRANDE DO SUL.....	14
4.3	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	17
4.4	NOTIFICAÇÃO.....	20
4.4.1	A ficha de notificação	23
4.5	SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	23
4.5.1	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN	24
4.5.2	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais – SISCEL	26
4.5.3	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM	28
4.5.4	Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM	29
4.6	RELACIONAMENTO DE BASE DE DADOS.....	30
4.7	MODELO PROBABILÍSTICO.....	31
4.7.1	Relacionamento Probabilístico de Registros – RECLINK	31
5	METODOLOGIA	32
5.1	DESENHO DO ESTUDO.....	32
5.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	33
5.3	FONTE DE DADOS.....	33
5.4	CONJUNTO DE VARIÁVEIS A SEREM UTILIZADAS NO ESTUDO.....	33
5.5	PREPARAÇÃO DOS BANCOS DE DADOS.....	34
5.6	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	36
5.7	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	36
5.8	RELACIONAMENTO PROBABILÍSTICO.....	36
5.9	ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	39
6	ASPECTOS ÉTICOS	39
7	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	40
8	CRONOGRAMA	41

9	ORÇAMENTO.....	41
	REFERÊNCIAS.....	42
	ANEXOS.....	47

1 INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)¹ ocorre devido à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e caracteriza-se pela destruição de uma certa classe de glóbulos brancos, denominados de linfócitos T4, que serve de suporte da imunidade celular. Sem condições de reagir, o organismo torna-se suscetível às chamadas “doenças oportunistas”.

Os primeiros casos foram registrados na década de 1980 nos Estados Unidos, e logo tornou-se uma epidemia com alta letalidade. Após três décadas, a AIDS continua um desafio para o meio científico, às políticas de saúde e à sociedade civil. Embora cada vez mais novas tecnologias tenham sido incorporadas, permitindo uma sobrevida maior ao paciente, ainda não se chegou à cura. Se, por um lado, os medos e preconceitos se mantêm, por outro, a mobilização de determinados segmentos da sociedade continuam a reivindicar ações mais efetivas do Estado para atender às demandas de assistência e de prevenção da AIDS.

Como outras doenças infecciosas, a AIDS é de notificação compulsória. Nessa notificação, são considerados os critérios clínicos e laboratoriais para serem registrados. O sistema de informação oficial para registro da notificação é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A vigilância epidemiológica, conforme a sua abrangência geográfica, processa e encaminha a informação ao gestor, cumprindo o objetivo de subsidiar o planejamento, avaliação e monitoramento das ações frente à epidemia de AIDS. Entretanto, problemas como a subnotificação ou o atraso de registro tendem a prejudicar a análise dos dados e distorcerem a informação.

Em 2013, o percentual de subnotificação chegou a 30,7% no Rio Grande do Sul, segundo o Ministério da Saúde (MS). Mesmo tendo suas especificidades, existem outros sistemas que permitem fazer o acompanhamento do paciente com AIDS, como o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Algumas estratégias têm se mostrado útil na qualificação da informação, como o relacionamento de base de dados (LUCENA et al., 2006; RIQUE, J.; SILVA, M.D.P, 2007).

¹AIDS é acrônimo de SIDA e vem da sigla inglesa *Acquired Immune deficiency Syndrome*. Por ser comumente usado no Brasil, Aids foi incluída no dicionário de língua portuguesa como palavra, com o seguinte significado: uma doença grave, transmitida por via sexual ou sanguínea, e caracterizada pela destruição ou pelo desaparecimento das reações imunitárias do organismo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a subnotificação de casos de AIDS com base em dados secundários de sistemas de informação em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apontar a subnotificação de casos de AIDS segundo os registros dos sistemas de informação de origem;
- b) elencar os municípios com maior número de subnotificação de casos de AIDS;
- c) identificar os estabelecimentos de saúde com maior índice de subnotificação de casos de AIDS.

3 JUSTIFICATIVA

Em 2004, o Ministério da Saúde utilizou o relacionamento de base de dados para recuperar os casos de AIDS que tiveram problemas de migração para uma nova versão do SINAN. Nesse processo, foram recuperados 41.201 casos registrados no SISCEL entre 2001 a 2004, que foram adicionados a 321.162 casos no SINAN, resultando num incremento de 11,4% casos de AIDS. O relacionamento de base de dados permitiu resgatar a informação em tempo oportuno e obter melhor visualização das tendências da epidemia de AIDS até o ano de 2003 (BRASIL, 2004).

Eu tive o primeiro contato com uma ferramenta de relacionamento de base de dados em 2007. A curiosidade me levou a querer entender essa lógica de cruzamento de dados devido à fragmentação dos sistemas de informação. Cada sistema de informação em saúde tem a sua função específica decorrente das especificidades da organização de saúde. Ferramentas que permitem fazer o relacionamento de base de dados possibilitam a integração e articulação entre os vários sistemas de informação em saúde.

Outro aspecto importante a ressaltar é que ainda não há cura para a AIDS, porém, com a utilização de tecnologias de detecção e tratamento feito, a AIDS tem adquirido um caráter de doença crônica (ALENCAR et al., 2006; REIS, 2004). A aquisição dos insumos de tratamento e de prevenção e a formação da rede de atenção, além do planejamento de várias outras ações, requerem o conhecimento da situação efetiva da doença, a fim de subsidiar com informações os gestores, os trabalhadores da saúde, os usuários e os movimentos sociais que se fazem presentes desde o início da epidemia de AIDS. As exigências de monitoramento e avaliação de projetos e ações direcionadas à doença aumentaram na medida em que a crise internacional afetou as agências financiadoras de programas para o combate à AIDS, principalmente na execução de projetos e aquisição de medicamentos. Se existem casos subestimados, não se tem a real dimensão da AIDS, podendo prejudicar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações, assim como na alocação de recursos.

Por sua vez, os sistemas de informação são importantes para contribuir no diagnóstico das necessidades de saúde de toda a população. Nesse sentido, torna-se essencial o registro de todos os casos, pois a subnotificação é uma das principais fragilidades do processo de implementação e de monitoramento da vigilância em saúde.

Com relação ao Rio Grande do Sul, os dados do Ministério da Saúde (2014) apontam que, em 2010, havia 23% dos casos de AIDS captados pelos SISCEL/SICLOM e pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que não estavam notificados no SINAN, mantendo esse percentual até 2012. Em 2013, esse número passou para 30,7%. Com base nesse apontamento, é necessário saber se esses percentuais se mantêm e onde estão ocorrendo as subnotificações, em quais municípios, e dentro desses em quais estabelecimentos de saúde, de forma a subsidiar intervenções conjuntas com a vigilância local.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O CONTEXTO DA AIDS NO BRASIL E NO MUNDO

No início da década de 1980, surgiu uma nova doença até então desconhecida na literatura científica e letal para quem a contraía. Essas pessoas

morriam de forma inusitada, com cânceres raros combinados a pneumonias comuns. Os primeiros casos foram identificados nos Estados Unidos da América, no Haiti e na África Central (BRASIL, 2005, p.9), entretanto tornou-se um desafio mundial para a área científica entender os mecanismos dessa doença que atacava a imunidade de determinados grupos de pessoas, quase exclusivamente homossexuais masculinos (BASTOS; GALVÃO; PARKER, 1994 p. 15). Em 1982, os cientistas a denominaram mundialmente pela sigla AIDS (*acquired immune deficiency syndrome*/síndrome da imunodeficiência adquirida) (BRASIL, 2005, p.10).

Ao se tornar uma epidemia, a AIDS propiciou mudanças significativas não só no campo da saúde, como também o engajamento de movimentos sociais e, sobretudo, uma maior visibilidade a questões relacionadas à sexualidade² (BASTOS; GALVÃO; PARKER, 1994 p. 19). Diante disso, a disseminação de conhecimentos relacionados à doença dependia de uma inter-relação de mecanismos locais, nacionais e globais de elaboração e apropriação de novas tecnologias (BRASIL, 2005, p. 5).

Nessa mesma década, o Brasil passou por um processo de abertura política, exilados políticos retornaram ao país, e discussões sobre direitos e cidadania se tornaram cada vez mais presentes ampliando-se para os movimentos sociais, que teriam um papel relevante na formulação das políticas de saúde para AIDS.

[...] é de poder, então, que trata (também) a AIDS. Poder questionar, equacionar, interrogar e poder reunir as forças e recursos necessários para responder à indignação que causa esse agravo à saúde. Temos assim na AIDS, inerentemente, um assunto político (PARKER et al., 1994, p. 41).

Como as doenças não reconhecem fronteiras, o primeiro caso de AIDS no Brasil ocorreu em 1982 no estado de São Paulo. Os questionamentos começaram a surgir, e uma grande pressão, também, por parte dos estados e municípios por uma diretriz em nível nacional (MONTEIRO; VILLELA, 2009, p. 35). Em 1985, o Ministério da Saúde decidiu criar essas diretrizes, a partir de uma portaria, para o Programa de Controle de AIDS, vinculado à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (BRASIL, 1985).

² “And The Band Played On” (E a vida continua), filme produzido nos EUA e lançado em 1993, serve para ilustrar o período. História baseada no livro de não ficção de Randy Shilts com direção de Roger Spottiswoode e produção de Sara Pillsbury e Midge Sanford. 141 min. Distribuição HBO.

Se antes a AIDS estava distante do Brasil, personalidades como artistas, escritores e cantores estavam contraindo-a e morrendo por causa dela. A mídia abriu espaços para noticiar esses acontecimentos e trouxe uma onda de pânico e preconceito.

[...] herdando a memória da peste, incorporando a experiência cotidiana com gripes e resfriados, o imaginário bíblico sobre a lepra, os medos arquetípicos de contaminação, a AIDS desencadeou reações de pânico e medo de contágio desproporcionais em relação ao grau de transmissibilidade que lhe é atribuído pela pesquisa médica e epidemiológica (PARKER et al., 1994, p.34).

Como o EUA, o Brasil também adotou definição de “grupo de risco”³ para homossexuais masculinos, bissexuais masculinos, hemofílicos e politransfundidos (BRASIL, 1985). O problema de controle sobre os hemoderivados resultou em 62% de pacientes expostos a sangue contaminado, entre eles o ativista e sociólogo Herbert de Souza, um hemofílico que contraiu o vírus da AIDS numa transfusão sanguínea. O “Betinho”, como ele era chamado, fazia campanha pela cidadania e contra a fome, e foi um dos ícones na luta contra a AIDS naquela década.

À medida que aumentou o conhecimento sobre a doença, tornaram-se importantes medidas de prevenção e de controle. As informações passaram a circular na forma de publicações de manuais técnicos, com recomendações para profissionais de saúde, na elaboração de boletins epidemiológicos com distribuição para todo o país, nas campanhas de sensibilização da população, além de estabelecimento de medidas para a vigilância epidemiológica (PARKER et al., 1994, p. 43). Na perspectiva clínica, foram estabelecidos critérios para a definição de casos de AIDS, além da incorporação de sistemas classificatórios e dados laboratoriais de sorologia para a detecção de anticorpos anti-HIV (BRASIL, 2005, p. 11).

Em 1986, o Banco Mundial começou a investir em projetos, sendo criado o Programa Global de AIDS da Organização Mundial de Saúde, atualmente chamado de UNAIDS. Essa organização alocou recursos principalmente em países em desenvolvimento que tinham uma alta prevalência (PARKER, 1999, p. 8).

Com a possibilidade de aporte de recursos financeiros internacionais e pressão da sociedade civil, o governo brasileiro precisou desenvolver estratégias

³ Este termo foi revisto posteriormente para abranger ações de prevenção à população em geral.

mais ousadas (BRASIL, 2005, p. 9) Os medicamentos para tratamento e profilaxia das infecções oportunistas já eram ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas ainda não eram suficientes para conter os óbitos por AIDS, uma vez que não havia ainda um tratamento específico para a doença.

[...] nesse período, a AIDS não tinha tratamento. Tudo o que fazíamos era observar, identificar sintomas e sinais e diagnosticar, para tratar, as doenças oportunistas. Era a pneumonia por *Pneumocystis carinii* (hoje *Jiroveci*), a meningite por *Cryptococcus*, a toxoplasmose cerebral, acolite e a retinite por Citomegalovírus, etc. Na verdade, elas vinham, na maioria, em sequência até o fim (BARCELLOS; SIVIERO, 2008, p.26).

Mesmo com a definição de diretrizes para o Programa de Controle de AIDS, que pretendia potencializar as ações de prevenção e assistência em nível local, as divergências políticas e as dificuldades de diálogo entre a sociedade civil e o governo estavam presentes. A partir de 1992, houve mudanças na condução do Programa e do confronto: as ações passaram a ser colaborativas entre todos os atores envolvidos, criando condições para alcançar os objetivos e trazendo notoriedade internacional (BASTOS; GALVÃO; PARKER, 1994 p. 46).

Em empréstimos firmados desde 1993, o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) já havia repassado quase U\$\$ 500 milhões para o Brasil. Em 2010, o Ministério da Saúde e o BIRD assinaram um acordo de financiamento de U\$\$ 133 milhões de contrapartida nacional e U\$\$ 67 milhões, pelo BIRD, totalizando U\$\$ 200 milhões. O repasse desses recursos foi condicionado ao cumprimento de metas pelos Estados e Municípios (BRASIL, 2010).

No início da década de 1990, o Programa de Doença Sexualmente Transmissível (DST/AIDS) adquiriu e distribuiu gratuitamente o medicamento Zidovudina (AZT)⁴ para os portadores do HIV/AIDS, sendo essa a primeira medicação específica para tratar a doença. Posteriormente, essa tecnologia foi absorvida e o medicamento passou a ser de produção nacional. Também foram elaboradas recomendações técnicas para terapia antirretroviral (BRASIL, 2005, p. 8-13).

Segundo Parker (1994, p. 34), pouco se sabia sobre as condições de transmissão. O medo do contágio também atingiu aos profissionais de saúde; havia

⁴ O AZT foi sintetizado em 1964, como uma droga anticâncer, entretanto mostrou-se ineficaz no combate da doença. Patenteada pela GLAXO WELCOME, logrou uma grande produção depois da descoberta do seu potencial contra o HIV.

inúmeros relatos de recusa em atender pessoas que assumissem ser soropositivas. Houve a necessidade de fomentar a criação de uma rede assistencial especializada em todas as regiões do país, como Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Hospital-dia, casas de apoio e Organizações não Governamentais (ONGs).

Em 2009, da previsão orçamentária do Programa Nacional de DST/AIDS de R\$ 1.430 milhões, 75,8% foram destinados à compra de medicamentos Antirretrovirais, com um aumento de 16% em relação ao ano anterior (SANTOS, 2010, p. 70).

Também ocorreu a implantação da rede nacional de laboratórios para a realização de exames de quantificação de carga viral e de contagem de linfócitos TCD4 em 1998. Para fins de vigilância, os critérios de Definição de Casos de AIDS foram revistos na década de 1990, e estabelecidas legislações mais rígidas para o controle dos hemoderivados⁵ (BRASIL, 1993) devido à pressão da sociedade civil, dos processos movidos pelas vítimas de AIDS por transfusão contra a união e pelo avanço das políticas estaduais (SANTOS; MORAES; COELHO, 1994, p. 312).

Dados do Boletim Epidemiológico Nacional de AIDS (BRASIL, 2014) mostram que houve 757.042 casos de AIDS notificados até junho do mesmo período, sendo que só nos últimos 14 anos foram 545.592 notificações. A taxa de detecção de casos no ano de 2013 fechou em 20,4 por 100.000 habitantes, totalizando 39.501 casos novos. Já o número de óbitos até 2013 foi de 278.306, com um coeficiente de mortalidade 5,7 por 100.000 habitantes. O acumulado de óbitos de 2000 a 2013 ficou em 148.862. Fazendo um retrospecto ao ano de 1995, somente nesse ano havia 20.958 casos notificados no Brasil, com taxa de detecção de 13,4 (por 100.000 hab.). Para o mesmo ano, foram registrados 15.156 óbitos. Comparando esses mesmos dados ao ano de 2013: 39.501 casos notificados, taxa de detecção de 20,4 e número de óbitos no mesmo período 12.431. O Programa de DST/AIDS tem se destacado por suas estratégias, mas mesmo assim continua a manter patamares elevados da doença, e em algumas regiões e estados brasileiros, a exemplo do estado do Rio Grande do Sul.

⁵ Lei nº 7.649 de 1988 – Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando prevenir a propagação de doenças, incluindo a Infecção do HIV; Portaria nº 721/GM de 1989 – Aprova Normas Técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, com alterações na Portaria nº 2.135/1994; Portaria nº 2.009/MS/GM de outubro de 1996.

4.2 A AIDS NO RIO GRANDE DO SUL

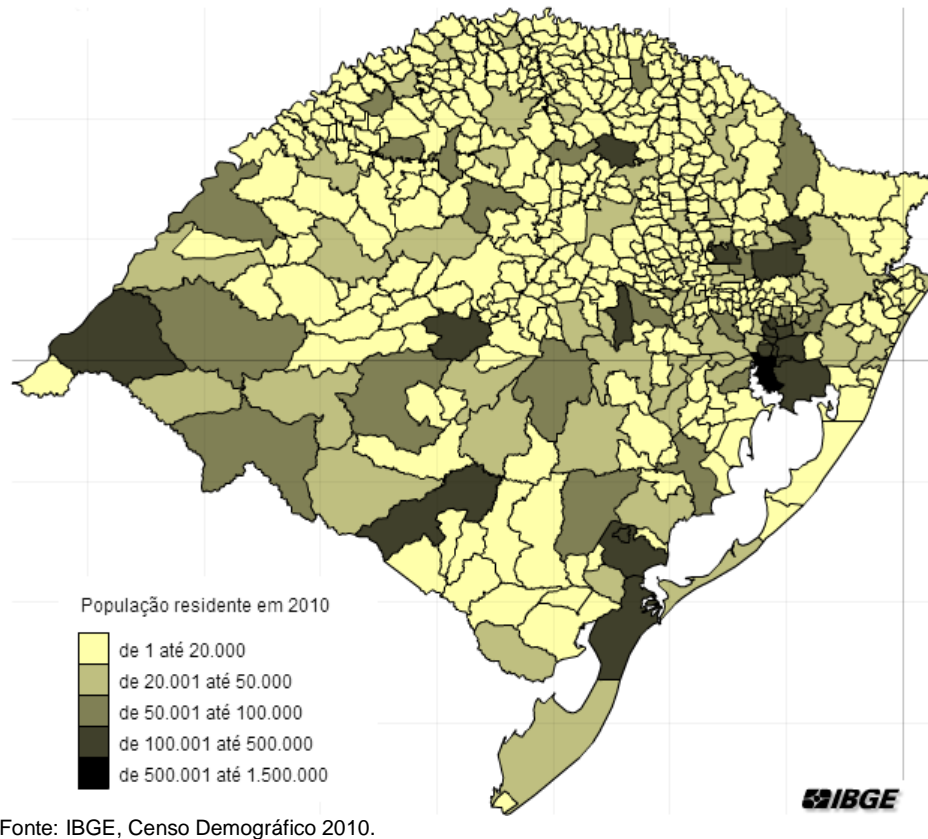
O estado do Rio Grande do Sul fica no extremo sul do Brasil, compõe-se de 497 municípios, numa área de 2871.731.445 Km², com uma densidade demográfica de 37,96 hab./km². Em 79,7% dos municípios, há menos de 20.000 habitantes. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 a população total do Estado era de 10.693.929, com estimativa de crescimento de 4,9% até 2015. A maior concentração está na região metropolitana, que compreende Porto Alegre (capital do estado). A densidade demográfica média dessa região é de 389,7 hab./km². São nove municípios com mais de 100.000 habitantes dos 34 que compõem essa região.

Tabela 1 – Municípios com população superior a 100 mil habitantes. RS, 2010

Município	COREDE	População
Porto Alegre	Metropolitano Delta do Jacuí	1.409.351
Caxias do Sul	Serra	435.564
Pelotas	Sul	328.275
Canoas	Vale do Rio dos Sinos	323.827
Santa Maria	Central	261.031
Gravataí	Metropolitano Delta do Jacuí	255.660
Viamão	Metropolitano Delta do Jacuí	239.384
Novo Hamburgo	Vale do Rio dos Sinos	238.940
São Leopoldo	Vale do Rio dos Sinos	214.087
Rio Grande	Sul	197.228
Alvorada	Metropolitano Delta do Jacuí	195.673
Passo Fundo	Produção	184.826
Sapucaia do Sul	Vale do Rio dos Sinos	130.957
Uruguaiana	Fronteira Oeste	125.435
Santa Cruz do Sul	Vale do Rio Pardo	118.374
Cachoeirinha	Metropolitano Delta do Jacuí	118.278
Bagé	Campanha	116.794
Bento Gonçalves	Serra	107.278

Fonte: IBGE – Censo Demográfico, 2010.

Figura 1 – População do Rio Grande do Sul conforme município de residência



Segundo Loureiro (2008, p. 9), os primeiros casos de AIDS foram notificados à Secretaria Estadual da Saúde (SES) em 1983, sendo o primeiro no Hospital Vila Nova. A notificação do caso se deu por telefone à Divisão de Controle de Doenças da SES, e a confirmação do diagnóstico ocorreu através da necropsia realizada pelo serviço de Patologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esse caso suscitou a discussão entre técnicos da Secretaria, chegando à identificação de outro possível caso de um paciente internado no Hospital Sanatório Partenon com um quadro de tuberculose de evolução totalmente atípica. Esse segundo caso foi notificado no mesmo mês. Naquela época, o Serviço de Dermatologia Sanitária era responsável pela vigilância epidemiológica das doenças sexualmente transmissíveis (atualmente, é denominado Ambulatório de Dermatologia Sanitária – ADS). Esse serviço tinha a finalidade de investigar e registrar os casos de AIDS. A divulgação dos casos pela mídia despertou a curiosidade da população e colocou o Rio Grande do Sul nas estatísticas da doença.

Como em São Paulo, o ativismo também se capilarizou para o RS. Alguns movimentos sociais se institucionalizaram, como o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS no Rio Grande do Sul (GAPA/RS), o Grupo de Mútua Ajuda – NUANCE, entre

outros, que lutavam contra o preconceito e o estigma que a sociedade impunha, principalmente a grupos de homossexuais e travestis, e de profissionais do sexo. Além disso, esses movimentos demandavam do governo local uma política mais efetiva de enfrentamento a AIDS (BRASIL, 2005, p.12; SEFFNER, 2008, p.155).

Com uma maior demanda, os serviços de saúde precisaram se estruturar para o atendimento. Inicia-se uma descentralização progressiva, não só de dispensação de medicamentos, como de implantação e implementação do serviço de saúde em AIDS. Com isso amplia-se o diagnóstico da infecção pelo HIV e outros profissionais são incorporados às equipes, como psicólogos, assistentes-sociais e psiquiatras a fim de contribuir numa abordagem de acolhimento e escuta ao usuário, formando um elo entre prevenção e assistência (MONDINI; ESCOBAR, 2008, p. 37).

O uso de preservativos passou a ser “a regra do jogo”: campanhas evocavam essa temática, o Programa Nacional de DST/AIDS adquiriu em larga escala desse insumo para distribuir gratuitamente à população sob olhares atentos de segmentos religiosos conservadores (TEIXEIRA, 1997, p.51; GALVÃO, 1997, p. 112). O uso do preservativos ainda continua sendo uma estratégia de prevenção. No ano de 2014, a Secretaria da Saúde do Estado, através da Coordenação Estadual de DST/AIDS, disponibilizou 32.913.654 unidades de preservativos masculinos, 769.677 unidades de preservativos feminino, bem como 1.376.217 unidades de gel lubrificantes, conforme dados do Relatório Anual de Gestão do mesmo ano.

Nessa mesma lógica de prevenção, temas polêmicos passaram a ser discutidos e repensados na década de 90, como o uso de drogas injetáveis, já que no Rio Grande do Sul havia essa peculiaridade. Os dados epidemiológicos mostravam um aumento de casos de AIDS em usuários de drogas devido ao compartilhamento de seringas. Em 1996, o Programa de Redução de Danos (PRD) passou a ser executado no município de Porto Alegre, ainda como um projeto. A interlocução dos agentes redutores de danos com os usuários tinha o objetivo de criar vínculo, sem estabelecer a lógica da abstinência, e sim de encaminhar para o uso responsável que atendesse o direito do indivíduo e, ao mesmo tempo, reduzisse a cadeia de transmissão do vírus (SIQUEIRA et al., 2007 p. 51). Os dados epidemiológicos de 2013 apontam uma redução nos casos de AIDS por uso de drogas injetáveis no Rio Grande do Sul, porém ainda correspondem a 9% dos casos notificados. Em 2014, a Comissão Bipartite do RS elaborou a Resolução nº 234/2014 que trata da participação intersetorial entre Saúde Mental, Atenção Básica

e a política de DST/AIDS na formulação de estratégias relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

As mudanças político-sociais no Brasil foram se constituindo e estabelecendo outras relações, novos atores, novos mecanismos de prevenção, de assistência e de tratamento. A AIDS, por sua vez, se constituiu como uma doença de grande magnitude, necessitando de instrumentos que norteassem as ações de prevenção e controle da doença.

O Rio Grande do Sul, até junho de 2014, acumulou 76.319 casos notificados de AIDS. Nos últimos 14 anos, foram 65.852 casos de AIDS registrados. 4.443 casos somente em 2013, com uma taxa de detecção de 41,3 por 100.000 habitantes. O número de óbitos com causa básica de AIDS até 2013 foi de 26.597, um coeficiente de mortalidade de 11,2 por 100.000 habitantes, sendo que somente em 2013 ocorreram 1.418 óbitos.

Tendo em vista que a taxa de detecção e o coeficiente de mortalidade de AIDS no Rio Grande do Sul é o dobro da taxa e do coeficiente nacional, e que o número de casos acumulados no estado representa 50,3% dos casos acumulados da região Sul, o Ministério da Saúde e o estado do Rio Grande do Sul, através da Secretaria da Saúde do Estado, assinaram um acordo de cooperação no ano de 2013, com validade de dois anos, podendo ser prorrogado até 2016. Esse acordo tem o objetivo geral de construir uma agenda interfederativa, visando responder à situação epidemiológica da AIDS no estado. Um dos enfoques é o aumento da capacidade e eficiência dos serviços de saúde. Existe, também, a responsabilidade do Estado em promover ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a gestão do sistema de informação de vigilância em saúde de âmbito estadual e que possibilita análise da situação de saúde e ações de promoção em saúde.

4.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Nos anos iniciais, havia pouca informação sobre o real número de casos de AIDS que estavam ocorrendo no Brasil. Por ser uma doença imunodepressora com manifestações clínicas diversas, as tecnologias de diagnóstico laboratorial eram limitadas, assim como o conhecimento dos profissionais de saúde. Para a mídia, a

ocorrência de um caso era motivo de notícia, por vezes, preconceituosa e sensacionalista.

Com o estabelecimento de normas técnicas como a “Definição de Casos de AIDS”, procedimentos foram uniformizados e permitiram a comparabilidade dos dados e informações e, ainda hoje, ocorrem revisões periódicas, novos protocolos são discutidos e condensados por técnicos em nível nacional e internacional, visando melhorar o diagnóstico da doença. Com isso, a vigilância epidemiológica de AIDS torna-se um meio eficaz na produção de informação.

Segundo o Ministério da Saúde, a vigilância epidemiológica é um conjunto de atividades que geram informações indispensáveis para conhecer, detectar e prevenir mudanças que ocorrem no processo saúde-doença. Além de gerar, a vigilância epidemiológica deve promover o uso dessas informações, pois através delas é possível a promoção de medidas oportunas para evitar a disseminação da doença, assim como avaliar as ações desenvolvidas (BRASIL, 2005; PEREIRA, 2005, p.450).

A descentralização da vigilância epidemiológica de AIDS iniciou em 1999 e ocorreu gradativamente. A coleta de fichas, o arquivamento e a digitação de casos ficaram sob a responsabilidade das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRSs), e, posteriormente, das Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVEs) Municipais, considerando que essa é a base geradora da informação.

O processo de descentralização dos municípios culmina numa mudança nos espaços de execução das ações, em que os problemas de saúde e suas abordagens se especificam, em que os diagnósticos decorrentes desse processamento descentralizado permitem o conhecimento da situação em diferentes áreas dentro do município.

Conforme Drumond Jr.,

Em decorrência desse deslocamento podem surgir dificuldades, tanto no instrumental adequado ao nível municipal, e em especial distrital e local, quanto na capacitação das equipes de saúde para a atuação nestes níveis (2011, p.75).

Desde 1975, a vigilância epidemiológica já se constituía dentro de um Sistema Nacional de Vigilância, com base na Lei nº 6.259 e do Decreto nº 78.231 de agosto de 1976, que regulamentou a organização do Sistema de Vigilância em todo o território nacional e das funções que constituem o Sistema Nacional de Vigilância

Epidemiológica. Ao estado e regiões cabe supervisionar, controlar, avaliar e apoiar a execução de ações em seu território. Das funções da UVE: o recebimento de notificações, o cumprimento de normas comunicadas pelo órgão microrregional, registrar e transmitir informações sobre a ocorrência de doenças àquele órgão, executar as investigações epidemiológica e ações de profilaxia decorrentes delas, supervisionar a atuação de postos locais de notificação e de estabelecer as vinculações necessárias com os demais agentes de notificação, informando-os dos resultados decorrentes de suas notificações. Para os postos de notificações, cabe receber e buscar informações sobre casos confirmados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória e notificar a ocorrência à vigilância epidemiológica.

A vigilância epidemiológica de casos de infecção pelo HIV visa uma melhor caracterização e monitoramento de tendências, perfil epidemiológico, riscos e vulnerabilidades na população infectada, com vistas a aprimorar a política pública de enfrentamento da epidemia (BRASIL, 2014, p.5).

As informações básicas para o funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica são as notificações compulsórias das doenças (BRASIL, 2014a), as declarações e atestados de óbitos, além dos resultados de estudos epidemiológicos pelas autoridades sanitárias. Compete à vigilância epidemiológica receber as notificações de casos e agravos definidos na Lista de Notificação Compulsória (LNC).

Para fins de vigilância, os casos de AIDS são confirmados quando obedecem aos critérios estabelecidos pelo MS (Figura 2), devendo ser notificados e registrados no SINAN. O diagnóstico clínico e acompanhamento do tratamento prescrito ao paciente podem ser feitos no nível de atenção primária, assim como o teste rápido anti-HIV que detecta o HIV em até trinta minutos. Já o exame de TCD4 e de carga viral, que complementa o diagnóstico clínico nos casos HIV, é realizado principalmente na rede pública laboratorial que recebe insumos com essa finalidade.

Os pacientes identificados com infecção HIV são encaminhados para realizar os exames de contagem de TCD4 e de Carga Viral. O resultado desses exames é registrado pelo Laboratório no SISCEL. Os pacientes com TCD4 abaixo de 350 cel/mm³, e/ou em tratamento de antirretroviral (TARV), realizam até três exames ao ano com o objetivo de avaliar e monitorar o benefício da terapia antirretroviral (ARV), avaliar a adesão ao tratamento, assim como avaliar a falha terapêutica.

Os pacientes com prescrição para uso de medicação se vinculam a uma Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM); são cadastrados no SICLOM daquela unidade. Esse sistema faz o acompanhamento individualizado do paciente que recebe da rede pública os medicamentos antirretrovirais, independente de ser acompanhado na rede privada, sendo o acesso universal e o cadastro no SICLOM obrigatório.

As principais fontes de captação de casos de AIDS são os Serviços de Atendimento Especializados de AIDS, Centro de Atendimento de Doenças Infecciosas, Centro de Testagem e Aconselhamento, Ambulatórios, Hospitais, Organizações Não Governamentais e Unidades Básicas de Saúde. Nas ações de campanhas de prevenção contra a AIDS realizadas em praças e locais de grande circulação de pessoas, existe a orientação às pessoas cujo resultado foi positivo para HIV de que acessem o serviço de saúde mais próximo.

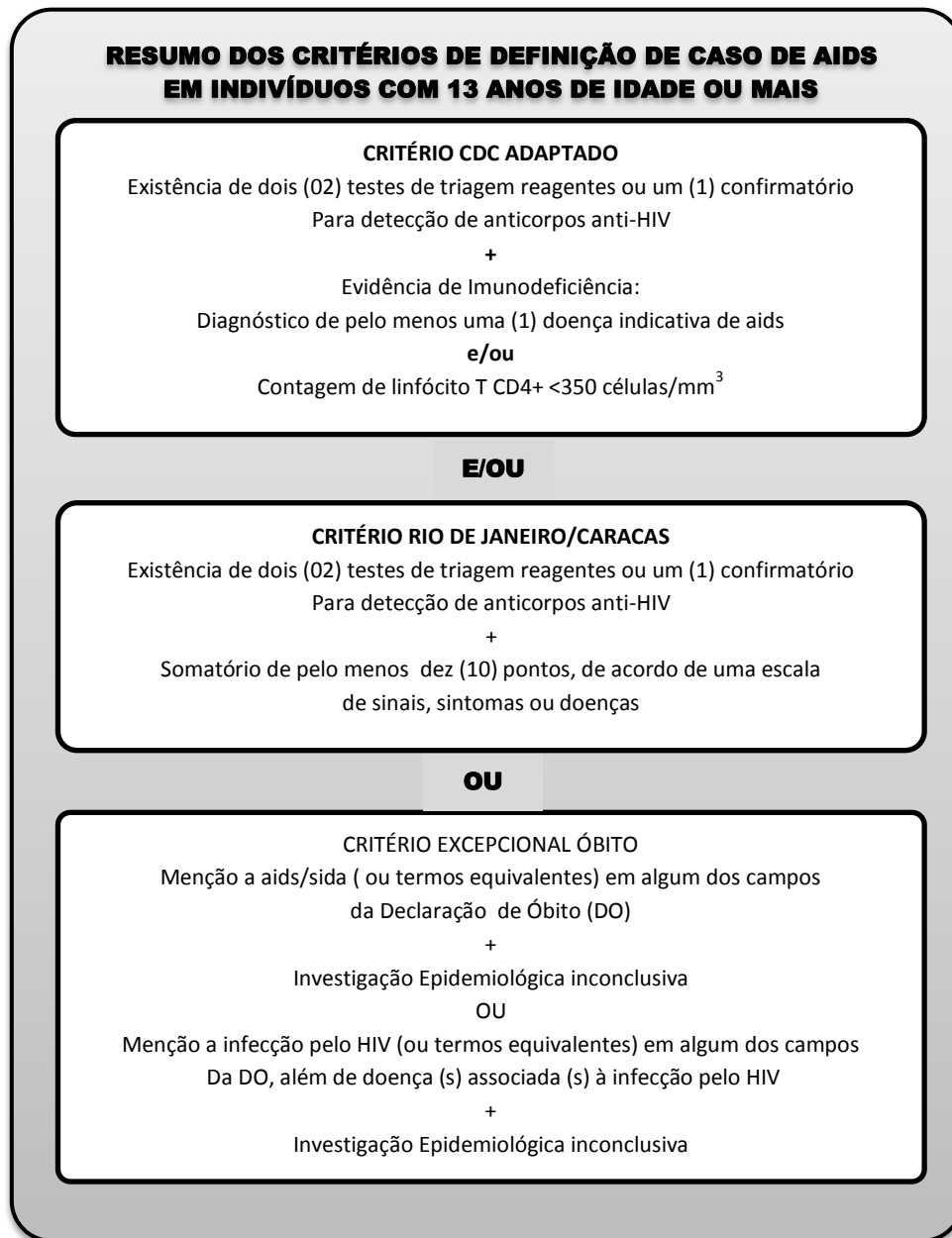
Os serviços de assistência fazem a captação e identificação dos casos de AIDS. Aos profissionais de saúde cumpre acompanhar o paciente com a investigação clínica, laboratorial e epidemiológica, registrar essas informações na Ficha de Notificação/Investigação de AIDS, e encaminhar a vigilância epidemiológica do município para que ela faça a digitação da ficha no SINAN e consolide os dados para retroalimentar os serviços com informações epidemiológicas.

4.4 NOTIFICAÇÃO

Em 1986, a AIDS foi incluída na relação de doenças de notificação compulsória no território nacional através da Portaria nº 542. O Ministério da Saúde já havia padronizado um modelo de ficha de notificação para AIDS no ano anterior. Os critérios de notificação estavam alinhados aos critérios de definição de caso, sendo esses critérios diferentes para crianças em idade até 13 anos e para adultos com idade superior a 13 anos (BRASIL, 2003).

Os critérios para AIDS em adultos determinam que esses casos sejam confirmados de acordo com o “Critério Rio de Janeiro/Caracas”, que estabelece uma pontuação para as doenças, sinais e sintomas; “Critério CDC adaptado”, que considera a contagem de CD4 inferior a 350 células/mm³ de sangue (nos EUA é considerado abaixo de 200 células); e “Critério Excepcional Óbito”, caso o paciente tenha ido a óbito e não tenha sido possível notificá-lo pelos critérios anteriores.

Figura 2 – Critério de definição de casos de AIDS em adultos



Fonte: MS/SVS/ PN DST-AIDS.

Na Lista de Notificação Compulsória – LNC, além da relação de doenças que devem ser notificadas, são definidos prazos, fluxos, critérios, responsabilidade e atribuições aos profissionais de saúde referentes à notificação de casos. Essa lista é revisada periodicamente com a inclusão de novos agravos, sendo que a última publicação feita da Portaria nº 1271 corresponde a junho de 2014, que inclui a notificação de casos HIV+.

No capítulo I, artigo 2º, inciso VI da Portaria nº 1271, a notificação compulsória é definida como:

Comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde, ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doenças, agravos ou eventos de saúde pública [...].

No artigo 3º do capítulo II e alínea 2º são apresentadas as instituições que devem comunicar a doença à autoridade de saúde.

A comunicação da doença agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

De acordo com o núcleo de planejamento da Coordenação Estadual de DST/AIDS, a rede de assistência pública em AIDS no Rio Grande do Sul é composta por 74 Serviços de Atendimento Especializado (SAE), 53 cadastrados no CNES, 30 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 8 Unidades Laboratoriais, 55 Unidades Dispensadoras de Medicamentos e 23 ambulatórios. Há ainda uma Coordenação Regional de AIDS em cada uma das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, e uma coordenação municipal para cada um dos 497 municípios.

Com a cronificação da doença nos últimos anos, a Secretaria da Saúde do Estado tem buscado ampliar essa rede de assistência, incluindo a atenção primária no compartilhamento da atenção e cuidado. Além disso, existe a incorporação de novas tecnologias de testagem que agilizam o diagnóstico alinhando-se às diretrizes do Ministério da Saúde que buscam ampliar o acesso ao diagnóstico. Segundo dados da Secretaria Estadual da Saúde, em 2014 foram realizadas capacitações no manejo do diagnóstico do HIV para profissionais de saúde da atenção básica. Dados do núcleo de redes da Coordenação Estadual de DST/AIDS informam que, até abril

de 2013, foram capacitados 1.178 profissionais de saúde para a realização do teste rápido anti-HIV, chegando a uma cobertura de 90% dos serviços.

4.4.1 A ficha de notificação

Se na primeira década havia poucos casos no Rio Grande do Sul, a vigilância epidemiológica ainda era centralizada. Na década de 1990, as coisas começam a mudar e, para agilizar o sistema de informação, é incorporada a informatização dos casos de AIDS, sendo nesse sistema inseridos os dados da ficha de notificação de AIDS.

A última atualização da ficha de notificação ocorreu em junho de 2006. São 48 campos principais de preenchimento que compõem os seguintes eixos: dados sociodemográficos, antecedentes epidemiológicos, dados laboratoriais, critério de definição de caso, tratamento, evolução e dados do investigador do caso. Após o preenchimento pela unidade notificante, esse instrumento é encaminhado para ser registrado no Sistema Informatizado da Vigilância Epidemiológica local.

Segundo Gonçalves et al. (2008 p.356), a subnotificação de casos de AIDS representa um dos principais problemas da vigilância epidemiológica da AIDS. Ela ocorre quando um caso não é notificado no sistema de informação, ou ocorre fora do período estabelecido, mesmo tendo preenchido os critérios estabelecidos pela vigilância. Tal situação denota falhas nos canais de informação e nas redes de comunicação comprometendo o sistema (CARVALHO et al; 2011). Portanto, a notificação é uma medida da sensibilidade do sistema de vigilância (BRASIL, 2002).

4.5 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A complexidade de funções e atividades torna a informação um recurso estratégico (BRANCO, 2006), pois a produção e análise da informação servem de suportes básicos na tomada de decisão (CARVALHO, 1998).

No âmbito da saúde, sistemas de informação são fundamentais para a organização e operacionalização dos serviços, além de serem necessários para a investigação e o planejamento visando ao controle de doenças.

A descentralização e a democratização da informação são possíveis à medida que a informação é disponibilizada aos profissionais de saúde e a comunidade via

portais da saúde, como o portal do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, em publicações de boletins epidemiológicos⁶, entre outros, respeitando o compromisso ético no sigilo de informações pessoais do paciente.

Estabelecidas a finalidade e a importância do sistema de informação em saúde, a atenção é dada ao capítulo II do artigo 6º da Portaria 1271 de 2014, a qual trata do sistema de informação em saúde.

A notificação compulsória, independente da forma como for realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecidos pela SVS/MS.)

Os sistemas informatizados em saúde são muitos, no entanto será dado o enfoque nos sistemas SINAN, SISCEL /SICLOM e SIM abaixo descritos, que estão relacionados ao estudo.

4.5.1 Sistema de Informação de Agravos de Notificação –SINAN

Esse sistema foi concebido pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), vinculado à Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), com apoio técnico do DATASUS e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte para ser operado a partir das unidades de saúde, considerando o objetivo de coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, desde o nível local. Sua implantação ocorreu de forma gradual nas unidades federativas e municípios, em 1993, mas sem sucesso. Em 1998, o CENEPI assumiu a gestão do sistema, desenvolveu instrumentos, definiu novos fluxos e um novo *software* para SINAN em nível nacional (BRASIL, 2006, p.6). O uso do sistema passou a ser obrigatório em todo o território nacional. Em 2003, o CENEPI foi extinto e essas atribuições ficaram com a Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde – SVS.

A primeira versão do SINAN foi substituída em 1998, pelo SINAN-WINDOWS, que recebeu a migração de toda a base de dados de AIDS anterior. Em 2006, foi introduzido o SINAN-NET, sem a respectiva migração. Hoje, trabalha-se com duas bases de dados: SINANWin (casos até 2006) e SINANNET (a partir de 2007). Dentro

⁶O primeiro Boletim Epidemiológico de AIDS foi publicado em abril de 2001. Desde então ocorrem publicações anuais periódicas que são apresentadas à mídia no dia 1º de dezembro de cada ano, em função do dia mundial da luta contra a AIDS. A análise é feita de junho do ano anterior a junho do ano da publicação.

do SINANNET, compõem-se vários agravos. No caso da AIDS, ocorrem a separação do Agravado AIDS adulto para um arquivo e AIDS Criança para outro arquivo, assim como existem os arquivos de tuberculose, hanseníase, entre todos listados na Lista de Doenças de Notificação Compulsória (LDNC).

No SINAN, são registradas as notificações e investigações de casos de doenças e agravos que constam da LDNC, sendo a AIDS uma dessas doenças. Segundo o Ministério da Saúde (2008):

Sua utilização efetiva permitirá a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo, assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

Na Instrução Normativa SVS/MS nº 2 (BRASIL, 2005), constam as competências de gestão, de estruturação e operacionalização do sistema de informação epidemiológica informatizada para as três esferas de governo.

Onível federal estabelece as diretrizes e normas técnicas, dando apoio técnico às unidades federadas para utilização e operacionalização do SINAN. O apoio técnico também ocorre em nível estadual para o municipal. No Rio Grande do Sul, o Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado (CEVS) consolida os dados, recebidos pela Vigilância Epidemiológica das Coordenadorias Regionais de Saúde, e essas fazem o mesmo em relação aos dados recebidos da Unidade de Vigilância do Município. A vigilância epidemiológica do município presta apoio técnico às unidades notificantes e retroalimenta o sistema.

Os dados são enviados a partir de prazos estabelecidos pela SVS, sendo transferidos em arquivos zipados a cada nível hierarquicamente superior. Cada região tem as informações referentes à sua área de abrangência. Essa cadeia de informação tem um papel importante na qualificação do dado e na disseminação da informação, principalmente em nível local com as unidades de saúde, onde ocorre o preenchimento da ficha de notificação, e do registro dessa ficha no SINAN, pois as correções de preenchimento só podem ser feitas neste primeiro nível.

O sistema contém informações epidemiológicas relevantes, que têm sido utilizadas para caracterizar a dinâmica da epidemia, assim como para subsidiar as ações de prevenção e controle da doença.

4.5.2 Sistema de Controle de Exames Laboratoriais – SISCEL

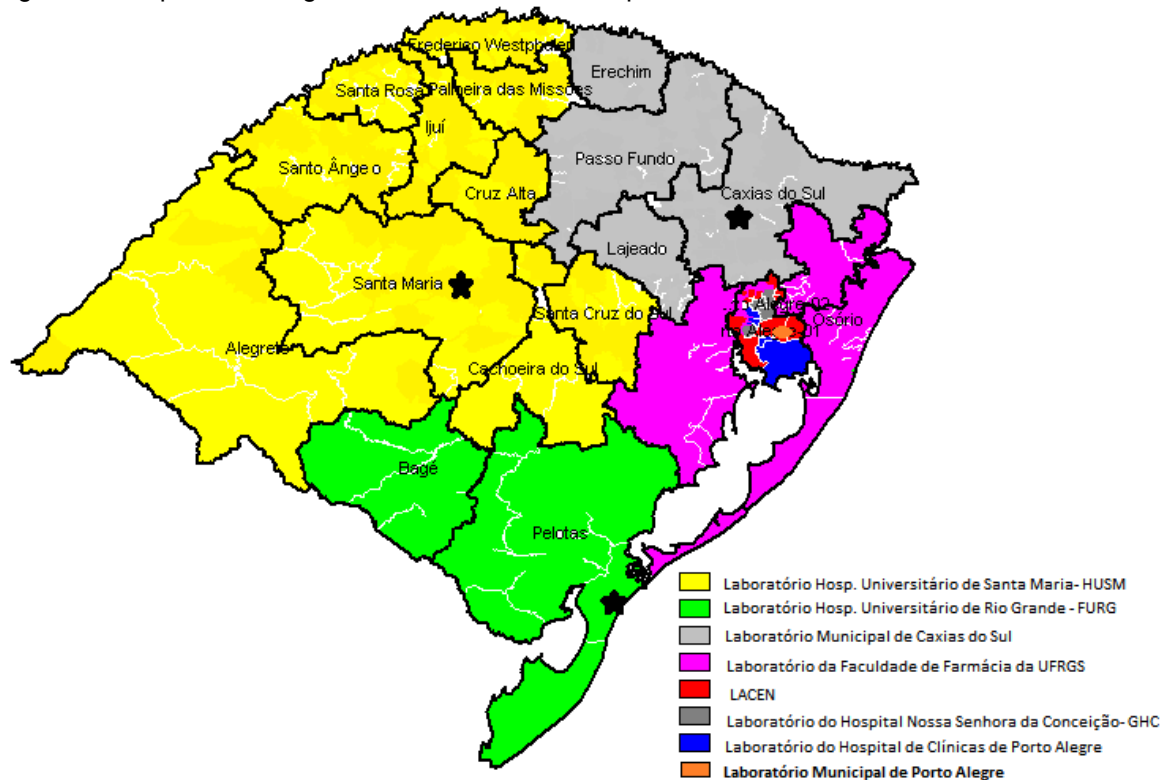
Esse sistema tem o objetivo de monitorar os procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos TCD4/CD8 e a quantificação de carga viral do HIV, além de servir para a avaliação ou indicação do tratamento e monitoramento dos pacientes em terapia antirretroviral. Os insumos para execução desses exames são adquiridos e disponibilizados pelo Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde aos laboratórios da rede pública que realizam esse tipo de exame.

Com o alto investimento anual na compra dos insumos e o aumento do número de pacientes que fazem esse acompanhamento em todo o país, viu-se a necessidade de desenvolver um sistema informatizado que permitisse obter informações administrativas e clínicas úteis estrategicamente e operacionalmente. Através desse sistema, é possível obter o cadastramento de pacientes e os históricos de exames realizados (útil ao médico para prescrição da melhor terapia), assim como possibilita gerar relatórios de produção que são importantes meios de informação para a pactuação entre gestão e instituições laboratoriais.

O SISCEL foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1997, sendo que em 2002 foi incluído o módulo de faturamento de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC). Isso possibilitou aos laboratórios a geração de todas as informações exigidas pelo Ministério da Saúde para faturamento. Todas as informações são armazenadas numa base de dados central em Brasília e são acessadas via internet, pelos laboratórios que realizam exames de TCD4 e Carga Viral. A Coordenação Estadual de DST/AIDS tem acesso aos dados quantitativos, e profissionais médicos e enfermeiros podem acessar os laudos, desde que atendam aos critérios definidos pelo Departamento de DST/AIDS e publicizados no Ofício circular de nº 120/2014, o qual trata do Termo de Responsabilidade sobre as informações do paciente.

No Rio Grande do Sul, os 8 laboratórios realizam a contagem de linfócitos TCD4 e a quantificação de carga viral do HIV, cobrindo as 19 regionais de saúde.

Figura 3 – Mapa da abrangência da rede laboratorial pública de CV e TCD4 no RS



Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 2 – Referência para o monitoramento terapêutico da infecção pelo HIV no Rio Grande do Sul (carga viral e contagem de linfócito TCD4 e CD8 – Pactuação 2012)

Serviço Habilitado	Produção Anual Pactuada	
	TCD4	CV
Laboratório Hosp. Universitário Santa Maria	9.505	9.505
Laboratório Hosp. Universitário Rio Grande	6.328	6.328
Laboratório Municipal Caxias do Sul	6.328	6.328
Laboratório Municipal Porto Alegre	10.450	10.450
Laboratório Hosp. Clínicas de Porto Alegre	11.866	11.866
Laboratório Hosp. Nossa Sra. Conceição	11.327	11.327
Laboratório da Faculdade de Farmácia UFRGS	9.714	9.714
Laboratório Central do Estado do Rio Grande do Sul	14.320	14.320

Fonte: SES/RS /CIB/RS.

O encaminhamento para a realização do exame de CD4 requer o preenchimento de um formulário específico pelo médico solicitante. Esse formulário é denominado de Laudo Médico para Emissão de APAC (autorização de pagamento de alta complexidade). Nesse documento, devem conter informações referentes à instituição solicitante, os dados de identificação do paciente, justificativa para a

realização do procedimento, a indicação do local da coleta da amostra e os dados do laboratório executor do exame. Ao receber o formulário preenchido, os dados são inseridos nos Sistema de Controle de Exames Laboratoriais e, após o processamento da amostra, os resultados são inseridos no sistema. O paciente terá um cadastro único com o resultado de todos os exames realizados, isso permite que o médico faça o devido acompanhamento e tenha acesso direto ao laudo do paciente.

4.5.3 Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM

Esse sistema tem o objetivo de fazer o controle logístico dos medicamentos antirretrovirais. As informações permitem fazer o controle dos estoques e da distribuição dos medicamentos antirretrovirais. A aquisição dos medicamentos e a disponibilização são feita pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios. Esses insumos têm um alto custo financeiro. A manutenção do estoque é importante, sendo que a falta do antirretroviral pode representar um custo ainda maior. Pacientes com interrupção de tratamento tendem à falência terapêutica, necessitando de medicamentos mais caros.

Segundo Santos,

Com o sucesso da distribuição de ARV ocorreu um aumento da expectativa de vida do paciente, com isso ele passou a demandar os medicamentos por mais tempo, tendo que passar por várias falhas terapêuticas e, respectivamente, por trocas de terapias. A sobrevida dos pacientes, após o diagnóstico de AIDS, passou de 56 meses (quatro anos e oito meses), em 1996, para 108 meses (nove anos) em 2004 (2010, p. 69).

A utilização dessa ferramenta permite fazer o gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais em nível nacional, estadual e municipal com relação ao fornecimento e dispensação de medicamentos, conforme as recomendações existentes no Consenso Terapêutico Brasileiro.

Ao retirar o medicamento pela primeira vez, o usuário preenche um Formulário de Cadastramento. Tão importante quanto os dados de identificação do usuário é também a definição da Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), à qual ele escolheu se vincular, uma vez que poderá se cadastrar em apenas uma unidade. Caso haja mudança, a unidade encaminha a transferência. Os campos referentes ao endereço do usuário não são de preenchimento obrigatório, exceto o

município de residência. A completude do endereçamento por parte do usuário indica que o mesmo estará autorizando o serviço de saúde a entrar em contato com ele, se necessário. Esse procedimento segue a Instrução Normativa 1626/2007, que visa resguardar o sigilo e a confidencialidade das informações. Todas as informações contidas no formulário de cadastramento do paciente são registradas no SICLOM, e, cada vez que esse usuário retirar medicamento ou mudar de esquema terapêutico, será registrado pela Unidade Dispensadora de Medicamentos no sistema.

O Rio Grande do Sul tem 55 UDM, e as três com maior número de usuários ativos cadastrados situam-se em Porto Alegre: a UDM do Ambulatório de Dermatologia Sanitária, a UDM do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes e a UDM do Hospital Nossa Senhora da Conceição. A média mensal é de 4.600, 2.500 e 2.300 usuários, respectivamente.

De acordo com Secretaria da Saúde do Estado (2014), no ano de 2010 foram 22.130 adultos em tratamento de antirretroviral, em 2011 foram 23.717, em 2012, 4.914, em 2013, 28.659, e no ano de 2014 o número passou para 33.979.

4.5.4 Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM

Este sistema foi desenvolvido pelo MS em 1975 e serve para coletar dados a fim de traçar o perfil sobre mortalidade no Brasil. Suas variáveis, a partir da causa da morte atestada pelo médico, permitem construir indicadores e processar análises epidemiológicas. A informatização do SIM ocorreu em 1979, e, com a implantação do SUS, o sistema foi descentralizado para os estados e municípios (BRANCO, 2006, p. 76).

A Declaração de Óbito (DO) é o documento base para a coleta de dados que alimenta o SIM. O médico tem a responsabilidade de emitir esse documento, que deve ser encaminhado aos cartórios de registro civil para a liberação do sepultamento. A DO é impressa e preenchida em três vias pré-numeradas, sendo que as primeiras vias ficam com as Secretarias de Saúde. A distribuição e emissão é feita exclusivamente pelo MS para os estados, e as Secretarias Estaduais da Saúde fazem a distribuição aos municípios. Já para as Secretarias Municipais da Saúde fica a responsabilidade de fazer o controle das DO entre os estabelecimentos de saúde, Institutos de Medicina Legal, Serviços de Verificação de Óbitos, Cartórios do

Registro Civil, profissionais médicos e outras instituições que dela façam uso legal e permitido (BRASIL, 2006). No estado do Rio Grande do Sul, o SIM é de responsabilidade do Núcleo de Informação em Saúde, vinculado ao DGTI – Departamento de Gestão de Tecnologia da Informação da Secretaria de Saúde do Estado.

Quadro 1 – Tipos de sistemas de informação em saúde

Sistemas de Informação em Saúde		Evento	Natureza	Início
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade	Óbito	Epidemiológico	1975
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Agravos de notificação	Clínico-Epidemiológico	1993
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4/CD8 e Carga Viral	Exames de CD4/CV	Clínico	1997
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos	Medicamentos ARV	Administrativo	1998

Fonte: Elaborado pela autora

Apresentados os sistemas de informação, é importante salientar que não existe, administrativamente, nenhuma normatização que vincule à notificação, o acesso aos medicamentos ou a execução dos exames laboratoriais, pelo entendimento que a disponibilidade desses recursos é direito do paciente, mesmo que ambos façam parte do acompanhamento do tratamento do paciente.

A forma de tornar eficaz esse acompanhamento via sistema de informação, uma vez que as bases de dados não são integradas, é através do relacionamento das bases de dados. Esse método tem sido muito utilizado, principalmente na área da saúde, como veremos a seguir.

4.6 RELACIONAMENTO DE BASE DE DADOS

Desde a década de 1980, estudos utilizando métodos de relacionamento de base de dados são feitos nos EUA, Reino Unido e Nova Zelândia (SILVEIRA; ARTMANN, 2009, p. 875).

A definição desses autores para o relacionamento de base de dados é:

uma área do conhecimento voltada ao estudo do método de busca de pares ou registros duplicados dentro de um mesmo arquivo ou entre arquivos. O relacionamento nominal de bases de dados é usualmente realizado por meio de métodos probabilísticos que empregam processos de pareamento de duas(ou mais) bases utilizando probabilidades de concordância e discordância entre um conjunto de variáveis comuns as duas bases.

(SILVEIRA; ARTMANN, 2009, p. 875).

O relacionamento de registro em diferentes bases de dados torna-se possível quando os registros de cada base têm um campo comum a ambos, a exemplo do nome e da data de nascimento.

4.7 MODELO PROBABILÍSTICO

Ainda não existe um campo único nos arquivos de saúde, um número de identificação único por indivíduo que possibilite fazer a identificação direta do indivíduo. As perspectivas são de que com implantação do Cartão Nacional de Saúde se estabeleçam essas condições. Por enquanto, faz-se necessário utilizar diversas informações menos específicas, a fim de estabelecer o quão provável um par de registros corresponde a um mesmo indivíduo ou uma unidade de análise. Nessas condições de análise, considera-se um sistema probabilístico (SOUZA et al., 2008, p.654).

4.7.1 Relacionamento Probabilístico de Registros – RECLINK

Reclink é um software inicialmente desenvolvido em 1998 pelos professores Claudia Medina Celi e Kenneth R. de Camargo Junior. Softwares comerciais têm alto custo e geralmente a sua interface se dá na língua inglesa. Diferentemente, o programa Reclink, além de apresentar a facilidade do idioma, é de domínio público (<http://paginas.terra.com.br/educacao/kencamargo/RecLink.html>).

Baseado na técnica de relacionamento probabilístico, a versão 3.1.6 do Reclink III define o quanto é provável que um par de registros refira-se a um mesmo indivíduo. O relacionamento de registros é feito por meio da identificação de variáveis comuns existentes nas bases de dados (nome, nome da mãe e data de nascimento do paciente). Com a escolha das variáveis que serão utilizadas para serem submetidas às funções de comparação, deve-se definir o parâmetro de concordância (probabilidade m) que indique que o par se refere ao mesmo indivíduo (par verdadeiro), e também o parâmetro de discordância (probabilidade u) em que há probabilidade de a variável identificar um par de registro como verdadeiro, sem que esse o seja (SUZUKI, 2012).

O Reclink é composto das seguintes etapas sequenciais:

- a) padronização: é a primeira fase do processo e visa manter formatos de campos idênticos nos diferentes arquivos, de modo que seja possível fazer as associações entre eles;
- b) duplicidade: é uma rotina padrão a checagem de duplicidade interna de cada uma das bases de dados;
- c) relacionamento: envolve a blocagem e o pareamento de registro. A blocagem será utilizada para emparelhamento dos casos, e é constituída pela combinação do último sobrenome e do primeiro nome do paciente. Os pares serão identificados como pares verdadeiros, os duvidosos e os não pares. Faz-se a conferência manual dos pares duvidosos com o objetivo de defini-los como verdadeiros ou não pares. A classificação para par verdadeiro ocorre quando todas as variáveis identificadoras (nome, nome da mãe e data e nascimento) concordarem ou aqueles que tiverem nomes similares, mesmo apresentando algum problema de grafia, mas nos quais a data do nascimento ou idade e o nome da mãe sejam iguais (CAMARGO Jr.; COELI C.M., 2000).

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal retrospectivo, de natureza quantitativa, com abrangência no estado do RS, de análise das subnotificações de casos de AIDS no período de 2007 a 2014. A amostra será formada por indivíduos registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamento (SICLOM), declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de janeiro de 2007 a dezembro de 2014, e notificados por AIDS no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de janeiro de 1983 a dezembro de 2014. O objetivo de trabalhar com o SINAN na íntegra consiste na possibilidade de identificar os casos de AIDS encontrados nas demais fontes, que já tenham sido notificados e diagnosticados antes de 2006 (GONÇALVES et al., 2008).

5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo será constituída por todos os casos de AIDS em indivíduos com treze anos ou mais de idade, residentes no estado do RS, diagnosticados nos anos de 2007 a 2014 e que constem nas fontes pesquisadas, tomando-se como base o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) comparando-o com o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), Sistema de Controle Logístico de Medicamento (SICLOM) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

5.3 FONTE DE DADOS

As informações serão obtidas com base em dados secundários, a partir dos dados cadastrados no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2014 no bancos de dados do SISCEL e SICLOM, disponibilizados pelo Ministério de Saúde, enquanto que os bancos de dados do SIM e SINAN/AIDS adulto serão disponibilizados pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. O período de referência do SIM será o mesmo do SISCEL e SICLOM, para o SINAN/Aids será utilizado toda a base de dados, que contempla SINANW (de janeiro de 1983 a dezembro de 2006) e SINANNET (de janeiro de 2007 a dezembro de 2014), a opção de utilizar as duas bases do SINAN visa incluir notificações diagnosticadas antes de 2007.

5.4 CONJUNTO DE VARIÁVEIS A SEREM UTILIZADAS NO ESTUDO

I – Identificação

- a) Nome;
- b) nome da mãe;
- c) data de nascimento;
- d) data da notificação/coleta/ocorrência;
- e) município de notificação/exame/ocorrência;
- f) unidade de saúde.

I – Variáveis epidemiológicas

- a) Sexo, nível de escolaridade, raça/cor, local de residência (nome do município e código do IBGE); bairro de residência;
- b) critério de definição de caso de AIDS (CDC adaptado/contagem de linfócito);
- c) ano-calendário do diagnóstico de AIDS (caso haja duplicidade, a data de diagnóstico de AIDS será considerada a primeira data em que o indivíduo atendeu ao critério de definição de caso de AIDS, identificado entre as bases);
- d) causa básica de morte B20 a B24;
- e) ano calendário do óbito.

III – Variáveis clínicas

- a) Uso de terapia antirretroviral

IV – Variáveis laboratoriais

- a) Contagem de linfócitos T CD4+;
- b) carga viral.

5.5 PREPARAÇÃO DOS BANCOS DE DADOS

A preparação dos bancos de dados ocorrerá a partir da utilização do aplicativo Tabwin 3.6. Por meio desse, será feita a junção das bases de dados do SINANW e SINANNET para compor toda a base de notificação (de 1983 a 2014). Também será utilizado o programa da Microsoft[®] Excel 10.0. Ao importar cada arquivo para o Excel, busca-se padronizar tamanho e formato de variáveis, podendo, também, fazer a seleção daquelas que farão parte da base de dados. Cada base de dados será importada em formato “.dbf” (*Database file*), sendo trabalhadas separadamente. As variáveis selecionadas serão filtradas para o refinamento, identificação e correção de inconsistências, a fim de preparar cada banco de dados para o emparelhamento no Reclink. Posteriormente, serão excluídos os dados que não atendem aos critérios de inclusão.

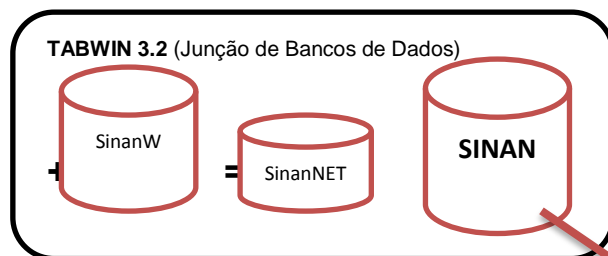
Para validar o SISCEL, a partir do código identificador do paciente cadastrado, buscam-se: 1) aqueles registros que têm os exames de TCD4 <350

cel/mm³ com carga viral (primeiro registro) e 2) somente os registros de TCD4 <350 cel/mm³ com uso de ARV. Nesse caso, será feita a identificação dos registros do SISCEL com os do SICLOM para poder validar os dados do SISCEL sem CV. A seguir, os dois arquivos irão compor um arquivo apenas, no Excel. Antes de exportar os arquivos para o Reclink, cada registro será numerado, facilitando a localização na conferência manual. O mesmo ocorrerá com a base de dados do SIM que será antes refinadas no Excel.

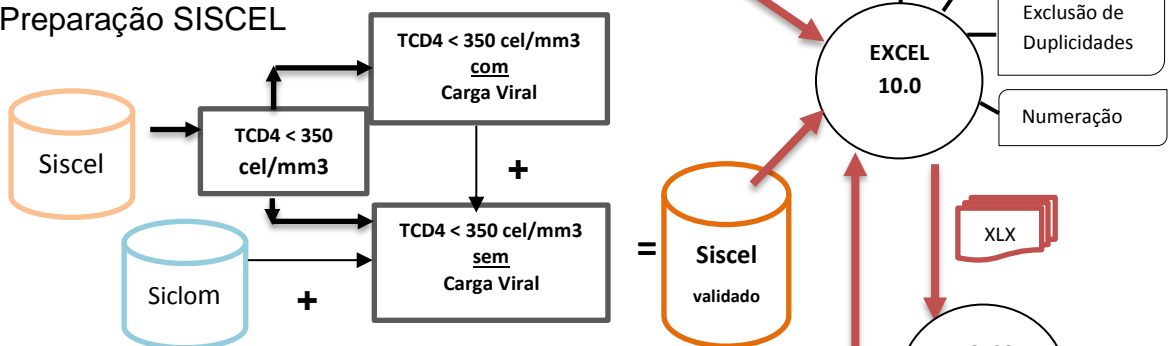
No Reclink, só é possível abrir arquivos no formato .DBF, formato que não consta nas opções de salvamento de arquivo do Excel 10.1. Nesse caso, será utilizado o Acess 10.0, também do programa da Microsoft[®] para fazer a conversão do formato .txt para .DBF IV. Com todas as bases padronizadas, será feita a exportação de cada arquivo final para uma pasta no diretório do microcomputador em que estará instalado o software Reclink.

Figura 4– Representação gráfica da preparação dos dados

1) Preparação SINAN



2) Preparação SISCEL



3) Preparação SIM



Fonte: elaborada pela autora

5.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- a) Para o SINAN: casos confirmados de AIDS segundo os critérios de definição de casos de AIDS em adultos;
- b) para o SISCEL: registros com resultado de Exames de TCD4+ < 350 mm³ no período de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2014;
- c) para o SICLOM: com dispensa de medicamento e carga viral indetectável pelo SISCEL de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2014;
- d) para o SIM: óbitos ocorridos no mesmo período cuja referência da causa básica seja de B20 a B24, conforme a Classificação Internacional de Doenças, 10^a revisada (CID-10).

5.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Casos notificados no SINAN que por não preencherem nenhum critério para AIDS foi classificado como caso descartado no SINAN;
- b) notificações de AIDS com município de residência fora do RS, conforme código do IBGE.

5.8 RELACIONAMENTO PROBABILÍSTICO

No Reclink, deverá ser utilizado o método probabilístico, considerando, minimamente, as variáveis de comparação que formam o identificador: nome do indivíduo, nome da mãe e data de nascimento; e minimamente as variáveis de blocagem: sexo e códigos fonéticos do primeiro e último nome, combinadas em diferentes processos.

Na padronização do Reclink, será feita a uniformização de datas, a remoção de acentos e de caracteres especiais, como cedilha, espaços, algarismos, e outros símbolos, além da subdivisão do campo “nome da mãe”, visando diminuir erros na fase de pareamento.

A blocagem é constituída de blocos lógicos dentro dos arquivos relacionados, no qual são considerados os códigos “SOUNDEX”, do primeiro ao último nome, e a variável sexo. Esse é um código fonético em que pequenas diferenças, tanto na

grafia quanto na pronúncia, geram o mesmo código. Nesse processo, são examinados os códigos SOUNDEX para cada variável (SUZUKI, 2012, p. 62).

No pareamento de registros, são definidos os parâmetros e escores para serem considerados pares, não pares e duvidosos. Nesse projeto, serão utilizados os mesmos parâmetros e escore já validados pelo Departamento Nacional de DST/AIDS, para análise da base de dados (BRASIL, 2014). O escore se refere ao grau de concordância entre o registro de um mesmo par. A exemplo, o processo de inspeção dos registros pareados será especificado com os seguintes valores: para o “escore não par máximo” valor igual a “10”, e o “escore par mínimo” valor igual a “19”. Isso significa que todos os valores abaixo de 10 serão considerados falsos ou “não pares” e todos acima de 19, verdadeiros ou “pares”; o intervalo entre esses valores serão classificados como “duvidosos” e deverão ser comparados manualmente. No último processamento, a revisão do banco relacionado será feita no Excel até obter o banco de dados final.

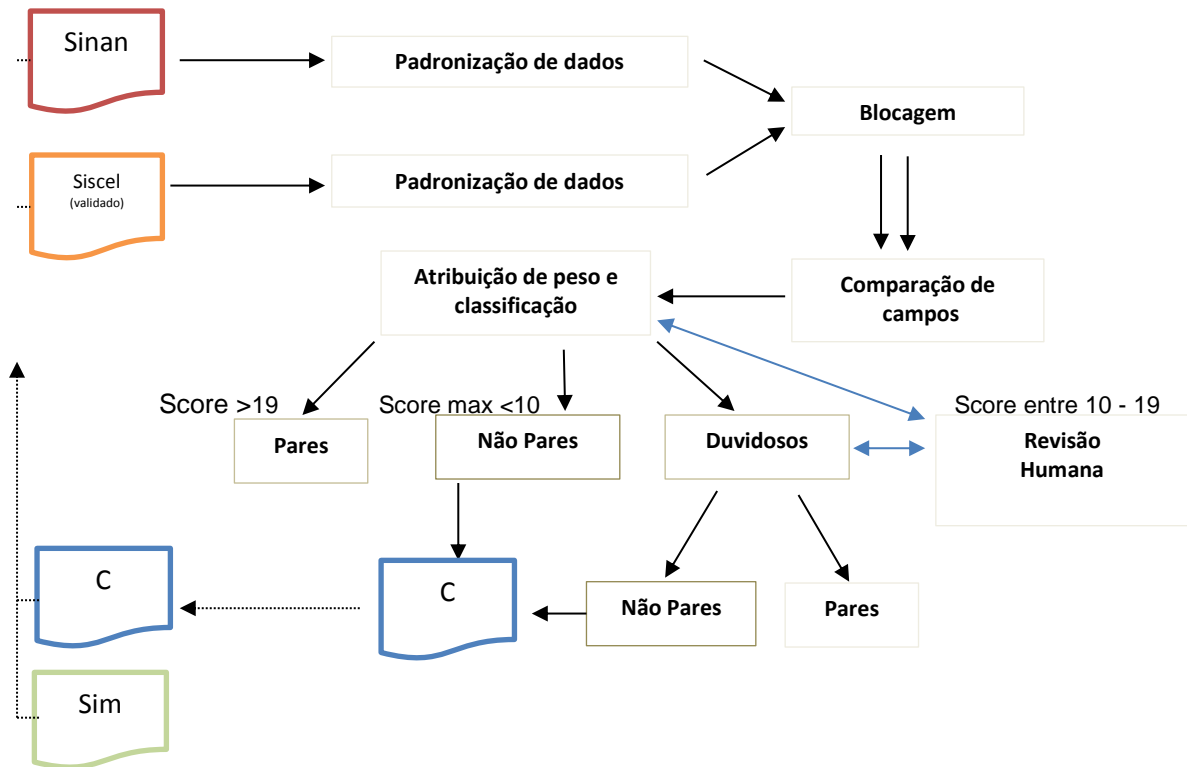
Tabela 3 – Parâmetros para as variáveis de relacionamento.

Variável	Comparação	Correto	Incorreto	Proporção Mínima de Concordância Limiar
Nome	Aproximado	98%	0.0011%	85%
Nome da Mãe	Aproximado	74%	0.0046%	85%
Data de Nascimento	Caractere	98%	2356%	65%

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

O Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) será utilizado apenas para validação das informações contidas no SISCEL dos registros sem a informação da CV. A base de dados resultante do relacionamento do SISCEL com o SIM será, posteriormente, relacionada com o SINAN, que é o sistema oficial de notificação e a fonte de referência, os demais sistemas serão fontes de comparação.

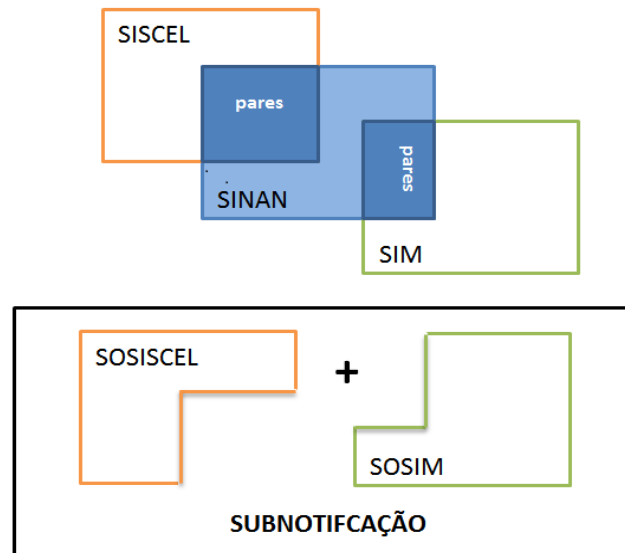
Figura 5– Representação gráfica do processamento de dados no Reclink



Fonte: elaborada pela autora

No desmembramento do banco de dados relacionados obtêm os dados, exclusivos do SINAN (denominados SOSINAN), os dados pareados (pares), que estão em ambos os bancos, e os dados fora desses limites, mas que estão dentro dos critérios de TCD4 e critério Óbito para serem notificados, que são as subnotificações.

Figura 6– Representação gráfica do resultado o banco de dados relacionado



Fonte: elaborada pela autora

Os dados das subnotificações serão trabalhados no Excel e classificados e separados por município de notificação de forma que possam ser feitas as análises estatísticas.

5.9 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados referentes às subnotificações serão apresentados por meio de frequências, médias e desvio-padrão, e serão descritos e representados por meio de tabelas e gráficos.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto será desenvolvido atendendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, contemplando os devidos aspectos éticos, seguindo as diretrizes e normas vigentes e sendo submetido ao Sistema de Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação, e, somente após a devida autorização, se dará início aos procedimentos de coleta de dados.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) não será utilizado por se tratar de uma pesquisa com uso de dados secundários, a partir da utilização de banco de dados.

A autora do projeto assinará um Termo de Responsabilidade e confidencialidade (Anexo C) das informações obtidas nos bancos de dados, com o comprometimento de que os bancos de dados fornecidos serão utilizados exclusivamente para a realização deste projeto, não serão divulgados nem disponibilizados por nenhum meio físico ou digital.

O termo em questão será encaminhado ao Departamento de DST/AIDS, Secretaria de Vigilância em Saúde para obter acesso aos dados do SISCEL/SICLOM, ao Centro de Vigilância Epidemiológica em Saúde (CEVS) e ao Núcleo de Informações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul para utilização do banco de dados do SINAN e do arquivo de óbitos do SIM.

7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Este projeto de pesquisa tem por finalidade a elaboração de um trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICT).

A Divulgação dos resultados se dará da seguinte forma:

- a) Apresentação e apreciação dos resultados junto à equipe da Coordenação Estadual de DST/AIDS do Estado do Rio Grande do Sul;
- b) Apresentação e discussão com as regionais e municípios sobre o resultado da pesquisa, com o objetivo de refletir e buscar de forma conjunta melhorias no processo de trabalho, principalmente da Vigilância em AIDS, e a partir disso elaborar um plano de ação que vise reduzir o índice de subnotificação no Estado;
- c) Publicação em revista da área de saúde pública;
- d) Apresentação em congressos, seminários e eventos diversos;
- e) Apresentação na Jornada Científica do Grupo Hospitalar Conceição.

8 CRONOGRAMA

A seguir, apresenta-se o planejamento para execução das atividades:

Etapas do Projeto	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Mês 13	Mês 14
Escolha do tema	X													
Revisão da literatura		X	X											
Elaboração do projeto			X											
Apresentação à banca avaliadora				X										
Apreciação do CEP					X	X	X							
Coleta de dados								X	X	X				
Análise e interpretação dos dados										X	X			
Reunião SES											X	X	X	X
Escrita artigo científico												X	X	
Apresentação/divulgação do artigo													X	X

9 ORÇAMENTO

A previsão orçamentária para o desenvolvimento deste estudo está detalhada a seguir:

Material	Quantidade (unid.)	Custo Unitário (R\$)	Custo Total (R\$)
Papel A4 (pacote 500 folhas)	2	15,00	30,00
Cartucho de tinta para impressora	4	40,00	160,00
Pen-drive	1	25,00	25,00
Revisão em língua portuguesa	53	5,70	302,10
Encadernação	3	12,00	36,00
Material bibliográfico	2	60,00	120,00
Honorários da Pesquisadora	120h	15,00	1.800,00
Custo Total (R\$)			2.473,10

Este projeto não apresenta nenhuma fonte de financiamento, ficando a pesquisadora responsável pelos custos.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. M. D. de; NEMES, M. I. B; VELLOSO, M. A. Transformações da “Aids aguda” para a “Aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e Aids. **Ciência saúde coletiva** [online], v. 13, n. 6, 2008, p. 1841-1849. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a19v13n6.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

ATLAS socioeconômico Rio Grande do Sul. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. PROCERGS. Apresenta dado socioeconômico e demográfico do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.atlassocioeconomico.rs.gov.br/conteudo.asp?cod_menu_filho=791&cod_menu=790&tipo_menu=APRESENTACAO&cod_conteudo=1328>. Acesso em: 25 out. 2015.

BARCELLOS, N.T.; SIVIERO, R.S. O Tratamento da AIDS. In: LOUREIRO, Regina Pimentel (Org.). **A maioria da Epidemia: vivência na trajetória dos 21 anos da AIDS no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: [s.n.], 2008. p. 25-36.

BRANCO, M.A. **Informação e saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. 20. Rio de Janeiro. ed. Fiocruz, 2006.

BRASIL. **Decreto nº 78.231 de 12 de agosto de 1976**. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D78231.htm>. Acesso em: 13 de nov. 2015.

_____. **Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985**. Dispõe sobre a criação do Programa de DST/AIDS. Brasília, 1985. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2012/51440/pPortaria_236_1985_pdf_69224.pdf>. Acesso em: 13 de nov. 2015.

_____. Portaria nº 1376, de 19 de novembro de 1993. Aprovam alterações na Portaria n. 721/GM, de 09.08.89, que aprova Normas Técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, de 2 dez. 1993.

_____. **Fundação Nacional de Saúde**. Guia de vigilância epidemiológica. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_I.pdf>. Acesso em: 12 de nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS I**, nº 01ª a 26ª Semana Epidemiológica de 2004 – Janeiro a junho de 2004. Brasília: Departamento Nacional de DST/AIDS.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/ AIDS. **Critérios de definição de casos de Aids em adultos e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 (Série Manuais, n. 60). Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/criterios_aids_2004.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. **Instrução Normativa nº 2, de 22 de novembro de 2005.** Dispõe sobre as atividades da Vigilância Epidemiológica para União, Estados e Municípios.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0002_22_11_2005.html>.

Acesso em: 12 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. CN-DST/AIDS. **Curso Básico Vigilância Epidemiológica HIV/AIDS.** [s.i.] Brasília. Ed. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:

<http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/cbve_hivAIDS_unid_1.pdf>.

Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. **Biblioteca Virtual em Saúde.** Vigilância em Saúde. Informações

Estratégicas: Sistema de Informação – SINAN. Atualizado em 05 nov. 2008.

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php>.

Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância

Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan:**

normas e rotinas Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Declaração de óbito:** documento necessário e importante, Conselho

Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Brasília:

Ministério da Saúde, 2006 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf>. Acesso

em: 13 nov. 2015.

_____. **Sistema Nacional de Auditoria. Acordo como o Banco Mundial na área de AIDS inova ao condicionar repasses de recursos DENASUS,** 5 out. 2010.

Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/noticias.cfm?id=4762>>. Acesso em: 26 out.

2015.

_____. **Portaria nº 1271 de 6 de junho de 2014.** Define a Lista Nacional de

Notificação Compulsória em todo o território nacional. Disponível em:

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

Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. **Ofício Circular nº 120/2014 de 19 de dezembro de 2014.** Termo de

Responsabilidade para acesso ao módulo de impressão de Laudo e Resultados do

SISCEL. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/364/of_circular_n120_14_errata_termo_de_responsabilidade_31570.pdf>.

Acesso em: 13 nov. 2015.

_____. **Boletim Epidemiológico –AIDS III,** nº 01ª a 26ª Semana Epidemiológica de

2014 – Janeiro a junho de 2014. Brasília: Departamento Nacional de DST/AIDS.

_____. **Roteiro Treinamento em Relacionamento de Banco de Dados utilizando o Reclink III.** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, set. 2014.

_____.RIO GRANDE DO SUL. **Resolução CIB Nº 508 de 9 agosto de 2012.**

Dispõe sobre a estrutura e o fluxo para a rede laboratorial de monitoramento do HIV no âmbito do Estado. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2012.

CAMARGO JR K.R., COELI, C.M. RECLINK: aplicativo para o relacionamento de bases de dados, implementando o método *probabilistic record linkage*, **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 2, p. 439-447, abr./jun. 2000.

CARVALHO, A.O; EDUARDO, M.P.B. Sistema de informação em saúde para municípios. **Saúde e Cidadania**, Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, v. 6, São Paulo, 1998. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume06.pdf>.

Acesso em: 20 out. 2015.

CARVALHO, C.N; DOURADO, L.; BIERRENBACH A.L. Subnotificação da comorbidade tuberculose e AIDS: uma aplicação do método linkage. **Revista Saúde Pública**, São Paulo. v. 45, n. 3, p. 548-555, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2326.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

DRUMOND JUNIOR, M. **Epidemiologia nos municípios**: muito além das normas. 2. ed. São Paulo. Hucitec, 2011.

GALVÃO, J. As respostas religiosas frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, Richard (Org.). **Políticas, Instituições e AIDS**: Enfrentando a Epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; ABIA, 1997. p. 109-134.

GONÇALVES V.F.; KERR, L.R.F.S.; MOTA J.M.A. Estimativa da subnotificação de casos de AIDS em uma capital do nordeste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, 11 v.3, p. 356-364, 2008.

IDOETA, Paula Adamo. **Crise de financiamento ameaça avanços no combate à AIDS, diz ONG**. Da BBC Brasil em São Paulo. Clipping da entrevista coletiva com o médico Indiano Unni Karunakara. Atualizado em 29 de novembro de 2011.

Disponível em:

<http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/11/111129_msf_aids_pai.shtml>.

Acesso em: 18 nov. 2015.

LOUREIRO, R.P.; FERREIRA J. (Org.). **A maioria da Epidemia**: vivência na trajetória dos 21 anos da AIDS no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: [s.n.], 2008. p. 9-18.

LUCENA F.F.A.; FONSECA, M.G.P.; SOUZA A.I.A.; COELI, C.M. O Relacionamento de Banco de Dados na Implementação da Vigilância da AIDS. Relacionamento de Dados e Vigilância da AIDS. **Cadernos de Saúde Coletiva**, UFRJ. Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, v. XIV, n. 2, abr./jun. 2006.

MONDINI L.G.; ESCOBAR L.R. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): Da implantação à conquista do espaço como serviço de referência em acolhimento. In: LOUREIRO, Regina Pimentel (Org.). **A maioria da Epidemia**: vivência na

trajetória dos 21 anos da AIDS no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: [s.n.], 2008. p. 37-42.

MONTEIRO, A.L.; VILLELA, W.V. A criação do Programa Nacional de DST e AIDS como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Psicologia Política**, [s.i.], n. 7, p. 25-45, jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v9n17/v9n17a03.pdf>> Acesso em: 30 out. 2015.

PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo (org.). **Saúde, Desenvolvimento e Política** – respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro, ABIA; São Paulo: Ed. 34,1999.

_____; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J.S. (Orgs.). **A AIDS no Brasil-1982-1992**. Rio de Janeiro, UERJ; Relume-Dumará; ABIA, 1994.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

POPULAÇÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Apresenta projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 28 out. 2015.

REIS, K.R. **Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS**. 2004. 154 p. Tese (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde...170041/.../mestrado.pdf> Acesso em: 18 nov. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de DST/AIDS. **Relatório Anual de Gestão**, 2014.

_____. Comissão Intergestora Bipartite. Resolução nº 234 de 12 de maio de 2014. Institui a modalidade de composição de Redução de Danos inter etorial e de equipe para Redução de Danos. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1400262787_cibr234_14.pdf>. Acesso em: 20 de out. 2015.

RIQUE J.; SILVA, M.P.D. Estudo da subnotificação dos casos de AIDS em Alagoas (BRASIL), 1999-2005. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.599-603, 2011.

SANTOS, L.A.C; MORAES, C.; COELHO V.S. Sangue, AIDS e Constituinte: Senso e contrassenso. In: PARKER, Richard; BASTOS, Cristiana; GALVÃO, Jane; PEDROSA, Jose S. (Orgs.). **A AIDS no Brasil-1982-1992**. Rio de Janeiro. UERJ; Relume-Dumará; ABIA, 1994. p. 307-323.

SANTOS, R.S.L. dos. **Sustentabilidade do Programa Nacional de DST/AIDS: Análise da Capacidade de Oferta e Preços do Medicamentos Antirretrovirais**. 2010. 226 f. Dissertação (Mestrado em Economia da Saúde) – Programa de Pós-

Graduação em Política Públicas, Estratégia e Desenvolvimento). Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SEFFNER F. Grupos de mútua-ajuda para pessoas vivendo com AIDS: Trajetória histórica, encontros, desencontros e desafios. In: LOUREIRO, Regina Pimentel (Org.). **A maioria da Epidemia**: vivência na trajetória dos 21 anos da AIDS no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: [s.n.], 2008. p. 25-36.

SILVEIRA, D.P.; ARTMANN, E. Acurácia em métodos de relacionamento probabilístico de base de dados em saúde: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 5, n. 43, p. 875-882, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/647.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2015.

SIQUEIRA, D.J.R.; COLOMBO M.R.; CONTE M. Redução de danos: 10 anos de história no Rio Grande do Sul. In: LOUREIRO, Regina Pimentel (Org.). **A maioria da Epidemia**: vivência na trajetória dos 21 anos da AIDS no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: [s.n.], 2008. p. 43-60.

SISTEMA de Controle de Exames Laboratoriais – SISCEL. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Portal que dispõe Legislação, arquivos e manuais para download referentes ao SISCEL. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/2010/sistema-de-controle-de-exames-laboratoriais-da-rede-nacional-de-contagem-de-lymphocitos-c>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

SISTEMA de Controle Logístico de Medicamentos. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Portal que dispõe Notas Técnicas e Formulários para download referentes ao SICLOM. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/sistema-de-controle-logistico-de-medicamentos-siclom>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

SOUZA, M.H. de; CECATTI J.G.; HARDY, E.; SERRUYA, S.J. Relacionamento probabilístico de registros: uma aplicação na área de morbidade materna grave (near miss) e mortalidade materna. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3. p. 653-662, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300019>. Acesso em: 10 out. 2015.

SUZUKI, K.M.F. **O uso do método de relacionamento de dados (record linkage) para integração de informação em sistemas heterogêneos de saúde**: estudo de aplicabilidade entre níveis primários e terciários. 2012. 121 p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

TEIXEIRA P.R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, Richard (Org.). **Políticas, Instituições e AIDS**: Enfrentando a Epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; ABIA, 1997. p. 43-68.

ANEXOS

ANEXO A – Formulário do termo de responsabilidade para acesso a base de dados nominal

TERMO DE RESPONSABILIDADE DIANTE DA CESSÃO DAS BASES DE DADOS NOMINAIS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Pelo presente instrumento, na qualidade de responsáveis pela guarda e uso da base de dados solicitada formalmente pela _____ a (o) _____, _____ através deste Termo, assumo as seguintes responsabilidades:

- a) Utilizar os dados nominais desta base de dados única e exclusivamente para as finalidades descritas ao final deste documento;
- b) Guardar sigilo e zelar pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados nesta base de dados;
- c) Não disponibilizar, emprestar ou permitir pessoas ou instituições não-autorizadas por esta instituição, o acesso a esta base de dados;
- d) Não divulgar, por qualquer meio de divulgação, dados ou informações contendo o nome dos indivíduos ou outras variáveis que permitam a identificação do indivíduo e que afetem, assim, a confidencialidade dos dados contidos nesta base de dados;
- e) Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade desta base de dados;
- f) Não utilizar isoladamente as informações contidas nesta base de dados para tomar decisões sobre a identidade de pessoas falecidas/nascidas, para fins de suspensão de benefícios ou outros tipos de atos punitivos, sem a devida certificação desta identidade em outras fontes.

Desta forma, o(a) _____ assume total responsabilidade pelas conseqüências legais da utilização indevida da base de dados _____, _____ de _____ de _____.

Finalidade de Uso: Utilizar os dados nominais para executar o relacionamento de base de dados, com o objetivo de conhecer a subnotificação dos casos de AIDS no RS. Os dados identificadores serão apenas utilizados para realizar o pareamento com outra base de dados.

Responsável pelo uso e guarda da base de dados solicitada (responsável legal)

Nome: _____ CPF: _____
 RG: _____ Email: _____
 Assinatura: _____

Instituição Responsável pela Base de Dados

Nome da Instituição: _____ CNPJ: _____
 Nome: _____ CPF: _____
 RG: _____ Email: _____
 Cargo: _____ Assinatura: _____

ANEXO B – Modelo de ficha de notificação/ investigação AIDS (adulto)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)						
Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	AIDS		B 24			
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico		
	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado		12 Gestante	
	1- Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade				10- Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso					
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação				
Provável modo de transmissão 32 Transmissão vertical <input type="checkbox"/> 33 Sexual <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 3 - Relações sexuais com homens 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado 3 - Relações sexuais com mulheres 9 - Ignorado 3 - Relações sexuais com homens e mulheres						
34 Sanguínea		34 Uso de drogas injetáveis		34 Transfusão sanguínea		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Tratamento/hemotransfusão para hemofilia		Acidente com material biológico com posterior soroconversão 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 <input type="checkbox"/> Teste de triagem		Data da coleta <input type="checkbox"/> Teste confirmatório		Data da coleta <input type="checkbox"/> Teste rápido 3	


Critérios de definição de casos de aids	41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <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) <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
	42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês <input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide) <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês <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 UF: 45 Município onde se realiza o tratamento Código (IBGE) 46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento Código
Evolução	47 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 48 Data do Óbito 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado
Investigador	Nome Função Assinatura

ANEXO C – Modelo de ficha de cadastramento SICLOM


FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS

1 Número de Prontuário		2 CNS – Cartão Nacional de Saúde	
3 Nome Completo do Usuário			
4 Nome Completo da Mãe (Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável)			
5 Cidade de Nascimento (Cidade / UF)		6 Data de Nascimento	7 Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
8 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada		9 CPF	
10 Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Desquitado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) Judicialmente <input type="checkbox"/> União Estável			
11 Permite contato* [1] sim [2] não	12 Tipo de contato [1] Telefone [3] e-mail [5] Contato com terceiros [2] Correio [4] Visita Domiciliar [9] outros	_____ (assinatura)	
* Caso não compareça ao tratamento nas datas agendadas, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações. Somente preencher os dados de endereço se o usuário autorizar o contato. Esclarecer ao usuário o que é Instrução Normativa No 1.626, DE 10 DE JULHO DE 2007			
13 Endereço			
14 Bairro		15 CEP	
16 Cidade de Residência (Cidade / UF)		17 E-mail para contato	
18 Tipo do telefone: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular	19 Telefone para Contato (DDD + Número)		
20 Observação			
21 Tipo do telefone: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular	22 Telefone para Contato (DDD + Número)		
23 Observação			
24 Escolaridade <input type="checkbox"/> De 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> De 12 e mais anos <input type="checkbox"/> Não informada <input type="checkbox"/> De 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> De 8 a 11 anos		Exames que motivaram o início da TARV 25 1º CD4 26 1ª Carga Viral	
27 Ação Cautelar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	28 Acompanhamento médico <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado	29 Ano de início do Tratamento	
Pessoas Autorizadas a retirar o medicamento			
Nome Completo da pessoa autorizada 1			
Nome Completo da pessoa autorizada 2			
Nome Completo da pessoa autorizada 3			
Responsável pelo Preenchimento		Usuário SUS	
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
_____ (carimbo e assinatura)		_____ (assinatura)	
ORIENTAÇÕES GERAIS			
1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Os campos sombreados(hachurados) são de preenchimento obrigatório.			
2. O local de cadastramento determina o local de retirada dos medicamentos pelo Usuário SUS. O Usuário não poderá, portanto, retirar medicamentos em outras unidades dispensadoras.			
3. ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma unidade de saúde. Escolha a que for mais conveniente para você. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NA INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS".			
Maio-2010			

ANEXO D – Modelo de ficha para registro no SISCEL

		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		Laudo Médico para Emissão de BPA-I		Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais		
						Contagem de Linfócitos T CD4⁺ / CD8⁺		Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL		
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)						2. CNPJ				
INFORMAÇÕES BÁSICAS										
Nome completo do usuário						5. Identificação do usuário nos relatórios				
3. Oficial:						<input type="checkbox"/> 1-Oficial 2-Social				
4. Social:										
6. Data de Nascimento		7. Sexo		8. País						
/ /		<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino								
9. Cidade de nascimento				10. UF		11. Raça/Cor				
						<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - Etnia: _____ 6-não informado 7-ignorada				
12. Número de Identidade			13. CPF			14. Escolaridade				
						<input type="checkbox"/> 1. nenhuma / 2. De 1 a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 5. - De 12 e mais / 6. não informado / 9. ignorado				
15. Número SISCEL		16. Cartão Nacional de Saúde - CNS		17. Gestante		18. Telefone do Paciente		19. Prontuário		
				<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não		() -				
20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)						21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)				
22. Nome da mãe						23. Endereço do paciente				
24. Bairro		25. CEP		26. Cidade de residência do paciente		27. UF		28. Cód. IBGE Município		
DADOS DA SOLICITAÇÃO										
29. Código do Procedimento				30. Nome do Procedimento						
02.02.03.002-4				Contagem de Linfócitos T CD4 ⁺ / CD8 ⁺						
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado										
Avaliar indicação do tratamento <input type="checkbox"/>		Monitorar o tratamento <input type="checkbox"/>		Falha ou troca terapêutica <input type="checkbox"/>		Rastreamento do HIV <input type="checkbox"/>				
32. Caso Aids?		33. No momento apresenta sintomas?		34. Uso regular de antirretroviral?		35. Data início 1º antirretroviral		36. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV (mês/ano)		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		/ /		/ / _____ IGN <input type="checkbox"/>		
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO										
37. Diagnóstico				38. CID 10		43. CRM (Nº Registro do Conselho)				
						UF/CRM: _____ / _____				
39. Nome do Profissional Solicitante				40. Data da Solicitação		Assinatura e Carimbo				
				/ /						
41. Documento		42. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante								
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>										
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA										
44. Nome de instituição (Carimbo Padrão)				45. Data da coleta		46. Hora da Coleta				
				/ /						
LABORATORIO EXECUTOR DO TESTE										
47. Nome de instituição (Carimbo Padrão)				48. CNES		49. Data do recebimento		50. Hora		
						/ /				
CD4 ⁺ / CD8 ⁺	51. N° Solicitação exame		52. Identificador da amostra		53. Responsável		54. Data do resultado			
							/ /			
	55. Condições de chegada da amostra						56. Material Biológico			
	<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada / 2-Amostra hemolisada / 3-Amostra em frasco inadequado / 4-Amostra mal identificada 5-Amostra mal acondicionada / 6-Amostra lipêmica / 7-Outros						<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma			
57. CD4 (valor absoluto)		58. CD8 (valor absoluto)		59. Média CD3 (valor absoluto)		60. Técnica utilizada				

ANEXO E – Modelo da ficha de declaração de óbito

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito			
I	Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito Hora	3 Cartão SUS	4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)
		5 Nome do Falecido	6 Nome do Pai	7 Nome da Mãe	
		8 Data de nascimento	9 Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado	10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 Branco 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena 12 Situação conjugal 1 Solteiro 2 Casado 3 Viúvo 4 Separado judicialmente/divorçado 5 União estável 6 Ignorada
		13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 Sem escolaridade 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3 Médio (antigo 2º grau) 4 Superior incompleto 5 Superior completo Série Ignorado	14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002		
II	Residência	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	16 CEP
		17 Bairro/Distrito	Código	18 Município de residência	Código UF
III	Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital 2 Outros estab. saúde 3 Domicílio 4 Via pública 5 Outros Ignorado	21 Estabelecimento	Código CNES	
		22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	23 CEP
IV	Fetal ou menor que 1 ano	24 Bairro/Distrito	Código	25 Município de ocorrência	Código UF
		PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE 27 Idade (anos) 28 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 Sem escolaridade 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3 Médio (antigo 2º grau) 4 Superior incompleto 5 Superior completo Série Ignorado 29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002 30 Número de filhos vivos 31 Nº de semanas de gestação 32 Tipo de gravidez 33 Tipo de parto 34 Morte em relação ao parto Nascidos vivos Perdas fetais/abortos 1 Única 2 Dupla 3 Tripla e mais 9 Ignorada 1 Vaginal 2 Cesáreo 9 Ignorado 1 Antes 2 Durante 3 Depois 9 Ignorado 35 Peso ao nascer 36 Número da Declaração de Nascimento Vivo Gramas			
V	Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL 37 A morte ocorreu 1 Na gravidez 2 No parto 3 No aborto 4 Até 42 dias após o parto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto 6 Não ocorreu nestes períodos 7 Ignorado		ASSISTÊNCIA MÉDICA 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado	
		CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 39 Necrópsia? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado	
		CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID	
		PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.			
VI	Médico	41 Nome do Médico	42 CRM	43 Óbito atestado por Médico 1 Assistente 2 Substituto 3 IML 4 SVO 5 Outro	44 Município e UF do SVO ou IML UF
		45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	46 Data do atestado	47 Assinatura	
VII	Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)			
		48 Tipo 1 Acidente 2 Suicídio 3 Homicídio 4 Outros 9 Ignorado	49 Acidente do trabalho 1 Sim 2 Não 9 Ignorado	50 Fonte de informação 1 Boletim de Ocorrência 2 Hospital 3 Família 4 Outra 9 Ignorado	
III	Cartório	51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência			
		SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO 52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Código			
		53 Cartório	Código	54 Registro	55 Data
IX	Localid. S/ Médico	56 Município	Código	57 UF	
		58 Declarante	59 Testemunhas A B		