

Márcio Cristiano de Melo

**Perfil Epidemiológico de Idosos com AIDS na
Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte**

Belo Horizonte - MG

Escola de Enfermagem da UFMG

2012

Márcio Cristiano de Melo

Perfil Epidemiológico de Idosos com AIDS na Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte

Monografia apresentada ao Curso de Especialização da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta

Belo Horizonte - MG

2012



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação

Monografia intitulada: “Perfil Epidemiológico de Idosos com AIDS na Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte” de autoria do Discente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Coletiva Márcio Cristiano de Melo, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta (EE-UFMG)

Orientador

Prof. Dr. Mark Anthony Beinner (EE-UFMG)

Avaliador

Profa. Dra. Larissa Loures Mendes (EE-UFMG)

Avaliadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família: meu pai, madastra e irmão que acima de tudo e de todos acreditaram no meu esforço em crescer.
À memória da minha mãe que de onde estiver tenho a certeza que olha por mim todos os dias.

Aos meus amigos Fábio e Glauber que considero minha família em Minas.
Aos amigos conquistados durante o decorrer do curso que levarei todos os dias da minha vida junto das melhores lembranças.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai e sua esposa, pelo exemplo de determinação, dedicação e fé.

Ao meu irmão Marcelo, pelo companheirismo, proteção, carinho e amor incondicional.

A Fábio Takahashi e Glauber Cabral Modolo, pois sem seus conselhos, suas críticas e elogios eu não me tornaria o ser humano que sou hoje.

Às grandes amigas Dayanna Mary de Castro e Gislaine Pereira da Silva, seu exemplo de vida e todos os seus conselhos farão parte da eternidade dos meus pensamentos, sua amizade é especial e vocês sempre terão um lugar muito especial em minha vida e em meu coração!

Aos professores Doutor Jorge Gustavo Velásquez Meléndez e Doutora Maria Flávia Gazzinelli Bethony, pelos ensinamentos e votos de confiança.

Ao amigo e professor Doutor Adriano Marçal Pimenta, pela paciência e compreensão durante essa jornada.

***"Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, e de repente você
estará fazendo o impossível."***

São Francisco de Assis

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Coeficiente de incidência da AIDS (por 100.000 habitantes), segundo o sexo e ano de notificação, Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte, 1986 a 2010....22

Gráfico 2 – Coeficiente de incidência da AIDS (por 100.000 habitantes), segundo a faixa etária detalhada e ano de notificação, Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte, 1986 a 2010.....25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Casos de AIDS em indivíduos com 60 anos ou mais, segundo variáveis sociodemográficas e categoria de exposição, Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte, 1986 a 2010.....23

Tabela 2 – Coeficiente de incidência da AIDS (por 100.000 habitantes), segundo o ano de notificação, Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte, 1986 a 2010.....24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EIA	<i>Enzyme Immunoassay</i>
ELISA	<i>Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay</i>
HIV	Human Immuno Deficiency Virus
MEIA	Microparticle Enzyme Immunoassay
NASBA	<i>Nucleic Acid Sequence Based Amplification</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	<i>Amplicor HIV Monitor Test</i>
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
METODOLOGIA.....	19
RESULTADOS	21
DISCUSSÃO	25
CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXOS	35

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS COM AIDS NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Epidemiological profile of elderly with AIDS in a Health Macroregion the City of Belo Horizonte

Márcio Cristiano de Melo¹, Adriano Marçal Pimenta²

¹ Enfermeiro, Discente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

² Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: A epidemia de AIDS no Brasil tem se expandido rapidamente na população idosa. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos idosos notificados por AIDS na Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo de série histórica, realizado nos municípios pertencentes à Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte, com dados obtidos na base de dados do SINAN, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Neste estudo, foram consideradas as seguintes variáveis constantes da ficha de notificação compulsória da AIDS: sexo, idade, raça/cor, escolaridade em anos de instrução e categoria de exposição. **Resultados:** A média do coeficiente de incidência no período foi de 14/100.000 habitantes. Foram encontrados 205 casos do sexo feminino (38,39%) e 329 casos do sexo masculino (61,61%). O predomínio dos casos notificados se deu na raça branca (26,22%), na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade (81,46%), nos heterossexuais (50%) e na categorias de escolaridade intermediárias (42,13%). **Conclusão:** O perfil epidemiológico dos idosos com AIDS da Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte caracterizou-se por um aumento gradual do número de casos notificados, predominando pessoas do sexo masculino, com pouca escolaridade, brancas e heterossexuais.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; HIV; Epidemiologia, Sistemas de Informação; Notificação de Doenças; Idoso.

ABSTRACT

Introduction: The AIDS epidemiology in Brazil has involved rapidly the elderly population. **Objective:** To describe the epidemiological profile of elderly notified with AIDS in Health Macroregion of Belo Horizonte. **Methods:** This is an epidemiological, descriptive, historical series study, conducted in municipalities in the Belo Horizonte Health Macroregion, based on data obtained from Notified Information System of Compulsory Disease, available from Department of Brazilian Health System. In this study, we study the following variables contained in compulsory notification form of AIDS: gender, age, race / ethnicity, schooling and exposure category. **Results:** The average incidence rate during the period was 14/100.000 inhabitants. We found 205 cases among female subjects (38.39%) and 329 among male (61.61%). The reported prevalence of cases occurred in white patients (26.22%), 60 to 69 years of age (81.46%), in heterosexual (50%) and intermediate level of schooling (42.13 %). **Conclusion:** The epidemiological profile of elderly patients with AIDS in a Health Macroregion the City of Belo Horizonte was characterized by a gradual increase in the number of reported cases among individuals with following characteristics: males, low levels of schooling, white and heterosexual people.

Key-words: **Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV; Epidemiology; Information Systems; Disease Notification; Aged.**

INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) é pertencente à classe dos retrovírus causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) (SILVA; DALBERTO; NARDI, 2006). A transmissão do HIV pode ocorrer através de quatro vias: sexual, sanguínea, parenteral, além da transmissão ocupacional, na qual ocorre o contato e/ou troca de sangue ou de secreção orgânica que contém o vírus ou células parasitadas pelo mesmo (BRASIL, 2010).

Quando se deu início à epidemia de AIDS nos anos 80, exigiu-se dos governos competência para levar a mensagem do sexo seguro ao grupo aparentemente mais vulnerável. Desde então, é assim com homossexuais, prostitutas, usuários de drogas injetáveis, jovens heterossexuais e, mais recentemente, com mulheres casadas. Nos últimos anos, a epidemia da doença avança, também, sobre uma parcela da população fisicamente fragilizada e de abordagem mais complexa: os idosos (CALDAS; GESSOLO, 2006).

Os infectados pelo HIV evoluem para grave disfunção do sistema imunológico, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+, uma das principais células-alvo do vírus. A contagem de linfócitos T CD4+ é importante marcador dessa imunodeficiência, sendo utilizada na definição de caso de AIDS, na avaliação do tratamento e prognóstico da doença (BRASIL, 2005). Hoje, a AIDS é conhecida como uma doença de pessoas na idade reprodutiva, porém, no Brasil, cresce a quantidade de casos em pessoas acima de 50 anos, como em nenhuma outra faixa etária (POTTES *et al.*, 2007). De acordo com Linsk (2000), pessoas com mais de 50 anos são afetadas pela epidemia da AIDS de forma semelhante às pessoas jovens.

Na pesquisa de Caldas e Gessolo (2006) observou-se que o número de casos confirmados em idosos cresce no Brasil. Entre os homens, a expansão foi de 98% na última década. Sobre a parcela feminina idosa, a epidemia avança com grande magnitude: houve um crescimento de 567% entre 1991 e 2001.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos até 2025, o que corresponderá a 15% da

população brasileira, ou seja, aproximadamente 30 milhões de pessoas. Conseqüentemente, se faz necessárias ações de promoção da saúde para essa parcela da população, visto o grande aumento no número de casos de infecção pelo HIV. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em uma visão ampla, a situação atual da epidemia de AIDS no Brasil caracteriza-se pela heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia, sendo que o perfil epidemiológico da doença sofreu modificações ao longo do tempo, passando a ser disseminada por relações heterossexuais e, por conseguinte, contaminando as mulheres. A evolução da epidemia aponta para o envolvimento das populações socialmente mais vulneráveis e a análise da evolução espacial indica que a doença não se distribui de forma homogênea entre as regiões brasileiras, e deixa de ser uma doença dos grandes centros, atingindo municípios menores (BARBOSA; SAWYER, 2003; DOURADO *et al.*, 2006).

A análise recente do perfil epidemiológico da epidemia da AIDS em Minas Gerais aponta que no Estado ocorre o mesmo conjunto de transformações que se dão em escala nacional, quais sejam os fenômenos denominados “heterossexualização”, “feminização” e “pauperização” (BARBOSA; SAWYER, 2003; BARBOSA, 2004; DOURADO *et al.*, 2006).

Destaca-se a identificação de duas importantes aglomerações geográficas nos quais as taxas de incidência de AIDS são elevadas: o primeiro compreende toda a região do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, uma segunda na área onde se localiza as mesorregiões Central Mineira, Metropolitana Belo Horizonte e Oeste de Minas. Revela-se em linhas gerais, uma discrepância que permite caracterizar um espraiamento geográfico da AIDS em algumas mesorregiões do Estado. Por outro lado, também se evidencia, em algumas outras áreas, uma tendência de arrefecimento das taxas, como é o caso da área onde se localiza a capital, Belo Horizonte (BARBOSA, 2004).

Os casos de infecção de AIDS em idosos acontecem predominantemente por transmissão sexual. Em virtude da estigmatização da terceira idade, tanto os familiares

como os profissionais negam-se a pensar que nesta fase a pessoa está ativa sexualmente (ARAÚJO *et al.*, 2007).

Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar o perfil epidemiológico dos idosos notificados por AIDS na Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte-MG, entre 1986 e 2010.

METODOLOGIA

No presente estudo, foi utilizada para idoso a definição da OMS, que especifica como população idosa aquela a partir de 60 anos (OMS, 2005).

Trata-se de um estudo descritivo de série histórica, realizado nos municípios pertencentes à Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte, com dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A escolha do período 1986 a 2010 ocorreu pela disponibilidade desses dados no DATASUS no momento da coleta, em maio de 2012.

Optou-se por trabalhar somente com os casos notificados, caracterizados pelo desenvolvimento da AIDS, ao invés de agregar, também, os casos diagnosticados como HIV positivo, o que demandaria a necessidade de recorrer às Secretarias Municipais de cada cidade para a coleta de tais dados, inviabilizando a proposta da pesquisa de utilizar como fonte o SINAN.

Notifica-se como caso confirmado de AIDS todo indivíduo que apresentar evidência laboratorial da infecção pelo HIV (dois testes de triagem de detecção de anticorpos anti-HIV ou um confirmatório reagente) e, além disso, um somatório de pelo menos dez pontos numa escala de sinais, sintomas ou doenças (**Anexo 1**), independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência. Para o diagnóstico de infecção pelo HIV, são considerados testes de triagem para detecção de anticorpos: *Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay* (ELISA), *Enzyme Immunoassay* (EIA), *Microparticle Enzyme Immunoassay* (MEIA) e ensaio imunoenzimático por

quimioluminescência. São considerados testes confirmatórios: imunofluorescência, *imunoblot*, *Western Blot*, teste de amplificação de ácidos nucleicos, *Amplicor HIV Monitor Test* (PCR) e *Nucleic Acid Sequence Based Amplification* (NASBA) (BRASIL, 2004).

A notificação é feita pelo preenchimento e envio da Ficha de Investigação Epidemiológica de Caso de AIDS, adulto ou criança, disponível no SINAN, que deve ser preenchida pelo médico ou outro profissional de saúde capacitado para tal, no exercício de sua função. A Portaria nº 2.325/GM, de 08 de dezembro de 2003, regulamenta a notificação de doenças compulsórias em todo o país, inclusive da AIDS (BRASIL, 2005).

De acordo com a Resolução da Secretaria Estadual de Saúde nº 811, os municípios pertencentes à Macrorregião de Belo Horizonte são: Belo Horizonte, Belo Vale, Betim, Bonfim, Brumadinho, Caeté, Conceição do Mato Dentro, Confins, Contagem, Crucilândia, Esmeraldas, Florestal, Ibirité, Igarapé, Itabirito, Jaboticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mariana, Mario Campos, Mateus Leme, Matozinhos, Moeda, Nova Lima, Nova União, Ouro Preto, Pedro Leopoldo, Piedade dos Gerais, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Rio Manso, Sabará, Santa Luzia, Santana do Riacho, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Taquaraçu de Minas e Vespasiano (MINAS GERAIS, 2005). Segundo a Superintendência Regional de Saúde de Minas, a Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte tem uma extensão territorial de 14.691,50 Km² e possui uma população estimada de 5.289.947 habitantes (MINAS GERAIS, 2000).

Neste estudo, foram consideradas as seguintes variáveis constantes da ficha de notificação compulsória da AIDS: sexo, idade (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 e mais anos), raça/cor (branca, preta, parda, indígena, ignorada), escolaridade em anos de instrução (nenhum, 1 a 3, 4 a 7, 8 a 11, 12 e mais, ignorado) e categoria de exposição (heterossexual, homossexual, bissexual, usuário de drogas injetáveis, transfusão, transmissão vertical, ignorado) (**Anexo 2**).

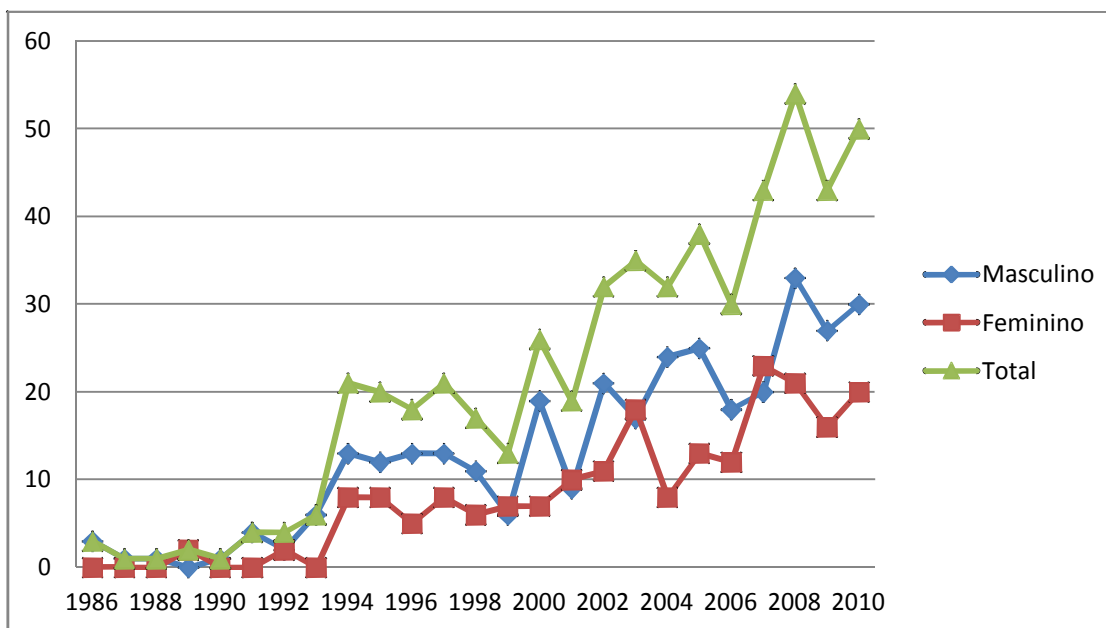
Os dados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos de distribuição de frequências e de coeficientes de incidência de AIDS para cada 100.000 habitantes, construídos com o auxílio do software Excel para Windows Vista. Os coeficientes de incidência definem-se como medidas por excelência do risco da doença e do agravo. Os valores calculados seguiram como base as fórmulas recomendadas para estudos epidemiológicos (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Para o cálculo de incidência anual dos casos de AIDS, foram usadas como denominadores as populações dos censos demográficos de 1986 a 2010, fornecidos Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

RESULTADOS

O número de casos de AIDS, no período de 1986 a 2010, em indivíduos com 60 anos ou mais na Macrorregião de Saúde Belo Horizonte incluiu 534 pessoas, das quais 329 (61,61%) eram homens e 205 (38,39%) eram mulheres, caracterizando uma razão de masculinidade de 1,6:1.

A partir do ano de 1993, houve grande aumento da incidência de AIDS na população estudada em ambos os sexos. Por outro lado, entre 2001 e 2010, o número de casos masculinos não apresentou grandes variações, mantendo-se, aproximadamente, entre 20 e 30 casos por 100 mil habitantes. Para o sexo feminino, nesse mesmo período, também ocorreu uma estagnação dos casos, mantendo-se, aproximadamente, entre 10 e 20 casos por 100 mil habitantes (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 – Coeficiente de incidência da AIDS (por 100.000 habitantes), segundo o sexo e ano de notificação, Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte, 1986 a 2010.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, DATASUS, 2012.

No que diz respeito à faixa etária, o maior número de casos notificados, em todo o período estudado, foi observado em indivíduos entre 60 e 69 anos de idade (n=435) representando 81,46% do total, sendo 264 do sexo masculino e 171 do sexo feminino. Com relação ao grau de escolaridade da população em estudo, observou-se uma menor incidência da doença em indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade em ambos os sexos. Ainda que, em proporção semelhante possa ser observada em indivíduos com nenhuma escolaridade, entende-se que muitos dos casos classificados como ignorados possam contemplar pessoas não alfabetizadas. Um dado que chama a atenção quanto à escolaridade é que, somando-se os indivíduos com 4 a 11 anos de estudo (n=152) percebemos que pessoas com um teor de conhecimento maior não deixam de correr os mesmos riscos que pessoas com baixa instrução educacional. **(Tabela 1).**

Com relação à raça/cor verificou-se que os brancos apresentam maior incidência da doença (n=140) sendo que os homens ainda representam a maioria dos doentes notificados (n=91) em comparação com as mulheres (n=49). No que diz respeito à categoria de exposição, 50% (n=267) são heterossexuais, dos quais as mulheres

somam 169 contra 98 casos entre os homens, caracterizando uma razão de feminilidade de 1,7:1 (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Casos de AIDS em indivíduos com 60 anos ou mais, segundo variáveis sociodemográficas e categoria de exposição, Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte, 1986 a 2010.

Variáveis	Masculino (n=329)		Feminino (n=205)		Total (n=534)	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (anos)						
60 – 69	264	80,24	171	83,41	435	81,46
70 – 79	53	16,11	27	13,17	80	14,98
80 ou mais	12	3,65	07	3,41	19	3,56
Escolaridade (anos de estudo)						
Nenhum	15	4,56	21	10,24	36	6,74
1 – 3	43	13,07	30	14,63	73	13,67
4 – 7	57	17,33	33	16,10	90	16,85
8 – 11	44	13,37	18	8,78	62	11,61
12 ou mais	33	10,03	04	1,95	37	6,93
Ignorado	137	41,64	99	48,29	236	44,19
Raça/cor						
Branca	91	27,66	49	23,90	140	26,22
Preta	21	6,38	18	8,78	39	7,30
Parda	53	16,11	51	24,88	104	19,48
Indígena	01	0,30	-	-	01	0,18
Ignorado	163	49,54	87	42,44	250	46,82
Categoria de Exposição						
Heterossexual	98	29,79	169	82,44	267	50
Homossexual	37	11,25	-	-	37	6,93
Bissexual	23	6,99	-	-	23	4,31
Usuário de drogas injetáveis	03	0,91	01	0,49	04	0,75
Transfusão	08	2,43	03	1,46	11	2,06
Transmissão Vertical	01	0,30	02	0,98	03	0,56
Ignorado	159	48,33	30	14,63	189	35,39

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, DATASUS, 2012.

Quando se deu o início das notificações em 1986 na região estudada, os três casos encontrados eram do sexo masculino, possuindo sua raça/cor ignorada. Com relação à escolaridade encontrou-se um caso com 8 a 11 anos e dois casos com 12 ou mais anos de estudos, sendo que, o modo de contágio do vírus do HIV distribuiu-se em

um caso por relação homossexual, um caso por transfusão sanguínea e um caso ignorado (**Tabela 2**).

A população estudada apresenta uma incidência média da doença de 14/100.000 habitantes no período analisado, mostrando um considerável crescimento a partir de 1993 e atingindo seu maior índice em 2008 (27/100.000 habitantes) (**Tabela 2**).

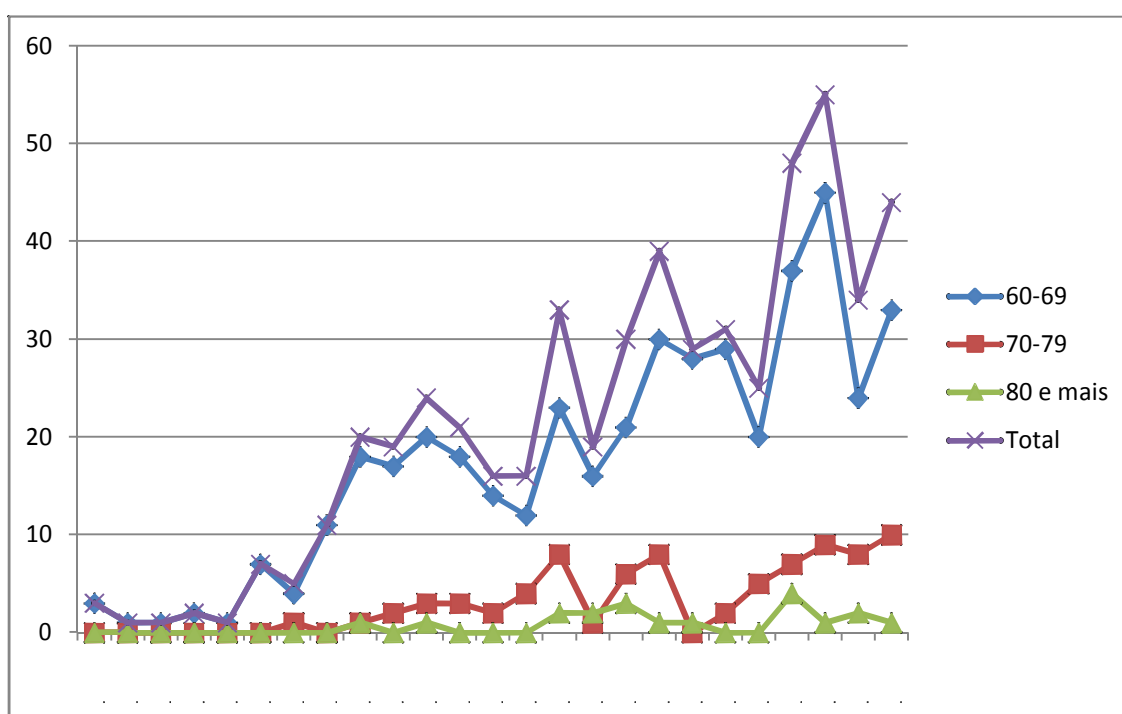
Tabela 2 – Coeficiente de incidência da AIDS (por 100.000 habitantes), segundo o ano de notificação, Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte, 1986 a 2010.

Anos	Casos Novos	Coeficiente de Incidência
1986	3	4
1987	1	1
1988	1	1
1989	2	2
1990	1	1
1991	4	4
1992	4	4
1993	6	6
1994	21	21
1995	20	20
1996	18	15
1997	21	17
1998	17	14
1999	13	10
2000	26	18
2001	19	13
2002	32	21
2003	35	23
2004	32	21
2005	38	24
2006	30	19
2007	43	22
2008	54	27
2009	43	21
2010	50	22
MÉDIA	21	14

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, DATASUS, 2012.

Observa-se, no **Gráfico 2**, um aumento do número de casos notificados, especialmente a partir de 1992. Esse aumento se deu em todas as faixas etárias, destacando os idosos entre 60 e 69 anos, que no decorrer do período estudado, apresentaram um aumento visivelmente superior às outras faixas etárias, sendo a categoria que se concentram a maioria dos idosos sexualmente ativos.

Gráfico 2 – Coeficiente de incidência da AIDS (por 100.000 habitantes), segundo a faixa etária detalhada e ano de notificação, Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte, 1986 a 2010.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, DATASUS, 2012.

DISCUSSÃO

Os cinco municípios de Minas Gerais que apresentaram o maior número de casos de AIDS acumulados até junho de 2010 foram: Belo Horizonte (11.748), Juiz de Fora (3.245), Uberlândia (2.404), Contagem (1.907) e Uberaba (1.797). Dentre esses municípios, a maior incidência em 2009 foi observada em Belo Horizonte (32,4/100.000 habitantes). Em 2009, a taxa de incidência do estado foi de 13,2/100.000 habitantes, a da região Sudeste, 20,4 e a do Brasil, 20,1(BRASIL, 2011). A maior taxa de incidência

na macrorregião de Belo Horizonte, ao longo da série histórica foi observada em 2008, (27/100.000 habitantes).

No presente estudo a incidência da AIDS foi maior nos indivíduos do sexo masculino em relação ao sexo feminino devido à relação de machismo usualmente vista em pessoas com maior idade. Percebe-se que muitos homens com mais de 60 anos ainda preservam certos costumes de relação de poder centralizada no homem e a mulher permanece em uma posição submissa. Este dado assemelha-se ao observado no trabalho de Fonseca; Szwarcwald; Bastos (2002, p. 684) que diz que: “as mulheres constituem um segmento populacional mais vulnerável à infecção pelo HIV por razões biológicas, devido às “regras” de pareamento entre os gêneros (com homens mais velhos interagindo com mulheres mais jovens), e, principalmente, por serem tratadas desigualmente em termos políticos, culturais e socioeconômicos, com menor acesso a bens materiais, proteção social e, certamente, à educação”, e também no estudo de Araújo *et al.* (2007, p. 551) relatando em uma passagem que “a tendência de crescimento do número de mulheres na epidemia, sobretudo na subcategoria heterossexual, desde 1992, traduz-se na maior vulnerabilidade feminina e menor acesso aos serviços de saúde reprodutiva, além da dificuldade em negociar o uso de preservativo com o parceiro na maioria dos casos”.

Com relação à escolaridade, neste estudo, observou-se que menor incidência da doença entre os indivíduos com maior escolaridade (6,93/100.000 habitantes). Ainda, que em proporção semelhante possa ser observada em indivíduos com nenhuma escolaridade, entende-se que muitos dos casos classificados como ignorados possam contemplar pessoas não alfabetizadas. O estudo de Fonseca *et al.* (2000) mostra, de forma consistente, que a epidemia de AIDS no Brasil se iniciou nos estratos sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação para os de menor escolaridade em todas as regiões do país e para ambos os sexos.

Mesmo mantendo um alto índice de notificação com relação à variável “ignorado”, percebe-se que 26,22% dos casos em idosos estão presentes na raça branca seguida da raça parda (19,48%), tal dado foi evidenciado no estudo realizado por Fry *et al.* (2007) que mostra que em no período de 2000 a 2005 o total de casos notificados na variável raça/cor apresenta um total de 37.758 casos notificados como

raça branca e na raça parda 17.231 casos notificados evidenciando assim que a raça branca ainda notifica mais que a metade da variável seguinte.

Os heterossexuais representaram 50% dos casos notificados em idosos no período estudado, o que também é evidenciado na pesquisa de Szwarcwald *et al.* (2000) que avalia a disseminação da doença no Brasil. Nesse sentido, a implementação de programas voltados para o atendimento de pessoas da terceira idade portadoras do HIV/AIDS deveria valorizar as questões relativas à sexualidade, comprometimento conjugal e relações de gênero e de estigma, além de promover a inclusão do idoso como alguém que possui desejo e planos de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O sexo na terceira idade, assunto que até pouco tempo era silenciado na sociedade, mostrou-se ser de grande importância para estudos relacionados à AIDS. Após a descoberta de estimulantes sexuais que em sua grande maioria são utilizados por idosos, principalmente do sexo masculino, fez aumentar o número de casos notificados nessa faixa etária, o que mostra a grande necessidade de programas de saúde pública específicos para a prevenção da contaminação pelo vírus HIV, que leva ao desenvolvimento da AIDS, uma vez que o simples uso de preservativo no ato sexual previne a contaminação (ARAÚJO *et al.*, 2007).

A epidemia de AIDS no Brasil é, de fato, o somatório de subepidemias microrregionais, em interação permanente, devido aos diferentes momentos de introdução do HIV no território nacional, às diferentes condições de vida das populações atingidas, às distintas composições das populações regionais, aos padrões de mobilidade da população e à diversidade de arranjos e padrões de comportamento sexual. A AIDS é considerada como uma doença emergente e representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade em virtude de seu caráter pandêmico e gravidade (BRASIL, 2005).

A propagação da AIDS, no Brasil, evidencia uma epidemia de múltiplas dimensões que, ao longo do tempo, tem apresentado profundas transformações na sua evolução e distribuição. Vista a princípio como uma epidemia específica de indivíduos jovens e considerados de “grupos de risco”, passou a atingir qualquer indivíduo da sociedade, independente de sexo e idade (ARAÚJO *et al.*, 2007).

Idosos heterossexuais não são diferentes de adultos jovens heterossexuais, a contaminação das parceiras ocorre por relações fora convívio conjugal do casal influenciado pelo uso de estimulantes sexuais e o não uso de preservativos. Uma vez contaminados, os homens infectam suas parceiras que não são habituadas a utilizar preservativo nas relações por condições culturais e na crença da fidelidade conjugal. A retomada da característica sexual ativa dos homens idosos faz com que muitos se sintam mais aceitos perante a sociedade, seu meio de convívio e sua relação conjugal trazendo assim maiores riscos para o contágio tanto de homens idosos solteiros como os casados (GIRONDI et al., 2012; ARAÚJO et al., 2007).

A transmissão heterossexual constituiu a principal fonte de contaminação do HIV entre homens e mulheres idosos, apesar da transmissão entre homens com prática de natureza homo-bissexual ser relevante (ARAÚJO et al., 2007).

[...] Para os homens entrevistados, a representação de transmissão está ancorada nas idéias que ligam a doença aos homens que fazem sexo com homem, às pessoas que se relacionam com travesti; doença de promiscuidade, de zona boêmia, de lugares sujos; doença do sexo, do prazer; doença de comportamentos sexuais desviantes; doença ligada à promiscuidade. (COELHO, 2006, p. 13)

Até pouco tempo, acreditava-se que as pessoas acima de 50 anos sofriam a decadência da atividade sexual, devido à menopausa nas mulheres e a progressiva disfunção sexual nos homens; a atividade sexual perdia sua função de gerar filhos, e, portanto, seu argumento na sociedade (SOUSA, 2008).

Araújo et al. (2007, p. 546) acrescenta um fator importante no decorrer de sua pesquisa e indaga que “diante da perspectiva do aumento do número de idosos infectados na terceira idade, e, em decorrência da ampliação da expectativa de vida facilitada pelos antirretrovirais, faz-se necessário se conhecer características regionais dessa população já comprometida”.

Segundo Pottes et al. (2007, p.349): “Não causa surpresa o fato de pessoas idosas não adotarem medidas de prevenção para o HIV, pois, além da questão cultural, os programas de prevenção são mais voltados para a camada da população

mais jovem [...]”. A exclusão de idosos das políticas de prevenção é confirmada por Lisboa (2006, p.3): “Há uma capa de invisibilidade sobre tal população no que concerne a enxergá-los como sujeitos desejantes e sexualmente ativos”.

“Pensar em outras formas de infecção e transmissão, que não a sexual, parece ser um mecanismo utilizado para desviar, ou até mesmo para não afirmar, a importância das relações sexuais desprotegidas como mecanismo de transmissão, apesar de saberem e falarem sobre essa forma de contágio”, comenta Coelho (2006, p. 14).

A abordagem clínico-terapêutica do HIV tem se tornado cada vez mais complexa, em virtude da velocidade do conhecimento acerca deste agente. O tratamento objetiva prolongar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida, pela redução da carga viral e reconstituição do sistema imunológico, e é garantido pelo Sistema Único de Saúde, por meio de ampla rede de serviços (BRASIL, 2005).

Para a vigilância epidemiológica, acompanhar a tendência temporal e espacial da doença, infecções, comportamentos de risco, grupos de risco e formas de contágio visando nortear suas ações torna-se um poderoso componente objetivo. Conhecer a população e como a doença caracteriza-se nela faz com que haja melhorias no modo de traçar novos planos de cuidados e também para adotar políticas adequadas com relação à transmissão, diagnóstico e tratamento.

Com relação às limitações do estudo percebemos que ocorre, em praticamente todos os itens encontrados na ficha de notificação, ausência de dados e preenchimento inadequado, uma vez que a inserção das informações deve ser realizada preferencialmente na presença da pessoa diagnosticada com AIDS para que tais dados não sejam esquecidos ou ignorados. Essa é uma importante ferramenta para estudos epidemiológicos e uma subnotificação pode dificultar a tentativa de traçar novas políticas de saúde específicas.

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico dos idosos com AIDS da Macrorregião de Saúde de Belo Horizonte caracterizou-se por um aumento gradual do número de casos notificados, predominando pessoas do sexo masculino, com pouca escolaridade, brancas e heterossexuais.

A visão de estereótipos relacionados à velhice e à AIDS, que já é vivenciada por pessoas com mais idade deve ser priorizada com ações de Saúde Pública que aborde o idoso infectado para diminuição dos efeitos relacionados ao preconceito. Há uma grande importância em encorajar os idosos a procurar auxílio das equipes de saúde para o tratamento e uma melhor inclusão social, fazendo com que eles sejam vistos como aquilo que realmente são, seres humanos sexualmente ativos, atores da sociedade e também favorecidos pelas políticas de saúde nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Por fim, vale destacar que os programas de prevenção e promoção da saúde devem incluir a população idosa como grupo prioritário no combate à epidemia de HIV/AIDS.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Vera Lúcia Borges et al. Características da AIDS na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, n. 10, v. 4, p. 544-54, 2007.

BARBOSA, Lara de Melo. **A Aids: Uma análise espacial da disseminação em Minas Gerais**. In: XI SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA - ECONOMIA, HISTÓRIA, DEMOGRAFIA E POLÍTICAS PÚBLICAS. Diamantina - MG: UFRN, 2004. p. 15.

BARBOSA, Lara de Melo; SAWYER, Diana Oya. AIDS: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos municípios das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 20, n. 2, p. 241-57, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças**. Brasília, 2ª edição, p. 21, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. 1ª a 26ª Semanas. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**. Brasília, n. 2, v. 1, p. 1-48, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, 6ª edição, p. 137, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS - O controle da DST no Brasil**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Brasília, Ano VII, n. 01, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - Relatório de Situação em Minas Gerais. Brasília, 5ª ed., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Banco de dados sobre AIDS dos anos de 1980 a 2010 da microrregião de Belo Horizonte-MG**. 2012.

CALDAS, José Manuel Peixoto; GESSOLO, Kleber M. AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública. VII Congresso Virtual HIV/AIDS: O VIH/SIDA na Criança e no Idoso, 2006. Disponível em <http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=36&CommID=317>. Acesso em: 28 de maio de 2012.

COELHO, Aglaya Barros. **Representação social dos homens infectados por HIV acerca da AIDS**. Belo Horizonte, 2006. 143f.. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

DOURADO, Inês et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, p. 9-17, 2006.

FONSECA, Maria Goretti Pereira; SZWARCOWALD, Célia Landmann; BASTOS, Francisco Inácio. Análise sociodemográfica da epidemia de AIDS no Brasil, 1987 - 1997. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 678-85, 2002.

FONSECA, Maria Goretti et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 16, p. 77-87, 2000.

FRY, Peter H. et al. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 3, p. 497-523, 2007.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis et al. Perfil epidemiológico de idosos brasileiros que morreram por síndrome da imunodeficiência adquirida entre 1996 e 2007. **Acta Paul Enferm**, n. 25, v. 2, p. 302-7, 2012.

LINSK, Nathan L. HIV among older adults: age-specific issues in prevention and treatment. **Aids Reader**, n. 10, p. 430-40. 2000.

LISBOA, Marcia Eliza Servio. A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia de HIV/AIDS. 2006. Disponível em: < http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=227>. Acesso: 29 de maio de 2012.

MINAS GERAIS. Resolução SES nº 0811 de 30 de dezembro de 2005. **Identifica as Gerências Regionais de Saúde – GRS do Estado de Minas Gerais e estabelece as suas respectivas áreas de abrangência**. Belo Horizonte, p. 2, 2005.

MINAS GERAIS, Secretaria de Saúde. **Plano diretor de Regionalização**. 2000.

OLIVEIRA, Denize Cristina et al. O significado do HIV/AIDS no processo de envelhecimento. **Rev Enf UERJ**, Rio de Janeiro, n. 19, v. 3, p. 353-8, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2005.

POTTES, Fábila Alexandra et al. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v. 10, n. 3, p. 338-51, 2007.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 37-79.

SILVA, Flávia Helena; DALBERTO, Tiago Pires; NARDI, Nancy Beyer. Beyond retrovirus infection: HIV meets gene therapy. **Genetics and Molecular Biology**, n. 29, v. 2, p. 367-79, 2006.

SOUSA, Jailson L. Sexualidade na terceira idade: Uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. **J Bras D Sex Transm**, n.20, v. 1, p. 59-64, 2008.

SZWARCWALD, Celia Landmann et al. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 16, p. 7-19, 2000.

ANEXOS

Anexo 1 – Escala com a pontuação para sinal, sintoma ou doença.

ESCALA DE SINAIS, SINTOMAS OU DOENÇAS

SINAIS / SINTOMAS / DOENÇAS	DESCRIÇÃO	PONTOS
Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia	Anemia: hematócrito inferior a 30% em homens e 25% em mulheres; ou hemoglobina inferior a 6,80 mmol/L (menos de 11,0 g/dL) em homens e inferior a 6,20 mmol/L (menos de 10,0 g/dL) em mulheres. Linfopenia: contagem absoluta de linfócitos inferior a $1 \times 10^9/L$ (menos de 1.000 células/mm ³). Trombocitopenia: contagem de plaquetas inferior a $100 \times 10^9/L$ (menos de 100.000 células/mm ³).	2
Astenia	Por um período igual ou superior a um (1) mês, excluída a tuberculose como causa básica.	2
Caquexia	Perda de peso involuntária superior a 10% do peso habitual do paciente com ou sem emaciação, excluída a tuberculose como causa básica.	2
Dermatite persistente	Lesões eczematosas localizadas ou generalizadas de evolução crônica, lesões papulovesiculosas disseminadas sem etiologia definida ou micoses superficiais de evolução crônica resistentes ao tratamento habitual.	2
Diarréia	Constante ou intermitente, por um período igual ou superior a um (1) mês.	2
Febre	Igual ou superior a 38°C, de forma constante ou intermitente, por um período igual ou superior a um (1) mês, excluída a tuberculose como causa básica.	2
Linfadenopatia	Maior ou igual a um (1) centímetro acometendo dois (2) ou mais sítios extra-inguinais, por um período igual ou superior a um (1) mês.	2
Tosse	Tosse persistente associada ou não a qualquer pneumonia (exceto tuberculose) ou pneumonite, determinadas radiologicamente ou por qualquer outro método diagnóstico.	2
Candidose oral ou leucoplasia pilosa	Candidose oral: inspeção macroscópica de placas brancas removíveis em base eritematosa ou pela inspeção microscópica de material obtido da mucosa oral com achados característicos. Leucoplasia pilosa: placas brancas não removíveis na língua.	5
Disfunção do sistema nervoso central	Confusão mental, demência, diminuição do nível de consciência, convulsões, encefalite, meningites de qualquer etiologia conhecida (exceto a por <i>Cryptococcus neoformans</i>) ou desconhecida, mielites e/ou testes cerebelares anormais, excluídas as disfunções originadas por causas externas.	5
Herpes zoster em indivíduo com até 60 anos de idade	Lesões dermatológicas em diferentes fases de evolução, precedidas e/ou acompanhadas por dor, acometendo um ou mais dermatômos.	5
Tuberculose pulmonar, pleural ou de linfonodos localizados numa única região	Tuberculose de linfonodos com localização única, pleural, pulmonar não-especificada ou cavitária diagnosticada por padrão radiológico específico, inspeção microscópica (histologia ou citologia), cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	5
Outras formas de tuberculose	Tuberculose de linfonodos localizados em mais de uma cadeia, disseminada, atípica ou extra-pulmonar diagnosticada por padrão radiológico específico (miliar, infiltrado intersticial, não cavitário) e/ou inspeção microscópica (histologia ou citologia), pesquisa direta, cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	10
Sarcoma de Kaposi	Diagnóstico definitivo (inspeção microscópica: histologia ou citologia) ou presuntivo (reconhecimento macroscópico de nódulos, tumorações e/ou placas eritematosas/violáceas características na pele e/ou mucosas).	10

Fonte: Programa Nacional de DST e AIDS. Critérios de definição de casos de Aids em adultos e crianças. Brasília, 2ª edição, p. 21, 2004.

Anexo 2 – Ficha de Notificação/Investigação AIDS



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 do Diagnóstico			
Dados de Residência	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12	Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	13	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
Dados Complementares do Caso	14	Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17	UF	18	Município de Residência	
Antecedentes Epidemiológicos	19	Código (IBGE)		20 Distrito	
	21	Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22	Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
Dados do Laboratório	24	Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26	Ponto de Referência		27 CEP	
	28	(DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
Dados Complementares do Caso	30	País (se residente fora do Brasil)			
	31	Ocupação			
	32	Provável modo de transmissão 32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado			
Dados Complementares do Caso	33	Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado			
	34	Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Uso de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia Transfusão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses			
	35	Data da transfusão/acidente		36	UF
Dados Complementares do Caso	37	Município onde ocorreu a transfusão/acidente		Código (IBGE)	
	38	Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente		Código	
	39	Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica			
Dados do Laboratório	40	Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado			
		Data da coleta		Data da coleta	
		Teste de triagem		Teste confirmatório	
	Teste rápido 1		Teste rápido 2		
	Teste rápido 3		Data da coleta		

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

AIDS_ADU_NET 15/12/2006 MR COREL

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

Sinan NET SVS 08/06/2006

Fonte: Ministério da Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.