



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
Área de Concentração: Epidemiologia em Serviços de Saúde



**DISTRIBUIÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL DA AIDS, NA BAHIA, PERÍODO 2002 A
2012.**

ALBA REGINA DE SOUSA

Salvador - BA

2014

Alba Regina de Sousa

Distribuição espaço-temporal da aids na Bahia, período 2002 a 2012.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional).

Orientadora: Maria Inês Costa Dourado

Salvador - BA / 2014



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva

Alba Regina de Sousa

“Distribuição espaço-temporal da aids na Bahia, período 2002 a 2012”.

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 02 de dezembro de 2014

Banca Examinadora:

Profa. Maria Inés Costa Dourado – ISC/UFBA

Prof. Juarez Pereira Dias. - EBMSP

Profa. Maria Alix Leite Araújo - UNIFOR

Salvador
2014

Ficha Catalográfica

Sousa, Alba Regina de

Distribuição espaço-temporal da aids na Bahia, período 2002 a 2012 Alba Regina de Sousa - Salvador, BA. 2014.
83p.

Orientadora: Maria Inês Costa Dourado

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias.” (Paulo Freire, 1979).

Dedico a Deus e a todos os mestres que me conduziram para a realização deste trabalho, às pessoas vivendo com HIV/aids, que são o objetivo deste trabalho, à minha família, especialmente a meus pais, que tanto lutaram para eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, por ter proporcionado aos seus colaboradores a oportunidade de participar deste curso.

À Diretoria de Vigilância Epidemiológica, especialmente a Maria Aparecida Figueiredo (diretora), a Isabel Xavier (coordenadora de Agravos) e a Jeane Magnavita (coordenadora do Programa Estadual de DST/Aids Bahia), pelo apoio e compreensão.

À equipe do PE de DST/Aids, pelo carinho, cuidado, incentivo e colaboração nessa caminhada.

Aos professores do ISC/UFBA, pelos ensinamentos e incentivo.

À professora Inês Dourado, orientadora deste trabalho, pelos ensinamentos e contribuições.

Aos professores da banca examinadora, Juarez Dias e Maria Alix, pelas contribuições.

Aos colegas de curso, pela receptividade, colaboração, carinho e parceria que tornaram mais fácil esta jornada.

Aos profissionais de saúde, pela busca diária de realizar dignamente o seu trabalho, dispensar atendimento humanizado e notificar casos.

Aos companheiros de jornadas profissional e pessoal, bastante especiais na minha trajetória, os que seguem comigo e os que estão em diferentes trajetórias; seria difícil nominar todos.

À Goret Moraes, pela revisão do texto, pela colaboração, carinho, amizade e cuidado.

RESUMO

A epidemia da aids persiste como grande problema de saúde pública e conhecer sua dinâmica é importante para o planejamento de políticas públicas. Este estudo analisou a evolução espaço-temporal da aids no estado da Bahia, por meio de estudo ecológico de agregados de dados no tempo e no espaço geográfico da Bahia, no período 2002 a 2012. A população do estudo foi composta por pessoas com diagnóstico de aids, residentes no estado. Os dados resultaram do relacionamento das bases do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel), realizado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/Ministério da Saúde, disponibilizados para as secretarias estaduais de saúde. As variáveis estudadas foram: sexo, faixa etária, escolaridade, ano do diagnóstico da aids, categoria de exposição e município de residência. Foram calculadas taxas de incidência e, para estimar a tendência da epidemia no estado, utilizou-se a regressão linear simples das taxas anuais de incidência de aids no período de 2002-2012. Utilizaram-se planilhas do Excel para o cálculo das taxas de incidência e o pacote estatístico STATA v.12 para a regressão linear. De 2002 a 2012 foram registrados 16.406 casos de aids no estado da Bahia, com predominância no sexo masculino com maior proporção de casos 59,5% (9.765) dos casos. A taxa de incidência de aids na Bahia demonstrou tendência de crescimento com estabilização nos últimos 3 anos da série; em 2002 foi 9,2 por 100.000 hab. e 12,9 por 100.000 hab. em 2012. As taxas de incidência indicaram tendência de crescimento da epidemia para ambos os sexos, embora ainda haja maior expressividade para o sexo masculino. A razão média de casos entre homens e mulheres no período foi 1,5:1. A transmissão sexual foi a categoria de exposição mais referida. Em relação ao nível de escolaridade, a maior proporção dos casos referiu ensino fundamental completo e incompleto. Quanto à raça/cor, a maior proporção de casos foi em indivíduos de cor parda. Em relação à faixa etária, não houve crescimento em menores de 5 anos e as maiores taxas de incidências se situaram nas faixas de 30 a 39 , além de ocorrer crescimento nas faixas de 50 e mais. Do ponto de vista regional, observou-se a existência de casos em todas as regiões da Bahia. As regiões são semelhantes em relação às características sociodemográficas da aids, entretanto diferem em relação à magnitude da epidemia. Os resultados sugerem que a aids continua crescendo no estado.

Palavras-chave: Análise espacial, análise temporal e perfil da epidemia de aids

ABSTRACT

The aids epidemic remains a major public health problem and knowing its dynamics is important for planning public policies. This study analyzed the evolution of AIDS in the state of Bahia, through ecological study of aggregated data across time and geographical space of Bahia, in the period from 2002 to 2012. The study population was composed of people diagnosed with AIDS, living in the state. The data resulted from record linkage of the National System for Notifiable Diseases (*Sinan*), the Mortality Information System (*SIM*), the Drug Logistics Management System (*SICLOM*) and Control Laboratory Tests (*SISCEL*) system, conducted by the Department of STD, AIDS and Viral Hepatitis / Ministry of Health made available to the state's health departments. The variables studied were gender, age, education, year of AIDS diagnosis, exposure category and city of residence. Incidence rates were calculated and, in order to estimate the inclination of the epidemic in the state, we used a simple linear regression of annual incidence rates of AIDS in the period of 2002-2012. We used Excel spreadsheets for calculating incidence rates and the statistical package STATA v.12 for linear regression. From 2002 to 2012, 16 406 AIDS cases were reported 16,406 cases of aids in the state of Bahia, having males had a higher proportion of cases 59.5% (9.765). The incidence rate of AIDS in Bahia showed a growth tendency with stabilization in the last three years of the series; in 2002 was 9.2 per 100,000 inhabitants and 12.9 per 100,000 inhabitants in 2012. They also indicated growth trend of the epidemic for both sexes, although there is greater expression in males. The average rate of cases among men and women in the period was 1.5: 1. Sexual transmission was the most reported category of exposure. Regarding to educational level, the greater proportion of cases reported showed complete and incomplete primary education. As race/color, the greater proportion of cases were in individuals of mixed ethnicity. Regarding to age, there was no growth in children under five years old and the highest incidence rates were found in age groups 30-39, as well as growth occurs in among those 50 and older. The results suggest that aids continues to grow in the state..

Keywords: spatial analysis, temporal analysis and profile of the aids epidemic.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Distribuição do número de casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo sistema de informação (origem dos dados) por ano de diagnóstico. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Distribuição da taxa de incidência anual (por 100.000 hab.) dos casos de aids, segundo sexo e faixa etária por ano de diagnóstico. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.
- Tabela 2.** Distribuição dos casos de aids, (número absoluto), e percentuais segundo características sociodemográficas por período de estudo. Bahia - Brasil, 2002 a 2012
- Tabela 3.** Distribuição da taxa de incidência anual (por 100.000 hab.) dos casos de aids, segundo região de saúde por ano de diagnóstico. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.
- Tabela 4.** Distribuição dos casos de aids (número absoluto), taxas de incidência média e acumulada (por 100.000 hab.) e variação de incidência média, segundo regiões de saúde por período de estudo. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.
- Tabela 5.** Distribuição das taxas de incidência média de aids em quartis por regiões de saúde (por 100.000 hab.) e período de estudo. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.
- Tabela 6.** Distribuição dos casos de aids (número absoluto), das taxas de incidência média por sexo (por 100.000 hab.) e razão de sexo segundo região de saúde por período de estudo. Bahia - Brasil, 2002 a 2012..
- Tabela 7.** Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de Saúde Camaçari, Bahia - Brasil, 2002 a 2012.
- Tabela 8.** Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de Saúde Feira de Santana, Bahia-Brasil,2002 a 2012.
- Tabela 9.** Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de Saúde Ilhéus Bahia - Brasil, 2002 a 2012.
- Tabela 10.** Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de Saúde Itabuna, Bahia - Brasil, 2002 a 2012.
- Tabela 11.** Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de Saúde Juazeiro, Bahia - Brasil, 2002 a 2012.
- Tabela 12.** Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de Saúde Porto Seguro, Bahia - Brasil, 2002 a 2012.
- Tabela 13.** Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de Saúde Salvador, Bahia - Brasil, 2002 a 2012.
- Tabela 14.** Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de Saúde Teixeira de Freitas, Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

- Tabela 15.** Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de Saúde Vitória da Conquista, Bahia - Brasil, 2002 a 2012.
- Tabela 16.** Distribuição da taxa de incidência média (por 100.000 hab.) dos casos de aids, segundo faixa etária, regiões de saúde e período diagnóstico. Regiões de Saúde Bahia - Brasil, 2002 a 2004.
- Tabela 17.** Distribuição das taxas de incidência média (por 100.000 hab.) dos casos de aids, segundo faixa etária, regiões de saúde e período diagnóstico. Regiões de Saúde Bahia - Brasil, 2005 a 2008.
- Tabela 18.** Distribuição da taxa de incidência média (por 100.000 hab.) dos casos de aids, segundo faixa etária, regiões de saúde e período diagnóstico. Regiões de Saúde Bahia - Brasil, 2009 a 2012.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Reta de regressão das taxas de incidência anual de aids (por 100.000 hab.). Bahia - Brasil, 2002 a 2012
- Figura 2.** Reta de regressão das taxas de incidência anual de aids (por 100.000 hab.) do sexo feminino. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.
- Figura 3.** Reta de regressão das taxas de incidência anual de aids (por 100.000 hab.) do sexo masculino. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

LISTA DE MAPAS

- Mapa 1** Mapa das regiões de saúde do estado da Bahia
- Mapa 2.** Taxa de incidência média de aids (por 100.000 hab.), segundo região de saúde e residência. Bahia - Brasil, 2002 a 2004.
- Mapa 3.** Taxa de incidência média de aids (por 100.000 hab.), segundo região de saúde e de residência. Bahia - Brasil, 2005 a 2008.
- Mapa 4.** Taxa de incidência média de aids (por 100.000 ha), segundo região de saúde e de residência. Bahia - Brasil, 2009 a 2012.
- Mapa 5.** Taxa de incidência média de aids (por 100.000 hab.), segundo região de saúde, residência e sexo feminino. Bahia - Brasil, 2002 a 2004.
- Mapa 6** Taxa de incidência média de aids (por 100.000 hab.), segundo região de saúde, residência e sexo feminino. Bahia - Brasil, 2005 a 2008.
- Mapa 7** Taxa de incidência média de aids (por 100.000 hab.), segundo região de saúde, residência e sexo feminino. Bahia - Brasil, 2009 a 2012.
- Mapa 8.** Taxa de incidência média de aids (por 100.000 hab.), segundo região de saúde, residência e sexo masculino. Bahia - Brasil, 2002 a 2004.
- Mapa 9.** Taxa de incidência média de aids (por 100.000 hab.), segundo região de saúde, residência e sexo masculino. Bahia - Brasil, 2005 a 2008.
- Mapa 10** Taxa de incidência média de aids (por 100.000 hab.), segundo região de saúde, residência e sexo masculino. Bahia - Brasil, 2009 a 2012.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV - Antirretrovirais
CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*
CD4 - *Cluster of differentiation 4*
CD8 - *Cluster of differentiation 8*
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CID – Código internacional de doenças
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
CV - Carga viral
Datusus - Departamento de Informática do SUS
Divep - Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DDAHV - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
DST Doença Sexualmente Transmissível
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH - Homens que fazem sexo com homens
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Urbano
M/F - Masculino/feminino
MS - Ministério da Saúde
OSC - Organização da Sociedade Civil
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAM - Plano de Ações e Metas
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PVHA - Pessoa Vivendo com HIV/aids
SAE - Serviço de Atendimento Especializado
Siclom - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
Sinan - Sistema Nacional de Agravos de Notificação
Siscel - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV - Terapia antirretroviral
TV – Transmissão vertical

UDI - Usuário de drogas injetáveis

UDM - Unidade Dispensadora de Medicamento

UF - Unidade federativa

Unaid - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

TFD - Tratamento fora do domicílio

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
	2.1 Síndrome da imunodeficiência adquirida (aids).....	19
	2.2 Aids na Bahia.....	22
	2.3 Sistemas de Informação - aids.....	23
3	JUSTIFICATIVA.....	25
4	PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO.....	26
5	OBJETIVOS.....	26
	5.1 Objetivo geral.....	26
	5.2 Objetivos específicos.....	26
6	METODOLOGIA.....	26
	6.1 Delineamento.....	26
	6.2 Fonte de dados.....	26
	6.3 População.....	27
	6.4 Área do estudo.....	27
	6.5 Coleta de dados.....	28
	6.6 Descrição das variáveis.....	29
	6.7 Análise dos dados	29
7	ASPECTOS ÉTICOS.....	31
8	RESULTADOS.....	32
9	DISCUSSÃO.....	64
10	CONSIDERAÇÕES.....	69
11	REFERÊNCIAS.....	71
12	ANEXOS.....	75
	Anexo A - Declaração de óbito	
	Anexo B - Formulário Siscel - Contagem linfócitos TCD4 /CD8	
	Anexo C - Formulário Siscel - Quantificação de ácido nucleico Carga Viral	
	Anexo D - Ficha de cadastramento de retirada de medicamento / Siclom	
	Anexo E - Formulário solicitação de medicamentos / Siclom	
	Anexo F - Ficha de notificação Sinan - Aids - Pacientes com 13 anos ou mais	
	Anexo G - Ficha de notificação Sinan - Aids - Pacientes menores de 13 anos	
	Anexo H - Nota Técnica Ministério da Saúde para relacionamento de banco de dados	
	Anexo I – Carta de Anuência da Divep / Secretaria de Saúde do Estado da Bahia	

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), ainda é sério desafio para a saúde no mundo, apesar dos avanços alcançados no seu enfrentamento nas últimas décadas¹. Estima-se que existam cerca de 35,3 milhões de pessoas vivendo com aids no mundo, embora o número anual de novas infecções venha se estabilizando desde a década de 90². O número anual de mortes relacionadas ao HIV/aids no mundo tem diminuído; de 2.1 milhões, em 2004, para 1.6 milhões, em 2012 (números aproximados), redução da ordem de 23%³. O controle da aids no mundo é tão importante que integra os objetivos do desenvolvimento do milênio definidos pela Assembleia das Nações Unidas⁴.

No Brasil, os primeiros casos de aids ocorreram no início da década de 80; após 30 anos, a epidemia demonstra estabilização da taxa de incidência nos últimos 12 anos⁵. De 1980 a junho de 2013, registraram-se 686.478 casos acumulados de aids; o quantitativo de sexo masculino (445.197) ainda supera o do sexo feminino (241.223). A razão de sexos tem apresentado variações graduais ao longo dos anos; em 2005 atingiu seu menor valor (1,4) e vem aumentando desde então⁶. Em relação à faixa etária, no período 2003 a 2012, observam-se maiores taxas de detecção de aids entre aqueles com 30 a 39 anos, entretanto, percebe-se tendência de queda na taxa dessa faixa e leve estabilização entre aqueles com 40 a 49 anos. Além disso, nota-se tendência de aumento nas taxas de detecção entre os jovens de 15 a 24 anos e entre os adultos com 50 anos ou mais⁶.

De 1980 até 2012 foram declarados 241.469 óbitos cuja causa básica foi “doenças pelo vírus do HIV” (CID10: B20-B24)⁶. Nos últimos 10 anos, observa-se redução de 11,1% da mortalidade no Brasil, a despeito do aumento nas regiões sul, norte, nordeste⁵.

No Brasil, a epidemia do HIV/aids é classificada como concentrada, com prevalência de 0,4% na população geral e superior a 5% em populações consideradas chaves para a manutenção da epidemia⁶. Estudos estimaram taxas de prevalência de HIV de 5,9% entre usuários de drogas (UD), 10,5% entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo^{5,6}.

A introdução da terapia antirretroviral (TARV), com acesso universal, em 1996, alterou o cenário da epidemia. Mudou o curso, a evolução e o prognóstico clínico da aids e o seu perfil epidemiológico⁷. Além disso, a TARV contribuiu para o desenvolvimento do perfil crônico-degenerativo assumido pela doença, elevou o índice de sobrevivência e melhorou

a qualidade de vida⁸. Modificou-se o quadro de morbimortalidade da aids no Brasil e, embora existam outros fatores, a falta de adesão apresenta-se como ameaça à manutenção dessa conquista, devido ao desenvolvimento da resistência viral⁹.

Na região nordeste, a Bahia é o segundo estado no *ranking* de número de casos de aids⁶. Do início da epidemia (1980) a 2013¹, foram notificados 22.770 casos, correspondentes a 23,8 % do total da região; de 2002 a 2012, ocupou a primeira posição na lista de número de casos, com 16.408 (23,9%) e Pernambuco a segunda, com 16.231 (23,7%)⁶. No período 1980 a 2010, ocorreram nessa região 30.717 óbitos cuja causa básica foi a aids e registraram-se 8.071 óbitos (26,3%) na Bahia⁶. De 2002 a 2012, ocorreram nesse estado 5.050 óbitos (25,9%), quando se tornou o primeiro com maior quantitativo de óbitos, seguido de Pernambuco, com 4.988 (25,5)⁶.

Embora a maior concentração do número de casos seja na capital, Salvador (49,47%), há notificação de casos de aids em 94,4% dos municípios do estado da Bahia¹⁰.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Síndrome da imunodeficiência adquirida (aids)

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), cuja causa é a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), apresenta-se por meio de infecções oportunistas e neoplasias⁶. O HIV ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças, principalmente os linfócitos CD4⁺, uma das principais células alvo do vírus⁸.

O vírus pode ser transmitido por via sexual (esperma e secreção vaginal); pelo sangue (via parenteral) e vertical (de mãe para filho: na gestação, parto, amamentação)⁸.

Não há cura para a aids até o momento. Para o tratamento, utiliza-se a terapia antirretroviral (TARV), drogas associadas para combater a infecção. No Brasil, o acesso aos medicamentos é universal desde 1996. O uso dessa terapia possibilita a diminuição nas manifestações clínicas decorrentes da infecção pelo HIV, a melhora substancial do prognóstico - diminui a morbidade e a mortalidade das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), propicia a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos infectados e aumenta a expectativa de vida⁶.

¹ Dados parciais. junho/2013

Para o início do tratamento, o Ministério da Saúde (MS) estabelece critérios e protocolo com esquemas de tratamento de primeira linha e de segunda linha, a depender de cada caso⁶.

No Brasil, até a data desta pesquisa, notificava-se apenas aids. No período 11 a 14 de novembro de 2013, diversas instituições se reuniram para discutir a “Avaliação das Informações sobre HIV no Brasil”, com o objetivo de aperfeiçoar a capacidade de produzir informação para a gestão baseada em evidências, decidiram recomendar a implantação imediata da notificação do HIV no Brasil⁶ e essa passou a ser obrigatória a partir da portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014 que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Essa notificação promoverá maior confiabilidade da informação, possibilitará conhecer a dimensão da epidemia do HIV/aids e basear-se-á em três eventos-chaves: infecção, progressão para aids e óbito⁶.

A vigilância epidemiológica da aids, no Brasil, baseia-se em dois eventos: progressão para aids e óbitos⁶ (BRASIL, 2013a). A Portaria nº 542, do Ministério da Saúde (MS), incluiu a aids na relação de doenças e agravos de notificação compulsória no Brasil, a partir de 22 de dezembro de 1986¹¹. Nessa notificação, entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições e critérios adotados pelo MS no decorrer dos anos, com base nos avanços tecnológicos e na disponibilidade desses¹¹.

Atualmente se utiliza o Critério Rio de Janeiro/Caracas; no Critério CDC Adaptado ou grave e no Critério Excepcional Óbito¹¹. Nesse, é necessário constar da declaração de óbito menção a aids e seus termos correlativos ou referência à infecção pelo HIV (ou termo análogo), desde que haja registro de doença(s) vinculada(s) a essa infecção¹¹. Cada critério tem sua especificidade e relação específica de sinal, sintoma ou doença que o identifica¹¹.

As notificações são digitadas em sistemas de informação. Atualmente as fontes para obtenção dos dados referentes à aids são: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel).

No início da epidemia de aids, a maioria dos casos notificados era de pessoas residentes nos grandes centros urbanos, com maior nível socioeconômico e tinha como principais categorias de exposição relações homossexuais, usuários de drogas e, em menor grau, transfusão de sangue e hemoderivados¹². Após três décadas, a epidemia é considerada estável e continua concentrada em alguns grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade⁶. Embora com peculiaridades, alguns autores referem-se à epidemia da aids

no Brasil como multifacetada¹², composta por um mosaico de subepidemias motivadas por desigualdades socioeconômicas regionais^{13,14}.

A produção acadêmica na área da descrição da epidemia da aids é crescente, bem como a sua caracterização espaço-temporal, embora escassas com base municipal^{15,16} (que apresente o perfil da epidemia nas pequenas cidades. Dessas produções, citamos a pesquisa de Szwarcwald *et al.*¹⁷ sobre a epidemia nos municípios do Brasil, a qual analisa o perfil epidemiológico desses locais segundo suas características sociodemográficas e as formas de exposição ao HIV/Aids segundo residência de ocorrência. Um dos resultados desse trabalho é a conclusão de que a epidemia ainda é urbana.

Pode-se citar, também, estudo de Grangeiro *et al.*¹⁸, o qual investigou a relação da magnitude e tendência de 1.910 municípios, com vários indicadores, entre eles os sociodemográficos, geopolíticos e epidemiológicos. O resultado dessa análise aponta a epidemia ainda como concentrada em centros urbanos e sua interiorização evidenciada pela ocorrência irregular e de pequena magnitude¹⁸. Esses municípios apresentaram baixa capacidade de crescimento, tinham baixo índice de desenvolvimento humano (IDH) e a categoria heterossexual como principal forma de transmissão¹⁸.

Além disso, esse estudo¹⁸ apresentou diminuição na categoria de transmissão entre UDI, a evidenciar impacto nos índices de redução da epidemia. Também foram observadas diferenças entre regiões geográficas e que distintos graus de implementação da resposta ao HIV podem contribuir para diversos perfis da epidemia no país¹⁸, a corroborar a ideia de epidemia multifacetada¹².

O estudo temporal de Brito *et al.*²⁰ sobre morbimortalidade, ao comparar a região nordeste com o Brasil, indica o contínuo crescimento do número de casos de aids nessa região, a transmissão sexual como preponderante em mais de 80% dos casos e que a maior incidência de casos, em todo o país, ocorre entre grupos com baixos níveis educacionais. Quanto à mortalidade, aponta ainda que houve diminuição progressiva do quantitativo de óbitos em todas as regiões analisadas a partir de 1996. Concluiu existir tendência à estabilidade da epidemia em todo o país, em virtude da introdução da TARV, em 1996, a demonstrar mudanças temporais, sem haver, contudo, homogeneidade em todas as regiões¹⁹.

Os estudos de Dourado *et al.*²⁰ corroboram o fato de que o acesso universal à medicação representou impacto positivo nas taxas de mortalidade. Reis *et al.*²¹, em estudo sobre mortalidade por aids no Brasil, também indicam a queda da mortalidade.

Em relação a estudos de aspectos espaciais da aids na Bahia, Dias e Nobre²² analisaram os padrões de difusão espacial dos casos de aids em quatro estados brasileiros

(São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Bahia), no período 1987 a 1996²². Esse trabalho apresentou uma visão macro do estado e proporcionou se observar que nos municípios mais populosos da Bahia, os quais não são vizinhos contíguos (Salvador, Itabuna, Feira de Santana e Juazeiro), havia mais de cinco casos de aids em 1988, o que caracterizava a difusão hierárquica no estado, predominante na fase inicial da epidemia²³. Os autores verificaram, de 1996 a 1997, a existência da caracterização de difusão por contágio referente à epidemia no sexo feminino, tendência apresentada também no sexo masculino, a despeito de não ter padrão regular, quando a epidemia mostrava-se consolidada na Bahia²².

2.2 Aids na Bahia

Na Bahia, o primeiro caso de aids foi notificado em 1984 e desse ano até 2013 contabilizaram-se 22.770 casos, dos quais 8,538 (37,5%) do sexo feminino e 14.230 (62,5%) do masculino¹⁰. De todo o período, a maior razão de sexo (M/F) ocorreu no ano 1988 (8,3) e essa razão representou 1,7 em 2013. Nesse período, em relação a sexo, a maior taxa de incidência (por 100 mil habitantes) foi 8,6 (2008) para o feminino e 13,7 para o masculino¹⁰.

No *ranking* da taxa de detecção de casos (por 100.000 hab.) de aids no ano 2012, notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, segundo unidade federativa (UF) de residência, a Bahia ocupa o vigésimo-segundo lugar (12,9); a maior taxa (41,4) foi registrada no Rio Grande do Sul⁶. Em relação a óbitos, de 2001-2012, a maior taxa de mortalidade por aids (por 100.000 hab.) do estado da Bahia foi 4,2, em 2011⁶.

O MS adota taxa de detecção em substituição à de incidência no Boletim Epidemiológico - Aids e DST. A taxa de detecção também estima o risco de ocorrência de casos novos de aids e serve como *proxy* da incidência²³, face às dificuldades para o diagnóstico precoce da maioria dos casos (acesso tardio), conforme demonstrado em pesquisa realizada por Dourado *et al.* (2011)²⁴.

Distribuídos entre as regiões de saúde do estado existem 26 municípios que recebem incentivo para as ações DST/HIV/Aids, como promoção, prevenção, diagnóstico e assistência. O recebimento do incentivo se dá por adesão, sua concessão obedece a critérios epidemiológicos, entre outros, e o município se responsabiliza por utilizar os recursos para atender também à demanda da região em que se situa. Entretanto, independentemente de

receber o incentivo, todos os municípios têm a responsabilidade de realizar ações de prevenção e atender ou encaminhar a outro município os pacientes necessitados de assistência inexistente em sua localidade, por meio do programa de tratamento fora do domicílio (TFD). Na Bahia, entre os municípios que recebem incentivo, existem 28 serviços de assistência especializada (SAE), 26 centros de testagem e aconselhamento (CTA), 35 unidades dispensadoras de medicamentos (UDM) e 52 leitos hospitalares.

2.3 Sistemas de Informação - aids

Os sistemas de informação utilizados para obtenção de dados referentes à aids são Sinan, SIM, Siclom e Siscel.

O Sinan é o sistema de registro de morbidade, cujos dados advêm das notificações obrigatórias de casos.

O SIM proporciona a captação de dados sobre mortalidade por aids a partir da declaração de óbitos.

O Siscel é o sistema implantado nos laboratórios de saúde pública, utilizado para registrar, gerenciar/controlar os exames laboratoriais de CD4, CD8 e carga viral, o qual avalia a indicação de tratamento e monitora os pacientes em uso de TARV, os indivíduos diagnosticados e acompanhados pelas equipes dos SAE, que avaliam os níveis de linfócitos T-CD4⁺ e a carga viral do HIV. Esse sistema também pode ser usado para avaliar e gerenciar a eficácia da utilização dos ARV, acompanhar as pessoas soropositivas sem indicação de terapia, a fim de identificar o momento adequado para seu início e também para verificar se foram notificados pelo Sinan os casos de pessoas com resultados de exame de contagem de linfócitos T CD4⁺ menor que 350 células/mm³ e carga viral⁵.

O Siclom é o sistema de controle logístico de medicamentos para a aids e está implantado em todas as unidades dispensadoras de antirretrovirais (UDM); gerencia e controla a distribuição desses medicamentos para os pacientes e fornecimento para as UDMs.

A adoção desses sistemas complementares (Siscel e Siclom) são estratégias para aumentar a cobertura da vigilância dessa doença e possibilitar a redução da subnotificação de casos²⁵, uma vez que o indivíduo com aids será captado por um desses sistemas. Essa ação é importante para minimizar problemas como subnotificação e incompletude desses dados nos sistemas.

Apesar da importância e utilidade desses sistemas, a análise epidemiológica fica comprometida pela ausência de notificação de caso, dados incompletos, insuficientes, o que acarreta as inconsistências encontradas nos sistemas de informação²⁶. A análise de Fonseca *et al.*²⁷ sobre grau de escolaridade demonstra essa situação, na qual encontraram o percentual 22% de respostas “ignorado” para esse dado²⁸. Fry *et al.*²⁸ também apontam em seu estudo que nem sempre são preenchidos os dados sobre escolaridade na ficha de notificação.²⁹

Tomazelli *et al.*²⁹ encontraram 40% de dados com respostas “ignorado” em estudo ecológico para analisar a distribuição espacial da incidência dos casos notificados de aids em mulheres, ao analisar a variável categoria de exposição; para esse trabalho, utilizaram-se apenas dados do Sinan.

Lemos e Valente³⁰, em análise para estimar e avaliar o sub-registro de casos de aids que evoluíram para óbito, verificaram que 51,9% dos óbitos declarados no SIM³⁰ não eram conhecidos no Sinan.

Em avaliação sobre a notificação, em Fortaleza, encontrou-se considerável nível de subnotificação de casos de aids em adultos, no período 2002-2003, estimado em 33,1% e 14,1% respectivamente para esses anos, ao se comparar o Sinan com Siscel e SIM²⁶. Ao considerarem esses resultados, os autores sugeriram a comparação periódica entre os bancos, a fim de reduzir os níveis de subnotificação de aids e também indicaram o Siscel como importante fonte de informação por permitir a detecção de níveis de sub-registro de mais que o dobro das estimativas derivadas de bancos de dados do SIM e do Sinan²⁶.

A despeito das limitações existentes, diversos autores continuam a realizar trabalhos a partir de dados secundários. Resultados do estudo realizado por Drumond *et al.*³¹ indicam tendência de aumento na utilização das bases de dados secundárias do SIM, no período 1990-2006³¹.

As deficiências dos bancos não limitam a realização dos estudos. Autores buscam alternativas para diminuir as inconsistências e uma delas é a utilização conjunta de duas ou mais bases de dados principalmente por meio de *linkagens* ou de relacionamentos probabilísticos de dados³².

Neste estudo utilizou-se o banco de dados advindo do relacionamento de bases, realizado pelo DDAHV, para maior captação dos casos de aids existentes na Bahia. Para isso, o DDAHV relacionou os bancos do Sinan, SIM, Siclom e Siscel, com o objetivo de se reduzirem as deficiências de informação de cada base. O Siclom e o Siscel são usados para

recuperação de casos não notificados no Sinan, apesar de não terem sido concebidos para vigilância³².

Embora ainda existam problemas na qualidade dos dados, os estudos de Drumond *et al.*³¹ referem aumento na demanda pela qualificação das bases de dados, como ampliação da cobertura e maior qualidade no preenchimento das variáveis, bem como a existência de esforço por parte dos três níveis de governo para capacitar as equipes técnicas e melhorar suas infraestruturas³¹. Assim, pode-se encontrar falta de informações relativas a algumas variáveis, mas isso não torna o estudo inviável.

3 JUSTIFICATIVA

Apesar dos avanços na área da prevenção, diagnóstico e assistência para deter a epidemia, nota-se ainda ser necessário o desenvolvimento de ferramentas que possibilitem o seu enfrentamento e a redução do risco³³. Uma delas é o conhecimento do processo de ocorrência da doença e de sua distribuição³⁴. Além disso, entender a variação geográfica da sua disseminação pode propiciar a explicação dos possíveis fatores que contribuem para a morbidade e/ou mortalidade³⁵. Nesse sentido, o conhecimento da distribuição espaço temporal da epidemia da aids pode contribuir para ações de saúde pública.

Assim, este estudo objetiva analisar a distribuição temporal-espacial da epidemia da aids na Bahia, possibilitar maior compreensão do processo de difusão e das características da epidemia, além de permitir a construção de estratégias públicas mais efetivas, direcionadas às ações de promoção, prevenção, assistência e diagnóstico. Portanto, esta análise poderá subsidiar as ações do estado e dos municípios, contribuir para o combate da epidemia, considerando-se não existirem informações com estas dimensões referentes ao estado.

4. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Qual o perfil epidemiológico da epidemia da aids na Bahia, no período 2002 a 2012?

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Estudar a evolução espaço temporal da aids no estado da Bahia, no período 2002 a 2012 .

5.2 Objetivos específicos

Analisar o perfil epidemiológico da aids na Bahia, no período 2002 a 2012.

Analisar a tendência da incidência de aids em residentes do estado da Bahia no período 2002 a 2012.

Analisar a distribuição espacial da incidência de aids nas regiões de saúde no período 2002-2004, 2005-2008 e 2009-2012.

6 METODOLOGIA

6.1 Delineamento

Trata-se de estudo ecológico, exploratório, com fonte de dados secundários, com a finalidade de se analisar a evolução espaço temporal da aids na Bahia, o qual combina a agregação dos dados no tempo - espaço, no período 2002 a 2012.

A unidade de análise foi o estado da Bahia e seus municípios agrupados por regiões de saúde que possuem casos de aids notificados/declarados/registrados no período mencionado.

6.2 Fonte de dados

O estudo foi desenvolvido a partir de fontes de dados secundários. A base de dados foi disponibilizada pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Secretaria da Saúde do

Estado da Bahia (Divep/Sesab). Também foram utilizados dados provenientes do Departamento de Informática do SUS (Datusus) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cujas bases de dados são de domínio público.

6.3 População

A população do estudo foi constituída por casos de aids, de pessoas residentes no estado da Bahia no período 2002 a 2012.

6.4 Área do estudo

A Bahia, cuja capital é Salvador, localiza-se na região nordeste do Brasil, possui 417 municípios em área de 564.733,1 km². Em 2010, a população do estado era 14.016.906 habitantes; desses, 6.880.368 homens e 7.141.064 mulheres. Na zona urbana, 10.105.218 e na zona rural 3.916.214 e a densidade demográfica 28,42 habitantes/km² ³⁶.

É o estado mais populoso da região nordeste, situa-se ao sul dessa região e faz divisa com oito estados: Alagoas, Sergipe, Pernambuco, Piauí, Minas Gerais, Espírito Santo, Goiás e Tocantins. Essa diversidade envolve outra dinâmica nas relações dos municípios fronteiriços, uma vez que cada estado/município tem suas particularidades sociais, culturais, econômicas, educacionais, relacionais, além das de acesso aos serviços e ações de saúde, as quais podem causar impacto ao processo de viver e ao adoecer dos indivíduos. Essas interações possibilitam a migração, a qual, por sua vez, pode funcionar como agente difusor da disseminação da epidemia¹³.

A Bahia é constituída por 28 regiões de saúde (Mapa 1), conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR). Os municípios são agrupados por região e têm como referência um município sede³⁷. As regiões de saúde foram reconhecidas na resolução nº 275/2012 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) da Bahia, antes consideradas microrregiões de saúde, definidas no PDR 2007.

As regiões de saúde objetivam organizar a assistência, de modo a garantir o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde mais próximos de sua residência em todos os níveis de atenção. Na formação dessas regiões, foram consideradas características demográficas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, socioeconômicas, oferta de serviços

e as relações entre municípios. São compostas por municípios limítrofes e foram definidas pelo estado em articulação com os municípios³⁷.

Assim, tomando como parâmetro que as regiões de saúde são delimitações territoriais em um espaço geográfico circunvizinho, reunidas de acordo com suas identidades, cujas relações existiam anteriormente - a organização em regiões de saúde se deu em decorrência dessas - analisaram-se as regiões de acordo com essa formação desde 2002. As 28 regiões de saúde integram os 417 municípios da Bahia.



- Barreiras (1)
- Santa Maria da Vitória (2)
- Guanambi (3)
- Vitória da Conquista (4)
- Itapetinga (5)
- Teixeira de Freitas (6)
- Porto Seguro (7)
- Ilhéus (8)
- Itabuna (9)
- Jequié (10)
- Brumado (11)
- Seabra (12)
- Ibotirama (13)
- Irecê (14)
- Juazeiro (15)
- Jacobina (16)
- Itaberaba (17)
- Feira de Santana (18)
- Santo Antônio de Jesus (19)
- Valença (20)
- Cruz das Almas (21)
- Salvador (22)
- Camaçari (23)
- Alagoinhas (24)
- Serrinha (25)
- Ribeira do Pombal (26)
- Senhor do Bonfim (27)
- Paulo Afonso (28)

Mapa 1 das regiões de saúde do estado da Bahia
 Fonte: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/

6.5 Coleta de dados

Os dados foram obtidos das bases de dados relacionadas do Sinan, SIM e Siscel/Siclom. O relacionamento entre esses bancos foi executado pelo Ministério da Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e disponibilizado para a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia/Diretoria de Vigilância Epidemiologia/Programa Estadual de DST/Aids. O método de *linkagem* de arquivos (relacionamento) é utilizado para a integração dos dados contidos nos bancos desses sistemas⁶ e é empregado desde 2000 pelo DDAHV, conforme procedimento específico de que trata a nota técnica do MS (Anexo H)⁶. No relacionamento dos bancos são excluídas todas as duplicidades⁶. Essa estratégia tem

como objetivo proporcionar melhor apuração do quantitativo de casos de aids existentes no país.

Os dados utilizados nesta análise são preliminares para os últimos 5 anos⁶, pois poderão ocorrer nos sistemas novas inserções de casos referentes aos anos estudados.

6.6 Descrição das variáveis

Neste estudo, foram analisadas as seguintes variáveis: sexo; faixa etária; escolaridade; ano do diagnóstico, categoria de exposição hierarquizada (refere-se ao modo pelo qual a pessoa foi infectada pelo vírus – sexual); heterossexual, homossexual e bissexual; sanguínea - usuários de drogas injetáveis (UDI); transfusão sanguínea e hemofílica; e transmissão vertical - TV (mãe-filho)⁶; e regiões de saúde de residência. O ano do diagnóstico refere-se à data de confirmação do caso¹¹. Agruparam-se 4 níveis de escolaridade: analfabeto, fundamental completo e incompleto, ensino médio completo e incompleto e superior completo e incompleto. Para faixa etária adotou-se a classificação do MS: < 5 anos, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 49, 50 a 54, 55 a 59, 60 ou mais. Quanto à variável raça/cor, adotou-se a classificação branca; preta; amarela; parda; indígena⁶.

6.7 Análise dos dados

Medidas descritivas (médias) e frequências uni e bivariadas foram utilizadas para descrever os resultados apresentados em tabelas, gráficos e mapas. Utilizaram-se planilhas do Excel para o cálculo das taxas de incidência e o pacote estatístico STATA v.12 para tratamento dos dados e geração dos resultados.

Os mapas foram elaborados no TABWIN, programa de acesso público disponibilizado pelo Datasus. Os mapas são relativos à malha municipal de 2005 - <ftp://ftp.datasus.gov.br/territorio/mapas/>, acesso em 12/8/2014.

Para os cálculos das taxas de incidência utilizaram-se dados censitários e as estimativas intercensitárias definidas pelo IBGE e coletados do *site* Datasus. A análise foi desenvolvida em duas etapas: descrição da tendência temporal da aids na Bahia e a distribuição espacial dos casos no estado por regiões de saúde, as quais compuseram as unidades geográficas de análise.

Na primeira etapa estimaram-se os seguintes indicadores: taxa de incidência média; razão de incidências; variação da taxa de incidência entre os períodos; percentuais. Para estimar a tendência da epidemia no estado, utilizou-se a regressão linear simples das taxas anuais de incidência de aids entre 2002-2012. Os coeficientes de incidência da aids foram considerados como variável dependente (y) e os anos calendário do estudo como variável independente (x) no modelo linear.

Escolheu-se o período de estudo 2002 a 2012 por ser o último decênio da epidemia no estado, o que proporciona o retrato atual da epidemia. Para algumas análises dividiu-se a série estudada em 3 períodos, 2002 a 2004, 2005 a 2008, e 2009 a 2012; não houve critério específico para divisão dos períodos. Para o cálculo das taxas de incidência utilizou-se como denominador o número de residentes neste estado no período 2002 a 2012, obtido de acordo com os Censos de 2000 e 2010 e projeções intercensitárias do IBGE. Como o estudo foi dividido em períodos, adotou-se a estratégia de se utilizar a população de 2003 para o período 2002 a 2004; a soma da população dos anos 2006 e 2007 dividida por 2 para o período 2005 a 2008; e a soma da população dos anos 2010 e 2011 dividida por 2 para o período 2009 a 2012.

Na segunda etapa, trabalhou-se por regiões de saúde conforme a Resolução nº 275/2012 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) da Bahia. Calculou-se a incidência média por período. Em cada período, a incidência média foi distribuída em quartis, de acordo com os valores apresentados. Descreveram-se as características sociodemográficas dos casos notificados em regiões cujas incidências médias constavam no 4º quartil, por essas demonstrarem contribuir de forma expressiva para a definição do perfil da epidemia no estado, uma vez que apresentam maiores taxas de incidência média.

7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 32479914.2.0000.503, processo nº 104/14, parecer nº 754.530 e data da relatoria 08/07/2014. A base de dados foi concedida mediante carta de anuência da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia/Diretoria de Vigilância Epidemiologia/Programa Estadual DST/Aids. Foram asseguradas a confidencialidade e a privacidade dos dados e respeitados os princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

8 RESULTADOS

No período 2002 a 2012, ocorreram 16.406 de casos de aids no estado da Bahia, com maior proporção de casos do sexo masculino (59,5%), correspondentes a 9.765, e 6.641 casos do sexo feminino (40,5%). Do total, foram encontrados 9.706 (59,2%) casos no Sinan, 2.084 (12,7%) no SIM e 4.616 (28,1%) no Siscel/Siclom (Quadro 1). Casos duplicados foram excluídos no processo de relacionamento dos bancos.

Quadro 1. Distribuição do número de casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo sistema de informação e ano de diagnóstico. Bahia, 2002 a 2012.

Sistemas de informação	Ano de diagnóstico						Total	
	2002 - 2004		2005 - 2008		2009 - 2012		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Sinan	2.155	59,4	3.149	56,6	4.402	61,0	9.706	59,2
SIM	576	15,9	723	13,0	785	10,9	2.084	12,7
Siscel/Siclom	898	24,8	1.687	30,4	2.031	28,1	4.616	28,1
Total	3.629	100,0	5.559	100,0	7.218	100,0	16.406	100,0

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

O Sinan registrou 59,2% do total de casos, com pouca variação nos 3 períodos do estudo. O Siscel/Siclom registraram 28,1% do total de casos.(Quadro 1).

A incidência de aids na Bahia demonstra tendência de crescimento com estabilização nos últimos 3 anos. A taxa de incidência em 2002 foi 9,2 por 100.000 hab. e 12,9 por 100.000 hab. em 2012. (Tabela 1; Figura 1). Observa-se tendência de crescimento para ambos os sexos (Tabela 1; Figura 2 e 3), porém, as maiores taxas registradas durante toda a série foram para o sexo masculino (Tabela1). Nesse ano, 2011, registra a maior taxa para o sexo masculino (8,0/100.000 hab.) e 2012 para o sexo feminino (5,5/100.000 hab.). A média da razão de sexo no período (2002-2012) foi 1,5:1 (Tabela 1); em 2012 a razão foi menor (1,6) que a do Brasil, 1,7 casos no sexo masculino para cada caso no feminino. Observa-se uma variação gradual, mínima, ao longo do tempo (Tabela 1).

No sexo feminino, nota-se crescimento de incidência a partir de 2007, com pequeno declínio em 2011. A epidemia mostrava-se estável para o sexo masculino até 2006, voltou a crescer a partir de 2007 e estabilizou-se nos dois últimos anos (Tabela 1).

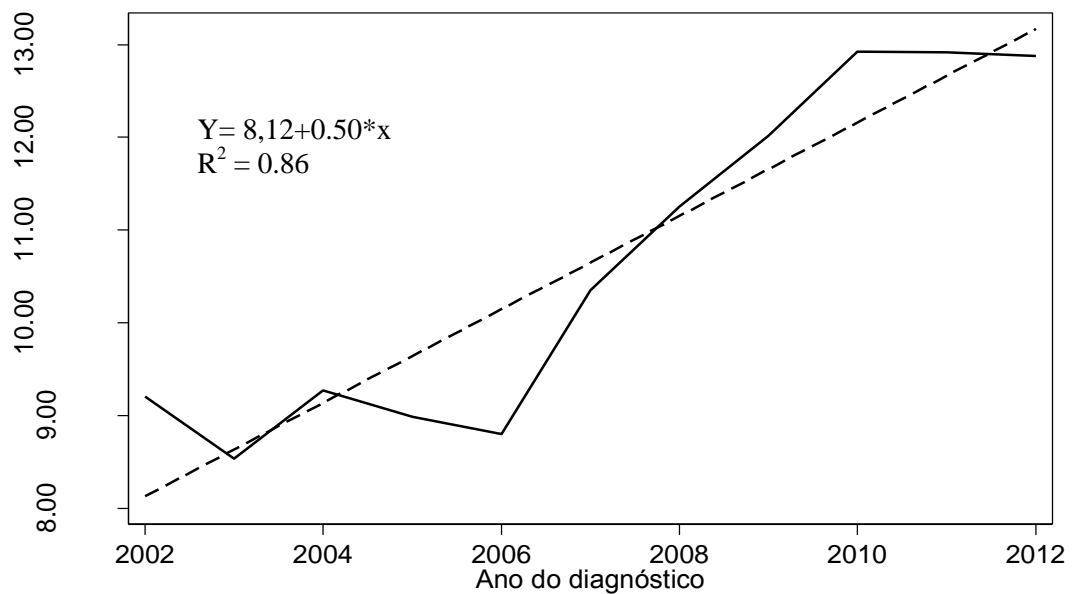
Entre os menores de 5 anos, observa-se não haver crescimento da incidência no período estudado. Em toda a série, observam-se as maiores taxas de incidências para as faixas etárias 30 a 34 e 35 a 39, além de crescimento nas faixas etárias 50 a 54, 55 a 59 e 60 ou mais (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da taxa de incidência anual (por 100.000 hab.) dos casos de aids, segundo sexo e faixa etária por ano de diagnóstico. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Variável	Ano de diagnóstico										
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sexo											
Masculino	5,3	5,2	5,5	5,2	5,3	6,0	6,6	7,3	7,4	8,0	7,8
Feminino	3,9	3,4	3,7	3,8	3,5	4,4	4,6	4,7	5,5	4,9	5,0
Razão (M:F)	1,4	1,5	1,5	1,4	1,5	1,4	1,4	1,5	1,4	1,6	1,6
Faixa etária											
< 5 anos	3,4	2,7	2,4	3,2	2,8	3,1	2,6	2,7	2,8	2,6	2,7
5 a 9	1,3	0,9	1,1	1,5	0,7	0,9	0,8	1,7	1,0	1,2	0,4
10 a 14	0,6	0,4	0,2	0,3	0,4	0,5	1,1	0,5	0,5	0,6	0,4
15 a 19	0,9	1,4	1,1	0,5	1,2	2,4	2,3	1,8	2,2	1,7	2,5
20 a 24	8,3	7,2	6,7	5,9	5,9	7,0	7,3	9,1	10,0	8,1	10,1
25 a 29	17,2	17,2	19,0	17,4	17,5	15,5	19,1	18,3	20,2	20,4	17,8
30 a 34	26,9	23,0	21,5	24,8	21,8	24,4	22,5	27,2	28,4	30,3	29,4
35 a 39	28,8	25,7	26,1	25,4	24,8	28,5	30,6	28,7	29,1	29,6	29,3
40 a 49	12,2	11,3	15,4	11,8	14,0	13,9	15,5	16,8	15,3	15,5	14,7
50 a 54	19,1	17,5	25,5	23,6	24,0	27,0	23,3	24,3	28,5	31,0	27,9
55 a 59	11,4	14,1	16,5	16,5	15,4	17,2	19,7	21,7	25,7	22,7	27,4
60 ou mais	4,6	5,4	5,5	6,9	5,5	5,6	8,9	9,0	9,4	8,9	10,8
Total	9,2	8,5	9,3	9,0	8,8	10,4	11,2	12,0	12,9	12,9	12,9

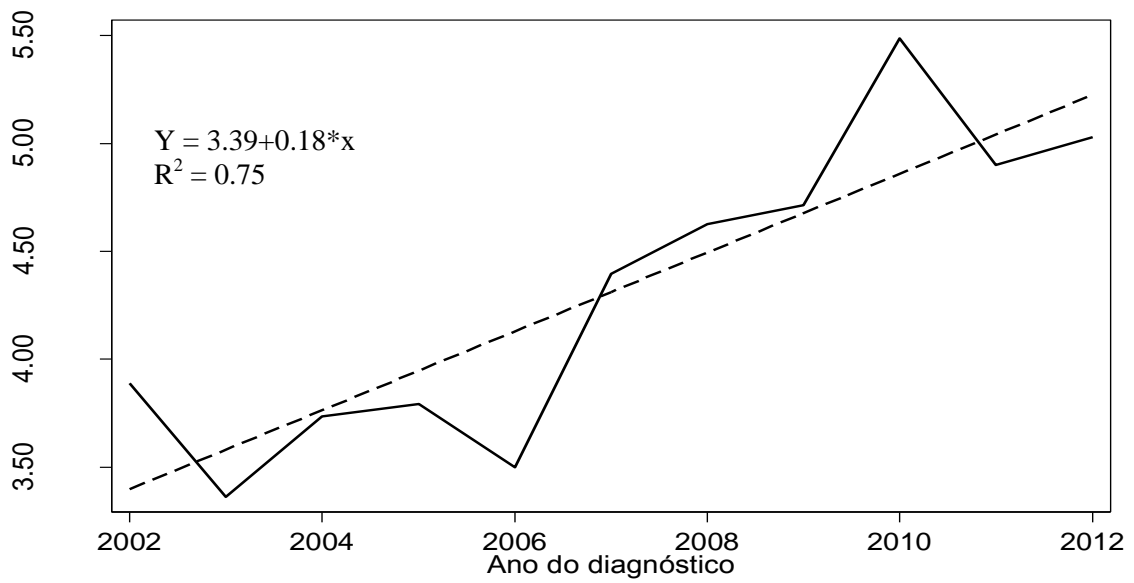
Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Ao se observar a reta de regressão, em relação ao período 2002-2012, estima-se em média um incremento anual de 0.50/100.000 hab. ($p = 0,0000$) (Figura 1) nas taxas de incidência de aids, embora note-se tendência à estabilidade nos últimos três anos. O incremento estimado para as taxas de incidência do sexo feminino é da ordem de 0.18/100.000 hab. ($p=0,0001$) e de 0.32/100.000 hab. ($p=0,000$) para o sexo masculino a cada ano (Figuras 2 e 3).



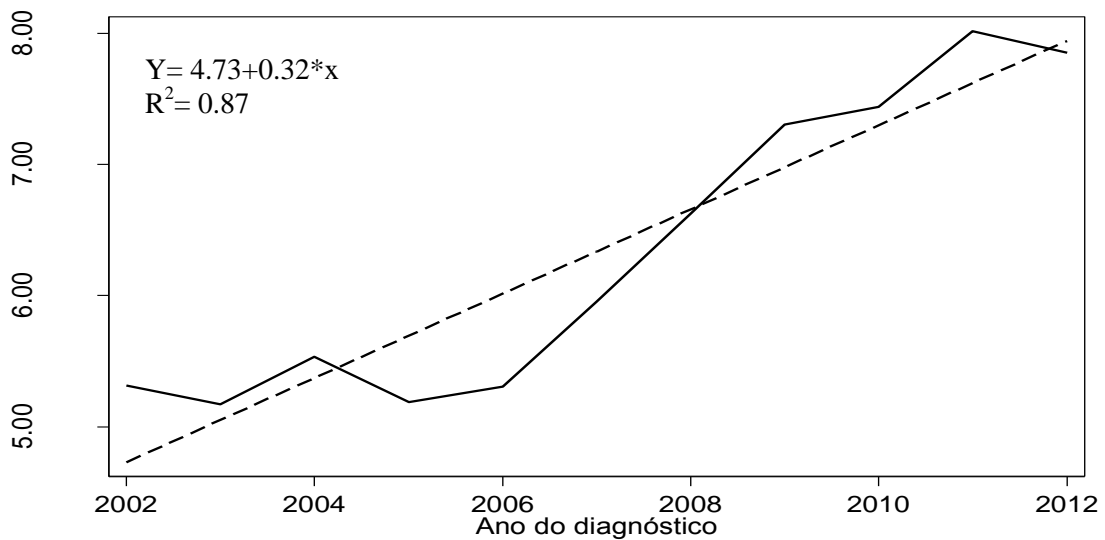
Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Figura 1. Reta de regressão das taxas de incidência anual de aids (por 100.000 hab.).
Bahia - Brasil, 2002 a 2012.



Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Figura 2. Retas de regressão das taxas de incidência anual de aids (por 100.000 hab.) do sexo feminino. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.



Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Figura 3. Retas de regressão das taxas de incidência anual de aids (por 100.000 hab.) do sexo masculino. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Ao se analisar a distribuição dos casos de aids na Bahia, observa-se que houve 53,18% de aumento no número de casos entre os períodos 2002-2004 e 2005-2008 e de 23% de 2005-2008 para 2009-2012 (Tabela 2). Em relação ao sexo, o masculino teve maior proporção de casos em todos os períodos.

No que se refere à distribuição por faixa etária, a maior proporção de casos concentra-se na de 30 a 34 e de 35 a 39 anos de idade. Do primeiro para o terceiro período nota-se incremento nos percentuais nas idades 50 a 59 e de 60 ou mais (Tabela 2). Em todos os períodos ocorreu redução nos percentuais das idades < 5 e de 5 a 9 anos de idade.

Observa-se o predomínio de casos de aids entre indivíduos da cor parda em todos os períodos estudados, com o maior percentual no período 2009-2012, de 32,7% dos casos. Casos entre indivíduos da cor preta ocuparam o segundo lugar nos períodos 2005-2008/2009-2012. Ressalta-se grande número de respostas “ignorado” (acima de 45%) para a variável raça/cor em todos os períodos, alcança 64,5% no período 2002-2004, embora apresente redução entre os períodos (Tabela 2).

Na distribuição dos casos, quanto à variável escolaridade, são bastante expressivas as categorias “não se aplica” e “ignorado”. Para os três períodos, corresponderam a mais de 55% dos casos, o que pode prejudicar a análise. De 2002 a 2012 observa-se o registro de 3.932 (23,95) casos com dados de escolaridade referentes ao ensino fundamental completo e incompleto. Os percentuais de casos em que se declaram ensino fundamental completo e incompleto são expressivamente maiores do que nas demais categorias, em todos os períodos. Em segundo lugar, estão os casos que referiram ensino médio completo e incompleto, embora se observe pequena oscilação nos percentuais entre os períodos e aumento de casos declarados de superior completo e incompleto (Tabela 2).

Em relação à categoria de exposição, de 2002-2012 predominaram notificações de casos de transmissão por via sexual; heterossexual (38,8%) seguida da homossexual (8,8%). No período 2009-2012, heterossexual alcançou 40,1%. Quanto à categoria de exposição sanguínea, o uso de drogas injetáveis representou a via de transmissão com maior percentual (3,3%) em todo o período e alcançou 4,4% em 2002-2004. A transmissão vertical (TV) foi responsável por 2,1% dos casos, em todo o período, entretanto, nota-se decréscimo do percentual, dessa via entre os períodos. Ressalta-se que o quantitativo de respostas “ignorado” alcança 45,6 % de 2005-2008 (Tabela 2)

Com relação à incidência de casos de aids entre regiões, Porto Seguro e Salvador e apresentaram taxas superiores à do estado da Bahia em todo o período; ressalta-se, e 28,8/100.000 hab. (2009) e 29,3/100.000 hab. (2012) respectivamente. Ao se usar como

referência a maior taxa da Bahia no período, 12,9/100.000 hab. (2010, 2011, 2012), observam-se taxas superiores para as regiões de Ilhéus (2004, 2007, 2010, 2011), Camaçari (2007 a 2012), Itabuna (2009), Barreiras (2011), Teixeira de Freitas (2005, 2008, 2010, 2011, 2012) e Cruz das Almas (2011) (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentuais segundo características sociodemográficas por período de estudo. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Variável	2002 - 2004		2005 - 2008		2009 - 2012		
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	2.153	59,3	3.257	58,6	4.355	60,3	
Feminino	1.476	40,7	2.302	41,4	2.863	39,7	
Total	3.629	100	5.559	100	7.218	100	
Cor							
Branca	301	8,3	565	10,2	644	8,9	
Preta	275	7,6	617	11,1	831	11,5	
Amarela	18	0,5	25	0,5	14	0,2	
Parda	693	19,1	1.556	28,0	2.362	32,7	
Indígena	1	0,0	13	0,2	24	0,3	
Ignorada	2.341	64,5	2.783	50,1	3.343	46,3	
Total	3.629	100	5.559	100	7.218	100	
Faixa etária							
< 5 anos	115	3,2	162	2,9	124	1,7	
5 a 9	47	1,3	54	0,1	54	0,8	
10 a 14	18	0,5	31	0,6	28	0,4	
15 a 19	56	1,5	94	1,7	109	1,5	
20 a 24	302	8,3	375	6,8	498	6,9	
25 a 29	562	15,5	863	15,5	1.036	14,4	
30 a 34	680	18,7	982	17,7	1.365	18,9	
35 a 39	689	19,0	994	17,9	1.145	15,9	
40 a 49	512	14,1	817	14,7	1.049	14,5	
50 a 54	305	8,4	542	9,8	739	10,2	
55 a 59	167	4,6	308	5,5	517	7,2	
60 ou mais	170	4,7	334	6,0	550	7,6	
Ignorados	6	0,2	3	0,1	4	0,1	
Total	3.629	100	5.559	99,3	7.218	100	
Categoria de exposição							
Sexual	Homossexual	308	8,5	438	7,9	700	9,7
	Bissexual	193	5,3	221	4,0	283	3,9
	Heterossexual	1.411	38,9	2.066	37,2	2.894	40,1
Sanguínea	UDI	160	4,4	167	3,0	218	3,0
	Hemofílico	3	0,9	3	0,0	4	0,1
	Transfusão	5	0,1	4	0,1	1	0,0
Transmissão Vertical	91	2,5	128	2,3	121	1,7	
Ignorado	1.458	40,2	2.532	45,6	2.997	41,5	
Total	3.629	100	5.559	100	7.218	100	
Escolaridade							
Analfabeto	125	3,4	135	2,4	147	2,0	
Fundamental completo e incompleto	895	24,7	1.409	25,4	1.628	22,6	
Ensino médio completo e incompleto	444	12,2	583	10,5	896	12,4	
Superior completo e incompleto	110	3,0	177	3,2	342	4,7	
Não se aplica	1971	54,31	3170	57,2	4.160	57,6	
Ignorado	84	2,3	85	1,3	45	0,6	
Total	3.629	100	5.559	100	7.218	100	

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

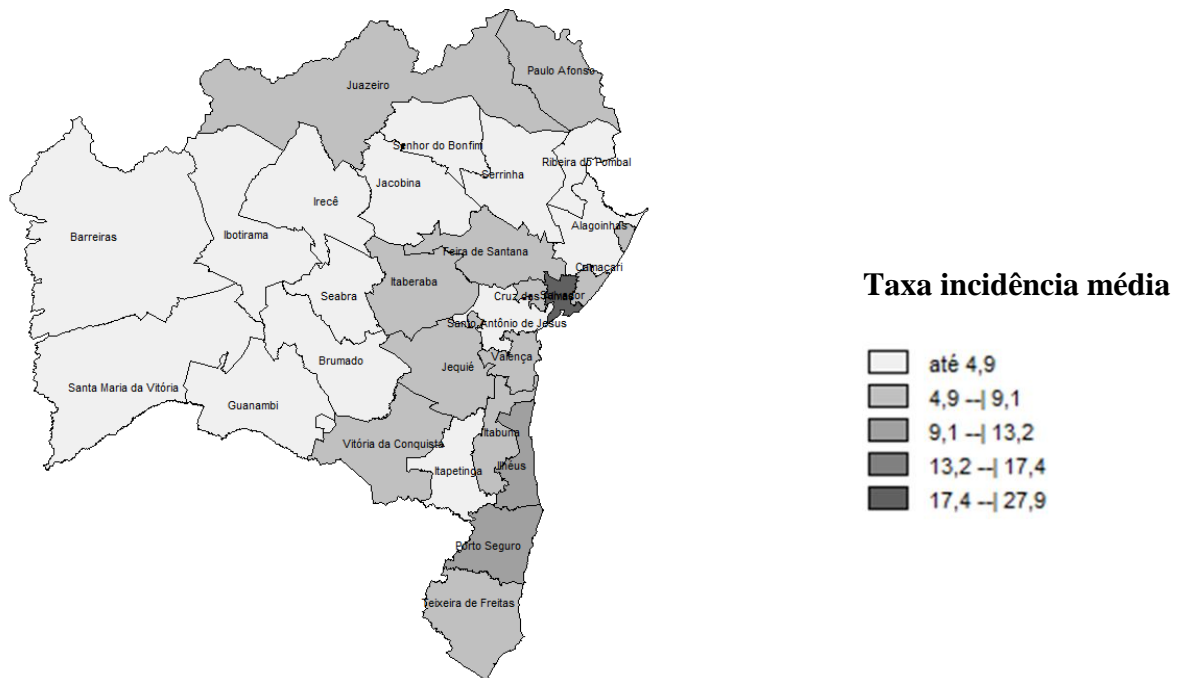
Tabela 3. Distribuição da taxa de incidência anual (por 100.000 hab.) dos casos de aids, segundo região de saúde por ano de diagnóstico. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Região de Saúde	Ano de Diagnóstico										
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alagoinhas	2,8	3,1	3,1	3,6	4,4	3,0	4,4	4,5	5,9	5,9	4,5
Barreiras	4,0	4,5	1,2	2,9	1,4	2,6	5,3	6,0	7,7	13,0	8,2
Brumado	1,0	0,5	2,2	2,4	2,4	1,2	1,5	4,0	3,5	3,2	3,7
Camaçari	8,0	7,1	11,7	9,8	11,1	15,2	14,6	14,5	13,0	19,2	15,8
Cruz das Almas	4,6	10,4	4,1	5,6	5,6	7,1	9,1	11,0	8,8	14,3	5,9
Feira de Santana	8,3	6,6	7,0	9,4	9,7	8,6	10,7	9,8	10,2	10,7	12,1
Guanambi	1,4	1,4	1,0	0,7	2,1	2,3	3,9	2,5	3,3	4,2	3,0
Ibotirama	1,7	0,0	0,6	2,2	2,2	4,8	9,6	1,6	1,1	1,1	2,7
Ilhéus	7,6	7,9	18,3	9,3	8,0	13,8	11,5	10,1	14,2	13,9	7,7
Irecê	2,1	1,8	3,9	3,4	2,6	3,9	3,9	4,2	4,3	3,0	3,3
Itaberaba	5,8	3,7	5,8	3,7	3,7	9,4	5,2	9,1	7,8	6,5	5,7
Itabuna	8,1	6,6	8,9	6,1	6,3	8,7	10,2	14,3	9,8	9,0	8,7
Itapetinga	2,5	3,3	2,4	3,2	2,0	5,0	4,3	5,8	8,3	2,9	6,2
Jacobina	1,4	4,1	0,8	3,1	3,9	4,7	4,1	5,1	4,2	2,4	6,8
Jequié	5,7	4,1	5,6	3,9	5,2	6,6	7,9	6,4	7,7	6,3	5,5
Juazeiro	5,6	8,8	10,1	9,4	8,3	6,7	5,9	8,9	11,3	9,6	9,6
Paulo Afonso	5,8	6,2	6,6	4,8	1,3	4,2	5,9	4,6	4,2	5,5	5,8
Porto Seguro	9,3	9,3	13,3	19,1	14,4	20,2	27,1	28,8	25,0	25,6	23,6
Ribeira do Pombal	1,3	1,6	1,3	4,1	2,5	2,2	2,2	5,3	7,2	2,9	4,2
Salvador	23,6	20,6	20,7	19,0	19,7	23,0	22,5	25,0	27,6	27,0	29,3
Santa Maria da Vitoria	1,7	2,1	6,9	3,8	1,4	1,7	1,7	1,6	6,5	6,5	2,7
Santo Antônio de Jesus	2,7	5,1	2,7	4,3	4,0	6,3	6,3	7,6	6,0	11,4	8,6
Seabra	3,0	3,0	3,6	1,8	4,3	3,0	3,8	4,8	6,3	4,5	5,1
Senhor do Bonfim	4,1	4,9	5,0	4,3	6,3	5,6	6,6	9,3	11,2	9,8	7,0
Serrinha	4,0	1,7	2,6	3,4	5,4	3,2	4,6	4,4	5,8	4,0	3,9
Teixeira de Freitas	5,5	5,5	7,7	13,9	9,2	8,9	15,8	11,6	13,9	14,3	19,1
Valença	3,7	6,2	5,1	6,5	2,5	5,7	8,9	6,5	8,2	6,1	5,7
Vitória da Conquista	7,5	8,9	9,3	6,5	5,4	6,1	8,2	6,5	10,9	9,6	7,2
Total	9,2	8,5	9,3	9,0	8,8	10,4	11,2	12,0	12,9	12,9	12,9

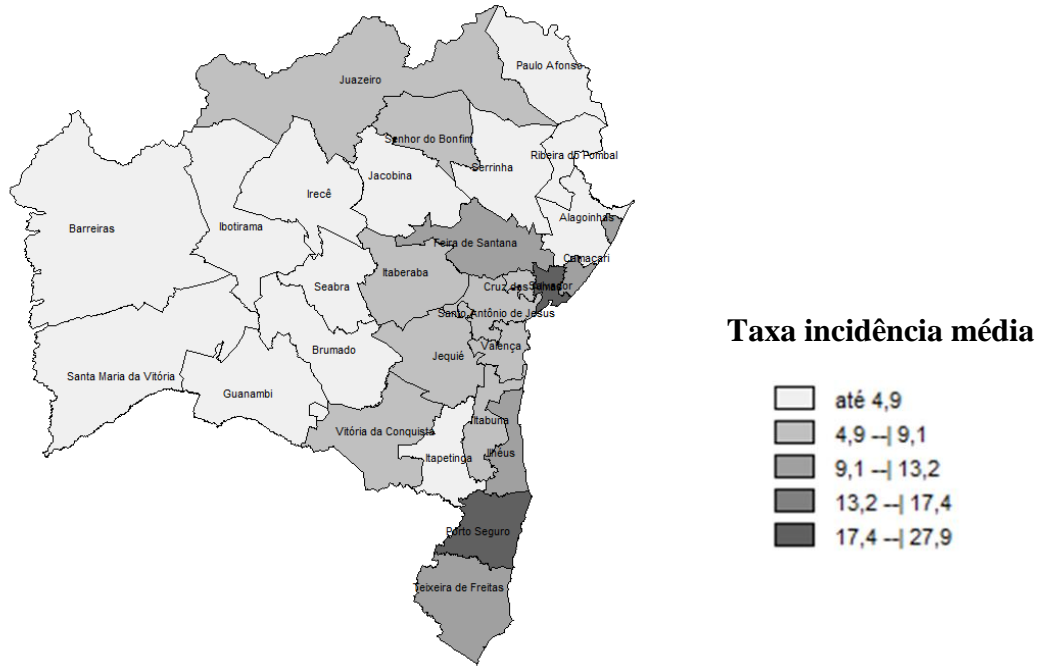
Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Ao se observar a distribuição geográfica da aids, nota-se sua ocorrência em todas as regiões da Bahia (Mapas 2, 3 e 4). Ao se compararem os mapas dos três períodos, nota-se que a epidemia partiu do litoral para o interior e percebe-se maior concentração no litoral, com progressão para outras regiões. A taxa de incidência média permanece estável em algumas regiões por todos os períodos.

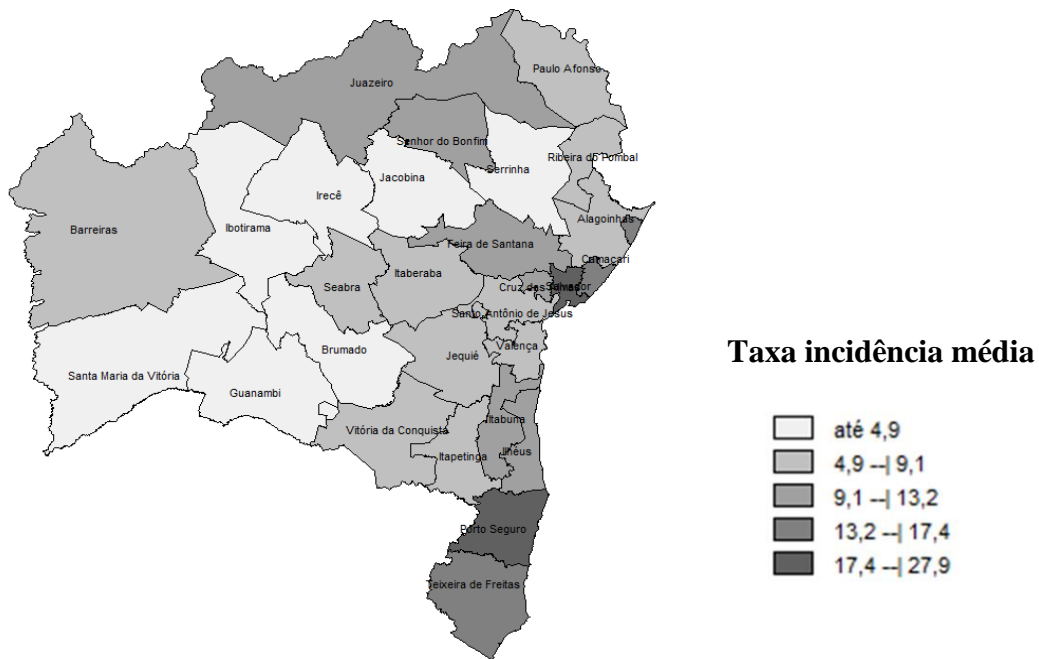
Observa-se diminuição dessa taxa nas regiões com incidência média de 4,9 / 100.000 hab. do primeiro período para o segundo e desse para o terceiro (Mapas 2, 3 e 4). As regiões com maiores incidências foram Salvador e Porto Seguro. Observa-se tendência de crescimento nas taxas de incidência média de algumas regiões de saúde.



Mapa 2. Taxa de incidência média de aids por 100.000 habitantes, segundo região de saúde e município de residência. Bahia. 2002 a 2004.



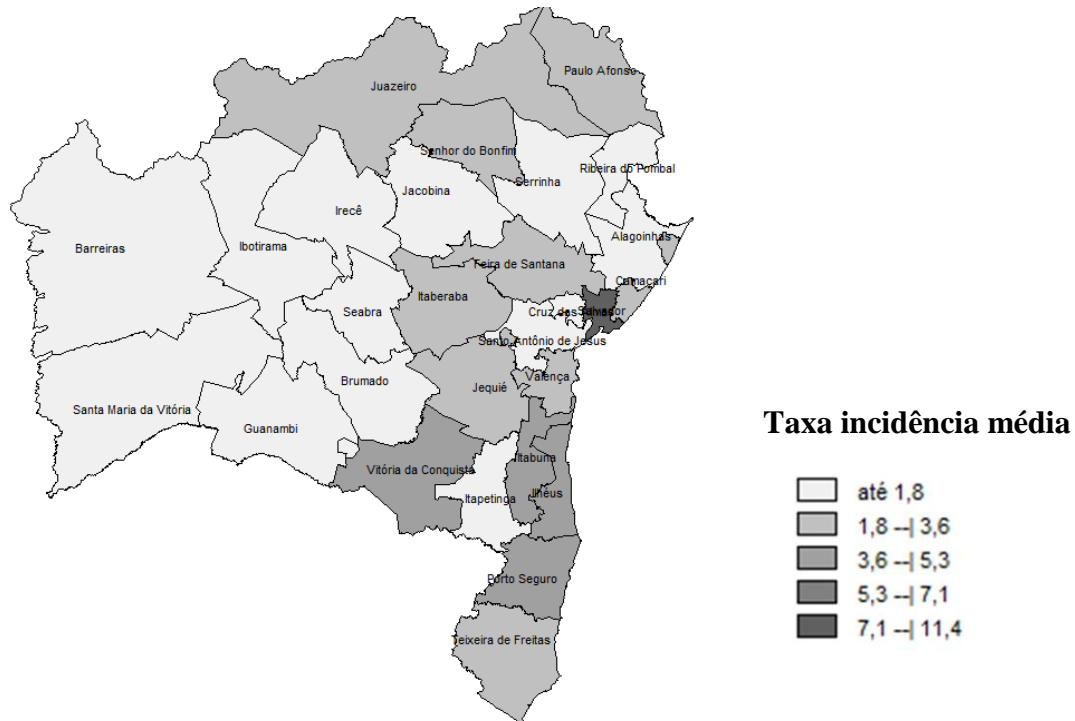
Mapa 3. Taxa de incidência média de aids por 100.000 habitantes, segundo região de saúde e município de residência. Bahia. 2005 a 2008.



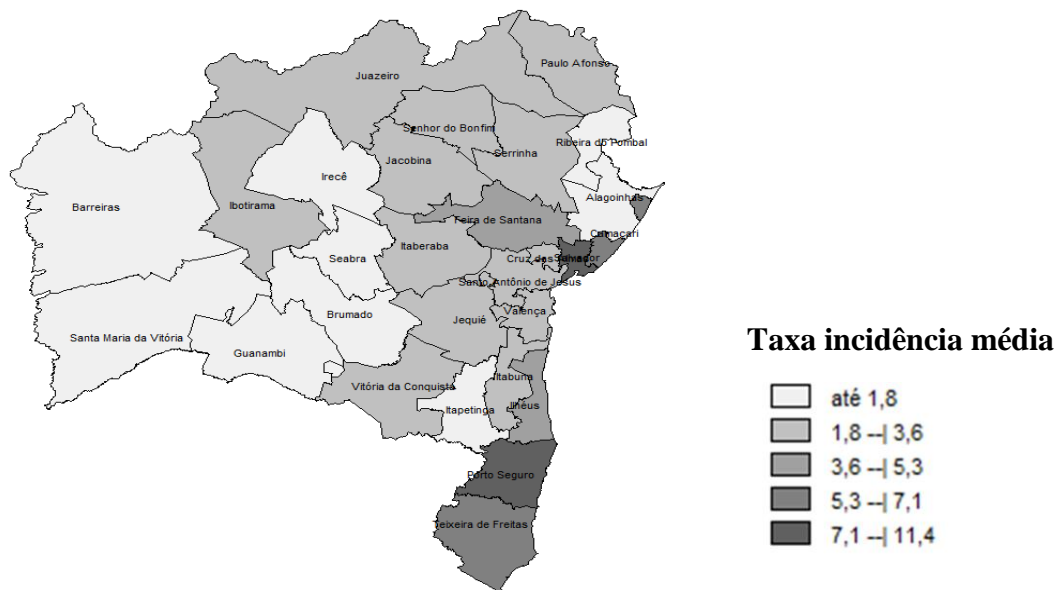
Mapa 4. Taxa de incidência média de aids por 100.000 habitantes, segundo região de saúde e município de residência. Bahia. 2009 a 2012.

Nota-se que, para ambos os sexos, o número de regiões com a menor taxa de incidência média diminui ao longo dos períodos. Para o sexo feminino (Mapas 5, 6 e 7) o

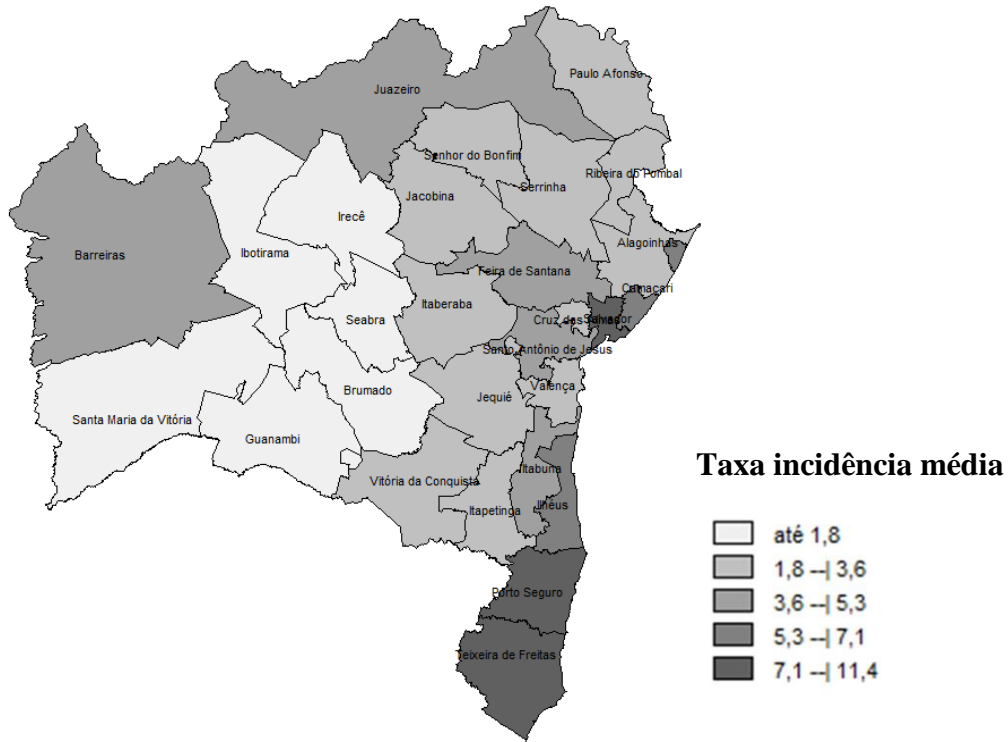
número de regiões com taxa média de até 1,8/100.00 hab. diminui 69% do primeiro período para o terceiro. Também ocorre redução da taxa (33%) para o sexo masculino (Mapas , 8, 9 e 10), no mesmo intervalo de tempo, de regiões com até 2,9/100.000 hab.



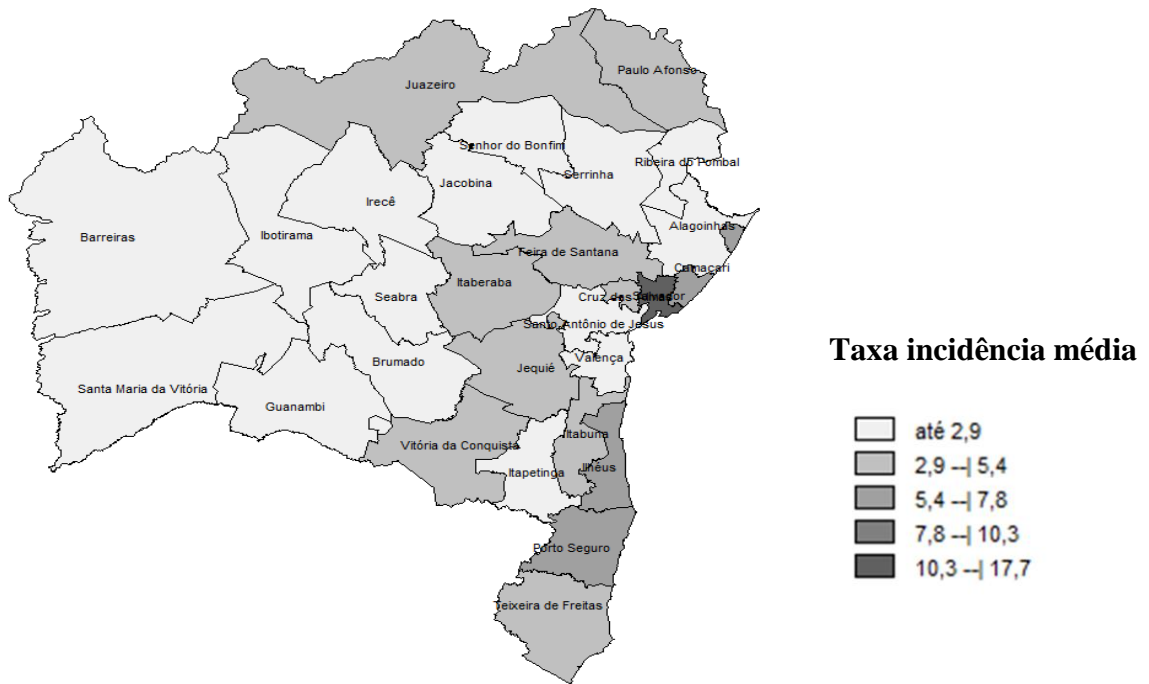
Mapa 5. Taxa de incidência média de aids por 100.000 habitantes, segundo região de saúde, residência e sexo feminino. Bahia-Brasil. 2002 a 2004.



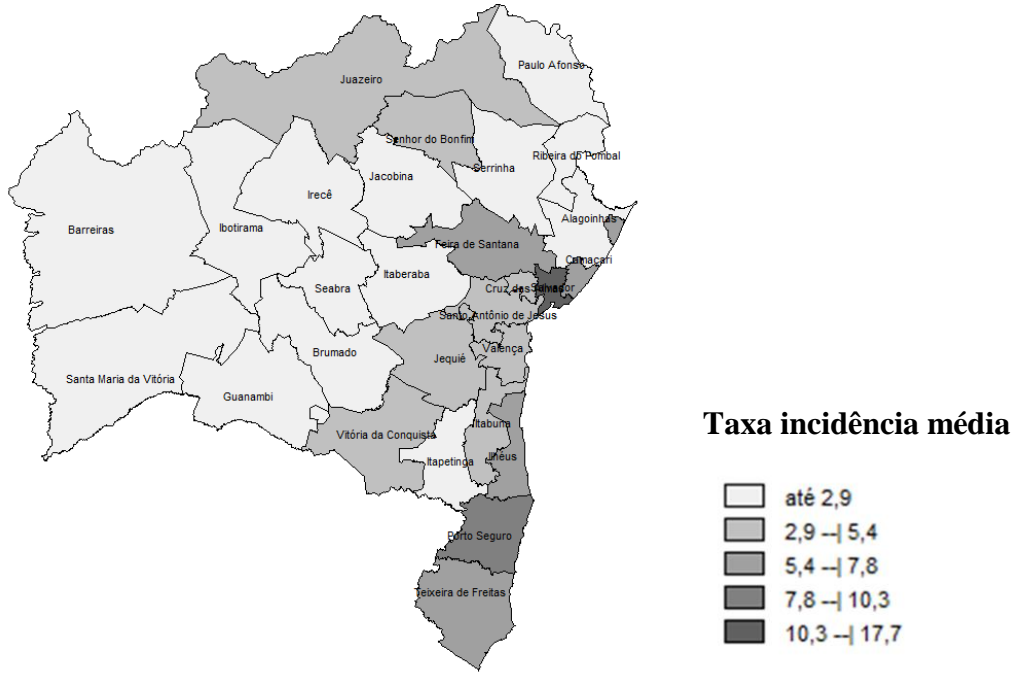
Mapa 6. Taxa de incidência média de aids por 100.000 habitantes, segundo região de saúde, residência e sexo feminino. Bahia-Brasil. 2005 a 2008.



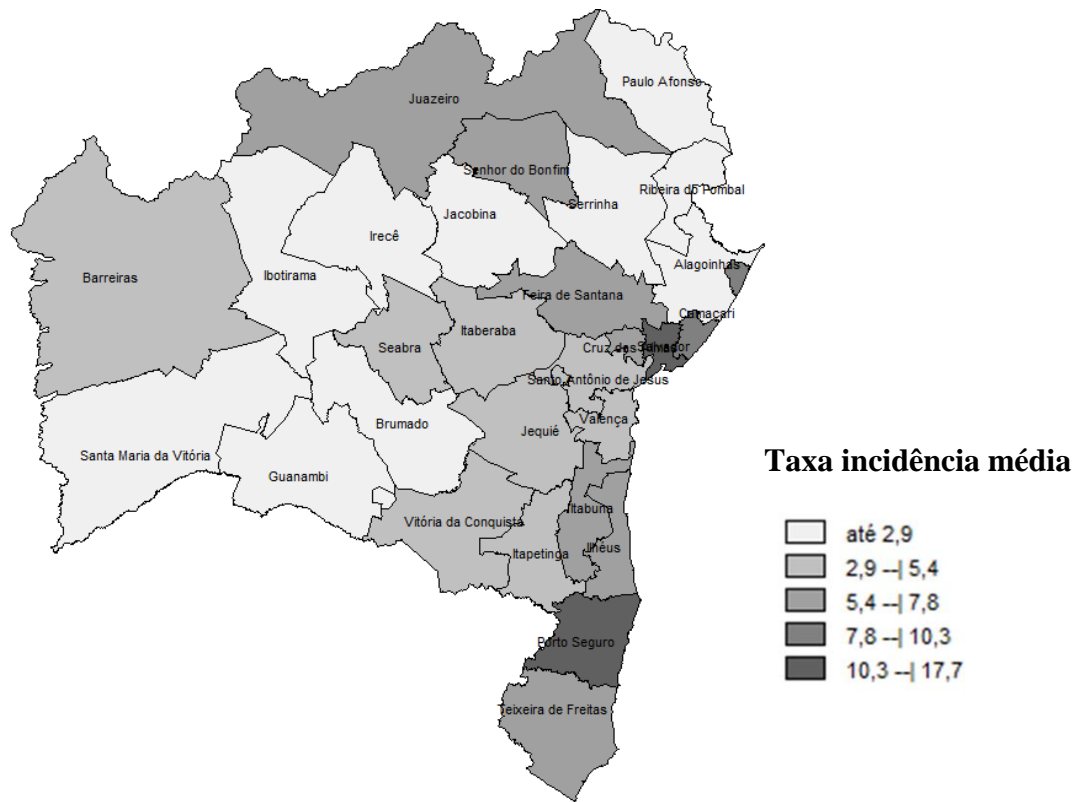
Mapa 7. Taxa de incidência média de aids por 100.000 habitantes, segundo região de saúde, residência e sexo feminino. Bahia-Brasil. 2009 a 2012.



Mapa 8. Taxa de incidência média de aids por 100.000 habitantes, segundo região de saúde, residência e sexo masculino. Bahia-Brasil. 2002 a 2004.



Mapa 9. Taxa de incidência média de aids por 100.000 habitantes, segundo região de saúde, residência e sexo masculino. Bahia-Brasil. 2005 a 2008.



Mapa 10. Taxa de incidência média de aids por 100.000 habitantes, segundo região de saúde, residência e sexo masculino. Bahia-Brasil. 2009 a 2012.

Na análise da distribuição de casos por regiões de saúde, notam-se casos de aids em todas as regiões do estado da Bahia. Os dados demonstram que as regiões de saúde Camaçari, Ilhéus, Itabuna, Porto Seguro e Salvador tiveram maiores incidências em todos os períodos (Tabela 4).

De 2002-2004 e 2005-2008, as maiores variações da incidência média positiva estão na região de Ibotirama (571,4) e de Ribeira do Pombal (92,8); de 2005-2008 / 2009-2012 na região de Barreiras (175) e de Santa Maria da Vitória (109,5); as variações da incidência média negativa de 2002-2004 / 2005-2008, na de Santa Maria da Vitória (-41,7) e de Paulo Afonso (-35,4) e de 2005-2008 / 2009-2012 apenas na região de Ibotirama (-65,3) (Tabela 4).

A variação da incidência média da Bahia, de 2002-2004/2005-2008, alcançou 11,2 e de 2005-2008 / 2009-2012 atingiu 29,3 (Tabela 4). Observa-se que houve crescimento na taxa de incidência média de aids na maioria das regiões da Bahia (Tabela 4).

Nos períodos analisados, 9 regiões ocuparam o 4º quartil da incidência média. As regiões Camaçari, Feira de Santana, Ilhéus, Itabuna, Juazeiro, Teixeira de Freitas, Porto Seguro, Salvador e Vitória da Conquista, estão situadas nesse quartil, em algum período, e 5 delas constaram dos 3 períodos (Tabela 5). As regiões classificadas no primeiro quartil, em todos os períodos, tiveram incidência média inferior ou igual a 4,8/100.000 hab. (Tabela 5).

Em relação à incidência média por sexo, Salvador apresentou a maior incidência da região (8,8) para o sexo feminino no período 2002-2004 e Porto Seguro (4,6); de 2005-2008, Salvador (7,9) e Porto Seguro (9,3); e de 2009-2012, Salvador (10,2) e Porto Seguro (11,4). Quanto ao sexo masculino, no período 2002-2004, as maiores taxas de incidência se concentraram nas regiões Salvador (12,8) e Ilhéus (7,5); de 2005-2008 na de Salvador (13,4) e de Porto Seguro (10,1); e de 2009-2012, na de Salvador (17,7) e de Porto Seguro (14,3) (Tabela 6).

No primeiro período (2002-2004) observa-se razão de sexo maior que 2 em 4 regiões.. Entretanto, nota-se redução desse indicador de um período para o outro; no segundo período todas as regiões têm razão menor que 2. E no terceiro, apenas em uma é superior a 2, assim, o sexo feminino tende a aproximar-se do masculino, em casos de aids, ou seja, evidencia-se o aumento de casos em mulheres (Tabela 6).

A cor parda foi predominante nos casos de aids em todas as regiões. A cor branca foi a segunda mais referida pelos casos, embora a cor preta apareça no segundo lugar ou no mesmo percentual da branca nas regiões de Salvador (2005-2008; 2009-2012), Ilhéus (2002-2004; 2005-2008; 2009-2012), Feira de Santana (2009-2012), Teixeira de Freitas

(2005-2008; 2009-2012), Juazeiro (2009-2012) e Camaçari (2009-2012). Ressalta-se que a cor preta foi mais frequente em Feira de Santana no período 2002-2004. Nota-se que o número de casos de aids notificados com o item cor “ignorado” foi maior do que aqueles em que o item cor foi definido, em algumas regiões; atingiu 70,5% na região de Ilhéus (2005-2008) e 84,7% na de Itabuna (2009-2012). Os menores índices de “ignorado” (abaixo de 30%) foram encontrados na região de Vitória da Conquista, em todos os períodos (Tabelas 7 a 15).

A distribuição de casos de aids segundo escolaridade demonstrou cenário semelhante ao da cor, apresentou ainda informações inconsistentes, na soma das categorias não se aplica e ignorado, o percentual ficou acima de 50% em 5 regiões e alcançou 90,7% na região de Itabuna, no período 2009-2012; encontra-se o menor percentual em Vitória da Conquista, o qual em nenhum dos 3 períodos ultrapassou 30%. O nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental completo e incompleto em todas as regiões, seguido do ensino médio completo e incompleto (Tabelas 7 a 15).

Em relação à distribuição por categoria de exposição, evidenciou-se a preponderância da heterossexual em todos os períodos em todas as regiões estudadas (4º quartil); a homossexual foi a segunda mais citada. Em todas as regiões nota-se decréscimo da via de transmissão sanguínea, cujo maior percentual foi representado pelo uso de drogas. Observa-se também decréscimo da via de transmissão perinatal na maioria das regiões, embora tenha permanecido estável em algumas delas. Ressalta-se o quantitativo de casos com categoria de exposição ignorada em todas as regiões, em todos os períodos, e atingiu 67,1% em Teixeira de Freitas (2009-2012) (Tabela 7 a 15).

Na faixa etária < 5 anos, de um período para outro, observa-se decréscimo do percentual em 5 regiões (Tabelas 9,11,12,14 e 15), entretanto, nas regiões de Juazeiro (Tabela 11) e de Teixeira de Freitas (Tabela 14) houve aumento de 2002-2004 para 2005-2008 e decréscimo de 2005-2008 para 2009-2012; na de Ilhéus (Tabela 9) permaneceu estável nos dois primeiros períodos e aumentou no último. A de Porto Seguro apresentou decréscimo de 2002-2004 para 2005-2008 e aumento de 2005-2008 para 2009-2012 (Tabela 12).

Quanto à distribuição etária, não existiu uniformidade da contribuição de cada faixa, observa-se preponderância de maiores percentuais nas faixas de 30 a 34, 35 a 39, 40 a 49 a variar de região para região e de período (Tabelas 7 a 15). Ressalta-se que nas regiões de Camaçari (2002-204), Ilhéus (2005-2008), Itabuna (2002-204; 2005-2008) e Porto Seguro (2005-2008), a faixa etária 25 a 29 anos também ficou entre os maiores percentuais (Tabelas

7, 9,10 e 12). Verifica-se em 6 regiões (Tabelas 8,10,11,12,13 e 15) aumento no percentual da faixa etária de 60 ou mais de um período para outro, entretanto, na de Camaçari (Tabela 7) ocorreu redução do primeiro período para o segundo e recrudescimento desse para o terceiro; na de Ilhéus, (Tabela 9) aumentou do primeiro para o segundo, e permaneceu estável desse para o terceiro; na de Teixeira de Freitas (Tabela 14) ocorreu redução do primeiro para o segundo e aumento desse para o terceiro.

Tabela 4. Distribuição dos casos de aids (número absoluto), taxas de incidência média e acumulada (por 100.000 hab.) e variação de incidência média, segundo regiões de saúde por período de estudo. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Região de Saúde	2002 - 2004			2005 - 2008			2009 - 2012			Variação Inc Média	
	Taxa de Incidência			Taxa de Incidência			Taxa de Incidência			2002 -2004 /2005 -2008	2005 -008/ /2009 -2012
	N	Média	Acum	N	Média	Acum	N	Média	Acum		
Alagoinhas	43	3,0	9	77	3,8	15,3	106	5,2	20,9	26,7	36,7
Barreiras	32	3,2	9,7	45	3,2	12,8	142	8,8	35,1	0,0	175
Brumado	15	1,2	3,7	31	1,8	7,3	58	3,6	14,5	50,0	100
Camaçari	110	9,0	26,9	235	12,9	51,7	330	15,6	62,3	43,3	20,9
Cruz das Almas	46	6,4	19,1	69	6,8	27,4	101	10,1	40,2	6,3	48,5
Feira de Santana	219	7,3	21,9	402	9,8	39,2	466	10,8	43,3	34,2	10,2
Guanambi	16	1,3	3,8	39	2,3	9,1	56	3,2	13	76,9	39,1
Ibotirama	4	0,7	2,2	35	4,7	18,8	12	1,6	6,5	571,4	-66
Ilhéus	124	11,3	33,8	156	10,8	43,1	154	11,9	47,6	-4,4	10,1
Irecê	30	2,6	7,9	54	3,5	14,1	59	3,7	15	34,6	5,7
Itaberaba	37	5,1	15,3	54	5,5	22,2	72	7,4	29,4	7,8	34,5
Itabuna	125	7,9	23,6	164	7,9	31,6	215	10,5	42,1	0,0	32,9
Itapetinga	20	2,7	8,1	37	3,6	14,4	57	5,9	23,7	33,3	64
Jacobina	23	2,1	6,3	58	4	16,1	71	4,7	18,8	90,4	17,5
Jequié	82	5,1	15,4	126	5,8	23,3	129	6,6	26,3	13,7	13,8
Juazeiro	115	8,2	24,6	153	7,6	30,6	201	10,1	40,5	-7,3	32,9
Paulo Afonso	42	6,2	18,7	38	4	16,2	48	5,1	20,2	-35,4	27,5
Porto Seguro	103	10,7	32	285	19,4	77,7	356	25,8	103,1	81,3	33,0
Ribeira do Pombal	13	1,4	4,2	35	2,7	11	61	5	19,9	92,8	85,2
Salvador	1.923	21,6	64,8	2.717	21,3	85,3	3.520	27,9	111,6	-1,3	30,9
Santa Maria da Vitória	31	3,6	10,8	25	2,1	8,5	51	4,4	17,5	-41,7	109,5
Santo Antônio de Jesus	43	3,5	10,5	90	5,3	21,2	148	8,4	33,8	51,4	58,4
Seabra	16	3,2	9,7	22	3,3	13,3	37	5,3	21	3,1	60,6
Senhor do Bonfim	37	4,7	14	60	6,0	23,8	107	9,4	37,4	27,7	56,7
Serrinha	48	2,8	8,3	99	4,2	16,7	110	4,5	18,2	50,0	7,1
Teixeira de Freitas	72	6,3	18,8	192	11,9	47,7	246	14,7	58,8	88,9	23,5
Valença	41	5,0	15	67	6,0	23,9	78	6,6	26,4	20,0	10,0
Vitória da Conquista	173	8,6	25,8	179	6,3	25,4	218	8,6	34,4	-26,7	36,5
Geral	3.583	8,9	26,7	5544	9,9	39,6	7.209	12,8	51,3	11,2	29,3

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Tabela 5. Distribuição das taxas de incidência média de aids em quartis por regiões de saúde (por 100.000 hab.) e período de estudo. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Regiões de Saúde	2002-2004				2005-2008				2009-2012			
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°
	≤ 2,7	2,8 a 4,8	4,9 a 7,6	> 7,6	≤ 3,6	3,6 a 5,4	5,4 a 7,8	> 7,8	≤ 4,8	4,8 a 7,0	5,5 a 10,3	> 10,3
Alagoinhas												
Barreiras												
Brumado												
Camaçari												
Cruz das Almas												
Feira de Santana												
Guanambi												
Ibotirama												
Ilhéus												
Irecê												
Itaberaba												
Itabuna												
Itapetinga												
Jacobina												
Jequié												
Juazeiro												
Paulo Afonso												
Porto Seguro												
Ribeira do Pombal												
Salvador												
Santa Maria da Vitória												
Santo Antônio de Jesus												
Seabra												
Senhor do Bonfim												
Serrinha												
Teixeira de Freitas												
Valença												
Vitória da Conquista												

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Tabela 6. Distribuição dos casos de aids (números absolutos), das taxas de incidência média por sexo (por 100.000 hab.) e razão de sexo segundo região de saúde por período de estudo. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Ano Diag.	2002-2004					2005-2008					2009-2012				
	Feminino		Masculino		Razão (M:F)	Feminino		Masculino		Razão (M:F)	Feminino		Masculino		Razão (M:F)
	N	Incid.	N	Incid.		N	Incid.	N	Incid.		N	Incid.	N	Incid.	
Alagoíneas	21	1,5	22	1,5	1,0	37	1,8	40	2,0	1,1	50	2,5	56	2,8	1,1
Barreiras	17	1,7	15	1,5	0,9	18	1,3	27	1,9	1,5	69	4,3	73	4,5	1,0
Brumado	2	0,2	13	1,1	5,5	13	0,8	18	1,1	1,4	20	1,2	38	2,4	2,0
Camaçari	38	3,1	72	5,9	1,9	124	6,8	111	6,1	0,9	137	6,5	193	9,1	1,4
Cruz das Almas	13	1,8	33	4,6	2,5	27	2,7	42	4,2	1,6	31	3,1	70	7,0	2,2
Feira de Santana	71	2,4	148	4,9	2,0	166	4,0	236	5,7	1,4	164	3,8	302	7,0	1,8
Guanambi	1	0,1	15	1,2	12,0	19	1,1	20	1,2	1,1	26	1,5	30	1,7	1,1
Ibotirama	2	0,4	2	0,4	1,0	14	1,9	21	2,8	1,5	5	0,7	7	0,9	1,3
Ilhéus	41	3,7	83	7,5	2,0	70	4,8	86	5,9	1,2	80	6,2	74	5,7	0,9
Irecê	13	1,1	17	1,5	1,4	27	1,8	27	1,8	1	29	1,8	30	1,9	1,0
Itaberaba	14	1,9	23	3,2	1,7	26	2,7	28	2,9	1,1	29	3,0	43	4,4	1,5
Itabuna	60	3,8	65	4,1	1,1	69	3,3	95	4,6	1,4	90	4,4	125	6,1	1,4
Itapetinga	4	0,5	16	2,2	4,4	17	1,7	20	1,9	1,1	20	2,1	37	3,8	1,8
Jacobina	9	0,8	14	1,3	1,6	36	2,5	22	1,5	0,6	29	1,9	42	2,8	1,5
Jequié	34	2,1	48	3,0	1,4	59	2,7	67	3,1	1,1	67	3,4	62	3,2	0,9
Juazeiro	49	3,5	66	4,7	1,3	63	3,1	90	4,5	1,4	77	3,9	124	6,2	1,6
Paulo Afonso	22	3,3	20	3,0	0,9	18	1,9	20	2,1	1,1	26	2,7	22	2,3	0,8
Porto Seguro	44	4,6	59	6,1	1,3	137	9,3	148	10,1	1,1	158	11,4	198	14,3	1,2
Ribeira do Pombal	4	0,4	9	1,0	2,5	18	1,4	17	1,3	0,9	27	2,2	34	2,8	1,3
Salvador Santa Maria da Vitória	785	8,8	1138	12,8	1,4	1005	7,9	1712	13,4	1,7	1281	10,2	2239	17,7	1,7
Santo Antônio de Jesus	12	1,4	19	2,2	1,6	13	1,1	12	1,0	0,9	19	1,6	32	2,7	1,7
Seabra	19	1,5	24	1,9	1,3	34	2,0	56	3,3	1,6	74	4,2	74	4,2	1,0
Senhor do Bonfim	7	1,4	9	1,8	1,3	11	1,7	11	1,7	1,0	13	1,8	24	3,4	1,9
Serrinha	19	2,4	18	2,3	0,9	21	2,1	39	3,9	1,8	37	3,2	70	6,1	1,9
Teixeira de Freitas	27	1,6	21	1,2	0,8	50	2,1	49	2,1	1,0	59	2,4	51	2,1	0,9
Valença	32	2,8	40	3,5	1,3	90	5,6	102	6,3	1,1	128	7,6	118	7,0	0,9
Vitória da Conquista	21	2,6	20	2,4	1,0	24	2,1	43	3,8	1,8	26	2,2	52	4,4	2,0
	75	3,7	98	4,9	1,3	90	3,2	89	3,2	1,0	91	3,6	127	5,0	1,4

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Tabela 7. Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de saúde **Camaçari**. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Variável	2002 – 2004		2005 - 2008		2009 - 2012		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Sexo							
Masculino	72	65,5	111	47,2	193	58,5	
Feminino	38	34,6	124	52,8	137	41,5	
Total	110	100	235	100	330	100	
Cor							
Branca	8	7,3	23	9,8	21	6,4	
Preta	7	6,4	21	8,9	31	9,4	
Amarela	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Parda	27	24,6	84	35,7	126	38,2	
Indígena	0	0,0	0	0,0	2	0,6	
Ignorada	68	61,8	107	45,5	150	45,5	
Total	110	100	235	100	330	100	
Faixa etária							
< 5 anos	4	3,6	6	2,6	3	0,9	
5 a 9	3	2,7	1	0,4	3	0,9	
10 a 14	0	0,0	1	0,4	1	0,3	
15 a 19	5	4,6	2	0,9	5	1,5	
20 a 24	5	4,6	18	7,7	21	6,4	
25 a 29	19	17,3	38	16,2	43	13,0	
30 a 34	21	19,1	47	20,0	56	17,0	
35 a 39	14	12,7	41	17,5	55	16,7	
40 a 49	17	15,5	37	15,7	58	17,6	
50 a 54	10	9,1	24	10,2	33	10,0	
55 a 59	8	7,3	17	7,2	25	7,6	
60 ou mais	4	3,6	3	1,3	27	8,2	
Total	110	100	235	100	330	100	
Categoria de exposição							
Sexual	Homo	8	7,3	19	8,1	27	8,2
	Bissexual	7	6,4	11	4,7	16	4,9
	Heterossexual	40	36,4	101	43	142	43
Sanguínea	UDI	7	6,4	3	1,3	8	2,4
	Hemofílico	1	0,9	0	0,0	0	0,0
	Transfusão	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Transmissão Vertical	3	2,7	6	2,6	8	2,4	
Ignorado	44	40	95	40,4	129	39,1	
Total	110	100	235	100	330	100	
Escolaridade							
Analfabeto	2	1,8	5	2,1	10	3,0	
Fundamental completo e incompleto	36	32,7	71	30,2	80	24,2	
Ensino médio completo e incompleto	9	8,2	27	11,5	41	12,4	
Superior completo e incompleto	6	5,5	5	2,1	10	3,0	
Não se aplica	51	46,4	126	53,6	186	56,4	
Ignorado	6	5,4	1	0,4	3	0,9	
Total	110	100	235	100	330	100	

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Tabela 8. Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de saúde **Feira de Santana** Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Variável	2002 – 2004		2005 - 2008		2009 – 2012		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Sexo							
Masculino	148	67,6	236	58,7	302	64,8	
Feminino	71	32,4	166	41,3	164	35,2	
Total	219	100	402	100	466	100	
Cor							
Branca	22	10,1	66	16,4	26	5,6	
Preta	30	13,7	64	15,9	60	12,9	
Amarela	8	3,6	11	2,7	0	0,0	
Parda	29	13,2	96	23,9	156	33,5	
Indígena	0	0,0	1	0,2	0	0,0	
Ignorada	130	59,4	164	40,8	224	48,1	
Total	219	100	402	100	466	100	
Faixa etária							
< 5 anos	9	4,1	10	2,5	15	3,2	
5 a 9	3	1,4	3	0,8	1	0,2	
10 a 14	1	0,5	3	0,8	3	0,6	
15 a 19	1	0,5	6	1,5	7	1,5	
20 a 24	21	9,6	31	7,7	38	8,2	
25 a 29	35	16	54	13,4	68	14,6	
30 a 34	39	17,8	66	16,4	100	21,5	
35 a 39	45	20,5	81	20,2	63	13,5	
40 a 49	32	14,6	63	15,7	71	15,2	
50 a 54	19	8,7	39	9,7	48	10,3	
55 a 59	7	3,2	22	5,5	22	4,7	
60 ou mais	7	3,2	24	6	30	6,4	
Total	219	100	402	100	466	100	
Categoria de exposição							
Sexual	Homo	24	11	37	9,2	41	8,8
	Bissexual	11	5	23	5,7	16	3,4
	Heterossexual	76	34,7	167	41,5	197	42,3
Sanguínea	UDI	11	5,0	21	5,2	3	0,6
	Hemofílico	0	0,0	0	0	0	0,0
	Transfusão	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Transmissão Vertical	8	3,7	6	1,5	4	0,9	
Ignorado	89	40,6	147	36,6	205	44	
Total	219	100	402	100	466	100	
Escolaridade							
Analfabeto	5	2,3	13	3,2	6	1,3	
Fundamental completo e incompleto	61	27,9	133	33,1	106	22,8	
Ensino médio completo e incompleto	23	10,5	56	13,9	76	16,3	
Superior completo e incompleto	10	4,6	9	2,2	24	5,2	
Não se aplica	114	52,1	189	47,0	251	53,9	
Ignorado	6	2,7	2	0,5	3	0,6	
Total	219	100	402	100	466	100	

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Tabela 9. Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de saúde **Ilhéus**. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Variável	2002 – 2004		2005 - 2008		2009 - 2012		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Sexo							
Masculino	83	66,9	86	55,1	74	48,0	
Feminino	41	33,1	70	44,9	80	52,0	
Total	124	100	156	100	154	100	
Cor							
Branca	12	9,7	0	0,0	6	3,9	
Preta	13	10,5	7	4,5	6	3,9	
Amarela	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Parda	35	28,2	39	25,0	34	22,1	
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Ignorada	64	51,6	110	70,5	108	70,1	
Total	124	100	156	100	154	100	
Faixa etária							
< 5 anos	4	3,2	5	3,2	7	4,6	
5 a 9	3	2,4	1	0,6	2	1,3	
10 a 14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
15 a 19	0	0,0	5	3,2	0	0,0	
20 a 24	11	8,9	5	3,2	8	5,2	
25 a 29	19	15,3	30	19,2	29	18,8	
30 a 34	21	16,9	38	24,4	29	18,8	
35 a 39	23	18,6	25	16,0	28	18,2	
40 a 49	16	12,9	17	10,9	23	14,9	
50 a 54	15	12,1	14	9,0	11	7,1	
55 a 59	8	6,5	10	6,4	11	7,1	
60 ou mais	4	3,2	6	3,9	6	3,9	
Total	124	100	156	100	154	100	
Categoria de exposição							
Sexual	Homo	9	7,3	7	4,5	3	2,0
	Bissexual	6	4,8	3	1,9	4	2,6
	Heterossexual	45	36,3	46	29,5	46	29,9
Sanguínea	UDI	12	9,7	7	4,5	4	2,6
	Hemofílico	0	0	1	0,6	0	0,0
	Transfusão	0	0	0	0,0	0	0,0
Transmissão Vertical	2	1,6	1	0,6	1	0,7	
Ignorado	50	40,3	91	58,3	96	62,3	
Total	124	100	156	100	154	100	
Escolaridade							
Analfabeto	6	4,8	2	1,3	2	1,3	
Fundamental completo e incompleto	38	30,7	29	18,6	26	16,9	
Ensino médio completo e incompleto	10	8,1	4	2,6	2	1,3	
Superior completo e incompleto	4	3,2	0	0,0	2	1,3	
Não se aplica	63	50,8	119	76,3	121	78,6	
Ignorado	3	2,4	2	1,28	1	0,6	
Total	124	100	156	100	154	100	

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Tabela 10. Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de saúde **Itabuna**. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Variável	2002 – 2004		2005 - 2008		2009 - 2012		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Sexo							
Masculino	65	52,0	95	57,9	125	58,1	
Feminino	60	48,0	69	42,1	90	41,9	
Total	125	100	164	100	215	100	
Cor							
Branca	4	3,2	8	4,9	10	4,7	
Preta	5	4,0	3	1,8	3	1,4	
Amarela	0	0,0	0	0,0	1	0,5	
Parda	36	28,8	22	13,4	18	8,4	
Indígena	0	0,0	1	0,6	1	0,5	
Ignorada	80	64,0	130	79,3	182	84,7	
Total	125	100	164	100	215	100	
Faixa etária							
< 5 anos	5	4,0	6	3,7	3	1,4	
5 a 9	3	2,4	3	1,8	4	1,9	
10 a 14	1	0,8	2	1,2	2	0,9	
15 a 19	2	1,6	2	1,2	2	0,9	
20 a 24	7	5,6	15	9,2	17	7,9	
25 a 29	28	22,4	35	21,3	29	13,5	
30 a 34	25	20,0	31	18,9	32	14,9	
35 a 39	17	13,6	23	14	31	14,4	
40 a 49	13	10,4	20	12,2	32	14,9	
50 a 54	11	8,8	14	8,5	29	13,5	
55 a 59	7	5,6	5	3,1	16	7,4	
60 ou mais	6	4,8	8	4,9	18	8,4	
Total	125	100	164	100	215	100	
Categoria de exposição							
Sexual	Homo	6	4,8	6	3,7	6	2,8
	Bissexual	6	4,8	7	4,3	9	4,2
	Heterossexual	60	48,0	52	31,7	55	25,6
Sanguínea	UDI	6	4,8	1	0,6	4	1,9
	Hemofílico	0	0,0	0	0,0	0	0
	Transfusão	0	0,0	0	0,0	0	0
Transmissão Vertical	8	6,4	4	2,4	1	0,5	
Ignorado	39	31,2	94	57,3	140	65,1	
Total	125	100	164	100	215	100	
Escolaridade							
Analfabeto	5	4,0	2	1,2	3	1,4	
Fundamental completo e incompleto	15	12,0	17	10,4	10	4,7	
Ensino médio completo e incompleto	3	2,4	5	3,1	6	2,8	
Superior completo e incompleto	4	3,2	2	1,2	1	0,5	
Não se aplica	93	74,4	135	82,4	195	90,7	
Ignorado	5	4,0	3	1,8	0	0	
Total	125	100	164	100	215	100	

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Tabela 11. Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de saúde **Juazeiro**. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Variável	2002 – 2004		2005 - 2008		2009 – 2012		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Sexo							
Masculino	66	57,4	90	59,0	124	61,7	
Feminino	49	42,6	63	41,0	77	38,3	
Total	115	100	153	100	201	100	
Cor							
Branca	24	20,9	26	17,0	28	13,9	
Preta	9	7,8	17	11,1	28	13,9	
Amarela	5	4,4	2	1,3	2	1,0	
Parda	36	31,3	60	39,2	97	48,3	
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Ignorada	41	35,7	48	31,4	46	22,9	
Total	115	100	153	100	201	100	
Faixa etária							
< 5 anos	1	0,9	6	3,9	0	0,0	
5 a 9	2	1,7	1	0,7	1	0,5	
10 a 14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
15 a 19	4	3,5	1	0,7	4	2,0	
20 a 24	11	9,6	12	7,8	15	7,5	
25 a 29	12	10,4	23	15	26	12,9	
30 a 34	31	27,0	21	13,7	28	13,9	
35 a 39	21	18,3	27	17,7	22	11,0	
40 a 49	15	13,0	25	16,3	35	17,4	
50 a 54	7	6,1	16	10,5	27	13,4	
55 a 59	6	5,2	12	7,8	18	9,0	
60 ou mais	5	4,4	9	5,9	25	12,4	
Total	115	100	153	100	201	100	
Categoria de exposição							
Sexual	Homo	10	8,7	18	11,8	12	6,0
	Bissexual	7	6,1	4	2,6	9	4,5
	Heterossexual	66	57,4	85	55,6	135	67,2
Sanguínea	UDI	7	6,1	8	5,2	5	2,5
	Hemofílico	0	0,0	1	0,7	0	0,0
	Transfusão	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Transmissão Vertical	2	1,7	5	3,3	0	0,0	
Ignorado	23	20,0	32	20,9	40	19,9	
Total	115	100	153	100	201	100	
Escolaridade							
Analfabeto	4	3,5	15	9,8	10	5,0	
Fundamental completo e incompleto	53	46,1	60	39,2	107	53,2	
Ensino médio completo e incompleto	8	7	18	11,8	16	8,0	
Superior completo e incompleto	3	2,6	3	2,0	5	2,5	
Não se aplica	46	40,0	54	35,3	63	31,3	
Ignorado	1	0,9	3	2,0	0	0,0	
Total	115	100	153	100	201	100	

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Tabela 12. Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de saúde **Porto Seguro**. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Variável	2002 – 2004		2005 - 2008		2009 - 2012		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Sexo							
Masculino	59	57,3	148	51,9	198	55,6	
Feminino	44	42,7	137	48,1	158	44,4	
Total	103	100	285	100	356	100	
Cor							
Branca	15	14,6	24	8,4	32	9,0	
Preta	7	6,8	37	13,0	16	4,5	
Amarela	0	0,0	1	0,4	0	0,0	
Parda	29	28,2	117	41,1	150	42,1	
Indígena	0	0,0	2	0,7	5	1,4	
Ignorada	52	50,5	104	36,5	153	43	
Total	103	100	285	100	356	100	
Faixa etária							
< 5 anos	6	5,8	7	2,5	15	4,2	
5 a 9	2	1,9	5	1,8	7	2,0	
10 a 14	1	1,0	1	0,4	1	0,3	
15 a 19	0	0,0	9	3,2	4	1,1	
20 a 24	14	13,6	15	5,3	26	7,3	
25 a 29	15	14,6	55	19,3	61	17,1	
30 a 34	20	19,4	45	15,8	68	19,1	
35 a 39	16	15,5	52	18,2	55	15,4	
40 a 49	13	12,6	43	15,1	37	10,4	
50 a 54	10	9,7	14	4,9	33	9,3	
55 a 59	2	1,9	19	6,7	21	5,9	
60 ou mais	4	3,9	20	7,0	28	7,9	
Total	103	100	285	100	356	100	
Categoria de exposição							
Sanguínea Sexual	Homo	4	3,9	16	5,6	25	7,0
	Bissexual	6	5,8	5	1,8	3	0,8
	Heterossexual	50	48,5	140	49,1	164	46,1
	UDI	5	4,8	5	1,8	6	1,7
	Hemofílico	0	0	0	0,0	0	0,0
	Transfusão	0	0	0	0,0	0	0,0
Transmissão Vertical	5	4,8	9	3,2	6	1,7	
Ignorado	33	32	110	38,6	152	42,7	
Total	103	100	285	100	356	100	
Escolaridade							
Analfabeto	5	4,8	16	5,6	17	4,8	
Fundamental completo e incompleto	29	28,2	70	24,6	100	28,1	
Ensino médio completo e incompleto	9	8,7	17	6,0	21	5,9	
Superior completo e incompleto	1	1,0	5	1,8	7	2,0	
Não se aplica	55	53,4	171	60,0	206	57,9	
Ignorado	4	3,9	6	2,1	5	1,4	
Total	103	100	285	100	356	100	

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Tabela 13. Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de saúde **Salvador**. Bahia - Brasil, 2002 a 2012

Variável	2002 – 2004		2005 - 2008		2009 - 2012		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Sexo							
Masculino	1.138	59,2	1.712	63,0	2.239	63,6	
Feminino	785	40,8	1.005	37,0	1.281	36,4	
Total	1.923	100	2.717	100	3.520	100	
Cor							
Branca	91	4,7	233	8,6	312	8,9	
Preta	138	7,2	338	12,4	510	14,5	
Amarela	0	0,0	5	0,2	8	0,2	
Parda	253	13,2	655	24,1	1.132	32,2	
Indígena	1	0,1	4	0,2	6	0,2	
Ignorada	1.440	74,9	1.482	54,5	1.552	44,1	
Total	1923	100	2717	100	3520	100	
Faixa etária							
< 5 anos	56	2,9	72	2,7	44	1,3	
5 a 9	24	1,2	23	0,9	18	0,5	
10 a 14	13	0,7	13	0,5	14	0,4	
15 a 19	27	1,4	45	1,7	57	1,6	
20 a 24	151	7,8	191	7,0	237	6,7	
25 a 29	283	14,7	421	15,5	515	14,6	
30 a 34	350	18,2	460	16,9	713	20,3	
35 a 39	383	19,9	487	17,9	560	15,9	
40 a 49	288	15,0	406	14,9	491	14	
50 a 54	167	8,7	271	10,0	364	10,3	
55 a 59	84	4,4	157	5,8	249	7,1	
60 ou mais	93	4,8	171	6,3	256	7,3	
Ignorada	4	0,2	0	0,0	2	0,1	
Total	1923	100	2717	100	3520	100	
Categoria de exposição							
Sexual	Homo	192	10,0	261	9,6	479	13,6
	Bissexual	113	5,9	123	4,5	165	4,7
	Heterossexual	621	32,3	766	28,2	1.222	34,7
Sanguínea	UDI	90	4,7	93	3,4	153	4,4
	Hemofílico	0	0,0	1	0,0	4	0,1
	Transfusão	4	0,2	1	0,0	1	0,0
Transmissão Vertical	43	2,2	49	1,8	69	2,0	
Ignorado	860	44,7	1.423	52,4	1.427	40,5	
Total	1923	100	2717	100	3520	100	
Escolaridade							
Analfabeto	41	2,1	30	1,1	30	0,9	
Fundamental completo e incompleto	385	20,0	541	19,9	641	18,2	
Ensino médio completo e incompleto	273	14,2	345	12,7	552	15,7	
Superior completo e incompleto	66	3,4	126	4,6	243	6,9	
Não se aplica	1123	58,4	1638	60,3	2038	57,9	
Ignorado	35	1,8	37	1,4	16	0,4	
Total	1923	100	2717	100	3520	100	

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Tabela 14. Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de saúde **Teixeira de Freitas**. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Variável	2002 – 2004		2005 - 2008		2009 - 2012		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Sexo							
Masculino	40	55,6	102	53,1	118	48,0	
Feminino	32	44,4	90	46,9	128	52,0	
Total	72	100	192	100	246	100	
Cor							
Branca	22	30,6	18	9,4	13	5,3	
Preta	6	8,3	22	11,5	13	5,3	
Amarela	0	0,0	2	1,0	0	0,0	
Parda	17	23,6	56	29,2	80	32,5	
Indígena	0	0,0	2	1,0	1	0,4	
Ignorada	27	37,5	92	47,9	139	56,5	
Total	72	100	192	100	246	100	
Faixa etária							
< 5 anos	0	0,0	7	3,6	6	2,4	
5 a 9	2	2,8	1	0,5	4	1,6	
10 a 14	0	0,0	1	0,5	1	0,4	
15 a 19	0	0,0	5	2,6	5	2,0	
20 a 24	11	15,3	14	7,3	8	3,2	
25 a 29	11	15,3	31	16,2	18	7,3	
30 a 34	13	18,1	26	13,5	30	12,2	
35 a 39	14	19,4	34	17,7	56	22,8	
40 a 49	7	9,7	34	17,7	46	18,7	
50 a 54	2	2,8	12	6,2	24	9,8	
55 a 59	4	5,6	10	5,2	20	8,1	
60 ou mais	8	11,1	17	8,8	28	11,4	
Total	72	100	192	100	246	100	
Categoria de exposição							
Sexual	Homo	2	2,8	5	2,6	3	1,2
	Bissexual	0	0,0	1	0,5	0	0,0
	Heterossexual	51	70,8	101	52,6	73	29,7
Sanguínea	UDI	2	2,8	2	1,0	3	1,2
	Hemofílico	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Transfusão	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Transmissão Vertical	1	1,4	5	2,6	2	0,8	
Ignorado	16	22,2	78	40,6	165	67,1	
Total	72	100	192	100	246	100	
Escolaridade							
Analfabeto	7	9,7	12	6,2	7	2,8	
Fundamental completo e incompleto	28	38,9	48	25,0	61	24,8	
Ensino médio completo e incompleto	6	8,3	11	5,7	13	5,3	
Superior completo e incompleto	2	2,8	1	0,5	1	0,4	
Não se aplica/	28	38,9	114	59,4	162	65,9	
Ignorado	1	1,4	6	3,1	2	0,8	
Total	72	100	192	100	246	100	

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Tabela 15. Distribuição dos casos de aids (número absoluto) e percentual, segundo características sociodemográficas por período de estudo. Região de saúde **Vitória da Conquista**. Bahia - Brasil, 2002 a 2012.

Variável	2002 - 2004		2005 - 2008		2009 - 2012		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Sexo							
Masculino	98	56,6	89	49,7	127	58,3	
Feminino	75	43,4	90	50,3	91	41,7	
Total	173	100	179	100	218	100	
Cor							
Branca	36	20,8	37	20,7	50	22,9	
Preta	22	12,7	16	8,9	34	15,6	
Amarela	1	0,6	1	0,6	0	0,0	
Parda	66	38,2	87	48,6	104	47,7	
Indígena	0	0,0	1	0,6	1	0,5	
Ignorada	48	27,8	37	20,7	29	13,3	
Total	173	100	179	100	218	100	
Faixa etária							
< 5 anos	6	3,5	5	2,8	2	0,9	
5 a 9	0	0,0	3	1,7	0	0,0	
10 a 14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
15 a 19	4	2,3	3	1,7	3	1,4	
20 a 24	13	7,5	12	6,7	11	5,1	
25 a 29	25	14,5	16	8,9	28	12,8	
30 a 34	29	16,8	42	23,5	44	20,2	
35 a 39	36	20,8	33	18,4	33	15,1	
40 a 49	19	11,0	29	16,2	24	11	
50 a 54	20	11,6	13	7,3	25	11,5	
55 a 59	12	6,9	9	5,0	24	11,0	
60 ou mais	9	5,2	14	7,8	24	11,0	
Total	173	100	179	100	218	100	
Categoria de exposição							
Sexual	Homo	10	5,8	8	4,5	21	9,6
	Bissexual	7	4,1	8	4,5	10	4,6
	Heterossexual	104	60,1	120	67,0	155	71,1
Sanguínea	UDI	6	3,5	3	1,7	1	0,5
	Hemofílico	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Transfusão	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Transmissão Vertical	6	3,5	6	3,4	3	1,4	
Ignorado	40	23,1	34	19,0	28	12,8	
Total	173	100	179	100	218	100	
Escolaridade							
Analfabeto	13	7,5	11	6,2	12	5,5	
Fundamental completo e incompleto	73	42,2	90	50,3	122	56,0	
Ensino médio completo e incompleto	31	17,9	28	15,6	30	13,8	
Superior completo e incompleto	6	3,5	3	1,7	17	7,8	
Não se aplica	45	26,0	42	23,5	36	16,5	
Ignorado	5	2,9	5	2,8	1	0,5	
Total	173	100	179	100	218	100	

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Com relação à incidência média por idade, nas regiões se observam diferentes situações em relação à notificação de casos menores de 5 anos. Em Feira de Santana, Ilhéus, Porto Seguro, (Tabelas 16 e 18) houve decréscimo na taxa do primeiro período para o segundo e crescimento desse para o terceiro; não houve redução na de Teixeira de Freitas (Tabela 17), ocorreu recrudescimento na de Camaçari e de Juazeiro (Tabelas 16 e 17) do primeiro para o segundo e diminuição desse para o terceiro. Houve redução nas regiões de Salvador e Itabuna (Tabelas 16 e 18). Observa-se aumento significativo na taxa média de incidência na de Porto Seguro (Tabela 18); passou de 4,0/100.00(2005-2008) para 12,1 (2009-2012), a maior dentre as regiões pertencentes ao 4º quartil, superior à média nacional 3,5/100.00 (2010) e à média do estado, 2,8/100.000, nos anos estudados (Tabela 2).

Nota-se, nos períodos estudados, a predominância das maiores taxa em indivíduos acima de 30 anos. A faixa 25 a 29 anos apareceu em algumas regiões (4) entre as maiores taxas. De 2002 a 2004, a maior taxa média de incidência de todas as regiões foi na faixa de 35-39 na região de Salvador (56,0/100.000 hab.) (Tabelas 16 a 18).

De 2005-2008, registrou-se a maior taxa média de incidência de todas as regiões para a faixa 35 a 39, na região de Porto Seguro (55,7/100.000 hab.) (Tabela 18). Nota-se que a faixa 25 a 29 anos também apareceu entre as maiores taxas médias (Tabelas 16 e 18).

No último período (2009-2012), a maior taxa média de incidência ocorreu na faixa 30-34, na região de Salvador (57,7/100.000 hab.). A faixa 25 a 29 anos apareceu em terceiro lugar na região de Ilhéus (25,5/100.000) (Tabelas 16 e 18).

Observa-se incremento na taxa incidência da população na faixa de 60 ou mais de um período para outro, na maioria das regiões (6) (Tabelas 16 e 18).

Tabela 16. Distribuição da taxa de incidência média (por 100.000 hab.) dos casos de aids, segundo faixa etária, regiões de saúde e período diagnóstico. Regiões de Saúde Bahia - Brasil, 2002 - 2012.

Faixa etária	2002 – 2004		2005 - 2008		2009 - 2012	
	N	Incid média	N	Incid média	N	Incid média
Salvador						
< 5 anos	56	7,2	72	6,7	44	5,5
5 a 9	24	3,1	23	2,1	18	2,1
10 a 14	13	1,6	13	1,2	14	1,4
15 a 19	27	2,6	45	3,5	57	5,5
20 a 24	151	15,0	191	13,8	237	20,0
25 a 29	283	34,4	421	32,6	515	38,5
30 a 34	350	46,9	460	40,9	713	57,7
35 a 39	383	56,0	487	50,1	560	54,9
40 a 49	288	27,5	406	26,0	491	28,2
50 a 54	167	48,0	271	49,5	364	52,1
55 a 59	84	35,1	157	39,9	249	46,7
60 ou mais	93	15,6	171	19,0	256	22,2
Camaçari						
< 5 anos	4	3,0	6	3,1	3	1,7
5 a 9	3	2,3	1	0,5	3	1,6
10 a 14	0	0,0	1	0,5	1	0,5
15 a 19	5	3,2	2	1,0	5	2,5
20 a 24	5	3,6	18	8,9	21	9,9
25 a 29	19	17,7	38	21,4	43	18,7
30 a 34	21	22,1	47	31,5	56	27,6
35 a 39	14	17,2	41	33,2	55	33,8
40 a 49	17	14,0	37	19,7	58	23,1
50 a 54	10	25,7	24	37,6	33	34,8
55 a 59	8	29,8	17	37,3	25	35,8
60 ou mais	4	6,5	3	3,1	27	19,8
Feira de Santana						
< 5 anos	9	3,0	10	2,5	15	4,7
5 a 9	3	1,0	3	0,7	1	0,3
10 a 14	1	0,3	3	0,7	3	0,7
15 a 19	1	0,3	6	1,3	7	1,7
20 a 24	21	6,9	31	7,3	38	9,3
25 a 29	35	14,7	54	14,9	68	16,6
30 a 34	39	18,2	66	21,6	100	27,5
35 a 39	45	24,5	81	31,0	63	20,5
40 a 49	32	11,3	63	15,2	71	13,8
50 a 54	19	17,2	39	24,6	48	24,3
55 a 59	7	7,6	22	16,7	22	13,8
60 ou mais	7	2,8	24	6,5	30	6,6

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Tabela 17. Distribuição das taxas de incidência média (por 100.000 hab.) dos casos de aids, segundo faixa etária, regiões de saúde e período diagnóstico. Regiões de Saúde Bahia - Brasil, 2002- 2012.

Faixa etária	2002 – 2004		2005 - 2008		2009 - 2012	
	N	Incidência média	N	Incidência média	N	Incidência média
Vitória da Conquista						
< 5 anos	6	3,1	5	1,9	2	1,0
5 a 9	0	0,0	3	1,1	0	0,0
10 a 14	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15 a 19	4	1,6	3	1,0	3	1,2
20 a 24	13	6,4	12	4,1	11	4,8
25 a 29	25	16,3	16	6,6	28	12,4
30 a 34	29	20,9	42	20,6	44	22,0
35 a 39	36	28,4	33	18,4	33	19,2
40 a 49	19	9,8	29	9,9	24	8,0
50 a 54	20	26,7	13	11,7	25	21,1
55 a 59	9	13,7	9	9,5	24	24,7
60 ou mais	9	5,0	14	5,2	24	8,1
Teixeira de Freitas						
< 5 anos	0	0,0	7	4,1	6	4,3
5 a 9	2	1,5	1	0,6	4	2,6
10 a 14	0	0,0	1	0,6	1	0,6
15 a 19	0	0,0	5	2,8	5	3,1
20 a 24	11	10,2	14	8,9	8	5,3
25 a 29	11	13,0	31	23,7	18	12,2
30 a 34	13	16,4	26	23,1	30	23,0
35 a 39	14	19,4	34	33,6	56	49,6
40 a 49	7	6,2	34	20,5	46	23,4
50 a 54	2	5,0	12	19,5	24	31,0
55 a 59	4	11,8	10	20,1	20	30,7
60 ou mais	8	8,8	17	12,7	28	16,9
Juazeiro						
< 5 anos	1	0,6	6	2,7	0	0,0
5 a 9	2	1,3	1	0,5	1	0,5
10 a 14	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15 a 19	4	2,4	1	0,5	4	2,0
20 a 24	11	7,8	12	5,9	15	8,2
25 a 29	12	10,8	23	13,3	26	15,0
30 a 34	31	31,7	21	14,4	28	17,7
35 a 39	21	25,1	27	21,9	22	16,2
40 a 49	15	12,3	25	13,2	35	15,8
50 a 54	7	14,1	16	22,4	27	33,4
55 a 59	6	14,6	12	20,0	18	27,1
60 ou mais	5	4,6	9	5,5	25	13,0

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

Tabela 18. Distribuição da taxa de incidência média (por 100.000 hab.) dos casos de aids, segundo faixa etária, regiões de saúde e período diagnóstico. Regiões de Saúde Bahia - Brasil, 2002- 2012

Faixa etária	2002 – 2004		2005 - 2008		2009 – 2012	
	N	Incid média	N	Incid média	N	Incid média
Porto Seguro						
< 5 anos	6	5,2	7	4,0	15	12,1
5 a 9	2	1,9	5	3,1	7	5,1
10 a 14	1	0,9	1	0,6	1	0,7
15 a 19	0	0,0	9	5,5	4	3,1
20 a 24	14	13,5	15	9,5	26	20,3
25 a 29	15	19,1	55	40,9	61	46,6
30 a 34	20	29,4	45	40,3	68	56,8
35 a 39	16	26,2	52	55,7	55	57,3
40 a 49	13	14,5	43	30,2	37	23,8
50 a 54	10	33,6	14	28,7	33	55,9
55 a 59	2	8,8	19	52,4	21	45,1
60 ou mais	4	7,1	20	23,5	28	26,1
Lhéus						
< 5 anos	4	3,5	5	3,3	7	6,8
5 a 9	3	2,5	1	0,7	2	1,7
10 a 14	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15 a 19	0	0,0	5	3,1	0	0,0
20 a 24	11	10,2	5	3,4	8	6,9
25 a 29	19	23,2	30	24,8	29	25,5
30 a 34	21	28,2	38	37,5	29	28,2
35 a 39	23	32,4	25	27,3	28	33,1
40 a 49	16	14,5	17	11,1	23	14,8
50 a 54	15	38,6	14	24,8	11	16,8
55 a 59	8	25,9	10	22,6	11	20,8
60 ou mais	4	4,7	6	5,0	6	4,5
Itabuna						
< 5 anos	5	3,2	6	3,0	3	1,9
5 a 9	3	1,8	3	1,5	4	2,3
10 a 14	1	0,5	2	0,9	2	1,0
15 a 19	2	1,0	2	0,9	2	1,0
20 a 24	7	4,5	15	7,1	17	9,1
25 a 29	28	25,1	35	20,8	29	16,0
30 a 34	25	24,4	31	22,3	32	20,2
35 a 39	17	17,4	23	18,3	31	23,9
40 a 49	13	8,1	20	9,0	32	13,3
50 a 54	11	18,7	14	16,3	29	27,1
55 a 59	7	14,5	5	7,2	16	18,8
60 ou mais	6	4,2	8	3,9	18	7,6

Fonte: Sinan/SIM/Siscel/Siclom

9 DISCUSSÃO

Os dados encontrados nesse estudo revelam expansão da epidemia na Bahia e tendência de crescimento, que difere dos dados para o Brasil como um todo, os quais demonstram tendência à estabilização da epidemia^{5,19,38}. Porém, o dado para o Brasil reflete o perfil da região sudeste³⁹, na qual se localizam os estados Rio de Janeiro e São Paulo⁶, em que se concentram o maior número de casos notificados.

A tendência de crescimento, na Bahia, assemelha-se ao que acontece nas regiões nordeste e norte, nas quais ocorreu aumento na taxa de detecção de aids de 62,6% e de 92,7%, respectivamente, nos últimos 10 anos⁴⁰. Assim, os dados corroboram os estudos que referem heterogeneidade da epidemia no país¹⁹.

A epidemia de aids afeta toda a Bahia, embora com maior intensidade em regiões de saúde específicas, nas quais varia a magnitude da incidência. Os distintos padrões da taxa de incidência média observados entre elas denotam as particularidades existentes.

Ao se comparar os mapas dos três diferentes momentos (2002-2004/2005-2008/2009-20120), percebe-se que a epidemia parte do litoral para as regiões mais ao interior da Bahia.

As 9 regiões localizadas no 4º quartil são aquelas com maiores taxas de incidência média do estado nos períodos estudados e, juntas, concentram mais de 70% dos casos de aids do estado e totalizam 53% da população da Bahia. Essas regiões possuem algumas características similares, tais como: 5 possuem cidades litorâneas (Salvador, Camaçari, Itabuna, Ilhéus, Teixeira de Freitas e Porto Seguro) e em 8 estão cidades que se encontram entre as dez mais populosas do estado (Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Camaçari, Itabuna, Juazeiro, Ilhéus e Teixeira de Freitas). Além disso, todas possuem municípios de relevância econômica e comercial e, em alguns, intensas atividades turísticas. Em todas há município que possui serviço de atenção especializada á PVHA. Essas características são sobrepostas em algumas cidades, como Salvador, por exemplo.

As maiores taxas médias de incidência encontradas nessas regiões podem ser explicadas pelos estudos que referem a ocorrência de maior concentração de casos em cidades costeiras e naquelas em que há grandes áreas metropolitanas e intensa atividade comercial^{16,22,41}. Fonseca *et al.*⁴² referem em seus estudos que a epidemia de aids no Brasil é predominantemente urbana, principalmente em decorrência da concentração da população. Barcellos e Bastos¹³ também apontam haver condições mais favoráveis à propagação do vírus nos centros urbanos e regiões de maior relevância econômica e demográfica, em razão da dinâmica das relações humanas. E, segundo Szwarcwald *et al.*¹⁷, a disseminação da epidemia

é seletiva e isso se relaciona, entre outros fatores, com o grau de urbanização, densidade demográfica, interações significativas com outras localidades, interligações pelos diversos meios de transporte.

Na Bahia, na série estudada, os maiores percentuais de casos de aids referentes à escolaridade encontraram-se no ensino fundamental e médio e acompanharam o mesmo padrão nacional⁶. Segundo estudos, a disseminação da epidemia no Brasil demonstra ocorrer progressivamente para os estratos sociais de menor escolaridade^{19,43}, embora tenha se iniciado nos estratos sociais de maior escolaridade⁴³. Utilizando-se a escolaridade como *proxys* de renda/condições socioeconômicas⁴³, esses dados podem evidenciar a existência de desigualdade social no Brasil²⁰.

Na série estudada, ocorre predominância da via de transmissão sexual. Embora a heterossexual seja a mais citada, observa-se que a homossexual/bissexual representam categoria importante de exposição, por serem consideradas as mais afetadas pela epidemia⁴². Além disso, como a categoria é dado autodeclarado, pode existir a possibilidade de que uma parcela dos heterossexuais seja bissexual não declarado⁴⁴. As regiões com maiores incidência no período (4º quartil) também apresentam o mesmo cenário em relação à categoria de exposição.

Em relação ao aumento de aids no sexo feminino, vários autores têm relacionado esse aumento à transmissão heterossexual ter assumido papel importante na disseminação da epidemia^{12,16,44}. Entretanto, apesar desse aumento, o sexo mais atingido pela aids, no estado e na maioria das regiões de saúde, ainda é o masculino, seguindo a mesma tendência nacional³⁸.

A via de transmissão sanguínea encontra-se em declínio na Bahia, como em todo o Brasil, principalmente em relação a hemofílicos e à transfusão de sangue, devido à legislação específica para o controle de sangue e hemoderivados no país. Logo, é necessária a investigação dos casos existentes, observando-se o algoritmo, para real comprovação da categoria de exposição. Dessa via de transmissão, a categoria usuários de drogas injetáveis ainda tem certa expressividade, embora haja decréscimo nos percentuais, a acompanhar a tendência nacional⁴².

Quanto à transmissão vertical (TV), é notável sua redução na Bahia, embora isso não ocorra em todas as regiões, o que pode significar intensificação na detecção e notificação de casos ou ocorrência de grande quantitativo de casos nessas regiões. O controle da TV é de grande importância para o país e esforços têm sido empreendidos com esse objetivo, a exemplo de implementação de políticas públicas e da pactuação entre estados e municípios

para sua redução. Utiliza-se como indicador para se monitorar a evolução do controle da TV do HIV a incidência de aids em menores de cinco anos o (indicador *proxy*)⁶.

Em relação a menores de 5 anos não houve crescimento, no estado, e na série temporal observam-se taxas inferiores à média nacional, 3,5 em 2010⁵. Nota-se estabilização, entretanto, não se verifica esse quadro em algumas regiões, nas quais ocorrem oscilações entre os períodos estudados, aumento/redução e vice-versa, o que possibilita levantar-se a hipótese de que esse processo esteja vinculado a ações referentes ao controle da TV.

Apesar de a aids atingir indivíduos de todas as faixas etárias, os dados apontam que houve aumento de casos em indivíduos a partir dos 30 anos na Bahia e essa tendência pode ser observada no Brasil^{6,44,45}. Na região nordeste, em 2010, a maior taxa de incidência ocorreu na faixa etária 30 a 34 anos de idade (29,9 casos/100.000 hab.)⁶. Esse dado evidencia que a aids vem atingindo a população em plena fase laboral produtiva e reprodutiva.

Ressalta-se o aumento de casos em indivíduos acima de 50 anos, em consonância com achados de outros estudos^{45,46}. Silva *et al.*⁴⁴ referem existir no Brasil tendência de aumento do número de casos em indivíduos com idade igual ou maior de 50 anos, tendência observada em todas as regiões estudadas. O Boletim Epidemiológico⁶ também alude ao aumento na taxa de incidência nas faixas de 50 a 59 e de 60 ou mais. Assim, é importante a percepção dos idosos como vulneráveis à infecção pelo vírus HIV, uma vez que a epidemia vem aumentando nessa faixa etária.

No estado da Bahia, nos dados apresentados, a ocorrência de aids em maior proporção em indivíduos da cor parda pode ser creditada ao perfil da população baiana que, segundo o censo IBGE 2010⁴⁷, possui na sua composição 59,2% de pardos, 22,2% brancos e 17,1% pretos⁴⁷. Observa-se também que no Brasil, o maior percentual de casos de aids⁶ encontra-se na população branca, raça/cor com maior percentual na população brasileira⁴⁵. Shuelter-Trevisol *et al.*⁴⁸, em estudo em Santa Catarina, também apontam a cor branca como a mais referenciada e o autor reporta essa resposta ao perfil da população do local que é de predominância branca. Dessa forma, o perfil da população local também necessita ser levado em consideração em uma análise sobre raça/cor. Observa-se também o alto percentual dos casos com esta variável ignorada, o que pode implicar em uma análise distorcida da realidade.

A interpretação de resultados de estudos realizados com dados secundários demanda cuidado, sobretudo dos sistemas do sistema de informação do SUS, em função de as unidades federadas, os municípios principalmente, apresentarem distintos estágios de organização e uso desses sistemas, com consideráveis variações de disponibilidade de dados, o que certamente influencia as análises⁴⁹. Embora se reconheça essa limitação, considera-se este estudo

relevante, uma vez que se trabalhou com os bancos de dados relacionados visando diminuir as inconsistências. Apesar das limitações dos bancos disponíveis, os resultados obtidos possibilitam conhecer o perfil da epidemia no estado, no atual contexto, com suas peculiaridades, além de contribuir para o planejamento de medidas preventivas, de melhoria da qualidade de assistência à população e de investimento na melhoria da informação.

Nota-se a fragilidade do sistema de vigilância, pois, se existem dados que constam apenas do SIM e/ou nos sistemas complementares (Siclom e Siscel), significa que não ocorreu notificação no Sinan³⁰. Assim, analisar o perfil da epidemia tendo em vista apenas casos registrados no Sinan possibilita realizar uma estimativa errônea da magnitude e da tendência da epidemia^{26, 50}.

Em todo o estudo observou-se grande percentual de dados ignorados, o que pode ser resultado do não preenchimento desses campos. Ressalta-se também que a linkagem dos sistemas possibilita a recuperação de casos que não constam no Sinan, mas existem campos que constam apenas desse sistema, como o referente à categoria de exposição, os quais não constam nas fichas/formulários do SIM, do Siclom nem do Siscel. Assim, não existe esse dado nos demais sistemas. Outros campos, como escolaridade e raça, embora constem dos 4 (quatro) sistemas, não são possíveis de obter dados em sua integralidade. O alto percentual de casos ignorados pode significar problemas de qualidade de informação. Salienta-se que esse percentual prejudicou a análise mais apurada das variáveis: categoria de exposição e raça/cor da pele. Na variável escolaridade, o grande quantitativo de “não se aplica” evidencia a inconsistência dos dados, o que compromete a análise epidemiológica e demonstra a importância de qualificá-los.

É importante ressaltar que os dados analisados referem-se aos municípios de residência dos casos notificados/declarados/registrados e esses não representam, necessariamente, o local onde ocorreu a infecção. Portanto, não deve ser utilizado para verificar a dinâmica da transmissão/avaliar o padrão da transmissão, porque aids e infecção pelo HIV são eventos distintos, e esses dados, que são de aids, contabilizam infecções que podem ter ocorrido há dez anos⁸.

Conclui-se que a epidemia, apesar da disseminação por toda a Bahia, tem maior destaque em algumas regiões e que essas, apesar de pequenas peculiaridades, são bastante similares em relação ao perfil da epidemia. Os resultados demonstram que a região de Salvador exerce papel de relevância para a epidemia na Bahia, por motivos diversos: ser a região mais populosa do estado, incluir a capital, ser a mais urbanizada, possuir maior oferta

de assistência de média e alta complexidade, concentrar maior quantitativo de SAEs e ser a região em que a epidemia é mais antiga.

10 CONSIDERAÇÕES

A análise dos dados no período estudado sugere que a Bahia apresenta tendência ao crescimento da epidemia e que todas as regiões de saúde apresentam casos de aids, mas necessitam ser observadas diferentemente, uma vez que as taxas de incidência da epidemia são distintas, ou seja, ocorre maior concentração de casos em algumas regiões.

Assim, este estudo demonstra que o perfil sociodemográfico da epidemia da aids nas regiões de saúde é semelhante e a maior diferença, entre elas, é a magnitude da incidência.

Com o objetivo de reduzir/conter a expansão da epidemia, é importante que as autoridades sanitárias utilizem estratégias que visem a atingir a população geral e, prioritariamente aquelas populações consideradas chaves, observando o perfil epidemiológico de cada região. As regiões com maiores incidências devem ser tratadas de acordo com suas especificidades e os 3 níveis de governo devem juntar esforços nesse enfrentamento. Para se alcançar esse objetivo, é imprescindível o acesso ao diagnóstico e ao tratamento. O acesso tardio tem implicações para o prognóstico da enfermidade e também para o processo de disseminação da epidemia.

Nesse contexto, de tendência de crescimento nas taxas de incidência, é importante que cada vez mais os serviços de saúde da rede básica estejam estruturados tanto para realizar o diagnóstico quanto para o atendimento às PVHA. Entretanto, como HIV e aids são eventos distintos, é importante que no planejamento sejam observadas ações que contemplem esses dois momentos.

O uso de bancos relacionados (*linkagem*), neste estudo, foi de grande importância, pois, no atual contexto, apenas a base de dados do Sinan não reflete a real situação da epidemia no estado e o uso de outros bancos possibilita a inclusão de casos de aids não notificados no Sinan. Nota-se a importância de um alinhamento para que todos os sistemas contemplem os mesmos dados, pois existem alguns que não são contemplados em todos os sistemas e outros são contemplados com categorização diferenciada.

O alto percentual de casos ignorados nas diversas variáveis, apesar de não inviabilizar o estudo, pode implicar no efetivo conhecimento do perfil do fenômeno na população. Esses achados indicam que a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia deve continuar a envidar esforços no intuito de mobilizar os profissionais dos serviços de saúde a notificarem, em tempo oportuno, a preencherem todos os campos da ficha e a qualificarem os dados. Ressalta-se também a importância de se avaliar o alto percentual da categoria não se aplica na variável escolaridade.

Assim, é imprescindível aumentar a oferta de serviços e de ações que facilitem o acesso ao diagnóstico, ao tratamento da infecção pelo HIV e que possibilitem a promoção da saúde e a prevenção da doença. Logicamente é necessária a realização de monitoramento e de avaliação das diversas intervenções pelos órgãos governamentais e o controle social realizado pela sociedade civil, cuja participação é importante em todo o processo, conforme consta nas normativas do SUS.

11 REFERÊNCIAS

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Acesso em 1 de abril de 2014. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/documentos/UNAIDS_GR2012_em_en.pdf>
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2013. Washington (DC): [s.n.].
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Acesso em 1 de abril de 2014. Disponível em:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS 2010. [s.l: s.n.].
5. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília. 2012. [s.n.].
6. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília. 2013. Acesso em 10 de março de 2014 .Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV 2008. Brasília. 2008 [s.n.]; 229.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV-2008 - Suplemento III - Tratamento e prevenção. Brasília. 2010; 208
9. Caraciolo JMME, Shimma E. Adesão - da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo. Organização de São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. 2008; 289.
10. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) / Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep) / Programa Estadual de DST/Aids. Boletim Informativo Aids. 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças. Brasília. 2003 [s.n.].
12. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev Soc Bras Med Trop. 2000; v.34 (2): 207-217. Acesso em 13 de julho de 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>
13. Barcellos C, Bastos FI. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.1996; v. 121: 11–24..
14. Rodrigues-Junior AL, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Brasil , 1991-2000: descrição espaço-temporal. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2004; v. 37(4): 312-317.
15. Eyer-Silva WA, Freire MAL, Gayão ML, *et al.* Epidemiologic features of HIV infection in three municipalities of inner Rio de Janeiro State Brazil. Rev. Inst. Med. Trop de SP. 2007; v. 49(5): 303–307.
16. Grangeiro A, Escuder, MML, Castilho EA. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002- 2006. Rev. Saúde Pública. 2010; v. 44: 430-441.


17. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad. Saúde Pública*. 2000; v. 16: 7-19.
18. Grangeiro A, Escuder, MML, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. *Cad. Saúde Pública*. 2010; vol.26(12): 2355-2367.
19. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Regional patterns of the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. *Braz J Infect Dis*. 2005; v. 9(1): 9-19.
20. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito A M. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia antirretroviral. *Rev. Saúde Pública*. 2006; v. 40: 9-17,.
21. Reis AC, Santos EM, Cruz MM. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; vol.16(3): 195-205. Acesso em 14 de março de 2014.
Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
22. Dias PRTP, Nobre F. Análise dos padrões de difusão espacial dos casos de AIDS por estados brasileiros. *Cad. de Saúde Pública*. 2001; v. 17(5): 1173-1187.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Taxa de detecção de hanseníase. Acesso em 7 de maio de 2014.
Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=D.3&lang=pt>
24. Dourado I, Lima C, Brignol S, et al. Acesso tardio aos serviços de saúde para o cuidado em HIV/Aids em Unidades de Saúde de Salvador - Bahia - Estudo ATASS. Bahia. 2011. Acesso em 1 de abril de 2014. Disponível em: http://www.unaids.org.br/acoes/Sum%20E1rio%20executivo-ATASS13abril_nova%20versao%20pdf.pdf
25. Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília. 2009 [s.n.]. Acesso em 4 de abril de 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volum2.pdf
26. Goncalves VF, Kerr LRFS, Mota RMS, Mota JMA. Estimation of underreporting of AIDS cases in a Brazilian Northeast metropolis. *Rev. Bras. epidemiol.* São Paulo. 2008; v. 11(3): 56-364.
27. Fonseca MGP. Dinâmica temporal da epidemia de AIDS no Brasil segundo condição socioeconômica, no período 1986-1998 (tese) . Rio de Janeiro . Escola Nacional de Saúde Pública. 2002; 125. Acesso em 1 de fevereiro de 2014. Disponível em <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/fonsecamgpd.pdf>
28. Fry PH, Monteiro S, Maio M, Bastos FI, Santos RV. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; v. 23(3): 497-507.
29. Tomazelli J, Czeresnia D, Barcellos C. Distribuição dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 19(4): 1049-1061. Acesso em 12 de setembro de 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400027> .
30. Lemos KRV, Valente JG. A declaração de óbito como indicador de sub-registro de casos de AIDS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2001; v. 17(3): 617-626.
31. Drumond EF, Machado CJ, Vasconcelos MR. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. *R. Bras. Est. Pop.*. Rio de Janeiro. 2009; v. 26(1): 7-19.

32. Lucena FF, Fonseca MG, Sousa AIU, Coeli CM. O relacionamento de bancos de dados na implementação da vigilância da aids. *Cad de Saúde Coletiva*. 2006; v.14(2): 305-312.
33. Dourado I, Bastos, FI. HIV/Aids como Modelo de Doença Emergente. In: Filho NA, Barreto M (Org.). *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2012; 452-457.
34. Aquino, R, Gouveia N, Teixeira MG, Costa MC, Barreto ML. Estudos Ecológicos (Desenho de Dados Agregados). In: Filho NA, Barreto M. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2012; 175-184.
35. Chiu YW, Wang MQ, Chuang HY, Hsu CE, Nkhoma ET. A new application of spatiotemporal analysis for detecting demographic variations in AIDS mortality: an example from Florida. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 200; v. 24(11): 568–76.
36. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados Estados. Acesso em 5 de março de 2014.
Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>>.
37. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Regula saúde. Sistema estadual de regulação. Acesso em 10 de abril de 2014. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/complexo_estadual.asp>
38. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília. 2014. Acesso em 7 de dezembro de 2014.
Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/boletim-epidemiologico-2014>
39. Teixeira TRA, Gracie R, Malta MS *et al*. Social geography of AIDS in Brazil: identifying patterns of regional inequalities. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2014; v. 30(2): 259-271. Acesso em 8 de agosto de 2014
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000200259&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00051313>.
40. Martins TA, Kerr LR, Kendall C, Mota RMS. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. *Rev Fisioter S Fun*. . 2014; v.3(1):4-7.
41. Barbosa LM. A Disseminação Recente do HIV/AIDS no Nordeste: uma análise espacial - Anais do Seminário Quantos Somos e Quem Somos no Nordeste. Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu - MG – Brasil. Setembro de 2010. Acesso em 23 de setembro 2012.
Disponível em:
http://www.fgf.org.br/centrodedocumentacao/publicacoes/qsqsne/16_LaraMeloBarbosa.pdf
42. Fonseca MGP, Bastos FI. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2007; 23 Sup 3. Acesso em 12 de agosto de 2012. Disponível em:
<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/1284>
43. Fonseca MGP, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sócio-demográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Revista Saúde Pública*. 2002; v. 36(6): p. 678-85.
44. Santos NJS, Tayra A, Silva SR, *et al*. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev. bras. epidemiol*. 2002; vol.5(3): 286-310. Acesso em 10 de abril de 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n3/07.pdf>

45. Silva SFR, Pereira MRP, Neto RM, Ponte MF *et al.* Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*. 2010; vol. 42(3): 209-212. Acesso em 24 de julho de 2012. Disponível em: http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_42_03/rbac_42_v3_012.pdf
46. Feitoza AR, Souza AR, Araújo AFA. A magnitude da infecção pelo hiv-aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE. *DST – J bras Doenças Sex Transm*. 2004; 16(4): 32-37. Acesso em 20 de setembro de 2012. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista16-4-2004/6.pdf>
47. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico 2010, características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro. 2012; 211. Acesso em 16 de outubro de 2014. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religio_o_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf
48. Schuelter-Trevisol F, Paolla P, Justino AZ *et al.* Epidemiological profile of HIV patients in the southern region of Santa Catarina state in 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [online]. 2013; vol.22 (1): 87-94. Acesso em 16 de outubro de 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100009&lng=en&nrm=iso>
49. Costa MCN, Mota ELA, Paim JS, Silva LMV, Teixeira MG, Mendes CMC. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(6): 699–706.
50. Ferreira VMB, Portela MC. Avaliação da subnotificação de casos de AIDS no Município do Rio de Janeiro com base em dados do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Publica*. Rio de Janeiro. 1999; v.15(2): 317-24.

ANEXOS

Anexo A - Declaração de óbito




República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I	Cartório	1) Cartório	Código	2) Registro	3) Data	
	4) Município	5) UF	6) Cemitério			
II	Identificação	7) Tipo de Óbito	8) Cód. Data Hora	9) RIC	10) Nacionalidade	
		11) Nome do falecido				
		12) Nome do pai	13) Nome da mãe			
		14) Data de nascimento	15) Idade	16) Sexo	17) Raça/cor	
III	Residência	18) Estado civil	19) Escolaridade	20) Ocupação habitual e ramo de atividade		
		21) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	Código	Número	Complemento	22) CEP
		23) Bairro/Distrito	Código	24) Município de residência	Código	25) UF
IV	Ocorrência	26) Local de ocorrência do óbito	27) Estabelecimento			
		28) Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	29) CEP	
V	Fetal ou menor que 1 ano	30) Bairro/Distrito	Código	31) Município de ocorrência	Código	
		32) UF	Código	33) Município de ocorrência	Código	
VI	Condições e causas do óbito	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO				
		INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
		34) Idade	35) Escolaridade	36) Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	37) Número de filhos tidos	
		38) Duração da gestação	39) Tipo de Gravidez	40) Morte em relação ao parto	41) Peso ao nascer	
		42) Diagnóstico confirmado por exame complementar?	43) Cirurgia?	44) Necropsia?		
		CAUSAS DA MORTE				
		PARTE I				
		PARTE II				
VII	Médico	45) Nome do médico	46) CRM	47) O médico que assina atendeu ao falecido?		
		48) Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)	49) Data do atestado	50) Assinatura		
VIII	Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)				
		51) Tipo	52) Acidente de trabalho	53) Fonte de informação		
		54) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência				
IX	Localidade e Médico	55) SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO				
		56) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	Código			
		61) Declarante	62) Testemunhas			


Versão 09/06-01

Anexo B - Formulário Siscel - Contagem linfócitos T CD4/CD8

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

www.aids.gov.br/siscel

Anexo C - Formulário Siscel - Quantificação de ácido nucleico; carga viral

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		Laudo Médico para Emissão de BPA-I Quantificação de Ácido Nucleico – Carga viral do HIV		Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCCEL		
DADOS DA SOLICITAÇÃO								
Primeira Carga Viral?		1. Instituição solicitante (carimbo padrão)			2. CNPJ			
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					- - / - -			
INFORMAÇÕES BÁSICAS								
3. Oficial:				5. Identificação do usuário nos relatórios				
4. Social:				<input type="checkbox"/> 1-Oficial 2-Social				
6. Data de Nascimento		7. Sexo		8. País				
/ /		<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino						
9. Cidade de nascimento			10. UF		11. Raça/Cor			
					<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - líbia: 6-não informado 7-ignorado			
12. Número de Identidade			13. CPF		14. Escolaridade			
					<input type="checkbox"/> 1. nenhuma / 2. De 1 a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 5. - De 12 e mais / 6. não informado / 9. ignorado			
15. Número SISCCEL		16. Cartão Nacional de Saúde - CNS		17. Gestante		18. Telefone do Paciente	19. Proximário	
				<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não		() -		
20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)				21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)				
22. Nome da mãe				23. Endereço do paciente				
24. Bairro		25. CEP		26. Cidade de residência do paciente		27. UF	28. Cod. IBGE Município	
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento						
02.02.03.107-1		Quantificação do RNA HIV-1						
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado								
Avaliar indicação do tratamento <input type="checkbox"/>		Falta ou troca terapêutica <input type="checkbox"/>		Auxiliar no diagnóstico de criptog exorta <input type="checkbox"/>				
Monitorar o tratamento <input type="checkbox"/>		Indicação para Omsotopagen <input type="checkbox"/>		Rastreamento do HIV <input type="checkbox"/>				
32. Caso Aids?		33. No momento apresenta sintomas?		34. Uso regular de antirretroviral?		35. Data início 1º antirretroviral	36. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV (mês/ano)	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		/ /	/ / ION <input type="checkbox"/>	
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO								
37. Diagnóstico			38. CID 10		43. CRM (Nº Registro do Conselho)			
					UF/CRM: / /			
39. Nome do Profissional Solicitante			40. Data da Solicitação					
			/ /					
41. Documento		42. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante						
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>								
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA								
44. Nome de Instituição (Carimbo Padrão)				45. Data da coleta		46. Hora da Coleta		
				/ /				
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE								
47. Nome de Instituição (Carimbo Padrão)				48. CNES		49. Data do recebimento	50. Hora	
						/ /		
Carimbo Viral	51. Nº Solicitação exame		52. Identificador da amostra		53. Responsável		54. Data do resultado	
							/ /	
	55. Condições de chegada da amostra							56. Material Biológico
	<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada / 2 - Amostra hemolizada / 3-Amostra em frasco inadequado / 4-Amostra mal identificada 5-Amostra mal acondicionada / 6-Amostra lipêmica / 7-Outras							
Carimbo Viral	57. Quantidade de cópias		58. Log		59. Volume da Amostra		60. Técnica utilizada	

www.aids.gov.br/siscel

Anexo D - Ficha de cadastramento para retirada de medicamento

FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS	
1) Número de Frontuário	
2) CNS - Cartão Nacional de Saúde	
3) Nome Completo do Usuário	
4) Nome Completo da Mãe (Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável)	
5) Cidade de Nascimento (Cidade / UF)	
6) Data de Nascimento	
7) Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	
8) Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada	
9) CPF	
10) Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Desquitado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) Judicialmente <input type="checkbox"/> União Estável	
11) Permite contato? [1] sim [2] não	
12) Tipo de contato [1] Telefone [2] e-mail [3] Contato com terceiros [4] Correio [5] Visita Domiciliar [6] Outros	
13) Endereço	
14) Bairro	
15) CEP	
16) Cidade de Residência (Cidade / UF)	
17) E-mail para contato	
18) Tipo do telefone: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular	
19) Telefone para Contato (DDD + Número)	
20) Observação	
21) Tipo do telefone: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular	
22) Telefone para Contato (DDD + Número)	
23) Observação	
24) Escolaridade <input type="checkbox"/> De 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> De 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> De 8 a 11 anos <input type="checkbox"/> De 12 e mais anos <input type="checkbox"/> Não informada <input type="checkbox"/> Ignorada <input type="checkbox"/> Nenhuma	
Exames que motivaram o início da TARV 25) 1ª CD4 26) 1ª Carga Viral	
27) Ação Cautelar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
28) Acompanhamento médico <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado	
29) Ano de início do Tratamento	
Pessoas Autorizadas a retirar o medicamento	
Nome Completo da pessoa autorizada 1	
Nome Completo da pessoa autorizada 2	
Nome Completo da pessoa autorizada 3	
Responsável pelo Preenchimento	
Data: ____/____/____	
(carimbo e assinatura)	
Usuário SUS	
Data: ____/____/____	
(assinatura)	

Anexo E - Formulário de solicitação de medicamentos

Formulário de Solicitação de Medicamentos

Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)

Nº de Fronteira: 3 - Peso: () 60 kilos ou + () - de 60 kilos

4 - Número de dias para dispensa de exposição: 1 2

5 - Este formulário use para: 1 dispensa 2 dispensas

Categoria do Usuário

Recepção HIV + Gestante HIV + Recém-nascido de mãe HIV + Parturiente Ado - Adulto Ado - Criança

- Profilaxia Pós-exposição

Ocupacional Violência Sexual Casais Sorosdiscordantes Compartilhamento de seringas Exposição Sexual Ocasional Reprodutivos Outros

9 - Genótipo: Não Sim **10 - Início de Tratamento?** Não Sim

11 - Justificativa para dispensação de quantitativo para mais de 1 mês (no caso do paciente se ausentar por mais de um mês) - 2 meses ou 3 meses

60 dias 90 dias

Ferias Ausentar-se a trabalho Outra - especificar: _____

Obs: Conforme disponibilidade de estoque da farmácia.

- Realizou PPD: () SIM () NAO Data da realização: / / Resultado: () < 6 mm () > 6 mm

- Foi indicada QP: () SIM () NAO Data da indicação: / /

- Caso indicado QP com PPD < 6 mm: () Contato com paciente bacilífero () Presença de alterações radiológicas

18 - Medicamentos (Prescrever no quadrado a QUANTIDADE de comp/caps/ml, que deve ser usada diariamente)

Medicamento	Quantidade	Forma Farmacéutica
Abacavir - ABC	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg / dia
Amprenavir - APV	<input type="checkbox"/>	ml. de sol. oral 16mg/ml / dia
Azidarvir - ATV	<input type="checkbox"/>	caps. de 300mg / dia
Darunavir - DRV	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg / dia
Didanosina - ddI	<input type="checkbox"/>	caps. de 250mg / dia
Efavirenz - EFZ	<input type="checkbox"/>	comp. de 600 mg / dia
Emtrivina - T-20	<input type="checkbox"/>	frascos-amp. de 90 mg/ml / dia
Estavudina - d4T	<input type="checkbox"/>	caps. de 30 mg / dia
Etravirina - ETR	<input type="checkbox"/>	comp. de 100mg / dia
Fosamprenavir - FPV	<input type="checkbox"/>	comp. de 700mg / dia
Indinavir - IDV	<input type="checkbox"/>	caps. de 400 mg / dia
Lamivudina - 3TC	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg / dia
Lopinavir + ritonavir - LPV/r	<input type="checkbox"/>	comp. de 200mg + 50 mg / dia
Nevirapina - NVP	<input type="checkbox"/>	comp. de 200mg / dia
Raltegravir - RAL	<input type="checkbox"/>	comp. de 400 mg / dia
Ritonavir - RTV	<input type="checkbox"/>	caps. de 100mg / dia
Saquinavir - SQV	<input type="checkbox"/>	caps. mole de 200mg / dia
Tenofovir - TDF	<input type="checkbox"/>	comp. de 300 mg / dia
Tipranavir (TPV)	<input type="checkbox"/>	comp. de 250mg / dia
Zidovudina+Lamivudina - AZT + 3TC	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg + 150mg / dia
Zidovudina - AZT	<input type="checkbox"/>	caps. de 100mg / dia

20 - Farmacêutico responsável: _____ Data: / /

21 - 1ª dispensa - Recebi em: / /

21 - 2ª dispensa - Recebi em: / /

BRASIL, em 12 de maio de 2006, Brasília (DF), publicada no D.O.U. 114, no 98, de 12/5/06.

Anexo F - Ficha de notificação Sinan / Aids - Pacientes com 13 anos ou mais

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDIS (Pacientes com 13 anos ou mais)

Nº

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual						
	2	Agravado/doença		AIDS						
	3	Código (CID10)		B 24						
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação						
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código						
	7	Data de Notificação		Código (BGE)						
Dados de Residência	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento					
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino	12	Estado Civil				
	13	Raça/Cor		1 - Branco	2 - Pardo	3 - Amarelo	4 - Preta	5 - Ignorado		
Dados Complementares do Caso	14	Escolaridade			15	Número do Cartão SUS		16	Nome de mãe	
	17	UF	18	Município de Residência	19	Código (BGE)		20	Distrito	
	21	Bairro		22	Logradouro (rua, avenida...)		23	Código		
	24	Número		25	Complemento (apto., casa, ...)		26	Geo campo 1		
	27	Geo campo 2		28	Ponto de Referência		29	CEP		
	30	(DDD) Telefone		31	Zona		32	País (se residente fora do Brasil)		
	33	1 - Urbana		34	2 - Rural		35	3 - Periurbana		36
Anamnese Epidemiológica	37	Ocupação		38	Provável modo de transmissão		39	Sexual		
	40	1 - Sim		41	2 - Não foi transmissão vertical		42	3 - Ignorado		
	43	1 - Sim		44	2 - Não		45	3 - Ignorado		
	46	1 - Sim		47	2 - Não		48	3 - Ignorado		
	49	1 - Sim		50	2 - Não		51	3 - Não se aplica		
Dados de Laboratório	52	Evidência laboratorial de infecção pelo HIV		53	Data de coleta		54	Teste de triagem		
	55	1 - Positivo/reagente		56	2 - Negativo/não reagente		57	3 - Inconclusivo		
	58	4 - Não realizado		59	5 - Indeterminado		60	9 - Ignorado		

Aids em pacientes com 13 anos ou mais Sinan NET SVS 08/06/2008

Critérios de identificação de casos de aids	41	Critério Rio de Janeiro/Caraocas		1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado
	42	Critério CDC adaptado		1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado
Trat.	44	Município onde se realiza o tratamento		45	Código (BGE)	
	46	Unidade de saúde onde se realiza o tratamento		47	Código	
Evolução	47	Evolução do caso		48	Data do Óbito	
	49	1 - Vivo		50	2 - Óbito por Aids	
Investigador	51	Nome		52	Função	
	53	Assinatura		54	Assinatura	

Aids em pacientes com 13 anos ou mais Sinan NET SVS 08/06/2008

Anexo G - Ficha de notificação Sinan / Aids - Pacientes menores de 13 anos

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO Aids (pacientes menores que 13 anos)

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado/doença: **Aids (pacientes menores que 13 anos)**

3 Código (CID10): **B 24**

4 UF: _____ 5 Município de Notificação: _____

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): _____

7 Data de Notificação: _____

8 Nome do Paciente: _____

9 Código (IBGE): _____

10 Data do Diagnóstico: _____

Notificação Individual

11 Sexo: M - masculino F - feminino Ignorado

12 Data de Nascimento: _____

13 Rapa/Co: 1 - branco 2 - preto 3 - amarelo 4 - pardo 5 - indígena 9 - ignorado

14 Escolaridade: 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (prégo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (prégo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (prégo médio ou 2º grau) 4 - ensino fundamental completo (prégo médio ou 2º grau) 5 - ensino médio incompleto (prégo colegial ou 3º grau) 6 - ensino médio completo (prégo superior incompleto) 7 - educação superior incompleta 8 - educação superior completa 9 - ignorado 10 - não se aplica

15 Número do Cartão SUS: _____

16 Nome de mãe: _____

Dados de Residência

17 UF: _____ 18 Município de Residência: _____

19 Código (IBGE): _____ 20 Distrito: _____

21 Bairro: _____

22 Logradouro (rua, avenida, ...): _____

23 Número: _____ 24 Complemento (apto., casa, ...): _____

25 Geo campo 1: _____

26 Geo campo 2: _____

27 Ponto de Referência: _____

28 CEP: _____

29 (DDD) Telefone: _____

30 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 9 - Pastoreira 9 - Ignorado

31 País (se residente fora do Brasil): _____

Dados Complementares do Caso

32 Idade de mãe: _____

33 Escolaridade da mãe: 1 - Analfeta 2 - 1ª a 4ª série incompleta do EF 3 - 4ª série completa do EF 4 - ensino fundamental completo 5 - ensino médio incompleto 6 - ensino médio completo 7 - educação superior incompleta 8 - educação superior completa 9 - ignorado

34 Ocupação de mãe: _____

35 Rapa/Co de mãe: 1 - branco 2 - preto 3 - amarelo 4 - pardo 5 - indígena 9 - ignorado

36 Tipo de investigação: 1 - Aids em menores de 13 anos 2 - Aids em maiores de 13 anos

INVESTIGAÇÃO DE Aids EM MENORES DE 13 ANOS

Provável modo de transmissão

37 Transmissão vertical: 1 - Sim 2 - Não foi transmitido 9 - Ignorado

38 Transmissão sexual: 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmitido sexual 9 - Ignorado

39 Transmissão sanguínea: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

40 Uso de drogas injetáveis: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

41 Transfusão sanguínea: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

42 Tratamento / hemodiálise para hemofilia: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

43 Acidente com material biológico com posterior soroc conversão até 6 meses: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Informações sobre transfusão/acidente

44 Data de transfusão/acidente: _____

45 UF: _____ 46 Município onde ocorreu a transfusão/acidente: _____

47 Código (IBGE): _____

48 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente: _____

49 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa de infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica

Aids em menores que 13 anos Sinan NET SVS 14/05/2006

Banco Laboratório

49 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV: 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 6 - Duetivo 7 - Indebitável 9 - Ignorado

Antes dos 18 meses de vida:

50 1º teste de detecção de ácido nucleico: _____

51 2º teste de detecção de ácido nucleico: _____

52 3º teste de detecção de ácido nucleico: _____

Após os 18 meses de vida:

53 Teste de triagem anti-HIV: _____

54 Teste confirmatório anti-HIV: _____

55 Teste rápido 1: _____

56 Teste rápido 2: _____

57 Teste rápido 3: _____

Critérios de Notificação

58 Critério CDC adaptado: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Doenças, sinais ou sintomas de caráter leve

Aumento crônico de peritônio

Dermatite persistente

Esplenomegalia

Doenças, sinais ou sintomas de caráter moderado/grave

Anemia por mais de 30 dias

Candidose de esôfago

Candidose de traqueia, brônquios ou pulmões

Candidose oral resistente ao tratamento

Citomegalovirose (qualquer outro local que não fígado, bexiga ou infundido > 1 mês de idade)

Criptococose extrapulmonar

Criptosporidiose com diarreia > 1 mês

Diarreia recente ou crônica

Encefalopatia pelo HIV

Encistose pelo HIV

Febre persistente > 1 mês

Gengivite-alostomia herpética recente (mais de 2 episódios em 1 ano)

Hepatite por HIV

Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal

Herpes simples mucocutâneo > 1 mês em crianças > 1 mês de idade

Herpes zoster (no menos 2 episódios distintos ou em mais de um dermatômio)

Histoplasmoose disseminada

Infecções bacterianas de repetição/múltiplas (sepsis, pneumonia, meningite, otite, osteíte, abscesso em órgãos internos)

Infecção por citomegalovírus < 1 mês de idade

Isocriptosporidiose intestinal crônica, por um período superior a 1 mês

Leishmaniose

Leucocitopenia multifocal progressiva

Achados laboratoriais (contagem de linfócitos T CD4+ definidora de imunodeficiência de acordo com a idade)

< 1.500 células por mm³ (<25%)

< 1.000 células por mm³ (<25%)

Outros critérios:

Hepatomegalia

Infecções persistentes ou recorrentes de VAS (Oste ou Sinusite)

Linfadenopatia >= 0,5 cm em mais de 2 sítios

Linfopenia por mais de 30 dias

Linfoma não Hodgkin e outros linfomas

Linfoma primário de cérebro

Miocardopatia

Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose e Hanseníase)

Meningite bacteriana, pneumonite ou sepsis (crítico episódio)

Nefropatia

Nocardiose

Pneumonia intersticial

Pneumonia por *Pneumocystis carinii*

Salmonelose (sepsis recente não-typhi)

Sarcoma de Kaposi

Síndrome de emaciação (Aids Wasting Syndrome)

Toxoplasmose cerebral em crianças com mais de 1 mês de idade

Toxoplasmose intracébrala antes de 1 mês de idade

Trombocitopenia por mais de 30 dias

Tuberculose pulmonar

Tuberculose disseminada ou extrapulmonar

Varicela disseminada

59 Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV a causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Finalidade

60 UF: _____ 61 Município onde se realiza o tratamento: _____

62 Código (IBGE): _____ 63 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento: _____

64 Nome: _____

65 Assinatura: _____

66 Função: _____

Aids em menores que 13 anos Sinan NET SVS 14/05/2006

Anexo 1 - Nota técnica para o relacionamento de bancos de dados

Para a preparação deste Boletim Epidemiológico DST/Aids 2013, foi utilizado o banco de dados de aids nacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no período de 1980 até junho de 2013. Para os dados de mortalidade, utilizou-se o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do qual foram selecionados os óbitos cuja causa básica foi HIV/aids (CID10: B20 a B24) no período de 2000 a 2012. Por fim, do Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (Siscel) e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) foram utilizados todos os indivíduos registrados no sistema desde 2000 até junho de 2013.

As bases do Sinan versão Windows (criança e adulto), referentes aos registros notificados até 2006, encontram-se congeladas e unificadas, o que significa que não foram realizados procedimentos de limpeza e relacionamento dessas bases entre si. Para as bases da versão NET (criança e adulto) referentes aos registros notificados a partir de 2007, foram, primeiramente, retiradas as duplicidades, considerando os seguintes campos de comparação: nome do paciente, nome da mãe e data de nascimento. Em seguida, as bases de criança e adulto foram relacionadas entre si, com o intuito de identificar crianças que tenham sido notificadas na base de adultos.

O método de exclusão das duplicidades do Sinan (versão NET) foi modificado: antes, considerava-se apenas a data de diagnóstico; no método atual, considerou-se o critério de definição de caso e a data de diagnóstico. Assim, os registros duplicados foram excluídos segundo a hierarquia dos critérios (CDC adaptado, Rio Caracas, Critério óbito, HIV positivo e descartado), e em caso de empate (aqueles com o mesmo critério de definição) foi considerada a data de diagnóstico mais antiga.

O relacionamento entre todas as bases foi realizado utilizando como campos de comparação as informações do nome do paciente, nome da mãe e data de nascimento. E, como chaves de bloqueio, os códigos fonéticos do primeiro e último nome do paciente e o sexo, combinados de modos diferentes em cinco passos.

A composição dos pares do relacionamento entre as plataformas do Sinan (Windows e NET) também foi modificada: antes, as informações da versão Windows eram privilegiadas em relação ao NET. A partir deste Boletim, as informações do Windows são privilegiadas apenas nos casos em que se atende ao critério de definição. As informações acerca dos registros que não atenderam a esse critério foram extraídas do NET.

Para os registros oriundos do SIM, foram retiradas as duplicidades considerando as mesmas campos de comparação do Sinan.

As bases de dados do Siscel e do Siclom permitem a formação da base de cadastro dos pacientes que acessam a rede, seja para realizar exames de CD4 ou carga viral, seja para receber medicamentos. Dessa base, foram retiradas duplicidades utilizando as mesmas campos de comparação do Sinan e SIM, e a base foi posteriormente relacionada com a base de dados do SIM.

A composição dos pares de registros encontrados pelo relacionamento das bases do SIM e Siscel/Siclom foi modificada. Antes, as informações do SIM eram privilegiadas em relação às informações do Siscel/Siclom; no atual Boletim, as informações do Siscel/Siclom são privilegiadas naqueles registros que atendem ao critério de definição. Para os registros pareados que não atendem ao critério, as informações são extraídas do SIM.

Os registros do Siscel/Siclom e SIM unificados foram relacionados com os registros do Sinan (Windows e NET combinados), com o intuito de identificar provável subnotificação do Sinan e agregar a base de dados de aids. A composição dos pares originados por esse relacionamento foi modificada. Antes, privilegiavam-se as informações do Sinan; no atual Boletim, as informações do Sinan são privilegiadas apenas nos casos que atendem ao critério de definição. Naqueles que não atendem ao critério, as informações são obtidas a partir do Siscel/Siclom, e por último, se não atenderem ao critério pelo Siscel/Siclom, as informações são extraídas dos óbitos (SIM).

Os registros do Siscel/Siclom e SIM unificados que não foram pareados com o Sinan foram inseridos na base de aids nacional segundo os seguintes critérios: CD4 abaixo do esperado para a faixa etária com presença de carga viral detectável ou dispensa de medicamentos ou óbito por aids oriundo do SIM. Aqueles que não atendiam a esses critérios foram excluídos da base de dados.

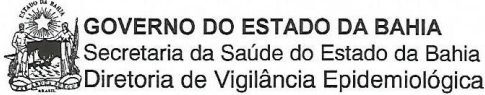
Do mesmo modo, foram excluídos da base os casos de aids notificados no Sinan e classificados como critério descartado ou HIV positivo ou em branco, que não foram pareados com o SIM ou com o banco de cadastro do Siscel e Siclom. Adicionalmente, foram eliminados aqueles pareados com o banco de cadastro que não atendiam aos seguintes critérios: CD4 abaixo do esperado para a faixa etária com presença de carga viral detectável ou dispensa de medicamentos.

Os registros identificados como categoria de exposição "acidente de trabalho", no total de nove, que não apresentaram a investigação dessa exposição, foram reclassificados como ignorados e encaminhados para as respectivas Unidades Federadas para proceder-se à investigação.

Para os casos não notificados no Sinan, mas incorporados à base de aids nacional por serem provenientes do SIM, Siscel e Siclom, foi criada a variável data de diagnóstico baseado na data do óbito (SIM) e na data da coleta do primeiro CD4 (Siscel), de acordo com a entrada do registro no banco de dados.

As tabelas referentes à Unidade Federada (UF), sexo e faixa etária foram elaboradas considerando as informações do banco relacionado (Sinan + SIM + Siscel/Siclom), enquanto as tabelas referentes à categoria de exposição, raça/cor e escolaridade foram construídas considerando somente os dados do Sinan.

Anexo I – Carta de Anuência da Divep/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.



CARTA DE ANUÊNCIA

Reconheço o projeto de pesquisa “Distribuição espaço-temporal da aids, na Bahia, no período 2002 a 2012”, cuja pesquisadora responsável é **Alba Regina de Sousa**, discente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob orientação da professora Maria Inês Costa Dourado.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada concedo a anuência para seu desenvolvimento e concordo em disponibilizar a base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), além do banco relacionado (Sinan, Sim, Siscel e Siclom), fornecido pelo Ministério da Saúde/Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, período 2002 a 2012, desde que seja assegurado o cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP. A pesquisadora deverá preservar a confidencialidade dos dados e utilizá-los com a finalidade científica exclusivamente, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

Salvador, 2 de junho de 2014.


Maria Aparecida Araújo Figueiredo
Diretora