



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO



HIV, AIDS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Secretário de Estado da Saúde

Humberto Lucena da Fonseca

Subsecretário de Vigilância à Saúde

Marcus Vinicius Quito

Diretora de Vigilância Epidemiológica

Maria Beatriz Ruy

Gerente de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Sergio d'Avila

Elaboração e Textos

Ludmila A. S. O. Herrmann

Sergio d'Avila

Revisão

Carina Matos

Lusia Neves

Rosangela Ribeiro

Endereço da SES/DF

Setor de Áreas Isoladas (SAIN),
Bloco B, Asa Norte – Brasília/DF

Visite a página da GEDST em
www.ses.df.gov.br

Apresentação

A Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) apresenta o Boletim Epidemiológico de HIV, AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), analisando dados abrangendo o período de 2011 a 2016 relacionados aos casos de HIV, AIDS, HIV em gestantes e crianças expostas. Além destes, foram levantados os dados sobre as principais infecções sexualmente transmissíveis (excluindo a sífilis, que é tratada em boletim específico): a Síndrome do Corrimento Uretral masculina, a Síndrome da Cervicite, a Síndrome da Úlcera Genital, o Condiloma Acuminado, a Infecção Subclínica ou latente pelo Papiloma vírus (HPV) e a Oftalmia Gonocócica Neonatal. Todas essas doenças estão incluídas na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças e as que são monitoradas por unidades sentinelas, do Ministério da Saúde (portarias nº 1.984/2014 e nº 204/2016)^{1 2} e do Distrito Federal (Portaria SES/DF nº 140/2016)³, e foram extraídas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

O Boletim Epidemiológico tem como objetivo contribuir para o monitoramento de casos de HIV e de AIDS e de outras IST, com a perspectiva de compreendermos o cenário epidemiológico no Distrito Federal, subsidiando a gestão para a tomada de decisões baseadas em evidências e possibilitando adequações no planejamento das ações de controle dessas infecções.

Espera-se que estas informações propiciem melhor análise da situação de saúde da população, caracterizar a dinâmica da epidemia, fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica do HIV, AIDS e das demais IST, direcionando o planejamento e as ações de prevenção e controle da doença em cada Região de Saúde, de acordo com as diretrizes e normas do SUS, do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Introdução

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana do tipo 1, o HIV1, apresenta um amplo espectro de manifestações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença. Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos. A AIDS é o estágio mais avançado da doença que ataca o sistema imunológico. Como esse vírus ataca as células de defesa do nosso corpo, o organismo fica mais vulnerável a diversas doenças⁴.

No início da década de 80, a epidemia de HIV/AIDS manteve-se basicamente restrita às regiões metropolitanas do Sudeste e Sul do Brasil, sendo suas formas de transmissão: a) sexual; b) sanguínea, por meio de transfusão ou compartilhamento de agulhas e seringas e; c) perinatal ou vertical, que é da mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação. Ao longo dos anos, predominou a transmissão sexual, visto que foram adotadas medidas de biossegurança das transfusões de sangue e hemoderivados e as medidas profiláticas junto às gestantes com HIV, reduzindo a transmissão sanguínea e vertical. Atualmente, o Ministério da Saúde estima que cerca de 640 mil pessoas vivam com HIV/AIDS no Brasil.

A história natural dessa infecção vem sendo alterada consideravelmente pela terapia antirretroviral (TARV) e ampliação do diagnóstico precoce, resultando em um aumento da sobrevida, redução da mortalidade e de doenças secundárias, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Apesar da TARV não erradicar a infecção pelo HIV, evidências apontam que quando o tratamento é iniciado precocemente, aumentam-se as chances de se alcançar níveis elevados de LT-CD4+ (células de defesa que compõem o sistema imunológico humano) e níveis indetectáveis de carga viral. Além disso, o uso precoce da TARV produz benefício no âmbito da saúde não só individual, mas também coletiva, uma vez que permite reduzir a carga viral na comunidade, diminuindo as possibilidades de transmissão⁵.

Por isso, o conceito de **prevenção combinada** tem se difundido, articulando não só a prevenção primária (uso de preservativos e gel para práticas sexuais mais seguras) e diagnóstico com testagem rápida, mas também incluindo; o início imediato da TARV para todas as pessoas diagnosticadas com HIV (conhecido como “*testar e tratar*”, independentemente de sua carga viral e CD4); pela ampliação da oferta de profilaxia pré-exposição ao HIV (PEP) para os casos de exposição por acidente de trabalho ou sexual (mediante violência ou relação sexual consentida); pelas estratégias de redução de danos, principalmente em populações mais vulneráveis, como usuários de drogas e moradores de rua; pelo manejo oportuno e adequado das IST na Atenção Básica, acarretando redução dos prejuízos à saúde e reduzindo os riscos infecção pelo HIV; e, recentemente agregada a essas estratégias, está-se implantando a profilaxia pré-exposição ao HIV (conhecida como PrEP), possibilitando mecanismos de prevenção do HIV entre segmentos de extrema vulnerabilidade.

Todavia, no atual cenário devem ser considerados vários desafios, tais como a alta prevalência em segmentos populacionais (homens que fazem sexo com homens, travestis e transgêneros, usuários de drogas, profissionais do sexo), demonstrando estarem com maior vulnerabilidade e risco de adesão ao tratamento precoce⁶.

Portanto, ao longo do anos muitas mudanças ocorreram, tanto no perfil epidemiológico quanto aos avanços técnicos, tecnológicos e terapêuticos. O Distrito Federal hoje conta com uma rede de atenção primária voltada para a execução de ações de prevenção, com oferta de preservativos masculinos, femininos e de realização de diagnóstico por meio principalmente de testes rápidos para a população em geral como para as gestantes e seus filhos, garantindo diagnóstico, tratamento e fórmula láctea infantil para

durante o pré-natal, parto e puerpério. Quanto ao atendimento especializado, diversos serviços de referência às regiões de saúde estão implantados, tendo cerca de 13 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS recebendo medicamentos antirretrovirais (ARV).

Vigilância Epidemiológica da AIDS e HIV no DF: 32 anos de história

A vigilância epidemiológica do HIV e da AIDS, além de se basear em informações fornecidas pela notificação de casos registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e registros de óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), possui dois sistemas específicos: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), que auxiliam na análise de situação de saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS e fornecem subsídios para a gestão das ações de vigilância, prevenção e controle.

Em 1982, foi o ano da notificação dos primeiros casos de AIDS no Brasil. No Distrito Federal, o primeiro caso notificado foi em 1985. A notificação de HIV, no âmbito nacional, foi instituída em 2014; no DF, entretanto, já era de notificação compulsória desde 2009.

Desde o início da epidemia, em 1985, até dezembro de 2016, o Distrito Federal tem **10.299** casos registrados de AIDS, sendo **7.558** homens e **2.741** mulheres, na condição em que a doença já se manifestou.

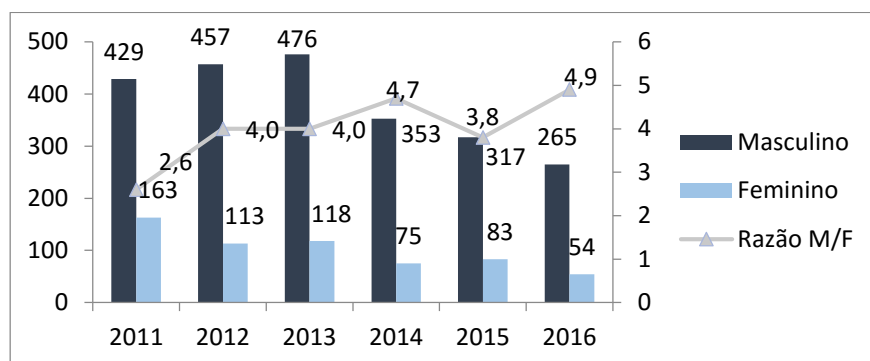
No período abrangido por este Boletim (de 2011 a 2016) estão notificados no SINAN **2.903** novos casos de AIDS. A razão entre os sexos masculino e feminino (M:F) aumentou desde 2011, passando de **2,6** casos em homens para cada caso em mulheres para uma razão de **4,9** em 2016. O número de casos e seus respectivos coeficientes de detecção de AIDS têm reduzido nos últimos anos, principalmente pelo aumento da detecção dos casos de HIV (Tabela 1 e Gráfico 1). Porém, ao analisarmos os casos de HIV notificados no mesmo período, percebe-se uma proporção maior de homens do que em mulheres, em tendência de crescimento, demonstrando que os homens se encontram mais vulneráveis à infecção pelo HIV (Tabela 2 e Gráfico 2).

Tabela 1- Casos de AIDS notificados (número absoluto, coeficiente de detecção por 100.000 habitantes e razão de sexos), por ano de diagnóstico segundo sexo. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Ano Diagnóstico	Número de casos			Razão	Coef. Detecção por 100.000 hab.		
	Masculino	Feminino	Total	M/F	Masculino	Feminino	Total
2011	429	163	592	2,6	34,4	12,0	22,7
2012	457	113	570	4,0	36,1	8,2	21,5
2013	476	118	594	4,0	35,9	8,1	21,3
2014	353	75	428	4,7	26,1	5,0	15,0
2015	317	83	400	3,8	22,9	5,4	13,7
2016	265	54	319	4,9	18,8	3,4	10,7
Total	2297	606	2903	3,8	28,8	6,9	17,3

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 18/09/2017.

Gráfico 1- Casos de AIDS e razão de sexos M: F, segundo ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2011 a 2016.



Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 18/09/2017.

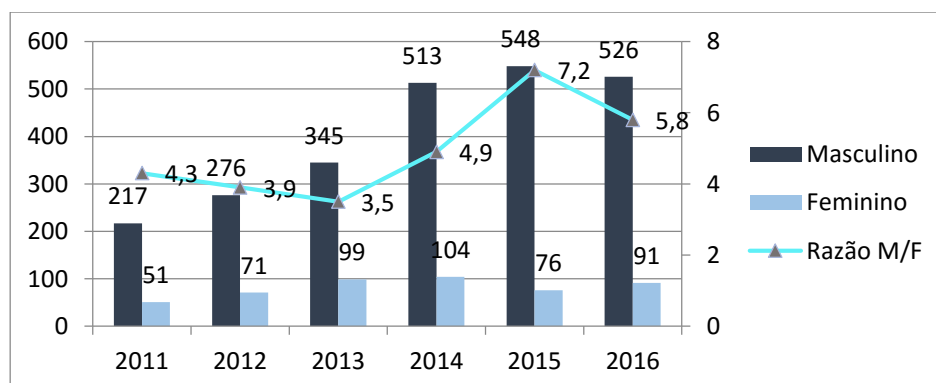
De 2011 a 2016 observou-se um aumento progressivo dos casos de HIV notificados no SINAN, acumulando **2.425 casos** registrados. Ao longo desse período, verifica-se que a partir de 2014 houve uma inversão do número de casos de HIV em relação aos de AIDS. Isto representa uma tendência de diagnóstico precoce, ou seja, com a maior oferta de testagem, as pessoas infectadas com HIV estão sendo detectadas antes de desenvolverem AIDS, possibilitando tratamento oportuno e evitando a progressão da imunodeficiência. Em 2016 o coeficiente de detecção foi de **20,7** casos por 100 mil habitantes, representando uma estabilização em relação aos anos anteriores. (Tabela 2 e Gráfico 2).

Tabela 2 - Casos de HIV notificados (número, coeficiente de detecção por 100.000 habitantes e razão de sexos), por ano diagnóstico segundo sexo. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Ano Diagnóstico	Número de casos			Razão M/F	Coef. Detecção por 100.000 hab.		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
2011	217	51	269	4,3	17,4	3,7	10,3
2012	276	71	347	3,9	21,8	5,1	13,1
2013	345	99	444	3,5	26,0	6,8	15,9
2014	513	104	617	4,9	37,9	6,9	21,6
2015	548	76	624	7,2	39,7	5,0	21,4
2016	526	91	617	5,8	37,3	5,8	20,7
Total	2425	492	2917	4,9	30,4	5,6	17,4

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 18/09/2017.

Gráfico 2- Casos de HIV e razão de sexos M: F, segundo ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2011 a 2016.



Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 18/09/2017.

Em relação à AIDS segundo faixa etária, verifica-se que, em ambos os sexos, predomina na fase adulta, compreendendo a faixa de 25 a 39 anos, o que corresponde a **52,4%** dos casos. No entanto, também se observa aumento de casos na faixa de 15 à 24 anos, que representavam 10,8% dos casos notificados em 2011 e em 2016 passaram a representar **16,9%** do total. Já os casos nas faixas etárias acima de 40 anos, mantem em 2016 uma proporção semelhante a 2011 (**37,6%**). (Tabela 3).

Tabela 3 - Casos de AIDS, por faixa etária, segundo sexo e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Masculino							
Faixa Etária	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
15-19	9	16	17	13	11	6	72
20-24	38	59	62	44	36	43	282
25-29	68	77	105	76	82	38	446
30-34	85	88	78	65	59	48	423
35-39	73	67	70	49	39	37	335
40-44	59	60	47	36	30	33	265
45-49	47	49	55	29	19	32	231
50 e +	28	26	16	20	21	13	124
55-59	9	6	15	10	10	10	63
60 e mais	13	9	11	11	10	5	60
Total	429	457	476	353	317	265	2297
Feminino							
15-19	4	2	2	3	1	2	14
20-24	13	10	8	5	8	3	47
25-29	20	18	7	6	2	1	54
30-34	26	16	24	15	17	8	106
35-39	31	18	24	9	13	15	110
40-44	17	20	12	5	13	6	73
45-49	27	11	8	8	9	4	67
50-54	9	10	16	12	11	4	62
55-59	9	5	9	8	3	5	39
60 e mais	7	3	8	4	6	6	35
Total	163	113	118	75	83	54	606
Total							
15-19	13	18	19	16	12	8	86
20-24	51	69	70	49	44	46	329
25-29	88	94	112	82	83	38	497
30-34	111	104	102	80	76	55	528
35-39	104	85	94	58	52	52	445
40-44	76	80	59	41	43	39	338
45-49	74	60	63	37	28	36	298
50-54	37	36	32	32	32	17	186
55-59	18	11	24	18	14	17	102
60 e mais	20	13	19	15	16	11	94
Em Branco	0	0	0	0	0	0	0
Total	592	570	594	428	400	319	2903

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 18/09/2017.

Quanto ao grau de escolaridade dos pacientes, utilizada para uma análise indireta do nível social, ressalta-se o alto índice de informações ignoradas, em ambos os sexos. É importante salientar que estes dados são baseados nas Fichas de Notificação/Investigação de AIDS e a informação de grau de instrução não foram preenchidas e aproximadamente 23,8% dos casos. Em 2016, ao analisar por sexo, 30,2% das mulheres tinham até 08 anos de estudo. Nos homens 18,8% tinham ensino médio completo na data da notificação. (Tabela 4).

Tabela 4 - Casos de AIDS (número e percentual) segundo escolaridade e sexo, por ano de diagnóstico.

Escolaridade	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino														
Analfabeto	3	0,7	6	1,3	4	0,8	2	0,57	4	1,3	0	0,0	19	0,8
1ª a 4ª incompleta	17	4,0	10	2,2	18	3,8	5	1,42	5	1,6	4	1,5	59	2,6
4ª série completa	9	2,1	14	3,1	10	2,1	14	3,97	7	2,2	6	2,3	60	2,6
5ª a 8ª incompleta	33	7,7	40	8,8	47	9,9	21	5,95	15	4,7	13	4,9	169	7,4
Fund. completo	16	3,7	23	5,0	29	6,1	11	3,12	8	2,5	15	5,7	102	4,4
Médio incompleto	26	6,1	36	7,9	27	5,7	22	6,23	18	5,7	30	11,3	159	6,9
Médio completo	84	19,6	85	18,6	90	18,9	76	21,53	53	16,7	43	16,2	431	18,8
Sup. incompleto	44	10,3	49	10,7	55	11,6	45	12,75	39	12,3	32	12,1	264	11,5
Sup. completo	95	22,1	107	23,4	91	19,1	72	20,40	78	24,6	54	20,4	497	21,6
Ign/Branco	102	23,8	87	19,0	105	22,1	85	24,08	90	28,4	68	25,7	537	23,4
Total	429	100	457	100	476	100	353	100	317	100	265	100	2297	100
Feminino														
Analfabeto	1	0,6	1	0,9	5	4,2	1	1,3	3	3,6	1	1,9	12	2,0
1ª a 4ª incompleta	11	6,7	9	8,0	6	5,1	5	6,7	8	9,6	3	5,6	42	6,9
4ª série completa	7	4,3	2	1,8	8	6,8	5	6,7	5	6,0	4	7,4	31	5,1
5ª a 8ª incompleta	33	20,2	21	18,6	22	18,6	10	13,3	7	8,4	5	9,3	98	16,2
Fund. completo	13	8,0	9	8,0	5	4,2	6	8,0	3	3,6	5	9,3	41	6,8
Médio incompleto	12	7,4	12	10,6	15	12,7	7	9,3	5	6,0	2	3,7	53	8,7
Médio completo	30	18,4	20	17,7	10	8,5	7	9,3	14	16,9	6	11,1	87	14,4
Sup. incompleto	10	6,1	6	5,3	8	6,8	5	6,7	6	7,2	2	3,7	37	6,1
Sup. completo	12	7,4	8	7,1	16	13,6	5	6,7	5	6,0	3	5,6	49	8,1
Ign/Branco	34	20,9	25	22,1	23	19,5	24	32,0	27	32,5	23	42,6	156	25,7
Total	163	100	113	100	118	100	75	100	83	100	54	100	606	100

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 18/09/2017

Ao analisar a distribuição dos casos segundo raça/cor, também observa-se elevado percentual de informações ignoradas, principalmente em 2016 (19,7%), o que compromete a capacidade de análise desta variável no perfil epidemiológico. No entanto, observa-se que àqueles que se denominam pardos representam a maior categoria (42,1%), seguidos por brancos (35,2%), tanto em homens como em mulheres. (Tabela 5).

Tabela 5 - Casos de AIDS (número e percentual) segundo raça/cor, por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Raça/cor	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino														
Branca	188	43,8	191	41,8	174	36,6	112	31,7	120	37,9	76	28,7	861	37,5
Preta	27	6,3	32	7,0	37	7,8	36	10,2	29	9,1	27	10,2	188	8,2
Amarela	3	0,7	1	0,2	3	0,6	2	0,6	1	0,3	0	0,0	10	0,4
Parda	157	36,6	189	41,4	212	44,5	144	40,8	125	39,4	116	43,8	943	41,1
Indígena	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1
Ign/Branco	53	12,4	43	9,4	49	10,3	59	16,7	42	13,2	46	17,4	292	12,7
Total	429	100	457	100	476	100	353	100	317	100	265	100	2297	100
Feminino														
Branca	57	35,0	27	23,9	34	28,8	14	18,7	17	20,5	12	22,2	161	26,6
Preta	13	8,0	12	10,6	18	15,3	8	10,7	13	15,7	9	16,7	73	12,0
Amarela	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9	1	0,2
Parda	73	44,8	61	54,0	52	44,1	40	53,3	37	44,6	15	27,8	278	45,9
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	0,2
Ign/Branco	20	12,3	13	11,5	14	11,9	13	17,3	15	18,1	17	31,5	92	15,2
Total	163	100	113	100	118	100	75	100	83	100	54	100	606	100
Total														
Branca	245	41,4	218	38,2	208	35,0	126	29,4	137	34,3	88	27,6	1022	35,2
Preta	40	6,8	44	7,7	55	9,3	44	10,3	42	10,5	36	11,3	261	9,0
Amarela	3	0,5	1	0,2	3	0,5	2	0,5	1	0,3	1	0,3	11	0,4
Parda	230	38,9	250	43,9	264	44,4	184	43,0	162	40,5	131	41,1	1221	42,1
Indígena	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0	0,0	4	0,1
Ign/Branco	73	12,3	56	9,8	63	10,6	72	16,8	57	14,3	63	19,7	384	13,2
Total	592	100	570	100	594	100	428	100	400	100	319	100	2903	100

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 18/09/2017

Quanto à forma de transmissão ou categoria de exposição, prevalece a sexual. Nas mulheres, 86,8% dos casos de AIDS registrados nos últimos seis anos decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. Entre os homens a categoria de maior percentual é de relações homossexuais (46,5%), seguido pelas relações heterossexuais (24,2%). No entanto, entre os homens, se relacionarmos as categorias onde há referência à exposição homo ou bissexual, os casos totalizam 62,3%, indicando que na transmissão entre os homens predomina as situações de relações homossexuais. Em relação ao uso de drogas, observa-se ainda um percentual significativo. O aumento do uso de crack indica a importância de atenção aos fatores de vulnerabilidade desta população, apesar do uso injetável ter reduzido nos últimos anos. Já os casos de AIDS em crianças por transmissão perinatal (ou vertical) se encontra em patamares mínimos. (Tabela 6).

Tabela 6- Casos de AIDS (número e proporção) por categoria de exposição, segundo ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Categoria de exposição	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino														
Homossexual	164	38,2	235	51,4	221	46,4	166	47,0	160	50,5	123	46,4	1069	46,5
Homo./Drogas	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3	2	0,6	1	0,4	6	0,3
Bissexual	71	16,6	57	12,5	72	15,1	50	14,2	53	16,7	36	13,6	339	14,8
Bissexual/Drogas	4	0,9	2	0,4	3	0,6	3	0,8	1	0,3	2	0,8	15	0,7
Heterossexual	113	26,3	123	26,9	129	27,1	80	22,7	57	18,0	55	20,8	557	24,2
Hetero./Drogas	3	0,7	5	1,1	5	1,1	4	1,1	4	1,3	5	1,9	26	1,1
Hetero./Hemofílico	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	2	0,1
Drogas	3	0,7	3	0,7	4	0,8	2	0,6	6	1,9	3	1,1	21	0,9
Perinatal	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,4	3	0,1
Ignorado	68	15,9	31	6,8	42	8,8	45	12,7	34	10,7	39	14,7	259	11,3
Total	429	100	457	100	476	100	353	100	317	100	265	100	2297	100
Feminino														
Heterossexual	150	92,0	104	92,0	106	89,8	60	80,0	67	80,7	39	72,2	526	86,8
Hetero./Drogas	3	1,8	3	2,7	2	1,7	4	5,3	1	1,2	0	0,0	13	2,1
Drogas	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	2	0,3
Perinatal	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	1,3	0	0,0	0	0,0	2	0,3
Ignorado	10	6,1	5	4,4	9	7,6	10	13,3	14	16,9	15	27,8	63	10,4
Total	163	100	113	100	118	100	75	100	83	100	54	100	606	100

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 18/09/2017

Em relação aos óbitos, no Distrito Federal, de 1985 à 2016, foram registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) **3.468** óbitos tendo a AIDS como causa básica. De 2011 à 2016 no Distrito Federal, o número de óbitos por AIDS foi de **709 casos**, apresentando 2016 uma redução de 12,5% em relação à 2014, ano de maior registro de óbitos no período. (Tabela 7).

Tabela 7- Óbitos por AIDS (número e razão de sexo), segundo ano do óbito. Distrito Federal, 2011 à 2016.

Ano do óbito	Número de casos			Razão M/F
	Masculino	Feminino	Total	
2011	70	47	117	1,5
2012	83	29	112	2,9
2013	92	34	126	2,7
2014	100	28	128	3,6
2015	84	30	114	2,8
2016	84	28	112	3,0
Total	513	196	709	2,6

Fonte: SIM Dados provisórios digitados até 18/09/2017.

Os dados acima apontam para uma estabilização dos casos de HIV/AIDS no DF, tanto em incidência quanto em mortalidade. Mantém características de epidemia concentrada com destaque para os homens jovens, pardos, com grau de escolaridade médio/superior, e maior exposição nas categorias homo/bissexual.

Análise dos Casos de AIDS por Região de Saúde

O Distrito Federal é dividido em 07 Regiões de Saúde que possuem diferenças sócio demográficas que podem contribuir nas diferenças epidemiológicas e tendências ao longo dos anos.

Neste Boletim buscou-se verificar algumas informações que contribuam para análise desses aspectos, ampliando a capacidade local de estabelecer as medidas adequadas à sua realidade.

Foram analisados os dados relativos aos coeficientes de detecção, faixa etária, escolaridade e raça/cor. Os dados foram distribuídos de forma a mostrar as diferenças entre as Regiões Administrativas (RA) de cada Região de Saúde.

Com relação à distribuição dos casos de AIDS por residência, os maiores coeficientes de detecção em 2016 foram verificados no Cruzeiro, Taguatinga, Riacho Fundo 01, Águas Claras, Núcleo Bandeirantes. No total de casos acumulados nos últimos seis anos, as regiões com os maiores coeficientes foram são Taguatinga, Ceilândia, Asa Norte, Samambaia, Planaltina e Guará. (Tabela 8).

Tabela 8 - Casos de AIDS notificados (número, coeficiente de detecção por 100.000 habitantes) por ano de diagnóstico e localidade de residência. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Região de Saúde/RA	Número de Casos							Coeficiente					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CENTRO-NORTE	88	74	77	58	57	42	396	35,0	29,0	28,4	20,8	20,0	14,3
Asa Norte	41	43	45	36	33	24	222	33,3	34,5	33,9	26,4	23,5	16,7
Cruzeiro	19	14	07	06	08	10	64	53,7	39,0	18,4	15,3	19,9	24,3
Lago Norte	07	10	08	09	10	05	49	21,4	30,1	22,5	24,6	26,6	12,9
Sudoeste/Oct	19	03	14	06	04	03	49	37,5	5,8	25,7	10,7	7,0	5,1
Varjão do Torto	02	04	03	01	02	00	12	21,0	41,5	29,8	9,8	19,2	0,0
CENTRO-SUL	107	114	109	70	63	47	510	27,3	36,9	25,9	16,2	14,2	10,3
Asa Sul	25	28	22	09	18	09	111	29,0	32,1	23,4	9,3	18,0	8,7
Candangolândia	06	04	07	05	01	01	24	37,1	24,4	40,5	28,3	5,5	5,4
Guará	28	43	39	28	20	16	174	25,8	39,2	33,4	23,3	16,3	12,7
Lago Sul	17	04	03	08	03	03	38	56,9	13,2	9,2	23,7	8,6	8,3
Núcleo Bandeirante	07	07	07	04	05	05	35	28,1	27,7	26,2	14,6	17,8	17,4
Park Way	03	04	03	01	02	00	13	15,4	20,2	14,3	4,6	9,0	0,0
Riacho Fundo I	08	08	14	07	04	08	49	22,0	21,7	36,0	17,6	9,8	19,3
Riacho Fundo II	05	09	10	04	05	05	38	13,7	24,3	25,8	10,1	12,4	12,2
SCIA- Estrutural	07	07	04	04	05	00	27	22,7	22,4	12,3	12,1	14,9	0,0
SIA	01	00	00	00	00	00	01	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LESTE	35	42	43	26	32	26	204	16,8	19,8	19,4	11,5	13,9	11,1
Itapoã	02	02	02	02	02	03	13	4,3	4,3	4,1	4,0	4,0	5,9
Jardim Botânico	02	00	01	02	00	02	07	10,0	0,0	4,6	9,0	0,0	8,6
Paranoá	12	18	18	10	11	09	78	21,5	31,7	30,2	16,5	17,8	14,3
São Sebastião	19	22	22	12	19	12	106	21,9	25,1	24,0	12,9	20,0	12,4
NORTE	66	52	53	39	41	37	288	19,7	15,3	14,8	10,7	11,0	9,7
Fercal	00	01	00	02	00	00	03	0,0	10,8	0,0	20,4	0,0	0,0
Planaltina	41	31	35	20	26	21	174	23,5	17,6	18,9	10,6	13,5	10,7
Sobradinho	20	10	09	12	05	10	66	25,7	12,7	10,8	14,0	5,7	11,1
Sobradinho II	05	10	09	05	10	06	45	6,8	13,3	11,4	6,2	12,2	7,1
OESTE	76	75	90	53	36	52	382	16,3	15,8	18,1	10,4	10,8	6,0
Brazlândia	07	06	10	08	07	03	41	12,0	10,1	16,1	12,6	10,8	4,5
Ceilândia	69	69	80	45	49	29	341	16,9	16,6	18,4	10,1	10,8	6,3
SUDOESTE	159	157	168	140	120	99	843	22,7	22,1	22,5	18,3	15,4	12,4
Águas Claras	20	21	21	15	25	22	124	19,2	19,9	18,9	13,2	21,6	18,6
Recanto das Emas	23	17	27	24	18	18	127	18,1	13,2	20,0	17,5	12,9	12,6
Samambaia	29	39	44	40	25	06	183	14,3	19,0	20,4	18,2	11,2	2,6
Taguatinga	81	74	63	55	48	47	368	39,3	25,4	28,4	24,2	20,6	19,7
Vicente Pires	06	06	13	06	04	06	41	10,0	9,9	20,3	9,2	6,0	8,8
SUL	51	46	45	38	21	32	233	19,9	17,7	16,5	13,6	7,4	11,0
Gama	28	23	32	26	08	22	139	20,6	16,7	22,0	17,4	5,2	14,1
Santa Maria	23	23	13	12	13	10	94	19,2	18,9	10,2	9,2	9,8	7,4
Em Branco	10	10	09	04	10	04	47	...	...	...	...	...	...
Total	592	570	594	428	400	319	2903						

Fontes: Sinan. Dados provisórios digitados até 18/09/2017. IBGE, 2017.

Abaixo as informações sobre faixa etária, escolaridade e raça/cor de cada Região de Saúde:

Região Centro Norte

Os dados mostram maior predominância de casos na faixa etária de 25 à 29 na Asa Norte e Cruzeiro. Já no Lago Norte e Sudoeste predomina a faixa de 30 aos 39 anos e o Varjão na faixa de 45 aos 49 anos (Gráfico 3). Em relação à escolaridade, apresentaram mais registros nas faixas mais altas em todas as RA (Gráfico 4). Já em relação à raça/cor houve predominância de brancos na maioria das RA exceto no Varjão (parda) (Gráfico 5). No entanto, há altos índices de informações ignoradas ou em branco em todas as regiões.

Gráfico 3- Casos de AIDS por RA, segundo faixa etária. Região Centro-Norte, 2011 à 2016.

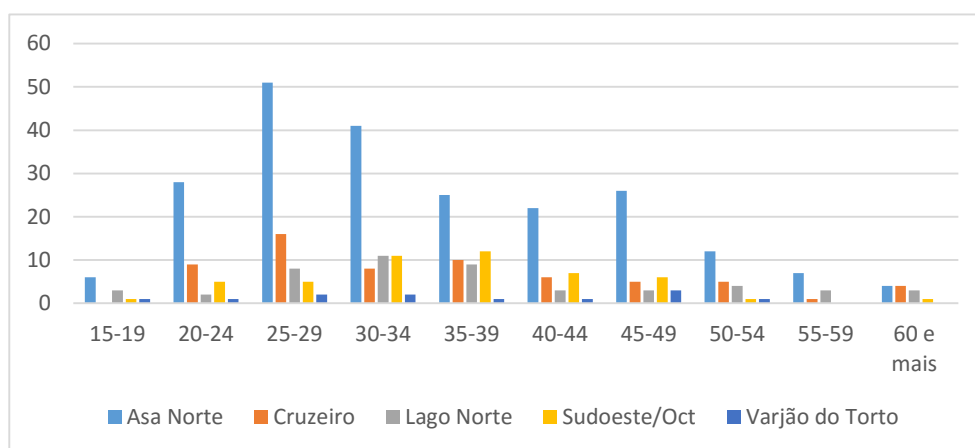


Gráfico 4- Casos de AIDS por RA, segundo escolaridade. Região Centro-Norte, 2011 à 2016.

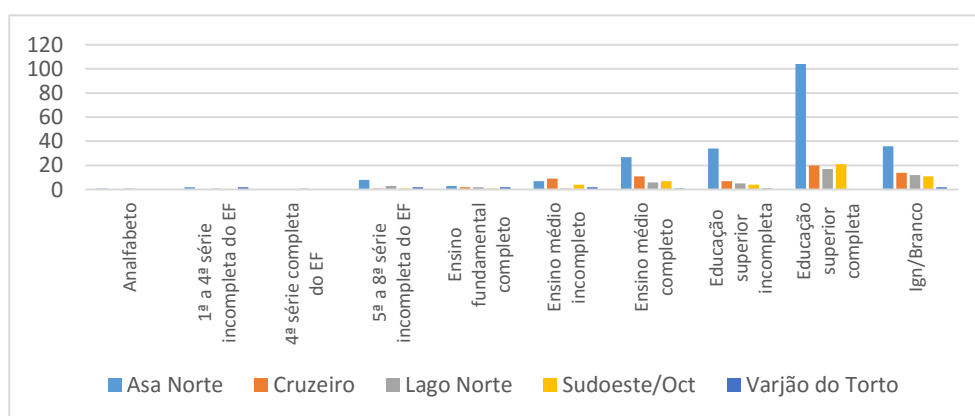
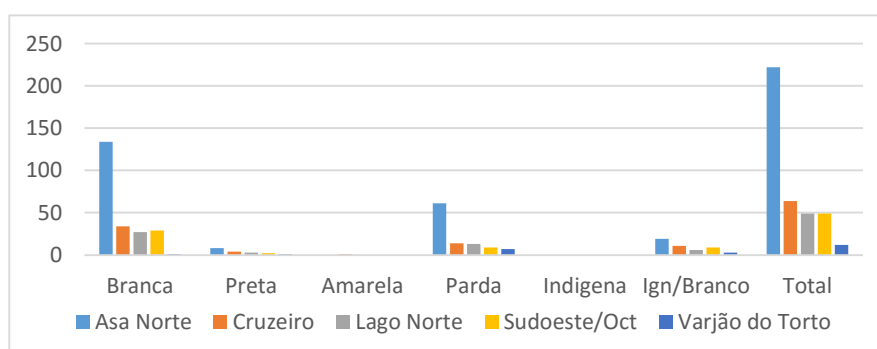


Gráfico 5- Casos de AIDS por RA, segundo raça/cor. Região Centro-Norte, 2011 à 2016.



Região Centro Sul

Os dados mostram que as RA com maior concentração de casos tem mais registros na faixa de 30 à 34 anos (Guará e Riacho Fundo), de 34 à 39 anos (Asa Sul) e de 40 à 44 (Riacho Fundo II) (Gráfico 6). Também observa-se maior predominância das faixas de menor escolaridade em todas as RA (Gráfico 7). Já em relação à raça/cor houve predominância de brancos na Asa Sul, Núcleo Bandeirantes e Lago Sul e pardos nas demais RA (Gráfico 8). No entanto, há altos índices de informações ignoradas ou em branco no quesito raça/cor.

Gráfico 6- Casos de AIDS por RA, segundo faixa etária. Região Centro-Sul, 2011 à 2016.

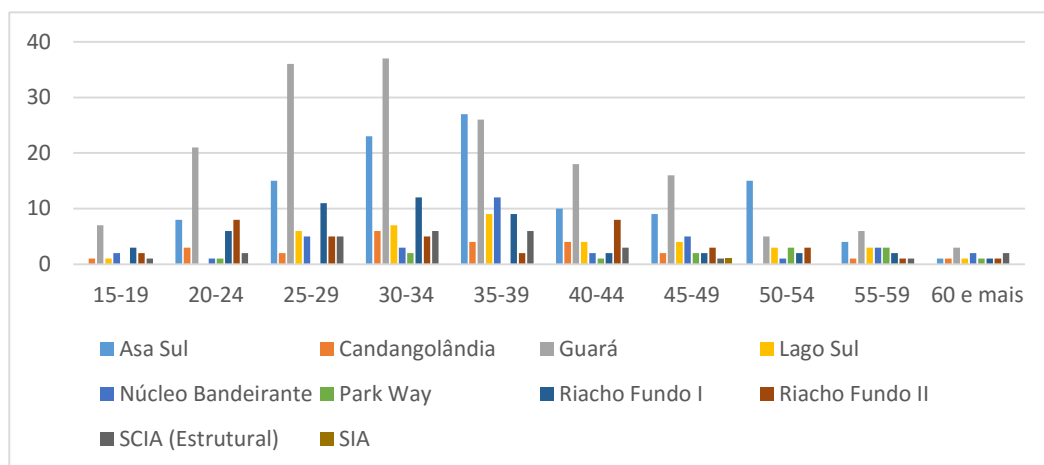


Gráfico 7- Casos de AIDS por RA, segundo escolaridade. Região Centro-Sul, 2011 à 2016.

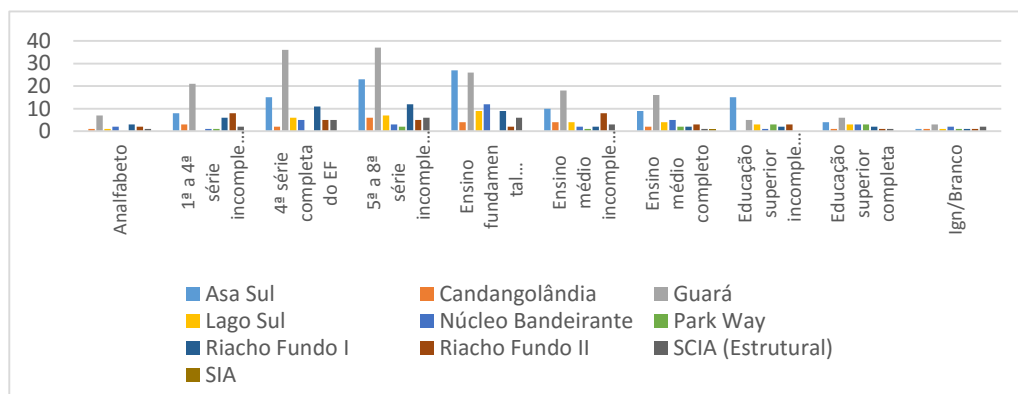
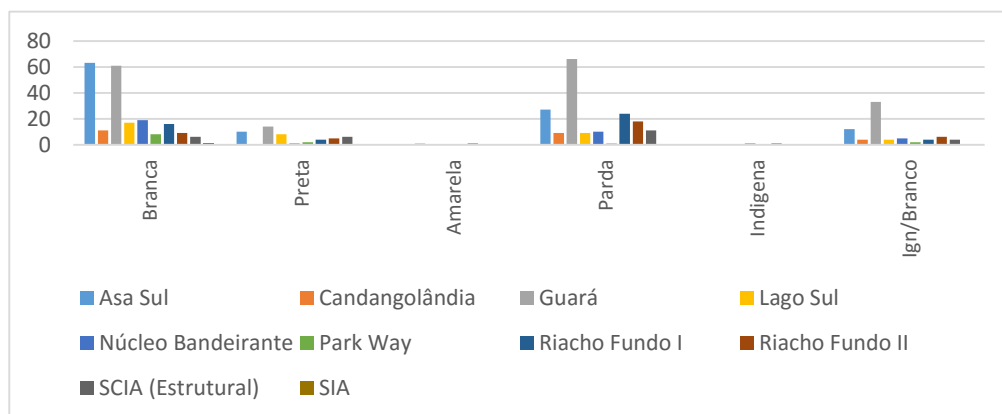


Gráfico 8- Casos de AIDS por RA, segundo raça/cor. Região Centro-Sul, 2011 à 2016.



Região Leste

Os dados mostram maior número de casos na faixa etária de 25 à 29 em São Sebastião, enquanto que no Paranoá a faixa com mais casos está 30 aos 34 anos, Itapoã apresentou de 35 à 39 anos e Jardim Botânico de 50 à 54 anos (Gráfico 9). Observa-se maior predominância das faixas de menor escolaridade em Itapoã e de ensino médio completo no Paranoá e São Sebastião (Gráfico 10). Já em relação à raça/cor houve predominância de pardos nas RA, exceto Jardim Botânico (branca) (Gráfico 11). No entanto, há índice significativo de informações ignoradas ou em branco.

Gráfico 9- Casos de AIDS por RA, segundo faixa etária. Região Leste, 2011 à 2016.

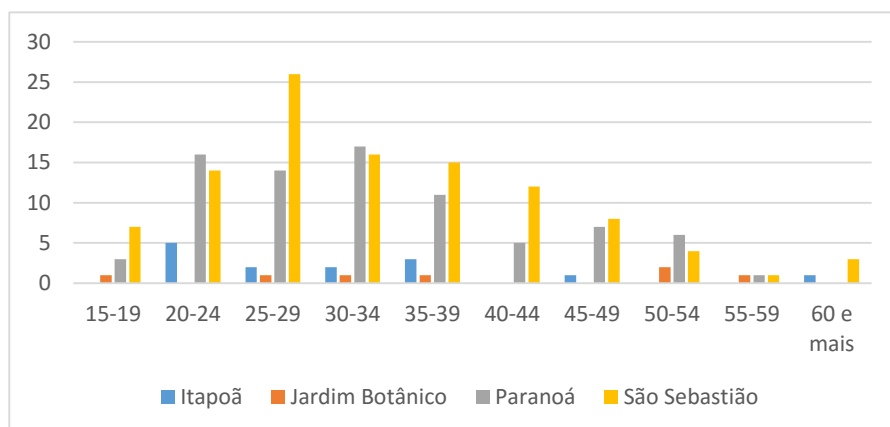


Gráfico 10- Casos de AIDS por RA, segundo escolaridade. Região Leste, 2011 à 2016.

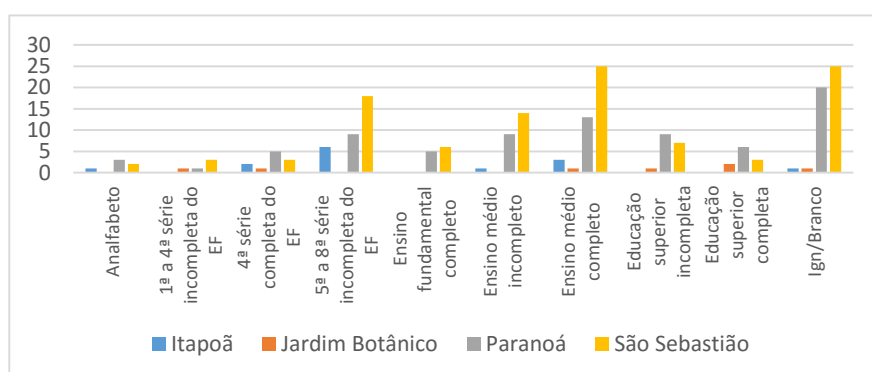
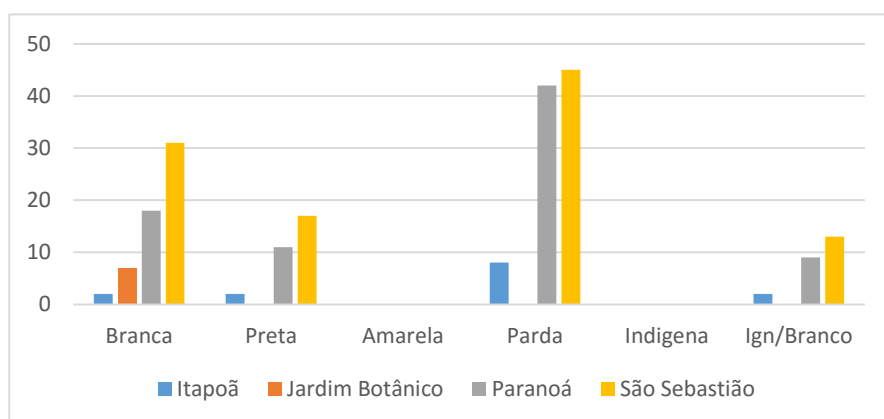


Gráfico 11- Casos de AIDS por RA, segundo raça/cor. Região Leste, 2011 à 2016.



Região Norte

Os dados mostram maior número de casos na faixa etária de 25 à 29 em Planaltina, enquanto que em Sobradinho a faixa com mais casos está 30 aos 34 anos (Gráfico 12). Observa-se maior predominância das faixas de maior escolaridade na Região (Gráfico 13). Já em relação à raça/cor houve predominância de pardos em todas as RA (Gráfico 14). No entanto, há altos índices de informações ignoradas ou em branco.

Gráfico 12- Casos de AIDS por RA, segundo faixa etária. Região Norte, 2011 à 2016.

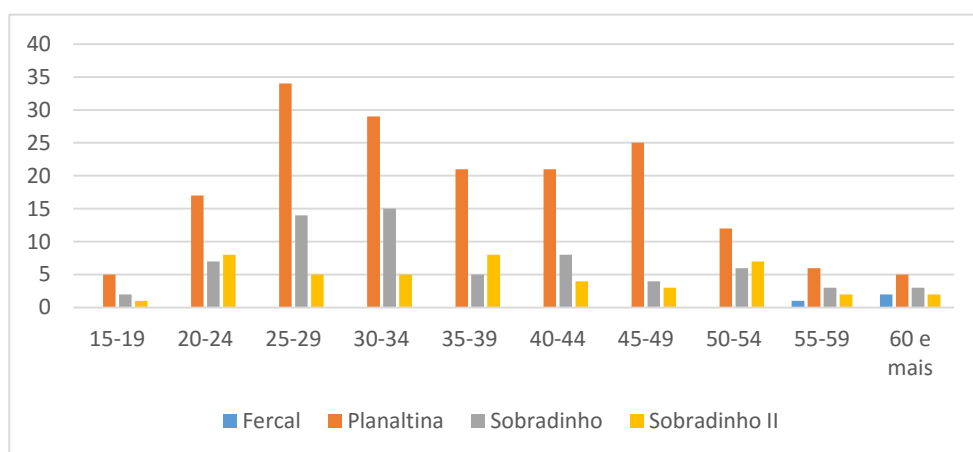


Gráfico 13- Casos de AIDS por RA, segundo escolaridade. Região Norte, 2011 à 2016.

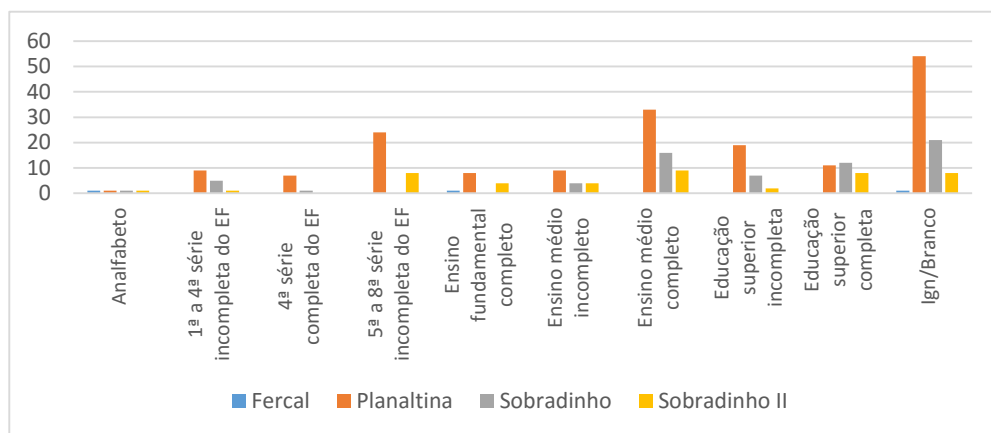
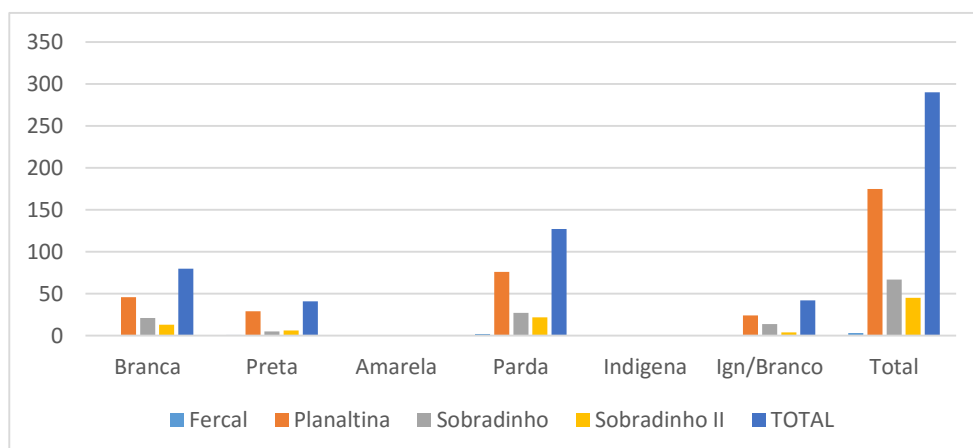


Gráfico 14- Casos de AIDS por RA, segundo raça/cor. Região Norte, 2011 à 2016.



Região Oeste

Os dados mostram maior número de casos na faixa etária de 35 à 39 anos em Ceilândia, enquanto que em Brazlândia a faixa com mais casos está 40 à 44 anos (Gráfico 15). Também observa-se maior predominância de ensino médio completo em ambas RA (Gráfico 16). Em relação à raça/cor houve predominância de pardos (Gráfico 17). No entanto, há índices de informações ignoradas ou em branco.

Gráfico 15- Casos de AIDS por RA, segundo faixa etária. Região Oeste, 2011 à 2016.

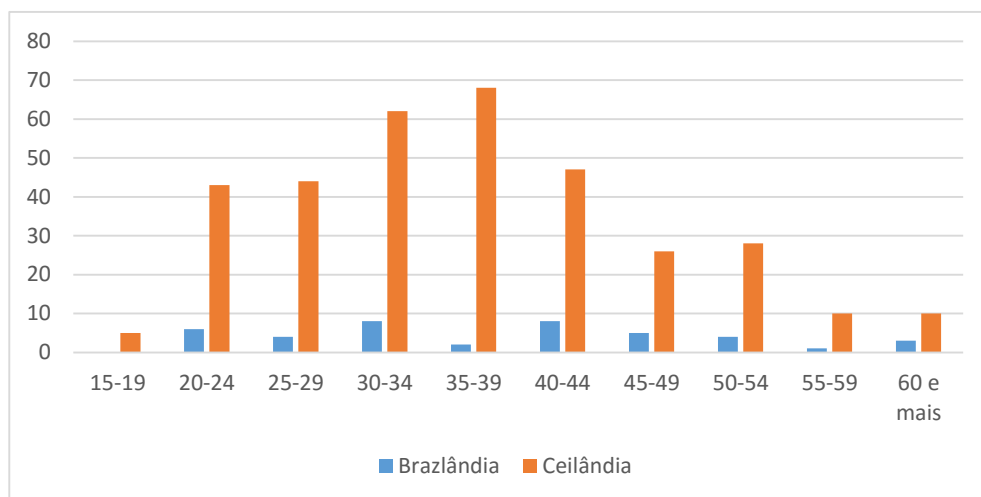


Gráfico 16- Casos de AIDS por RA, segundo escolaridade. Região Oeste, 2011 à 2016.

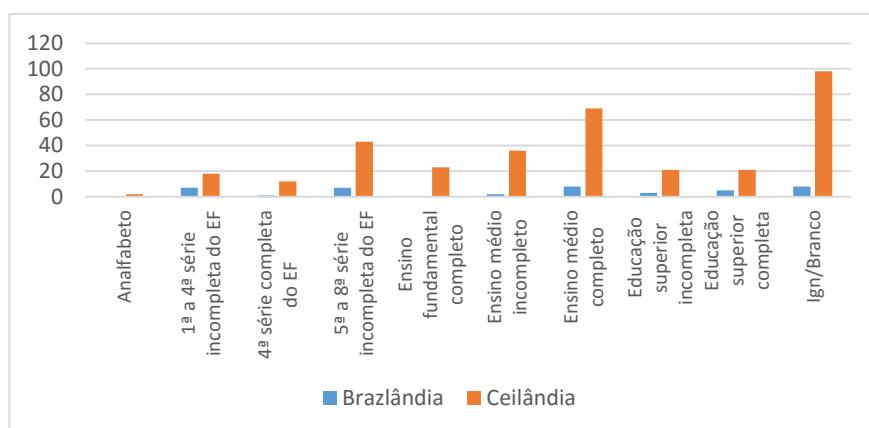
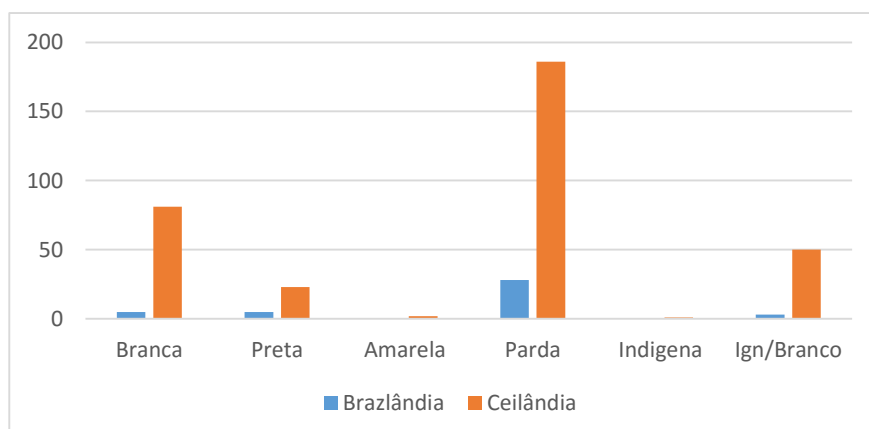


Gráfico 17- Casos de AIDS por RA, segundo raça/cor. Região Oeste, 2011 à 2016.



Região Sudoeste

Os dados mostram maior número de casos na faixa etária de 30 à 34 anos nas RA, exceto em Águas Claras (25 à 29 anos) e Vicente Pires (35 à 39 anos) (Gráfico 18). Também observa-se maior predominância das faixas de maior escolaridade (Gráfico 19). Já em relação à raça/cor houve predominância de pardos nas RA, exceto em Águas Claras (branca) (Gráfico 20). No entanto, há altos índices de informações ignoradas ou em branco.

Gráfico 18- Casos de AIDS por RA, segundo faixa etária. Região Sudoeste, 2011 à 2016.

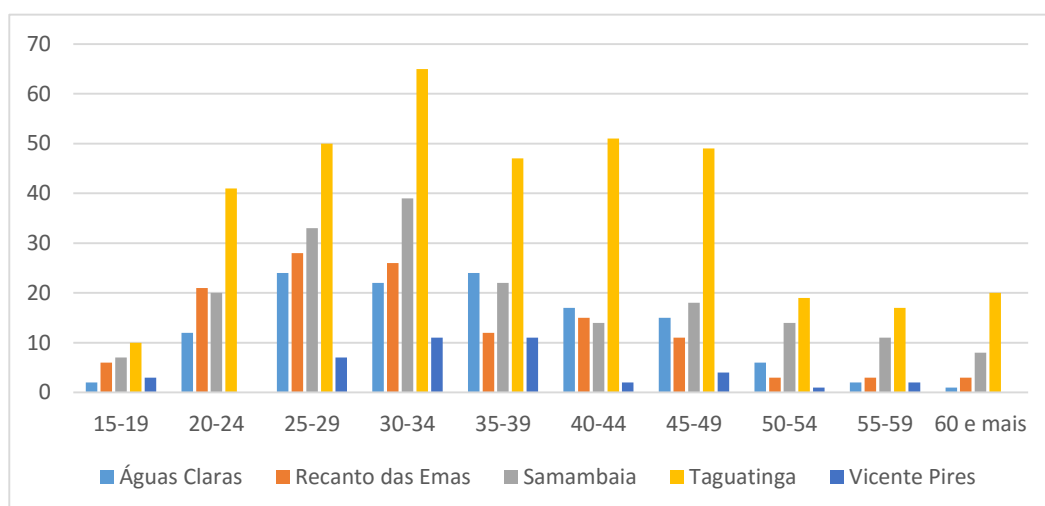


Gráfico 19- Casos de AIDS por RA, segundo escolaridade. Região Sudoeste, 2011 à 2016.

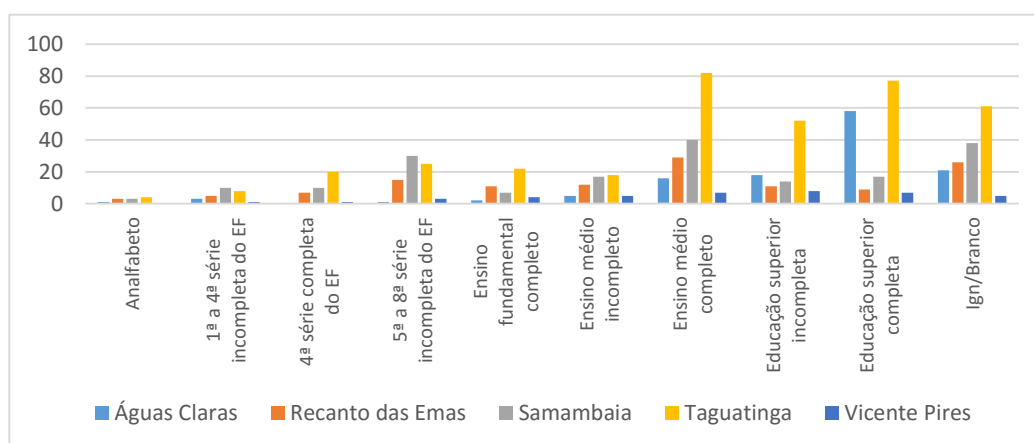
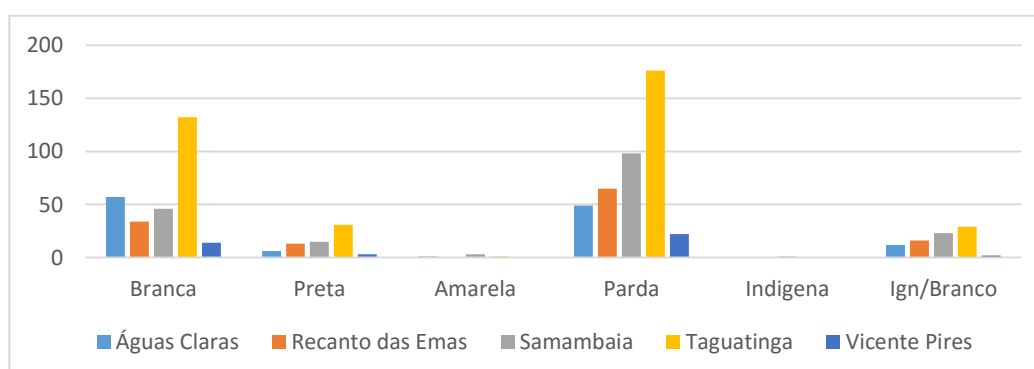


Gráfico 20- Casos de AIDS por RA, segundo raça/cor. Região Sudoeste, 2011 à 2016.



Região Sul

Os dados mostram maior número de casos na faixa etária de 40 à 44 no Gama, enquanto que em Santa Maria a faixa com mais casos está 35 aos 39 anos (Gráfico 21). Também observa-se maior predominância das faixas de menor escolaridade em Santa Maria (Gráfico 22). Já em relação à raça/cor houve predominância de pardos em ambas as RA (Gráfico 23). No entanto, há altos índices de informações ignoradas ou em branco.

Gráfico 21- Casos de AIDS por RA, segundo faixa etária. Região Sul, 2011 à 2016.

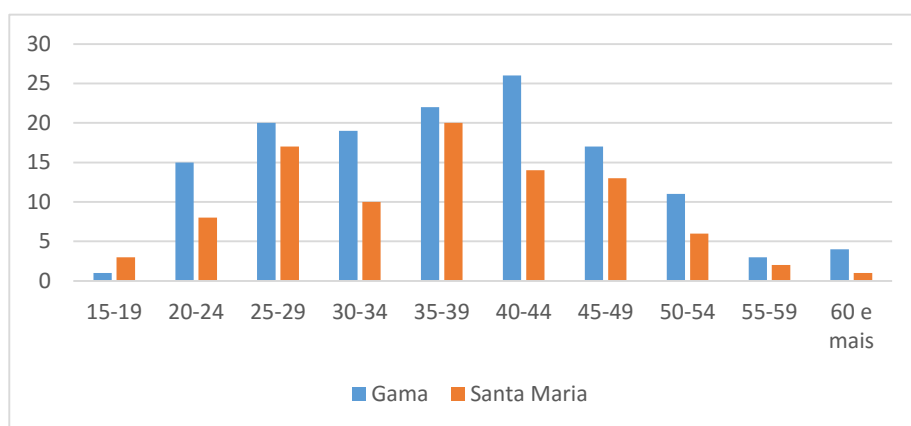


Gráfico 22- Casos de AIDS por RA, segundo escolaridade. Região Sul, 2011 à 2016.

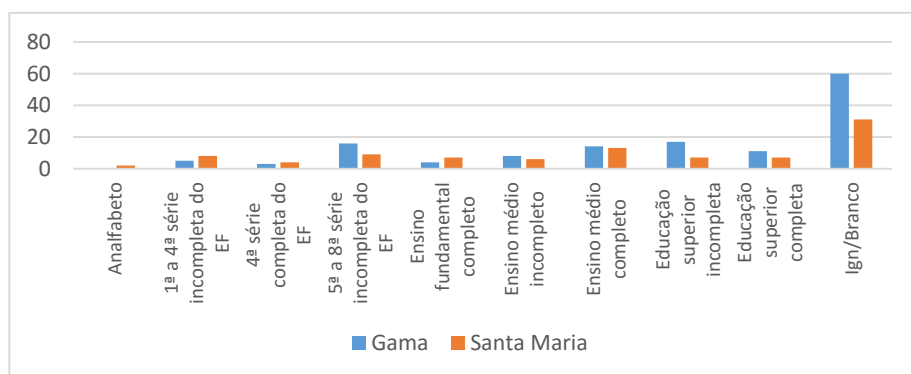
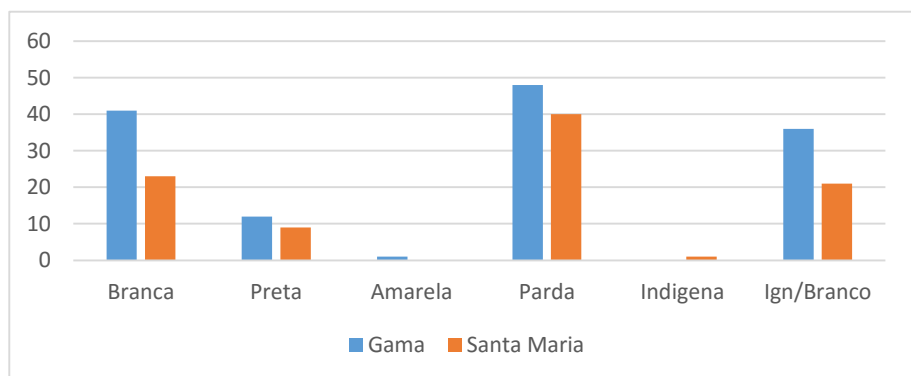


Gráfico 23- Casos de AIDS por RA, segundo raça/cor. Região Sul, 2011 à 2016.



Situação Epidemiológica do HIV em Gestante e Criança Exposta

A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou a amamentação.

A partir de outubro de 1996, o Ministério da Saúde adotou a indicação da profilaxia da transmissão vertical para todas as gestantes soropositivas e recém-nascidos expostas ao HIV. A gestante que já teve seu diagnóstico de portadora de HIV realizado antes da gravidez deverá ser acompanhada simultaneamente em Unidade Básica de Saúde e no Serviço de referência desde o início da gestação. Durante o acompanhamento do pré-natal, é importante orientar a gestante quanto aos cuidados necessários para a redução da transmissão vertical, através da utilização correta de medicamentos antirretrovirais, cuidados durante o trabalho de parto, via de parto, uso de inibidores da lactação, enfaixamento das mamas e impedimento à amamentação.

Esta estratégia tem mostrado impacto na redução da transmissão vertical apesar de estar acima da meta de eliminação, dependendo da região do país⁷.

A vigilância da transmissão vertical do HIV) se inicia na gestação, idealmente desde o primeiro trimestre do pré-natal e continua até a finalização do estado sorológico da criança. A identificação de uma gestação com HIV desencadeia várias ações profiláticas e preventivas que devem ser monitoradas até a conclusão da situação da criança exposta. A notificação da mulher grávida portadora do HIV deverá ser realizada durante a gestação. Caso a notificação não tenha ocorrido neste momento, ela deverá ser efetuada durante o parto (parturiente) ou após o parto (puérpera).

A notificação compulsória de gestantes com HIV e crianças expostas são realizadas no pré-natal, parto e acompanhamento da criança, como preconizado na Portaria GM/MS Nº 05, de 21 de fevereiro de 2006. É importante ressaltar que a notificação da criança exposta deve ser preenchida em instrumento específico. A simples suspeita de exposição, tanto em gestantes, quanto em conceitos, deve ser notificada e investigada, em virtude dos benefícios do tratamento precoce no prognóstico da criança⁸.

Por definição de casos de HIV em gestantes para efeito de notificação e investigação temos: gestantes, parturientes e nutrízes infectadas, considera-se como infectada toda gestante, parturiente ou nutriz que apresenta resultado de exame laboratorial para HIV reativo (considerar o primeiro resultado reagente). Para definição de crianças expostas consideram-se todos os conceitos de mães soropositivas ou que tenham suspeita de HIV; e todas as crianças que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas ou que tenham suspeita de infecção pelo HIV. Nesse caso, a notificação/investigação deverá conter dados da nutriz.

Conforme os dados informados no Sistema de Vigilância Epidemiológica do Distrito Federal, de 2011 à 2016 foram notificados **291 casos** de gestantes com HIV. No último ano, as Regiões Administrativas com os maiores coeficientes de incidência foram Riacho Fundo II, Lago Norte, Paranoá, Sobradinho I. (Tabela 9).

Tabela 9 - Gestantes infectadas pelo HIV (número e coeficiente de incidência por 1.000 nascidos vivos), segundo Região de Saúde por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Região de Saúde	Número de casos							Coef. De incidência por 1000NV					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CENTRO-NORTE	1	4	1	4	0	3	13	0,3	1,4	0,4	1,4	0,0	1,1
Asa Norte	1	1	0	0	0	1	3	0,7	0,8	0,0	0,0	0,0	0,8
Cruzeiro	0	1	1	2	0	0	4	0	2,5	2,6	5,1	0	0
Lago Norte	0	1	0	1	0	1	3	0	2,9	0	3,0	0	3,0
Sudoeste/Oct	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1,6	0	2,0
Varjão do Torto	0	1	0	0	0	0	1	0	5,7	0	0	0	0
CENTRO-SUL	4	9	13	10	10	6	52	0,7	1,5	2,3	1,6	1,7	1,0
Asa Sul	0	2	1	0	2	0	5	0	2,3	1,2	0	2,3	0
Candangolândia	0	1	2	0	0	0	3	0	3,6	6,9	0	0	0
Guará	1	4	2	1	6	3	17	0,6	2,6	1,2	0,6	3,5	1,7
Lago Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Núcleo Bandeirante	0	1	0	0	1	0	2	0	2,1	0	0	2,5	0
Park Way	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Riacho Fundo I	0	1	4	1	0	0	6	0	1,5	5,6	1,3	0	0
Riacho Fundo II	1	0	2	3	0	2	8	1,6	0,0	3,4	4,8	0,0	3,2
SCIA (Estrutural)	2	0	2	5	1	1	11	3,1	0,0	3,0	6,9	1,2	1,2
SAI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LESTE	4	2	2	9	8	7	32	1,0	0,5	0,5	2,0	1,7	1,5
Itapoã	0	0	1	1	1	0	3	0	0	0,9	0,9	0,9	0
Jardim Botânico	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	7,2	0	0
Paranoá	2	2	0	3	3	3	13	1,7	1,8	0,0	2,5	2,5	2,5
São Sebastião	2	0	1	3	4	4	14	1,2	0,0	0,6	1,6	2,0	2,0
NORTE	5	4	6	3	1	7	26	0,8	0,7	1,0	0,7	0,2	1,2
Fercal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Planaltina	4	2	5	1	1	4	17	1,3	0,6	1,6	0,8	0,3	1,3
Sobradinho	1	1	0	1	0	3	6	0,9	0,8	0,0	0,8	0,0	2,3
Sobradinho II	0	1	1	1	0	0	3	0	0,8	0,8	0,8	0	0
OESTE	6	16	12	8	5	4	51	5,9	15,0	11,6	7,3	4,7	3,7
Brazlândia	0	0	3	3	3	1	10	0	0	2,9	2,7	2,8	0,9
Ceilândia	6	16	9	5	2	3	41	0,8	2,3	1,2	0,7	0,3	0,4
SUDOESTE	15	11	15	21	20	8	90	1,3	0,9	1,1	1,7	1,7	0,7
Águas Claras	1	1	2	0	1	1	6	0,5	0,5	0,6	0,0	0,5	0,5
Recanto das Emas	3	4	4	5	7	4	27	1,5	1,9	1,8	2,3	3,4	1,9
Samambaia	4	4	3	7	7	0	25	1,1	1,0	0,8	1,8	1,9	0,0
Taguatinga	6	2	4	8	2	3	25	1,6	0,5	1,1	2,5	0,7	1,0
Vicente Pires	1	0	2	1	3	0	7	1,3	0,0	2,4	1,3	3,7	0,0
SUL	6	4	5	1	1	4	21	1,4	0,9	1,1	0,2	0,2	0,9
Gama	1	2	0	0	1	2	6	0,5	0,9	0,0	0,0	0,5	1,0
Santa Maria	5	2	5	1	0	2	15	2,3	1,0	2,2	0,4	0,0	0,9
Em Branco	0	1	1	1	3	0	6	...	...	...	...	...	...
Total	41	51	55	57	48	39	291						

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 25/09/2017.

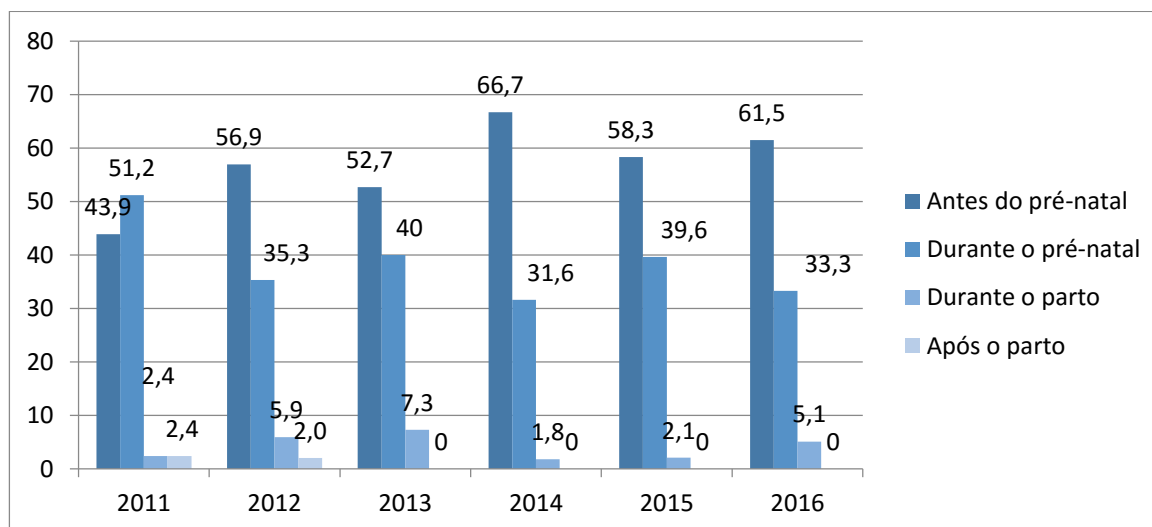
Ao analisar os dados das fichas de notificação, observa-se que, no ano de 2016, **61,5%** do número total de gestantes com HIV já tinham o conhecimento da sorologia antes de ingressarem na atenção pré-natal. No entanto, **33,3 %** das gestantes tomaram conhecimento que estavam com HIV durante o pré-natal (Tabela 10 e Gráfico 24).

Tabela 10 - Gestantes infectadas pelo HIV (número e proporção), segundo momento do diagnóstico do HIV e ano do parto. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Evidencia Laboratorial	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Antes do pré-natal	18	43,9	29	56,9	29	52,7	38	66,7	28	58,3	24	61,5	166
Durante o pré-natal	21	51,2	18	35,3	22	40,0	18	31,6	19	39,6	13	33,3	111
Durante o parto	1	2,4	3	5,9	4	7,3	1	1,8	1	2,1	2	5,1	12
Após o parto	1	2,4	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
Total	41	100	51	100	55	100	57	100	48	100	39	100	291

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 25/09/2017

Gráfico 24 - Proporção de gestantes infectadas pelo HIV, segundo momento de diagnóstico do HIV e ano do parto. Distrito Federal, 2011 a 2016.



Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 25/09/2017

No período de 2011 à 2016, a faixa etária de gestantes mais acometida foi entre 20 a 29 anos (51,2%) e de 30 a 39 anos (35,4%). No entanto, no último ano, observa-se um crescimento percentual entre as gestantes de 15 à 19 anos (25,6%) e de 30 a 39 anos (43,6%), indicando aumento de exposição ao HIV nestas duas faixas. Quanto à raça/cor, as gestantes que se auto declararam pardas representam a maior parte dos casos (57,0%). Já quanto à escolaridade, predomina as gestantes com o ensino médio completo (23,7%) (Tabela 11).

Tabela 11 - Gestantes infectadas pelo HIV (número e proporção) segundo características dos casos (faixa etária, raça/cor, escolaridade) e ano do parto. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Faixa Etária	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária														
15 a 19 anos	5	12,2	3	5,9	6	10,9	7	12,3	0	0,0	10	25,6	31	10,7
20 a 29 anos	19	46,3	32	62,7	28	50,9	33	57,9	27	56,3	10	25,6	149	51,2
30 a 39 anos	14	34,1	16	31,4	21	38,2	16	28,1	19	39,6	17	43,6	103	35,4
40 a 49 anos	3	7,3	0	0,0	0	0,0	1	1,8	2	4,2	2	5,1	8	2,7
Total	41	100	51	100	55	100	57	100	48	100	39	100	291	100
Raça/Cor														
Branca	15	36,6	15	29,4	11	20,0	10	17,5	11	22,9	6	15,4	68	23,4
Preta	4	9,8	9	17,6	5	9,1	4	7,0	10	20,8	7	17,9	39	13,4
Amarela	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Parda	21	51,2	26	51,0	32	58,2	42	73,7	24	50,0	21	53,8	166	57,0
Indígena	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Ign/Branco	1	2,4	0	0,0	6	10,9	1	1,8	3	6,3	5	12,8	16	5,5
Total	41	100	51	100	55	100	57	100	48	100	39	100	291	100
Escolaridade														
Analfabeto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0
1ª a 4ª														
incompleta	1	2,4	3	5,9	0	0,0	2	3,5	1	2,1	1	2,6	8	2,7
4ª série														
completa	6	14,6	3	5,9	1	1,8	2	3,5	3	6,3	1	2,6	16	5,5
5ª a 8ª														
incompleta	9	22,0	11	21,6	9	16,4	15	26,3	4	8,3	5	12,8	53	18,2
Fund.														
completo	6	14,6	8	15,7	1	1,8	7	12,3	4	8,3	5	12,8	31	10,7
Médio														
incompleto	2	4,9	2	3,9	8	14,5	9	15,8	4	8,3	5	12,8	30	10,3
Médio														
completo	6	14,6	9	17,6	21	38,2	11	19,3	14	29,2	8	20,5	69	23,7
Sup.														
incompleto	2	4,9	5	9,8	3	5,5	3	5,3	2	4,2	3	7,7	18	6,2
Sup. completo	2	4,9	4	7,8	4	7,3	2	3,5	5	10,4	2	5,1	19	6,5
Ign/Branco	7	17,1	6	11,8	8	14,5	6	10,5	11	22,9	9	23,1	47	16,2
Total	41	100	51	100	55	100	57	100	48	100	39	100	291	100

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 25/09/2017.

Na Tabela 12 pode-se observar que no total das 291 gestantes com HIV entre 2011 a 2016, em média **89,0%** fizeram o pré-natal, no entanto nota-se crescimento dessa proporção a partir de 2014. No período analisado, observou-se um aumento da proporção das gestantes com HIV com acesso a profilaxia durante a gravidez no DF. Verificou-se desde 2015 que a proporção de profilaxia da transmissão vertical do HIV no momento do parto está acima de 84%. A proporção dos casos em que o parto foi cesariano eletivo foi de 76,6%.

Tabela 12 - Gestantes infectadas pelo HIV (número e proporção), segundo características dos casos (pré-natal, profilaxia com ARV durante a gestação, ARV durante o parto, tipo de parto, evolução da gravidez e início da profilaxia com ARV nas crianças) e ano do parto. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Características	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pré-natal														
Sim	35	85,4	45	88,2	45	81,8	52	91,2	45	93,8	37	94,9	259	89,0
Não	4	9,8	5	9,8	6	10,9	5	8,8	2	4,2	1	2,6	23	7,9
Ign/Branco	2	4,9	1	2,0	4	7,3	0	0,0	1	2,1	1	2,6	9	3,1
Total	41	100	51	100	55	100	57	100	48	100	39	100	291	100
ARV durante a gestação														
Sim	35	85,4	43	84,3	50	90,9	52	91,2	44	91,7	35	89,7	259	89,0
Não	5	12,2	5	9,8	1	1,8	5	8,8	2	4,2	3	7,7	21	7,2
Ign/Branco	1	2,4	3	5,9	4	7,3	0	0,0	2	4,2	1	2,6	11	3,8
Total	41	100	51	100	55	100	57	100	48	100	39	100	291	100
ARV durante o parto														
Sim	32	78,0	41	80,4	39	70,9	48	84,2	41	85,4	33	84,6	234	80,4
Não	1	2,4	2	3,9	5	9,1	3	5,3	4	8,3	3	7,7	18	6,2
Ign/Branco	8	19,5	8	15,7	11	20,0	6	10,5	3	6,3	3	7,7	39	13,4
Total	41	100	51	100	55	100	57	100	48	100	39	100	291	100
Tipo de parto														
Vaginal	5	12,2	10	19,6	4	7,3	8	14,0	5	10,4	10	25,6	42	14,4
Cesárea eletiva	31	75,6	36	70,6	45	81,8	42	73,7	41	85,4	28	71,8	223	76,6
Cesárea de urgência	4	9,8	4	7,8	6	10,9	7	12,3	1	2,1	1	2,6	23	7,9
Ign/Branco	1	2,4	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	3	1,0
Total	41	100	51	100	55	100	57	100	48	100	39	100	291	100

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 26/09/2017.

A grande maioria das crianças expostas ao HIV nasce viva (95,9%). No tocante à administração do antirretroviral para as essas crianças, em 2016, **90,4%** delas receberam o AZT oral nas primeiras 24 horas após o nascimento. (Tabela 13).

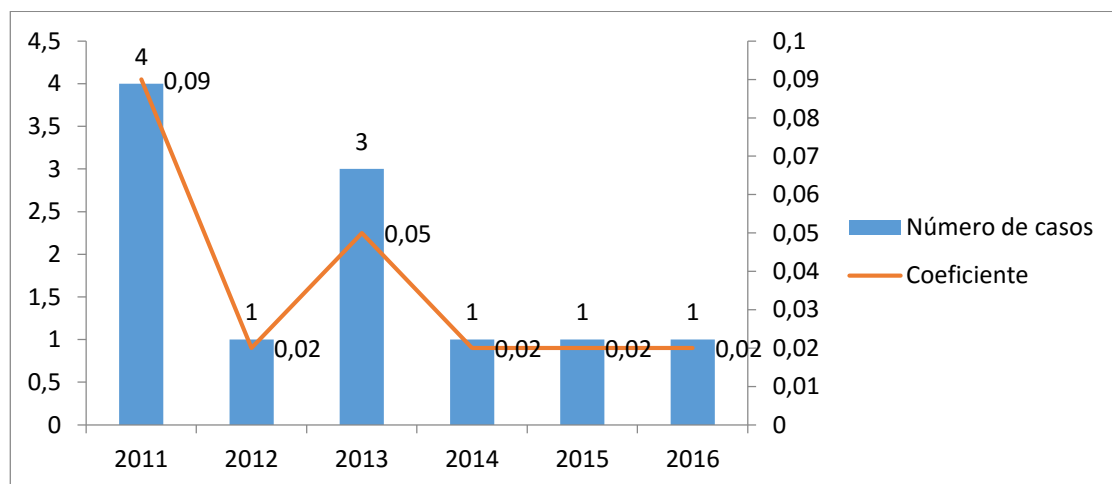
Tabela 13 - Gestantes infectadas pelo HIV (número e proporção) segundo características dos casos (evolução da gravidez e início da profilaxia com ARV nas crianças) e ano do parto. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Distrito Federal	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evolução da gravidez														
Nascido vivo	38	92,7	48	94,1	55	100	55	96,5	46	95,8	37	94,9	279	95,9
Natimorto	1	2,4	1	2,0	0	0,0	2	3,5	1	2,1	1	2,6	6	2,1
Aborto	1	2,4	2	3,9	0	0,0	0	0,0	1	2,1	1	2,6	5	1,7
Ign/Branco	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Total	41	100	51	100	55	100	57	100	48	100	39	100	291	100
Início ARV nas crianças														
Nas primeiras 24h	37	90,2	45	88,2	51	92,7	51	89,5	43	89,6	36	92,3	263	90,4
Após 24h	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	2	0,7
Não realizado	3	7,3	1	2,0	0	0,0	1	1,8	2	4,2	2	5,1	9	3,1
Ign/Branco	1	2,4	4	7,8	4	7,3	4	7,0	3	6,3	1	2,6	17	5,8
Total	41	100	51	100	55	100	57	100	48	100	39	100	291	100

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 26/09/2017.

Quanto às crianças com AIDS notificadas no período, houve significativa redução, estabilizando em 01 caso por ano desde 2013. (Gráfico 25)

Gráfico 25 – Crianças com AIDS (número e coeficiente de incidência por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2011 a 2016.



Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 26/09/2017.

Situação Epidemiológica das Infecções Sexualmente Transmissíveis

A terminologia *Infecções Sexualmente Transmissíveis* (IST) passa a ser adotada nesse Boletim, em substituição a expressão *Doenças Sexualmente Transmissíveis* (DST), em consonância com a utilização internacional empregada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde. Nesse contexto, fica mais evidente a importância de alertar a população sobre a possibilidade de ter e transmitir uma infecção mesmo sem sintomas, o que aponta para a necessidade de abordagens de atenção integral eficazes e resolutivas.

As IST têm múltiplas etiologias e apresentações clínicas, e causam impacto na qualidade de vida das pessoas, nas dos seus familiares e nas relações sociais. A prevenção combinada com triagem, diagnóstico precoce e tratamento das IST e de suas parcerias sexuais interrompe a cadeia de transmissão, prevenindo outras infecções e possíveis complicações⁹.

No contexto de atenção integral à saúde, o atendimento deve ser organizado de forma a não perder a oportunidade do diagnóstico e tratamento, bem como contribuir para diminuir a vulnerabilidade às IST, utilizando conhecimento técnico-científicos atualizados e recursos disponíveis e adequados a cada caso.

A prevenção das IST implica em uma abordagem que considere os contextos de vulnerabilidade de cada segmento populacional. Isto implica ao profissional de saúde capacidade de avaliar os riscos de cada usuário do serviço de saúde e estabelecer diálogo que propicie confiança e vínculo, sem julgamento moral quanto à condição social, raça, etnia, orientação sexual ou religiosa, a fim de que estabeleça o campo necessário ao aconselhamento, oferta de insumos de prevenção, contato com parcerias sexuais, diagnóstico e tratamento;

O tratamento das IST deve ser realizado com medicamentos, considerando-se eficácia, segurança, posologia, via de administração, custo, adesão, e disponibilidade. Cabe destacar que o tratamento deve ser estendido às parcerias sexuais em busca de maior impacto da estratégia.

As IST estão entre as causas mais comuns de morbidade, com consequências sobre a saúde das populações, e acompanhadas de repercussões sociais e econômicas. As IST são consideradas um problema de saúde pública por serem as principais causas de infertilidade, aborto, doenças neonatais, e por facilitarem a transmissão de outras infecções mais graves, como o HIV. A sua grande maioria é monitorada por meio de notificação compulsória e são identificadas por meio de abordagem sindrômica e/ou avaliação etiológica.

A notificação de IST é obrigatória aos profissionais de saúde que atuam na assistência ao paciente, em conformidade desde a Lei Nº 6.529, de 30 de outubro de 1975. Todas as IST estão incluídas na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, do Ministério da Saúde (Portaria Ministerial nº 204/2016) e do Distrito Federal (Portaria SES/DF nº 140/2016).

A notificação compulsória e a vigilância epidemiológica devem ser consolidadas e expandidas, visando a conhecer a magnitude e medir a tendência dos agravos para o planejamento das ações de controle. O sistema de saúde precisa estar preparado para implementar estratégias de prevenção e de intervenção terapêutica imediata, garantindo também a disponibilização de insumos, a confidencialidade e a não discriminação.

Neste documento apresenta-se a situação epidemiológica dos casos notificados no SINAN de Síndrome do Corrimento Uretral em Homens, Síndrome da Cervicite, Síndrome da Úlcera Genital, Condiloma Acuminado, Infecção Subclínica ou latente pelo HPV, Oftalmia Gonocócica Neonatal.

Na série histórica, compreendida entre os anos de 2011 a 2016, foram notificados **20.906 casos novos** de IST no Distrito Federal, distribuídos conforme a Tabela 14.

Tabela 14 - Casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis em residentes segundo ano de notificação, no Distrito Federal, 2011 a 2016.

Ano	Condiloma		HPV		Corrimento Uretral		Úlcera Masculina	Genital	Síndrome da Cervicite		Oftalmia Gonocócicas Neonatal	
	n	coef.	n	coef.	n	coef.	n	coef.	n	coef.	n	coef. **
2011	1271	48,7	803	30,8	1100	42,1	588	22,5	545	20,9	1	0,02
2012	1226	46,3	521	19,7	1236	46,7	502	19,0	700	26,5	0	0,00
2013	1081	38,7	328	11,8	1106	39,6	506	18,1	485	17,4	3	0,05
2014	960	33,7	221	7,7	1175	41,2	473	16,6	448	15,7	1	0,02
2015	899	30,8	97	3,3	1190	40,8	442	15,2	376	12,9	2	0,04
2016	629	21,1	105	3,5	1139	38,3	429	14,4	313	10,5	5	0,09
Total	6066	36.1	2075	12.4	6946	41.4	2940	17.5	2867	17.1	12	0.04

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 09/10/2017. *Coeficiente por 100.000 habitantes / ** Coeficiente por 1000 nascidos vivos.

O HPV é um DNA-vírus que pode induzir uma grande variedade de lesões proliferativas na região anogenital.¹

A maioria das infecções são assintomáticas ou não aparentes. Outras podem apresentar-se sob a forma de lesões chamados de condilomas acuminados, verrugas genitais ou cristas de galo. Podem também assumir uma forma subclínica, visível apenas sob técnicas de magnificação e após aplicação de reagentes, como o ácido acético.

Nos casos notificados de condiloma/HPV, a faixa etária mais acometida é na população mais jovem, compreendendo a faixa etária de 15 a 39 anos, que correspondem aproximadamente 86,2% dos casos de condiloma e 77,6% dos casos notificados de HPV (Tabela 15 e tabela 16).

Tabela 15 - Casos e percentual de Condiloma segundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Faixa etária	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Menor de 14	40	3,1	31	2,5	26	2,4	27	2,8	22	2,4	9	1,4	155
15 a 19 anos	240	18,9	278	22,7	240	22,2	237	24,7	239	26,6	152	24,2	1386
20 a 29 anos	602	47,4	571	46,6	490	45,3	408	42,5	380	42,3	264	42,0	2715
30 a 39 anos	248	19,5	216	17,6	201	18,6	171	17,8	164	18,2	125	19,9	1125
40 a 49 anos	92	7,2	92	7,5	89	8,2	75	7,8	67	7,5	49	7,8	464
50 a 59 anos	34	2,7	22	1,8	23	2,1	26	2,7	20	2,2	20	3,2	145
60 a 69 anos	9	0,7	11	0,9	9	0,8	7	0,7	7	0,8	5	0,8	48
70 a 79 anos	6	0,5	2	0,2	3	0,3	5	0,5	0	0,0	4	0,6	20
80 anos e mais	0	0,0	3	0,2	0	0,0	4	0,4	0	0,0	1	0,2	8
Total	1271	100	1226	100	1081	100	960	100	899	100	629	100	6066

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 09/10/2017.

Tabela 16 - Casos e percentual de HPV segundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2011 à 2016.

Faixa etária	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Menor de 14	21	2,6	5	1,0	4	1,2	4	1,8	3	3,1	0	0,0	37
15 a 19 anos	109	13,6	86	16,5	55	16,8	34	15,4	14	14,4	15	14,3	313
20 a 29 anos	342	42,6	194	37,2	107	32,6	86	38,9	31	32,0	42	40,0	802
30 a 39 anos	186	23,2	123	23,6	84	25,6	51	23,1	24	24,7	29	27,6	497
40 a 49 anos	104	13,0	74	14,2	55	16,8	36	16,3	23	23,7	13	12,4	305
50 a 59 anos	28	3,5	27	5,2	16	4,9	7	3,2	2	2,1	5	4,8	85
60 a 69 anos	10	1,2	11	2,1	5	1,5	1	0,5	0	0,0	1	1,0	28
70 a 79 anos	2	0,2	1	0,2	2	0,6	2	0,9	0	0,0	0	0,0	7
80 anos e mais	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Total	803	100	521	100,0	328	100,0	221	100,0	97	100,0	105	100,0	2075

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 09/10/2017.

As uretrites são doenças sexualmente transmissíveis caracterizadas por inflamação da uretra acompanhada de corrimento. Os agentes microbianos das uretrites podem ser transmitidos por sexo anal e/ou oral. O corrimento uretral pode ter aspecto mucoide a purulento, estando associado à dor uretral (independentemente da micção), disúria e prurido uretral.

Com relação à Síndrome do Corrimento Uretral, no período analisado, foram detectados **6.946** novos casos no período analisado. Dentre os casos notificados, a faixa etária mais acometida é entre os jovens de 20 a 29 anos de idade, o que corresponde a 48% dos casos. (Tabela 17).

Tabela 17 - Casos de síndrome do corrimento uretral em homens segundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Faixa etária	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Menor de 14	22	2,0	13	1,1	11	1,0	17	1,4	14	1,2	16	1,4	93
15 a 19 anos	155	14,1	156	12,6	142	12,8	191	16,3	181	15,2	209	18,3	1034
20 a 29 anos	486	44,2	592	47,9	543	49,1	549	46,7	590	49,6	578	50,7	3338
30 a 39 anos	262	23,8	290	23,5	265	24,0	265	22,6	250	21,0	197	17,3	1529
40 a 49 anos	127	11,5	133	10,8	96	8,7	111	9,4	106	8,9	87	7,6	660
50 a 59 anos	35	3,2	39	3,2	36	3,3	28	2,4	33	2,8	37	3,2	208
60 a 69 anos	10	0,9	8	0,6	10	0,9	11	0,9	10	0,8	11	1,0	60
70 a 79 anos	2	0,2	3	0,2	3	0,3	1	0,1	3	0,3	4	0,4	16
80 anos e mais	1	0,1	2	0,2	0	0,0	2	0,2	3	0,3	0	0,0	8
Total	1100	100	1236	100	1106	100	1175	100	1190	100	1139	100	6946

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 09/10/2017.

A presença de úlcera genital está associada a elevado risco de transmissão e aquisição do HIV e tem sido descrita como a principal causa para a difusão do vírus nas populações de maior vulnerabilidade; portanto, o diagnóstico e tratamento imediato dessas lesões constitui uma medida de prevenção e controle da epidemia de HIV.

A síndrome da úlcera genital, no período analisado, foi detectada em média 490 novos casos por ano. Dentre os casos notificados, a faixa etária mais acometida também é entre os jovens de 20 a 29 anos de idade (Tabela 18).

Tabela 18- Casos de síndrome da úlcera genital segundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Faixa etária	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Menor de 14	12	2,0	12	2,4	5	1,0	9	1,9	9	2,0	4	0,9	51
15 a 19 anos	69	11,7	57	11,4	51	10,1	57	12,1	66	14,9	65	15,2	365
20 a 29 anos	209	35,5	181	36,1	188	37,2	180	38,1	167	37,8	170	39,6	1095
30 a 39 anos	144	24,5	142	28,3	136	26,9	108	22,8	114	25,8	107	24,9	751
40 a 49 anos	95	16,2	64	12,7	74	14,6	75	15,9	45	10,2	48	11,2	401
50 a 59 anos	36	6,1	30	6,0	30	5,9	32	6,8	29	6,6	22	5,1	179
60 a 69 anos	15	2,6	9	1,8	17	3,4	9	1,9	11	2,5	10	2,3	71
70 a 79 anos	8	1,4	6	1,2	4	0,8	1	0,2	0	0,0	3	0,7	22
80 anos e mais	0	0,0	1	0,2	1	0,2	2	0,4	1	0,2	0	0,0	5
Total	588	100	502	100	506	100	473	100	442	100	429	100	2940

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 09/10/2017.

A cervicite mucopurulenta ou endocervicite é a inflamação da mucosa endocervical. Os agentes etiológicos mais frequentes são *C.trachomatis* e *N.gonorrhoeae*. Há evidências científicas da associação de *C.trachomatis* e *N.gonorrhoeae* aos seguintes fatores: mulheres sexualmente ativas com idade inferior a 25 anos, novas ou múltiplas parcerias sexuais, história prévia ou presença de outra DST e uso irregular de preservativo.

Com relação à Síndrome da Cervicite foram detectados no período analisado (2011 à 2016), o Distrito Federal tem **2867** novos casos. Dentre os casos notificados, a faixa etária mais acometida é entre os jovens de 20 a 29 anos de idade (Tabela 19).

Tabela 19- Casos de síndrome da cervicite segundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Faixa etária	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Menor de 14	7	1,3	15	2,1	11	2,3	15	3,3	9	2,4	8	2,6	76
15 a 19 anos	74	13,6	75	10,7	55	11,3	69	15,4	61	16,2	47	15,0	381
20 a 29 anos	190	34,9	242	34,6	170	35,1	160	35,7	143	38,0	101	32,3	1006
30 a 39 anos	151	27,7	231	33,0	151	31,1	116	25,9	87	23,1	84	26,8	820
40 a 49 anos	77	14,1	95	13,6	60	12,4	58	12,9	52	13,8	48	15,3	390
50 a 59 anos	21	3,9	34	4,9	27	5,6	24	5,4	21	5,6	17	5,4	144
60 a 69 anos	13	2,4	7	1,0	7	1,4	4	0,9	1	0,3	7	2,2	39
70 a 79 anos	1	0,2	1	0,1	3	0,6	1	0,2	1	0,3	1	0,3	8
80 anos e mais	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	1	0,3	0	0,0	3
Total	545	100	700	100	485	100	448	100	376	100	313	100	2867

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 09/10/2017

A oftalmia neonatal definida como conjuntivite purulenta do recém-nascido, ocorre no primeiro mês de vida e pode levar à cegueira, especialmente, quando causada pela *N.gonorrhoeae*. Por isso a doença deve ser tratada imediatamente, para prevenir dano ocular. No Distrito Federal no período em estudo foram notificados 14 casos de oftalmia neonatal. (Tabela 20).

Tabela 20- Casos de Oftalmia gonocócica por ano de notificação. Distrito Federal, 2011 a 2016.

Ano de notificação	Número de casos	Coef. por 1000 NV
2011	1	0,02
2012	0	0,00
2013	3	0,05
2014	1	0,02
2015	2	0,04
2016	5	0,09
Total	12	0,04

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 09/10/2017

Considerações Finais e Recomendações

O Brasil foi um dos primeiros países no mundo a adotar políticas públicas inclusivas e universais ao HIV/AIDS. O processo de construção dessa política está intimamente ligado aos alicerces e construção do próprio Sistema Único de Saúde. A participação social desde o início da epidemia direcionam as políticas públicas para uma resposta nacional. Gradualmente, a articulação entre os governos locais e a sociedade civil organizada consolida o processo de regionalização e descentralização.

O curso da epidemia, associada às ações desenvolvidas nos últimos 32 anos produziram modificações nas suas características iniciais. Observamos a redução da incidência anual dos casos de AIDS e dos coeficientes de mortalidade, estabilizados nos últimos 10 anos. Observou-se, também a ocorrência de importantes transformações sociais, especialmente relacionadas à qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA).

No Distrito Federal, houve expressivo aumento de novos portadores de HIV/AIDS em tratamento na rede pública de saúde, com acesso ao tratamento antirretroviral (TARV). O diagnóstico precoce garante qualidade da atenção à saúde individual e promove melhorias na prevenção e controle, uma vez que reduz o número de pessoas com HIV que desconhecem seu estado sorológico e o tratamento, cada vez mais precoce da TARV, melhora a qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS e também reduz o risco de transmissão pela redução da quantidade de vírus circulante. O aumento dos casos de HIV e a redução dos casos de AIDS notificados demonstram o efeito dessas medidas.

No entanto, ainda considerando os dados epidemiológicos, verifica-se a importância de fortalecimento da resposta no âmbito da atenção primária em saúde, campo fundamental para o diagnóstico oportuno e, principalmente, no tratamento e cura das infecções sexualmente transmissíveis. Uma das evidências disso é a necessidade de ampliação do diagnóstico e tratamento das gestantes com IST (principalmente a sífilis) e de seus parceiros sexuais. Em que pese o sucesso do controle da transmissão vertical do HIV, ainda é necessário ampliar a oferta de testagem e diagnóstico dos parceiros sexuais e o seguimento dos casos de crianças expostas ao HIV e sífilis.

Por fim, ainda considerando os dados de HIV, AIDS e outras IST, o papel da atenção primária como campo primordial da prevenção torna-se evidente. Nesse sentido deve-se priorizar o acesso às medidas de prevenção às populações mais vulneráveis e sob maior risco (principalmente os homens que sexo com outros homens), **combinando** todos os atuais recursos técnicos e tecnológicos disponíveis (informação, preservativos, redução de danos, testagem, tratamento das IST, encaminhamento para profilaxia pré e pós-exposição) e cumprindo efetivamente seu papel de porta de entrada e de acesso à todos os níveis de atenção do SUS.

¹ BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.984, de 12 de setembro de 2014, que define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes no âmbito do Sistema Único de Saúde.

² BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.271, de 06 de junho de 2014 que dispõe sobre a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública e privada em todo o território nacional.

³ DISTRITO FEDERAL. Portaria SES nº 140, de 08 de agosto de 2016 que regulamenta as atividades de vigilância epidemiológica relacionadas à coleta, ao fluxo e à consolidação dos dados de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico. Ano IV. Brasília, 58; 2016.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a atenção integral às infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 124p. 2015.

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Histórias de Luta Contra a AIDS. Brasília, 287 p. 2015;

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2015.

⁸ BRASIL. Portaria GM/MS nº 05, de 21 de fevereiro de 2006 que incluiu na lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória a notificação de gestantes com HIV e crianças expostas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Atenção Integral às Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2015.