

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS NOTIFICADOS DE HIV NO ESTADO DE GOIÁS

### EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF NOTIFIED HIV CASES IN THE STATE OF GOIÁS

AMORIM, Thaynara Ferreira<sup>1</sup>  
DUARTE, Lucélia da Silva<sup>2</sup>

1. Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Especialista em Infectologia, pelo Programa de Residência Multiprofissional em Infectologia, pela Secretaria do Estado de Goiás, Goiânia. E-mail: [thaynara.amorim5@gmail.com](mailto:thaynara.amorim5@gmail.com).

2. Enfermeira, Mestre em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás. Docente da Universidade Salgado de Oliveira. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Infectologia, pela Secretaria do Estado de Goiás, Goiânia. E-mail: [luciduarte100@gmail.com](mailto:luciduarte100@gmail.com).

#### RESUMO

**Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos casos de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) notificados no estado de Goiás, por meio de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN). **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com dados secundários. A população alvo foi constituída de indivíduos diagnosticados com HIV notificados pelo SINAN no estado de Goiás, no período de 2015 a 2019. **Resultados:** Foram registradas 7.575 notificações para HIV; destas, 79,2% eram homens, 71,1% tinham entre 20 e 39 anos de idade e 42% eram naturais da grande Goiânia. Este estudo demonstrou que entre os anos de 2015 e 2019 ocorreu aumento nas taxas de incidência de HIV. A modalidade de transmissão mais prevalente foi a homossexual. Dos casos analisados, 34% (n=2.598) apresentaram algum sintoma ou doença definidora da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS). Cerca de 60 pessoas (0,9%) foram registradas com o *status* de teste não realizado, inferindo que esses indivíduos foram casos descartados, ou seja, não se tratava de uma infecção por HIV. **Considerações finais:** É preciso que se desenvolvam políticas públicas de saúde voltadas para essa população, sendo considerados seus fatores sociodemográficos e determinantes sociais, para que medidas apropriadas e efetivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam implementadas. **Palavras-chave:** HIV; Epidemiologia; Vulnerabilidade em saúde

#### ABSTRACT

**Objective:** To describe the epidemiological profile of Human immunodeficiency virus (HIV) cases, notified in the State of Goiás using data from the Diseases Information and Notification System (SINAN). **Methodology:** An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out with secondary data. The target population consisted of individuals diagnosed with HIV notified by SINAN in the State of Goiás, in the period from 2015 to 2019. **Results:** Were

registered 7.575 notifications for HIV, were registered, of these 79.2% were men, 71.1% were between 20 and 39 years old and 42% born in Greater Goiânia. This study demonstrated that between the years 2015 to 2019 there was an increase in HIV incidence rates. The most prevalent mode of transmission was homosexual. Of the cases, 34% (n = 2.598) of the symptoms, some symptom or disease defining AIDS (Human Immunodeficiency Syndrome). About 60 people (0.9%) were registered with the status of a test not performed, inferring that these individuals were discarded cases, that is, it was not an HIV infection. **Final considerations:** It is necessary to develop public health policies aimed at this population, considering their sociodemographic factors and social determinants, in order to implement appropriate and effective measures for the promotion, prevention and recovery of health.

**Keywords:** HIV; Epidemiology; Health vulnerability

## INTRODUÇÃO

O HIV ainda configura-se um importante problema de saúde pública devido a sua magnitude e extensão de danos causados à população global. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano de 2019 havia aproximadamente 38 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo e, destas, 1,7 milhões representaram novas infecções neste ano<sup>1</sup>. Só no Brasil, no ano de 2018, foram notificados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de AIDS<sup>2</sup>. Estima-se que 81% dos portadores conhecem seu *status* sorológico<sup>1</sup>, impactando na manutenção da cadeia de transmissão e, conseqüentemente, no diagnóstico tardio e aumento da mortalidade pela infecção.

Ações de enfrentamento são realizadas em todo o mundo, com o propósito de eliminar a infecção. Em 2014, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) desenvolveu um ambicioso projeto de tratamento intitulado como 90-90-90, que tem a finalidade de acabar com a epidemia de AIDS até 2030. O projeto procura alcançar o objetivo através da realização de 3 metas até o ano de 2020: 90% de todas as pessoas que vivem com HIV conhecerem seu *status* sorológico; 90% de todas as pessoas diagnosticadas com HIV receberem terapia antirretroviral sustentada (TARV); e 90% de todas as pessoas em TARV com *status* de supressão viral<sup>3</sup>. O programa almeja não somente eliminar a doença, mas também proporcionar mais qualidade de vida para as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV),

proporcionando tratamento para todos que necessitam, buscando um mundo mais justo e equitativo para as gerações futuras<sup>3</sup>.

Em nosso país, desde os anos de 1980, é realizada a vigilância epidemiológica para AIDS, medida que se fez necessária devido ao perfil epidemiológico da doença e algumas mudanças no seu padrão de transmissão desde o primeiro caso diagnosticado no país<sup>4,5</sup>. Nos anos de 2000 e 2014 foram incluídos na lista de notificação compulsória os casos de HIV em gestantes e infecção pelo HIV em adultos e crianças, respectivamente<sup>6,7</sup>. Através da notificação de todos os casos de HIV positivo é possível monitorar e caracterizar o perfil da doença que aflige a população, além de identificar os riscos de exposição desse agravo, com vistas a aprimorar a política pública de enfrentamento da epidemia<sup>5</sup>.

O diagnóstico oportuno para o HIV é a principal ferramenta para o tratamento precoce dos indivíduos infectados e prevenção de novas possíveis transmissões ao longo do tempo<sup>8</sup>. Pode ser realizado através de testes imunoenzimáticos do tipo ELISA (do inglês *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*), testagem rápida, diagnóstico por detecção direta do HIV ou com testes moleculares e diagnóstico utilizando amostras de sangue seco em papel-filtro. Podem, ainda, ser realizados testes complementares para confirmar o diagnóstico. Dentre esses, os testes moleculares são considerados os mais eficazes para confirmação do diagnóstico atualmente<sup>9</sup>. Todavia, é visto que a testagem rápida é um método de triagem importantíssimo, por corresponder a imunoenaios simples que detectam a presença ou ausência de anticorpos do HIV, realizados em até 30 minutos, que estão disponíveis nas unidades básicas de saúde e unidades de referência<sup>9</sup>. Além disso, a triagem para o HIV na atenção primária demonstrou ser custo efetiva, com benefícios indiscutíveis para os indivíduos e para a saúde pública<sup>10</sup>.

Estudo realizado em 2018 apresentou uma mudança no paradigma da infecção pelo vírus, demonstrando que quase a metade da sua amostra soropositiva eram mulheres heterossexuais, contrariando pesquisas que apontam as maiores prevalências em indivíduos homens homoafetivos<sup>11</sup>. Os dados reforçam a importância da testagem, não apenas como triagem, mas sim como teste de rotina para a população em geral.

Apesar de todas as estratégias adotadas de enfrentamento e ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV, ainda se observa muitos indivíduos infectados sem tratamento. Existem grupos sociais em sua maioria já vulnerabilizados, por suas condições socioeconômicas e biológicas diversas, que apresentam risco aumentado para exposição ao vírus<sup>1</sup>. Essa população enfrenta o acesso limitado aos serviços de saúde, conhecimentos inadequados sobre o HIV/AIDS e o estigma e discriminação que a impedem de conhecer seu *status* sorológico. Mesmo com os avanços, o estigma continua sendo uma grande barreira na gestão da prevenção e adesão ao tratamento, podendo, assim, contribuir para a propagação das infecções sexuais<sup>12,13</sup>.

Por outro lado, percebe-se a escassez de estudos sobre a incidência do HIV no estado de Goiás. Conhecer o perfil epidemiológico dos portadores do HIV representa um avanço para minimizar a transmissão e vislumbrar possibilidades de ações de promoção à saúde e a oferta de terapia precoce. Além disso, o conhecimento da realidade permitirá que as autoridades responsáveis pelo monitoramento identifiquem as tendências da epidemia, estimulem as notificações do agravo, se esforcem para a redução da incidência, detecção e tratamento precoce da infecção. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos de HIV notificados no estado de Goiás, por meio de dados do SINAN, no período de 2015 a 2019.

## **METODOLOGIA**

Estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com dados secundários. A população alvo foi constituída de indivíduos diagnosticados com HIV notificados pelo SINAN no estado de Goiás, no período de 01/01/2015 a 31/12/2019.

O SINAN foi desenvolvido no início da década de 1990, tendo como objetivo “padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal”<sup>14</sup>. O SINAN é atualmente

alimentado pela notificação e investigação de doenças e agravos que constam na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória (LDNC), conforme Portaria n.º 204, de 17 de fevereiro de 2016<sup>15</sup>.

A coleta de dados foi realizada através de pesquisa em banco de dados secundários, obtidos no SINAN. As variáveis de interesse para o estudo foram selecionadas do banco de dados e organizadas em planilha do Excel para serem posteriormente analisadas. Como critério de inclusão foi considerado a positividade para o HIV e foram analisadas três tipos de variáveis: sociodemográficas (idade, sexo, cor, escolaridade, município de residência e ocupação), modalidades de exposição (relação sexual com pessoa do mesmo sexo e uso de drogas injetáveis) e critérios de definição de casos de AIDS (Rio de Janeiro/Caracas, CDC Adaptado, Óbito).

O processamento e análise dos dados foram realizados por meio de seleção das variáveis de interesse para o estudo utilizando o tabulador de dados *TabWin*. Gráficos e tabelas foram construídos para elucidação dos resultados. Para o cálculo da incidência utilizaram-se os dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os casos notificados no SINAN, calculando o número de casos da doença por ano, dividido pela quantidade de pessoas expostas à infecção vezes 100.000, abaixo descrita:

Número de casos de HIV notificados em Goiás de 2015 a 2019

$$\frac{\text{Número de casos de HIV notificados em Goiás de 2015 a 2019}}{\text{População total residente no período}} \times 100.000$$

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Leide das Neves da Escola de Saúde de Goiás, sob n.º de CAAE 25137819.0.3001.5082 e Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr Anuar Auad (HDT) sob n.º de CAAE 25137819.0.0000.0034. Os dados que foram utilizados são de domínio público, sem a identificação dos participantes da pesquisa. Essa pesquisa contou com o apoio do Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica (NHVE) do HDT para o acesso aos dados. Cabe

ressaltar que as pesquisadoras tiveram atenção especial no que se refere à confiabilidade e não violação dos direitos humanos nas investigações realizadas.

O risco mínimo estabelecido nesta pesquisa foi a quebra do anonimato, principalmente por se tratar de indivíduos sujeitos ao preconceito, exigindo dos pesquisadores a confiabilidade dos dados, com especial atenção durante a coleta e manuseio, não expondo as informações do banco de dados a terceiros, sendo que estes só serão divulgados após analisados e para fins científicos. Os benefícios da pesquisa foram: a valorização do uso de bases de dados secundários pelos profissionais da saúde, melhoria da assistência realizada pelos serviços de saúde, com intervenções específicas em todos os níveis para PVHIV, e a geração de indicadores para ações de prevenção da infecção pelo HIV por meio da elucidação do perfil dos portadores no período de estudo, permitindo o planejamento de ações para intervir e melhorar suas condições de vida.

A pesquisadora responsável desenvolveu o projeto conforme delineado e manterá os dados coletados armazenados em arquivo digital sob a sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, sendo descartados ao final desse período.

## **RESULTADOS**

No período de janeiro de 2015 a dezembro de 2019, integraram o estudo 7.575 indivíduos notificados para HIV no estado de Goiás.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes do estudo. Do total, 79,2% eram do sexo masculino, a maioria tinha entre 20 e 39 anos (71,1%), se autodeclaravam pardos (54,0%) e eram naturais da grande Goiânia (56,5%). Em relação à escolaridade 49% (n=3.709) possuíam 9 ou menos anos de estudo. Quanto à ocupação 8,8% (n=664) eram estudantes, seguidos de 6,7% (n=507) que referiram ser donas de casa.

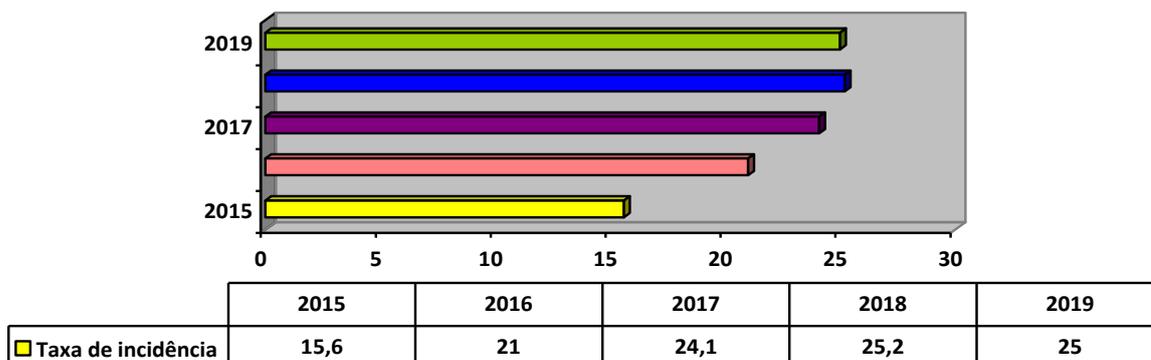
Tabela 1: Características sociodemográficas de casos notificados de HIV, no estado de Goiás, no período de 2015 a 2019

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	6.003	79,2
Feminino	1.572	20,8
<b>Idade (anos)</b>		
13 a 19	511	6,8
20 a 39	5.386	71,1
40 a 59	1.502	19,8
=>60	176	2,3
<b>Cor</b>		
Branco	2.302	30,4
Pardo	4.087	54,0
Preto	580	7,7
Amarelo	85	1,1
Indígena	33	0,4
Sem informação	488	6,4
<b>Escolaridade</b>		
=<4	410	5,4
5 a 8	953	12,6
=>9	3.709	49,0
Sem informação	2.503	33,0
<b>Município de residência</b>		
Grande Goiânia <sup>1</sup>	4.281	56,5
Anápolis	365	4,8
Rio Verde	295	3,9
Outros	2.794	36,8
<b>Ocupação</b>		
Estudante	664	8,8
Dona de casa	507	6,7
Desempregado	303	4,0
Outros	6.117	80,7

1- Goiânia, Aparecida de Goiânia, Senador Canedo - Fonte: Autoria própria

A Figura 1 apresenta a taxa de incidência do HIV segundo as notificações do SINAN, no estado de Goiás. Observou-se que entre os anos de 2015 e 2019 houve um aumento nas taxas de notificações de HIV, passando de 15,59 casos em 2015 para 25 casos/100 mil habitantes em 2019.

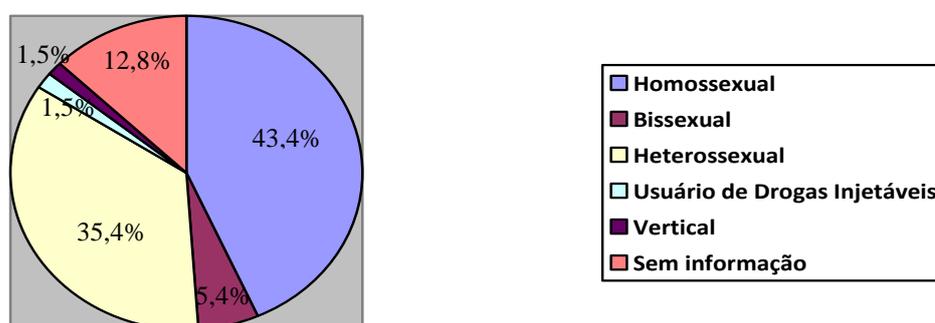
Figura 1. Taxa de incidência de HIV no estado de Goiás (número de casos por 100 mil habitantes), no período de 2015 a 2019



Fonte: Autoria própria

Os fatores de exposição dos casos notificados de HIV são apresentados na Figura 2. Do total, 43,4% (n=3.291) das pessoas notificadas adquiriram o vírus por meio da relação homossexual, 35,4% (n=2.684) relacionada à prática heterossexual e 5,4% (n=408) referente à bissexualidade. A exposição ao vírus, por meio do uso de drogas injetáveis e transmissão vertical, correspondeu a 1,5%, apresentando um n de 114 e 110, respectivamente. Das notificações analisadas, foi observado que 12,8% (n=968) não informaram o modo de transmissão.

Figura 2: Fatores de exposição de casos notificados de HIV, no estado de Goiás, no período de 2015 a 2019



Fonte: Autoria própria

Conforme a Tabela 2, que apresenta as características clínicas dos casos notificados de HIV, foram observados os sintomas de astenia (n=540), caquexia (n=519) e febre (n= 276) como os

mais prevalentes. Em relação às doenças oportunistas, o herpes zoster (n=76) e a tuberculose pulmonar (n=63) foram as mais predominantes. Segundo as notificações realizadas 74,9% tiveram o teste de triagem para o HIV reagente; em relação ao teste confirmatório 73,9% dos indivíduos obtiveram positividade. No período estudado, 1,4% dos indivíduos foram a óbito por AIDS e 0,6% tiveram o óbito por outras causas.

Tabela 2: Características clínicas de casos notificados de HIV, no estado de Goiás, no período de 2015 a 2019

Variáveis	n	%
<b>Sinais e Sintomas</b>		
Febre	276	3,6
Tosse persistente	262	3,4
Astenia	540	7,1
Caquexia	519	6,8
Diarreia	245	3,2
Anemia	85	1,1
Dermatite persistente	197	2,6
Linfadenopatia	219	2,8
<b>Doenças Oportunistas</b>		
Tuberculose pulmonar	63	0,8
Herpes zoster	76	1,0
Candidose pulmonar	36	0,4
Candidose oral	44	0,5
Disfunção do sistema nervoso central	36	0,4
<b>Triagem HIV</b>		
Reagente	5.674	74,9
Não reagente	16	0,2
Não realizado	1.455	19,2
Sem informação	430	5,7
<b>Teste Confirmatório HIV</b>		
Reagente	5.600	73,9
Não reagente	43	0,5
Não realizado	1.317	17,3
Sem informação	615	8,1
<b>Evolução</b>		
Vivo	7.141	94,2
Óbito por AIDS	106	1,4
Óbito por outras causas	46	0,6
Sem informação	282	3,7

Fonte: Autoria própria

## DISCUSSÃO

A infecção pelo HIV ainda representa um grande desafio para a saúde pública, em especial por ser o agente causador de uma doença crônica, de difícil controle devido ao seu grande

impacto social, carregado de estigma e preconceito<sup>16</sup>. Nesse contexto, essa população apresenta características ímpares que interferem diretamente na capacidade de enfrentamento do agravo.

Condizente com outros achados, a população estudada foi constituída, majoritariamente, por homens jovens, na faixa etária entre 20 e 39 anos<sup>17,18,19</sup> e pardos<sup>18,20</sup>. Esses dados mostram a importância das políticas públicas com enfoque na saúde do homem, trabalhando na sensibilização e conscientização desse grupo populacional, que historicamente apresenta menor compreensão da importância dos serviços de prevenção e assistência à saúde<sup>18</sup>. Apesar da menor prevalência (2,3% - 176/7.575), a faixa etária acima de 60 anos requer um olhar especial, por se tratar de um segmento populacional indiferente às práticas sexuais, ou seja, grupo que não é visto como prioridade para ações voltadas à saúde sexual e que vem apresentando crescente aumento dos casos de HIV<sup>18</sup>.

Em relação à escolaridade, contrariando outros estudos que apresentam baixa escolaridade nos indivíduos diagnosticados com HIV<sup>18,19</sup>, 49% dos casos tinham 9 ou mais anos de estudo. Entretanto, a porcentagem de ignorados no perfil escolar é bem abrangente e corresponde a 33% (n=2.503) dos casos notificados. Sabe-se que a infecção está intimamente ligada à baixa instrução e vulnerabilidade econômica, a grupos sociais que apresentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde, tornando-os um público-chave para as ações e políticas de saúde pública<sup>18,19,20</sup>.

A maioria dos indivíduos relatou morar na grande Goiânia (52% - 4.281/7.575), informação que coincide com os dados nacionais, que apresentam a tendência de concentração dos casos de HIV nos grandes centros urbanos<sup>17,21</sup>. Entretanto nos últimos anos observou-se uma tendência para a interiorização, resultante do aumento da área de abrangência da infecção para municípios de médio e pequeno porte<sup>19</sup>.

Esse estudo demonstrou que entre os anos de 2015 e 2019 ocorreu um aumento nas taxas de incidência do HIV. Esses achados refletem as tendências globais de novas infecções pelo HIV.

Nos Estados Unidos, segundo as projeções para 2013 a 2045, inferiram-se que a demografia e composição de PVHIV aumentará consideravelmente, em especial na estrutura etária, racial e étnica<sup>22</sup>. Na América Latina novas infecções surgiram nos últimos anos, reflexo das migrações decorrentes da crise humanitária, bem como da marginalização das populações-chave, público limitado aos investimentos governamentais em saúde, dificultando o progresso contra o HIV<sup>23</sup>.

No Brasil, de 2007 a 2019, foram notificados pelo SINAN 300.496 casos de HIV, estando somente o ano de 2018 com 43.941 casos da infecção; destes, 3.625 (8,2%) na região Centro-Oeste<sup>2</sup>. Em contrapartida, segundo o boletim epidemiológico do HIV<sup>2</sup>, desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de AIDS no Brasil, redução relacionada aos progressos mundiais para atingir a meta 90-90-90. De acordo com a UNAIDS<sup>23</sup> entre os anos de 2015 e 2019 houve um aumento de 44% nas taxas de supressão viral, resultado dos ganhos na eficácia do tratamento, bem como no aumento no número de pessoas que conhecem seu *status* sorológico.

Nos últimos anos foi observada uma mudança no perfil da epidemia, sendo a transmissão heterossexual a principal forma de exposição ao HIV<sup>19</sup>. No entanto nos países com baixa, média e alta renda a modalidade de exposição ainda se concentra no tipo homossexual e bissexual<sup>24</sup>. Em consonância com Dartora, Anflor e Silveira<sup>24</sup> e Pinto *et al.*<sup>25</sup>, no presente estudo o tipo homossexual (43,5%) foi o mais prevalente. Essa contradição pode ser explicada devido ao medo, ignorância e preconceito que esses grupos sofrem, sobrecarregando a capacidade e vontade das comunidades e países para responder ao vírus<sup>21</sup>. Frente a isso, essa elevada prevalência resulta da responsabilização desse grupo na disseminação da infecção, através das relações sexuais desprotegidas<sup>26</sup>. Destaca-se que, o não uso do preservativo está relacionado, muitas vezes, ao receio da descoberta do diagnóstico pelo parceiro, devido ao estigma associado à homossexualidade, ao qual está ligado a violência, abusos e prisão<sup>26</sup>.

Dessa forma, à medida que a prevalência do HIV se estabiliza na população geral, ainda se observa altas prevalências em grupos populacionais com maior vulnerabilidade<sup>17</sup>. As

populações-chave apresentam maior risco de infecção pelo HIV, incluem as pessoas que utilizam drogas, profissionais do sexo e privados de liberdade. Apesar de representarem uma pequena proporção da população, esse grupo concentrou mais de 60% das novas infecções por HIV em adultos no mundo em 2019<sup>23</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), para fins de vigilância epidemiológica, utiliza-se como definição de casos de AIDS em adultos o critério Rio de Janeiro/Caracas, o critério CDC Adaptado e o critério excepcional de Óbito. Cada critério apresenta uma particularidade específica baseada no sinal, sintoma ou doença que identifica<sup>27</sup>. No presente estudo, segundo as notificações realizadas de acordo com o critério Rio de Janeiro/Caracas, cabe destacar a astenia (7,1%, n=540), caquexia (6,8%, n=519) e febre (3,6%, n=276), sintomas que apresentaram maiores taxas. Em relação ao critério CDC adaptado, foi notificada apenas a manifestação candidose pulmonar (0,4%, n=36). Quanto ao critério de Óbito não foi descrito nenhum indivíduo com menção do HIV ou AIDS na declaração de óbito, ou causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação.

Sabe-se que o aparecimento de doenças oportunistas é definidor de AIDS. Entre as infecções oportunistas relatadas no estudo, destaca-se o herpes zoster (n=76), tuberculose pulmonar (n=63) e candidose oral (n=44). Em consonância com os achados, estudos apontam que as manifestações dermatológicas se configuram como um dos primeiros e mais comuns sinais de HIV/AIDS, podendo evoluir de forma grave se diagnosticada tardiamente<sup>28,29</sup>. Com relação à tuberculose pulmonar, ela destacou-se como a segunda maior prevalência. Ferreira, Souza e Motta<sup>30</sup> evidenciam que a tuberculose é a 4ª causa de morte por doenças infecciosas, sendo a primeira causa em pacientes com HIV. Evidencia-se, com isso, o sério problema de saúde pública gerado por essa infecção, enraizada por problemas sociais e ligada à pobreza e má distribuição de renda.

Importante ressaltar que 34% (n=2.598) dos casos apresentaram algum sintoma ou doença definidora de AIDS, podendo inferir na demora para o diagnóstico ou mesmo notificação do caso. O dado apresentado corrobora com dados de estudos nacionais que apresentam um

elevado número de pessoas ainda não diagnosticadas, refletindo com isso na alta prevalência de diagnóstico tardio e atraso no tratamento<sup>31</sup>. Segundo Ribeiro *et al.*<sup>31</sup>, as principais razões para o diagnóstico tardio diz respeito à ausência ou baixa percepção de risco pelas pessoas, tornando-se um importante desafio para o controle da infecção, por estar relacionado diretamente a maiores taxas de morbimortalidade. Por conseguinte, um dos pontos mais importantes para o sucesso da quebra da cadeia de transmissão é o diagnóstico oportuno.

Dos casos notificados 74,9% (n=5.674) realizaram o teste de triagem para o HIV; em relação ao teste confirmatório 73,9% (n= 5.600) dos indivíduos o fizeram. No entanto, cerca de 60 pessoas (0,9%) foram registradas com o *status* de teste não realizado. Desse modo, infere-se que esses indivíduos foram casos descartados, ou seja, não se tratava de uma infecção por HIV. Vale ressaltar que na ficha de notificação não há um campo para registro dos casos que foram descartados, o que resulta em inconsistência de dados. Outra questão importante diz respeito aos casos classificados como não realizados e sem informação, dados que refletem as lacunas existentes no sistema, correspondendo às limitações técnicas e operacionais do SINAN, elementos que inviabilizam a construção de um panorama mais preciso da epidemiologia da infecção<sup>4</sup>.

A mortalidade por AIDS, observada no estudo, foi de 1,4%, variando de 25 óbitos em 2015 para 18 óbitos em 2019. Tal declínio também foi observado em estudos realizados em Zimbábue<sup>32</sup> e Rio de Janeiro<sup>33</sup>. Apesar dessas quedas, em especial após a implementação da TARV, as infecções oportunistas ainda representam as mais importantes causas de mortalidade entre PVHIV no Brasil<sup>33</sup>. Diante disso, é imprescindível melhorar os esforços para garantir o diagnóstico oportuno, para iniciar a TARV o mais rápido possível e, com isso, reduzir as consequências da infecção pelo HIV.

As limitações desse estudo situam-se no procedimento de coleta de dados, visto que foi realizado através de base de dados secundários, o SINAN. Além disso, foi utilizado apenas o banco de dados referente ao HIV, não sendo contemplados os casos de AIDS. Compreendemos que o registro das notificações nesse meio eletrônico não é realizado com o

devido rigor e frequência necessária, podendo existir vieses e serem subestimados e/ou superestimados alguns valores descritos pelas pessoas notificadas. Além disso, a amostragem do banco de dados do SINAN pode representar uma amostragem inferior ao número real. Dessa forma, estudos com banco de dados do SINAN, SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos), SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e SICLOM (Sistema de Controle de Medicamentos) apresentam uma população mais fidedigna das PVHIV.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados evidenciam um aumento da incidência do HIV durante o período de 2015 a 2019, seguindo as tendências globais de novas infecções. Além disso, apesar das mudanças no perfil da epidemia, observamos no estado a manutenção do tipo de população mais afetada, sendo eles os homens jovens e a forma de transmissão homossexual como a mais prevalente. Dessa forma, é preciso que se desenvolvam políticas públicas de saúde voltadas para essa população, sendo considerados seus fatores sociodemográficos e determinantes sociais, para que se implementem medidas apropriadas e efetivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Sugere-se que haja ampliação da triagem para o HIV, em especial a testagem rápida, pois proporcionará subsídios para se alcançar o diagnóstico oportuno e, conseqüentemente, diminuir o número de hospitalizações, aumentar os números de pessoas em tratamento e obter supressão viral nos indivíduos com HIV. Ressaltamos, ainda, a importância das notificações no Brasil, como meio de conhecimento dos aspectos epidemiológicos dos agravos mais importantes para a saúde pública, com o objetivo de reduzir e controlar essas enfermidades. Espera-se que os conhecimentos gerados por esse estudo possam ampliar as possibilidades de compreensão dos fatores associados ao HIV e os motivos da alta incidência da infecção.

### **REFERÊNCIAS**

- 1 - World Health Organization. HIV/AIDS: Key Facts. Geneva: WHO, 2020.

- 2 - Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 2019;72.
- 3 – UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. 90-90-90: Uma meta ambiciosa de tratamento para ajudar a acabar com a epidemia de AIDS. Geneva: 2014.
- 4 - Cruz MM, Toledo LM, Santos EM. O sistema de informação de AIDS do município do Rio de Janeiro: suas limitações e potencialidades enquanto instrumento da vigilância epidemiológica. Cad Saúde Pública. 2003;19(1):81-89.
- 5 - Ministério da Saúde (BR). Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2017;706.
- 6 - Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 993, de 4 de setembro de 2000. Altera a Lista de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências. Brasília: 2000.
- 7 - Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: 2014.
- 8 - Redoschi BRA, Zucchi EM, Barros CRS, Paiva VSF. Uso rotineiro do teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens: do risco à prevenção. Cad Saúde Pública. 2017;33(4):1-22.
- 9 - Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Brasília: Ministério da Saúde. 2018;148.
- 10 - Baggaley RF, Irvine NA, Leber W, Cambiano V. Cost-effectiveness of screening for HIV in primary care: a health economics modelling analysis. Lancet HIV. 2017;4(10):465-474.
- 11 - Cossarini F, Hanna DB, Ginsberg MS, Blackstock O, Anastos K, Felsen UR. Missed Opportunities for HIV Prevention: Individuals Who HIV Seroconverted Despite Accessing Healthcare. AIDS and Behavior, 2018; 22(11):3519-3524.
- 12 - Maruatona SBL, Madisa M, Boitshwarelo T, Kefilwe BG, Kingori C, Ice G, *et al.* Association between HIV/AIDS knowledge and stigma towards people living with HIV/AIDS in Botswana. African Journ AIDS Res. 2019;18(1):58-64.

13 - Lelis RT, Soares CB, Garbin AJI, Garbin CAS. Discriminação vivenciada por pessoas que vivem com HIV/AIDS nos serviços de saúde: um estudo qualitativo. *Rev Ciênc Plur.* 2016;2(3):17-29.

14 - Ministério da Saúde (BR). Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 2009.

15 - Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: 2016.

16 - Jesus GJ, Oliveira LB, Caliare JS, Queiroz AAFL, Gir E, Reis RK. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. *ACTA Paul Enferm.* 2017;30(3):301-307.

17 - Pereira GFM, Pimenta MC, Giozza SP, Caruso AR, Bastos FI, Guimarães MDC. HIV/Aids, hepatites virais e outras IST no Brasil: tendências epidemiológicas. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:1-3.

18 - Trindade FF, Fernandes GT, Nascimento RHF, Jabbur IFG, Cardoso AS. Perfil epidemiológico e análise de tendência do HIV/AIDS. *Journal Health NPEPS.* 2019;4(1):153-165.

19 - Dantas CC, Dantas FC, Monteiro BAC, Leite JL. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos em um Centro de Saúde da Região Litorânea do Estado de Rio de Janeiro, Brasil, 2010-2011. *Arq Catarin Med.* 2017;46(1):22-32.

20 - Pereira JA, Marques RH, Fonseca LVL, Eleutério AM, Bonfim MLC, Dias OV. Infecção pelo HIV e AIDS em Município do Norte de Minas Gerais. *Rev APS.* 2011;14(1):39-49.

21 - Martins TA, Kerr LRFS, Kendall C, Mota RMS. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. *Rev Fisioter S Fun.* 2014;3(1):4-7.

22 - Hood JE, Golden HJE, Hugles JP, Goodreau SM, Siddiqi AA, Buskin SE. Projected demographic composition of the United States population of people living with diagnosed HIV. *AIDS Care.* 2017;10:1-8.

23 - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global Aids update 2020. Seizing the Moment: tackling entrenched inequalities to end epidemics. Geneva: UNAIDS. 2020;380.

24 - Dartora WJ, Anflor EP, Silveira LRP. Prevalência do HIV no Brasil 2005-2015: dados do Sistema Único de Saúde. *Rev Cuid.* 2017;8(3):1919-1928.

25 - Pinto VM, Basso CF, Barros CRS, Gutierrez EB. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(4):2423-2432.

26 - Soares JP, Silva ACO, Silva DM, Freire MEM, Nogueira JA. Prevalência e fatores de risco para o HIV/AIDS em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. *Arq Catarin Med*. 2017;46(4):182-194.

27 - Ministério da Saúde (BR). Critérios de definição de casos de AIDS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2004;54.

28 - Lopes AOL, Nunes IPB, Leão MR, Nogueira MFBB, Teixeira AB. Aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes infectados por HIV. *RBAC*. 2019;51(4):296-299.

29 - Campos PM. Marcados na pele – lesões dermatológicas em pacientes HIV/AIDS: uma revisão integrativa (Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização). Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016.

30 - Ferreira DP, Souza FA, Motta MCS. Prevalência da Coinfecção HIV/TB em pacientes de um Hospital de Referência na Cidade do Rio de Janeiro. *Res Fundam CARE*. 2019;11:358-362.

31 - Ribeiro LCS, Freitas MIF, Tupinambás U, Lana FCF. Diagnóstico tardio de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e fatores associados. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:1-12.

32 - Chimbetete C, Shamu T, Roelens M, Bote S, Mudzviti T, Keizer O. Mortality trends and causes of death among HIV positive patients at Newlands Clinic in Harare, Zimbabwe. *PLOS ONE*. 2020;15(8):1-13.

33 - Paula AA, Pires DF, Filho PA, Lemes KRV, Veloso VG, Grisztejn B, *et al*. Perfis de mortalidade em pessoas vivendo com HIV/aids: comparação entre o Rio de Janeiro e as demais unidades da federação entre 1999 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:1-12.