



HIV
AIDS

NO MUNICÍPIO
DO RIO DE JANEIRO





HIV AIDS

NO MUNICÍPIO
DO RIO DE JANEIRO





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

© 2023 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

1ª Edição

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde / Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde / Superintendência de Vigilância em Saúde / Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE)

Rua Ulisses Guimarães, 300, Cidade Nova, Rio de Janeiro / RJ — CEP 20211-225

Eduardo Paes

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Daniel Soranz

Secretário Municipal de Saúde

Rodrigo Prado

Subsecretário Executivo

Ana Luiza F. R. Caldas

Subsecretária de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Renato Cony Seródio

Superintendente de Atenção Primária

Larissa Cristina Terrezo Machado

Superintendente de Integração de Áreas de Planejamento

Denise Jardim de Almeida

Superintendente de Promoção da Saúde

Márcio Garcia

Superintendente de Vigilância em Saúde

Diretora do Centro de Inteligência Epidemiológica

Gislani Mateus Oliveira Aguilari

Coordenadora das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Transmissíveis

Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa

Coordenação e Revisão Técnica

Betina Durovni

Emanuelle Pereira de O. Corrêa

Gislani Mateus O. Aguilari

Márcio Garcia

Valéria Saraceni

Colaboradores

Ana Lilia Braga Maciel Zampier

Ana Paula Moura da Silva

Betina Durovni

Camilla Barros

Caroline Dias Ferreira

Emanuelle Pereira de O. Corrêa

Felipe de Carvalho Vommaro Marincola

Gislani Mateus O. Aguilari

Gustavo Albino Pinto Magalhães

Paulo Roberto Nascimento dos Santos

Thais Irene Souza Riback

Valéria Saraceni

Assessoria de Comunicação da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Clarissa Mello

Patricia Avolio

Bruna Campos

Capa

Luciano Freitas

Projeto Gráfico e Diagramação

Sandra Araujo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	6
2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	8
2.1. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HIV/AIDS DETECTADOS	8
2.1.1 INFECÇÃO PELO HIV EM GESTANTES	15
2.1.2 INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS	17
2.1.3 COINFECÇÃO TB-HIV	19
2.2 MORTALIDADE POR HIV/AIDS	20
3. ATENÇÃO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS E AÇÕES DE CONTROLE NO MRJ	23
3.1 ACESSO AO DIAGNÓSTICO	23
3.2 ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	26
3.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO	31
3.3.1 PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO E PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO	31
3.3.2 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	33
4. PERSPECTIVAS E DESAFIOS	33
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
6. REFERÊNCIAS	37



LISTA DE SIGLAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (doença pelo HIV)

AP: Área de Planejamento

CIE: Centro de Inteligência Epidemiológica

COVID-19: Doença causada pelo coronavírus

CRT: Centro de Referência e Treinamento

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

IGRA: Teste de liberação de Interferon-gama

ILTB: Infecção Latente por Tuberculose

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

MRJ: Município do Rio de Janeiro

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PEP: Profilaxia Pós-Exposição

PrEP: Profilaxia Pré-Exposição

PT: Prova Tuberculínica

PVHA: Pessoa(s) vivendo com HIV/AIDS

SAP: Superintendência de Atenção Primária

SICLOM: Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade

SIMC: Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV

SISLOGLAB: Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais

SMS-Rio: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUBPAV: Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

SVS: Superintendência de Vigilância em Saúde

TARV: Terapia Antirretroviral

TB: Tuberculose

TPT: Terapia Preventiva da Tuberculose

UDM: Unidade Dispensadora de Medicamentos

UNAIDS: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS



APRESENTAÇÃO

O presente boletim foi elaborado em conjunto pela Área Técnica da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e Doenças Sexualmente Transmissíveis da Coordenação das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Transmissíveis da Superintendência de Atenção Primária (SAP) e pelo Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE) da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), ambos da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio).

A epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), com início nos anos 80, configura-se como um grande e importante problema de saúde pública no Brasil e, também, no município do Rio de Janeiro (MRJ). Embora esteja na sua quarta década, o controle da epidemia ainda representa um grande desafio, como a mitigação dos preconceitos, o controle da doença e a associação do HIV à morte. O desafio é global, como descreve o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), que apresenta uma estratégia global que visa acabar com a doença como problema de saúde pública até 2030 (UNAIDS, 2022).

Além disso, como parte da Estratégia Global para HIV/AIDS, foram propostas pela UNAIDS em 2021 as **metas globais 95-95-95**: que 95% das pessoas conheçam seu diagnóstico positivo para HIV, 95% das que conhecem seu diagnóstico, estejam em tratamento, e 95% das pessoas que vivem com HIV e estejam em tratamento, estejam com a carga viral suprimida. O Brasil está na lista de pouco mais de 30 países que juntos respondem por 89% de todas as novas infecções por HIV no mundo. E dentro da perspectiva brasileira, em 2021 o MRJ respondeu por 2.309, 15,2%, dos 15.220 novos casos detectados no país. Discutir o desempenho do MRJ frente a essas metas e os desafios para o seu alcance também se faz presente e é um dos objetivos deste documento.

Ademais, o boletim apresenta o panorama epidemiológico do HIV/AIDS no MRJ, reunindo informações sobre os casos de HIV e de AIDS no MRJ, nas diferentes áreas da cidade e nos distintos ciclos de vida. Além dos dados epidemiológicos de casos e mortalidade, também se propõe a discutir os dados operacionais ligados à organização da atenção, acesso ao diagnóstico, tratamento e demais ações no enfrentamento da doença no município do Rio de Janeiro.

Vale destacar, também, que, de modo a apresentar um boletim o mais completo possível sobre o agravo no MRJ, a publicação reúne dados dos últimos dez anos de cinco sistemas de informação, a saber: 1) as notificações compulsórias dos casos de



HIV e de AIDS no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); 2) os óbitos notificados com causa básica por HIV/AIDS no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); 3) os registros do Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL); 4) os registros do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM); e 5) os testes rápidos para HIV do Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SISLOGLAB).

Além das informações constantes neste Boletim, os dados de HIV/AIDS no MRJ específicos para cada bairro da cidade podem ser consultados com atualização semanal por meio do Painel de Doenças Transmissíveis Crônicas constante no Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro (EpiRio), disponível on-line no endereço <https://svs.rio.br/epirio>.

Este boletim reafirma o compromisso da SMS-Rio nas ações de controle e prevenção ao HIV e na melhor qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV. Além disso, as análises contidas aqui respondem à premissa de informação para ação, uma vez que objetivam subsidiar a tomada de decisão e programação das ações de saúde baseada em evidências. Espera-se, assim, que as informações contidas neste documento possam contribuir para o controle do HIV/AIDS no MRJ.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No Brasil, os primeiros casos de AIDS foram identificados no início da década de 1980, registrados inicialmente entre homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. O cenário da epidemia no Brasil apresentou mudança devido ao acesso universal ao tratamento e à prevenção da infecção pelo HIV. O país apresentou queda nas taxas de transmissão vertical do HIV, redução da morbimortalidade da infecção e aumento da expectativa e qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), caracterizando o atual perfil crônico da doença (BRASIL, 2018).

Passados 40 anos, o país tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade. De acordo com o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, foram notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL) e no Sistema de Controle de Medicamentos (SICLOM), 381.793 casos de AIDS, acumulados de 2007 a 2020, sendo 69,8% no sexo masculino e 30,2 % no sexo feminino. A razão de sexo



vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1985, para cada 26 casos entre homens havia um caso entre mulheres, e em 2020 essa razão de sexos foi de 2,8, ou seja, 28 homens para cada 10 mulheres.

O mesmo boletim apresenta o estado do Rio de Janeiro com coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes e taxa de detecção de HIV em gestantes por 1.000 nascidos vivos maior do que a do país, com respectivamente 6,5 e 4,3 nos resultados. No município do Rio de Janeiro, nos últimos cinco anos foram notificados 12.967 casos de HIV/AIDS, com 2.829 óbitos no mesmo período. Durante esse período pode-se observar o aumento dos casos entre jovens de 15 a 29 anos em ambos os sexos. Esse cenário mostra a necessidade de abordar as demandas específicas da população mais jovem, em idade sexual ativa, e capilarizar o tema de saúde sexual e reprodutiva de forma mais abrangente, de modo a não abordar somente a recomendação de uso de preservativos e aconselhamento anticoncepcional (BRASIL, 2022).

A infecção pelo HIV e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida HIV/AIDS fazem parte da **Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública** (Portaria GM/MS n.º 1.102, de 13 de maio de 2022). A infecção pelo HIV está incluída na lista, além dos casos de AIDS, de gestantes/parturientes/puérperas com HIV e de crianças expostas. A subnotificação de casos no SINAN traz relevantes implicações para a resposta ao HIV/AIDS. É extremamente importante que todos os casos sejam notificados e que seja mantida a qualidade e a completude no preenchimento das fichas de notificação!

O HIV é um vírus que infecta as células do sistema imunológico do indivíduo, causando imunodeficiência e aumentando o risco de infecções e tumores malignos. O vírus é transmitido por via sexual (esperma e secreção vaginal), por via sanguínea (parenteral, gestação e parto para a criança) e pela amamentação. A transmissão vertical para a criança pode ocorrer durante a gestação, o parto e a amamentação.

A infecção pelo HIV é denominada quando o indivíduo não apresenta sintomas, porém, mesmo sem sintomas, o vírus se mantém ativo e muito replicativo. Sem tratamento, pode evoluir para AIDS ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, resultando em grave disfunção do sistema imunológico. Nesta fase, a baixa imunidade permite que outras doenças se manifestem, são as “doenças oportunistas”.



Atualmente, não há cura para o HIV/AIDS. O tratamento com a terapia antirretroviral (TARV), no entanto, é altamente eficaz, ajudando a pessoa que vive com HIV a ter uma vida longa e saudável, podendo, inclusive, recuperar a atividade do sistema imunológico.

Como medidas para o controle e a prevenção, é importante a divulgação sobre a doença em diversos espaços de saúde e comunitários, a oferta de testagem para diagnóstico, e a distribuição de preservativos, as quimioprevenções pré e pós-exposição disponíveis, assim como reforçar, na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, o cuidado adequado para evitar a transmissão vertical e promover o vínculo com o PVHA, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento, para melhora da qualidade de vida e propiciar a não detecção da carga viral, evitando, assim, novas contaminações.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

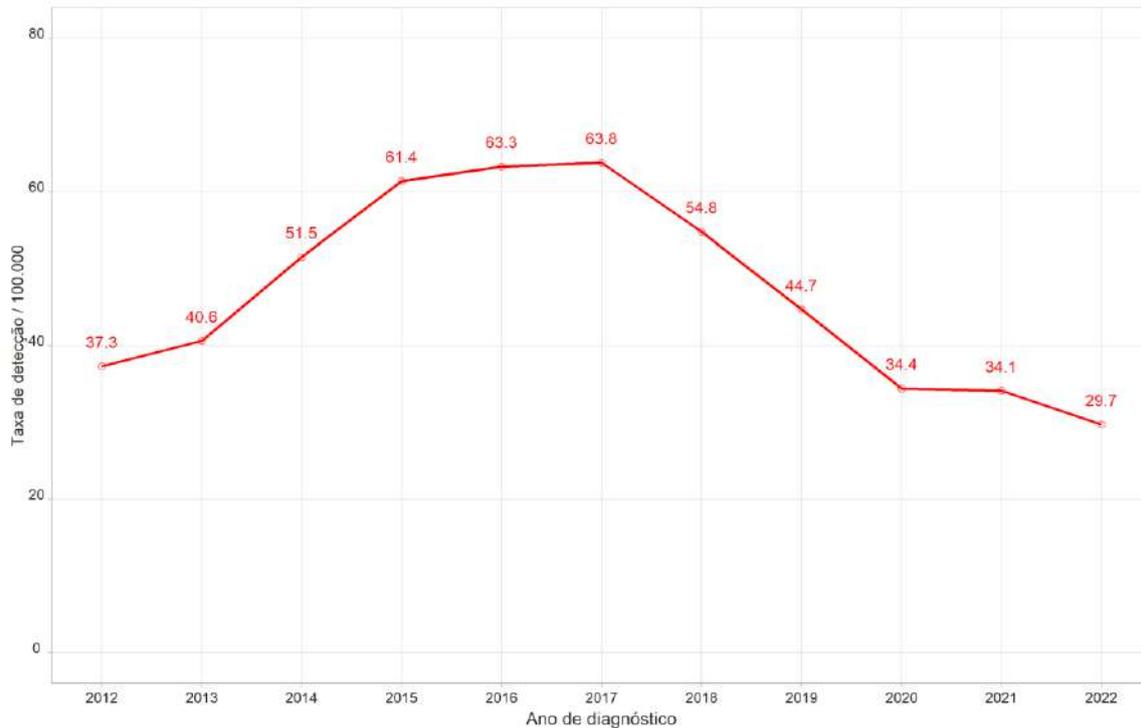
2.1. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HIV/AIDS DETECTADOS

A infecção pelo HIV/AIDS tem sua vigilância epidemiológica baseada, principalmente, na notificação compulsória dos casos. Nesse sentido, vale ressaltar que a AIDS é de notificação compulsória desde o ano de 1986, já a infecção pelo HIV em gestantes desde 2000, e somente em 2014 a infecção pelo HIV também se tornou de notificação compulsória. Desse modo, os dados a partir de 2014 sofreram incremento dos casos de infecção pelo HIV além dos casos de AIDS, fato esse demonstrado pelo aumento dos casos a partir de 2014 em relação a 2013.

Após um incremento na taxa de detecção de casos no período de 2014 a 2017, o município do Rio de Janeiro apresenta nos últimos anos uma tendência de queda em relação à taxa de detecção dos casos de HIV/AIDS, como podemos observar no Gráfico 1 e na Tabela 1. Em 2017 apresentou a maior taxa de detecção da série histórica, 63,8 casos por 100.000 habitantes, iniciando, na sequência, um período de declínio, chegando a 34,0 por 100.000 habitantes em 2021.



Gráfico 1 — Taxa de detecção de HIV/AIDS por 100.000 habitantes por ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de outubro.

Fazendo uma comparação com os dados nacionais, a taxa de detecção de AIDS no município do Rio de Janeiro vem acompanhando, mais recentemente, a tendência de queda que vem sendo observada na taxa de detecção de AIDS de todo o país, em todas as regiões brasileiras. Entretanto, no país a queda vem sendo observada desde 2012, e no MRJ somente a partir de 2018.

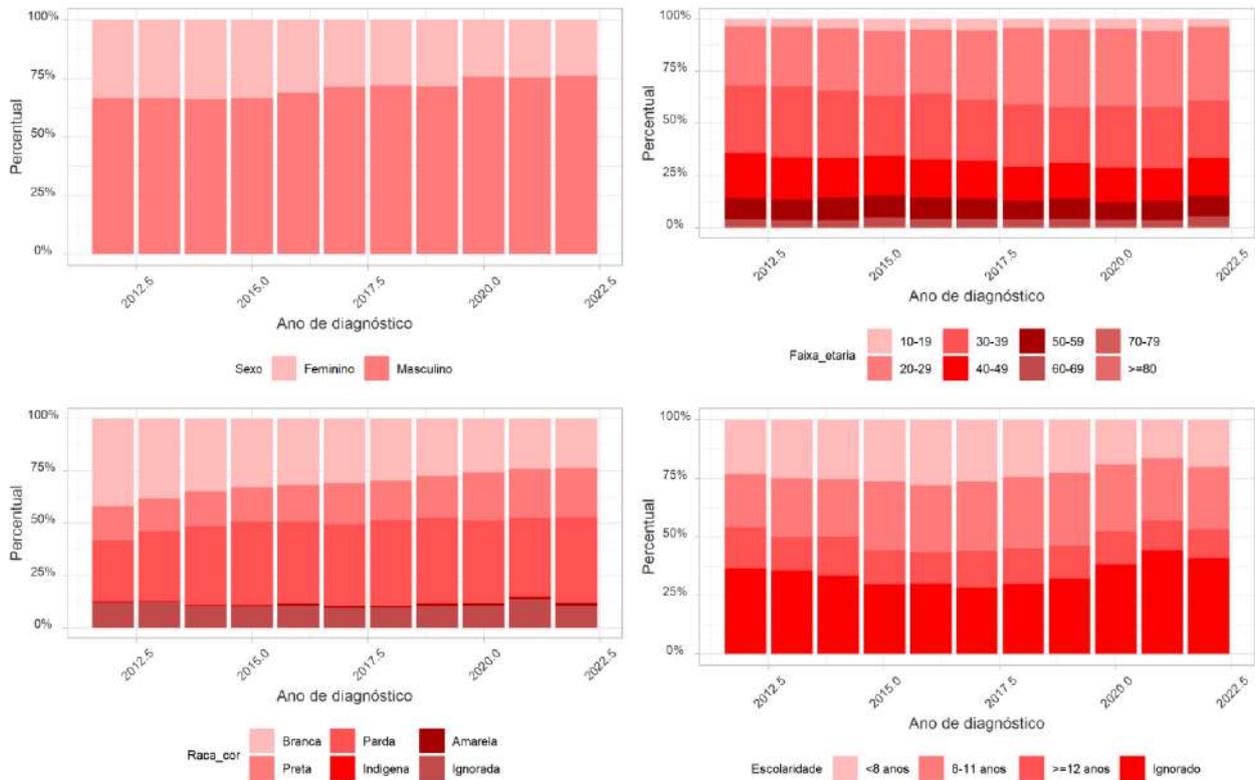
Tabela 1 — Número de casos e taxa de detecção de HIV/AIDS por 100.000 habitantes por ano, MRJ, 2012–2022.

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Número de casos	2.359	2.623	3.347	4.008	4.133	4.163	3.575	2.919	2.291	2.309	2.015
Taxa de detecção	37,3	40,6	51,5	61,4	63,3	63,8	54,8	44,7	34,4	34,1	29,7

Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de outubro.



Gráfico 2 — Distribuição por sexo (A), faixa etária (B), raça/cor (C) e escolaridade (D) dos casos de AIDS por ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de outubro.

Considerando as características sociodemográficas, estão dispostas no Gráfico 2 as proporções de casos de HIV/AIDS por sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade de 2012 a 2022. De forma geral, o sexo masculino deteve a maior proporção dos casos de HIV/AIDS, gerando um aumento na razão entre os sexos, comportamento oposto ao perfil nacional, que, mesmo ainda tendo a maioria dos casos no sexo masculino, houve uma diminuição da razão entre os casos.

Isso reflete a necessidade em ampliar políticas públicas de prevenção do HIV, principalmente, em relação a essa parte da população mais vulnerável, como ampliar ações de prevenção como acesso às informações sobre Profilaxia Pós-Exposição (PEP), Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e uso de preservativos.

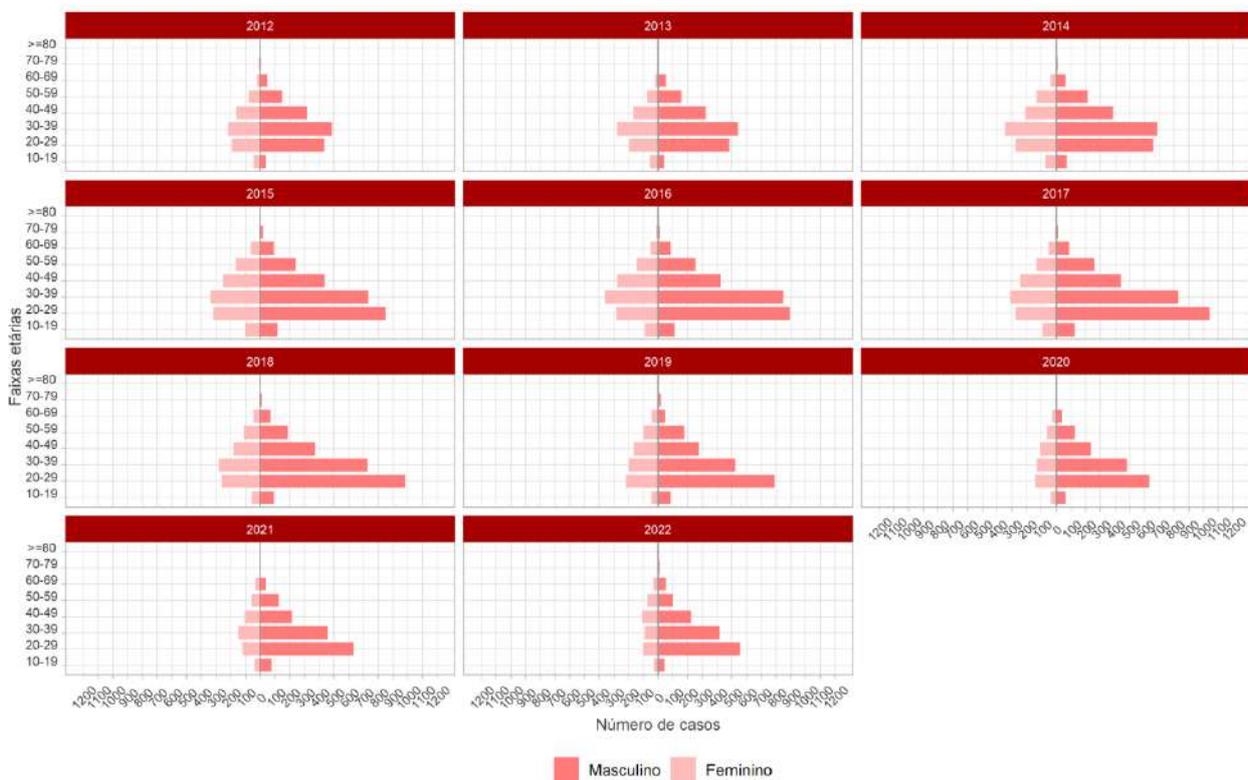
Em relação à raça/cor, observa-se que não somente há uma maior proporção na população negra, raça/cor parda e preta, em relação às demais, mas, também, há um contínuo aumento da proporção de casos nessa parte da população ao longo da série histórica. Vale destacar que, mesmo em menor proporção, a opção raça/cor ignorada ainda aparece entre os casos, reforçando a importância da necessidade de preenchimento adequado desse dado.



No que tange à escolaridade dos indivíduos notificados com AIDS entre 2016 a 2021, observou-se que a proporção daqueles com nenhuma escolaridade decresce ao longo do período, mantendo-se estável aqueles com mais de 12 anos de estudo. Entretanto, observou-se um aumento na proporção de casos ignorados, refletindo um grande número de subnotificação em relação a essa categoria. Ressalta-se que, não se considerando a categoria escolaridade ignorada, a categoria de 6 a 11 anos de estudos foi a mais prevalente nos últimos cinco anos.

Já com relação às faixas etárias, observa-se, tanto no Gráfico 2 como no Gráfico 3, onde são apresentadas as pirâmides etárias por sexo por ano, um aumento nos últimos anos nas faixas etárias mais jovens, aumentando a maior concentração de casos na faixa etária de 20 a 29 anos, do sexo masculino, como já mencionado neste documento. Entretanto, é importante realizar ações preventivas em todas as faixas etárias, para controle da disseminação do vírus, vislumbrando o envelhecimento da população sexualmente ativa.

Gráfico 3 — Pirâmide etária dos casos de HIV/AIDS por ano, MRJ, 2012–2022.

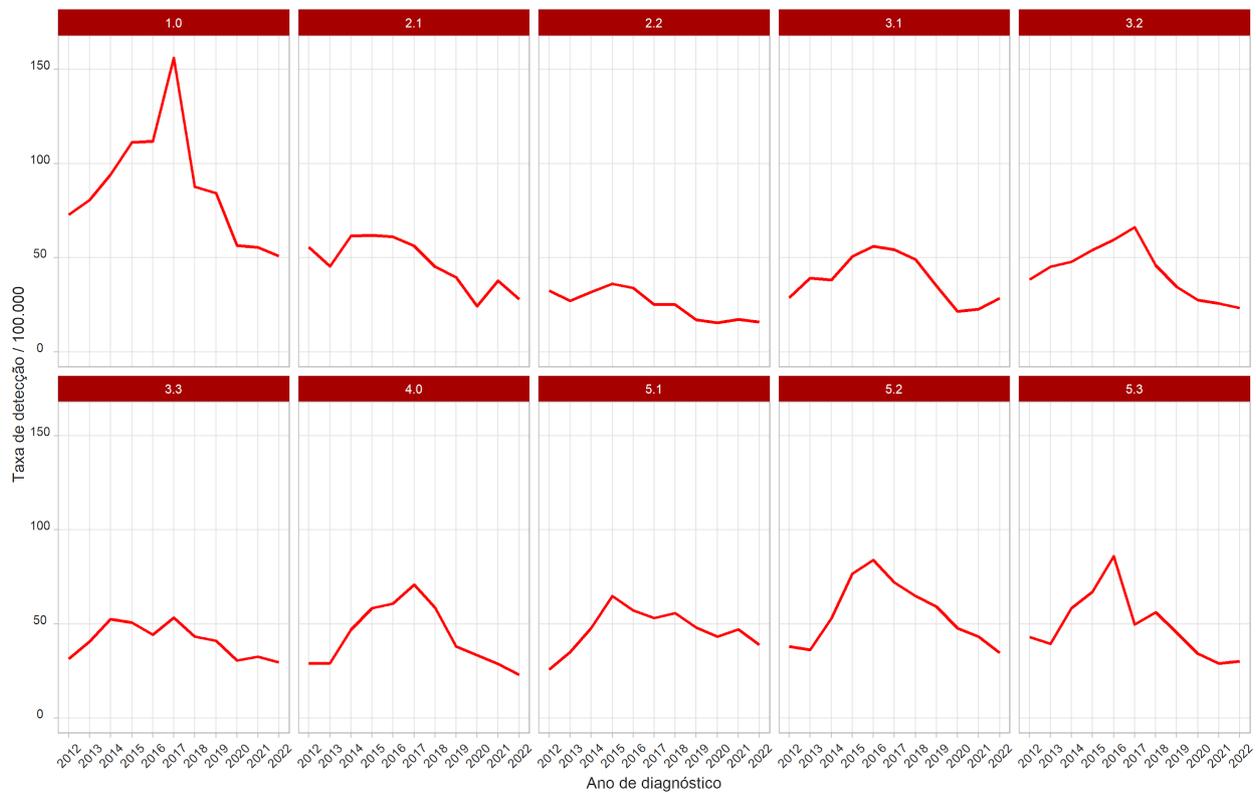


Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de outubro.



Analisando a distribuição das taxas de detecção pelas áreas de planejamento (AP) do município, observa-se discrepância entre as mesmas, embora todas estejam com tendência de queda ao longo dos anos. Vale destacar as altas taxas apresentadas pela AP 1.0 — Centro. Observa-se que há, também, uma taxa mais elevada nos últimos anos nas áreas da Zona Oeste (AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3) e da Zona Sul (AP 2.1) — as taxas dessas áreas apresentam, por vezes, valores maiores do que o município, mostrando a necessidade de ampliar políticas de prevenção, estimular o uso de preservativos com a população e levar mais informações sobre a PEP e PrEP para todas essas áreas. (Gráfico 4 e Tabela 2).

Gráfico 4 — Taxa de detecção de HIV/AIDS por 100.000 habitantes por AP e ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de outubro.



Tabela 2 — Taxa de detecção de AIDS por 100.000 habitantes por AP e ano, MRJ, 2012–2022.

Ano	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
2012	72.8	55.8	32.6	28.8	38.4	31.4	29.1	25.9	38.0	43.1	37.3
2013	80.7	45.4	27.1	39.2	45.3	40.8	29.3	35.1	36.2	39.6	40.6
2014	94.1	61.6	31.7	38.3	47.8	52.6	46.9	47.7	53.0	58.4	51.5
2015	111.2	61.9	36.2	50.8	54.2	50.7	58.5	64.8	76.8	67.0	61.4
2016	111.5	61.2	34.0	56.1	59.4	44.4	60.9	57.3	84.0	86.0	63.3
2017	156.2	56.4	25.2	54.3	66.1	53.4	70.9	53.2	72.1	49.8	63.8
2018	87.8	45.2	25.2	49.0	46.1	43.4	58.6	55.8	64.8	56.1	54.8
2019	84.3	39.7	17.1	35.1	34.6	41.2	38.0	48.2	59.2	45.5	44.7
2020	56.6	24.4	15.5	21.5	27.6	30.7	33.5	43.3	47.7	34.3	34.4
2021	55.6	37.8	17.4	22.6	25.6	32.4	28.9	47.2	43.4	29.0	34.0
2022	47.8	27.7	13.9	27.4	22.3	28.4	22.7	37.7	34.5	30.2	28.8

Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de outubro.

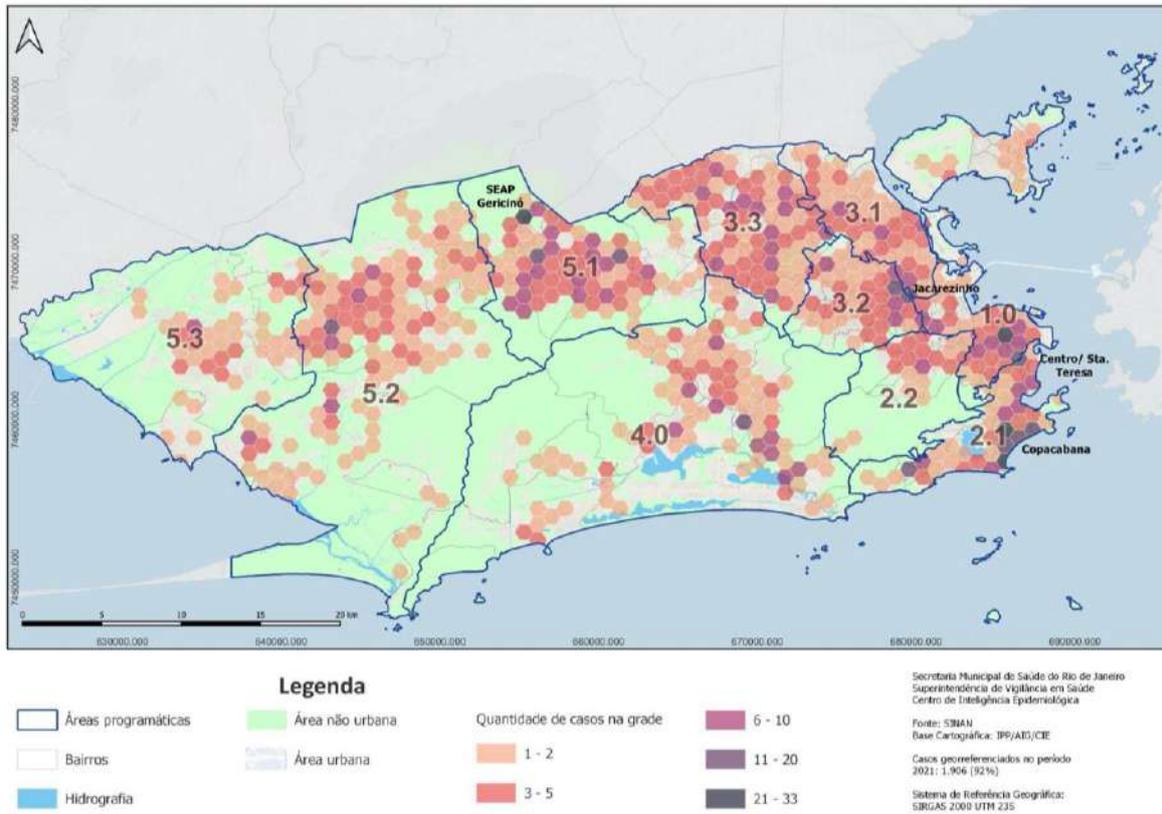
Com relação à detecção de casos, é importante mencionar que a realização da testagem rápida para HIV nas unidades de atenção primária no município foi uma medida importante para o acesso ao diagnóstico de forma mais oportuna e o aumento da detecção dos casos, assim como a sensibilização dos profissionais para a notificação compulsória dos casos identificados, conforme será abordado no item 3.1.

Importa ressaltar, também, que a ampliação da análise territorial para camadas secundárias à AP é de extrema relevância, pois permite a identificação de áreas prioritárias com aglomerados de casos, possibilitando oportunizar, ainda mais, o direcionamento das ações de saúde. Nesse sentido, os mapas a seguir evidenciam a concentração de casos em hexágonos territoriais. Para essa análise espacial, foi considerado o período de 2021–2022, avaliando o comportamento mais recente dentro do município do Rio de Janeiro.

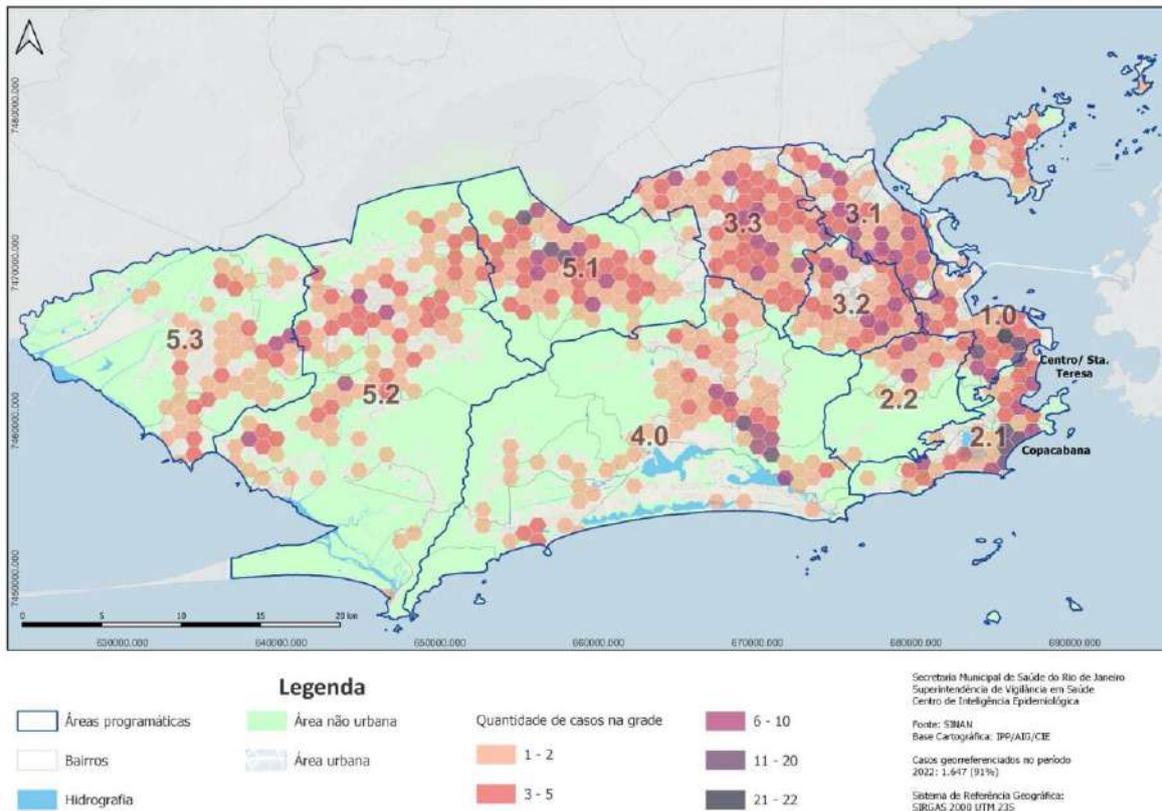
Como parâmetro de análise, foi utilizada uma totalização de casos por grades hexagonais, com um quilômetro de lado, com o objetivo de anonimizar a localização mais precisa do caso e preservar a sua identificação espacial. As grades foram divididas em classes que mostram a concentração de casos por quebras naturais, possibilitando comparar, em quantidade, as regiões de maior e menor concentração dos casos.



Mapa 1 — Concentração espacial por grade hexagonal de área de residência de casos de HIV/AIDS, MRJ, 2021.

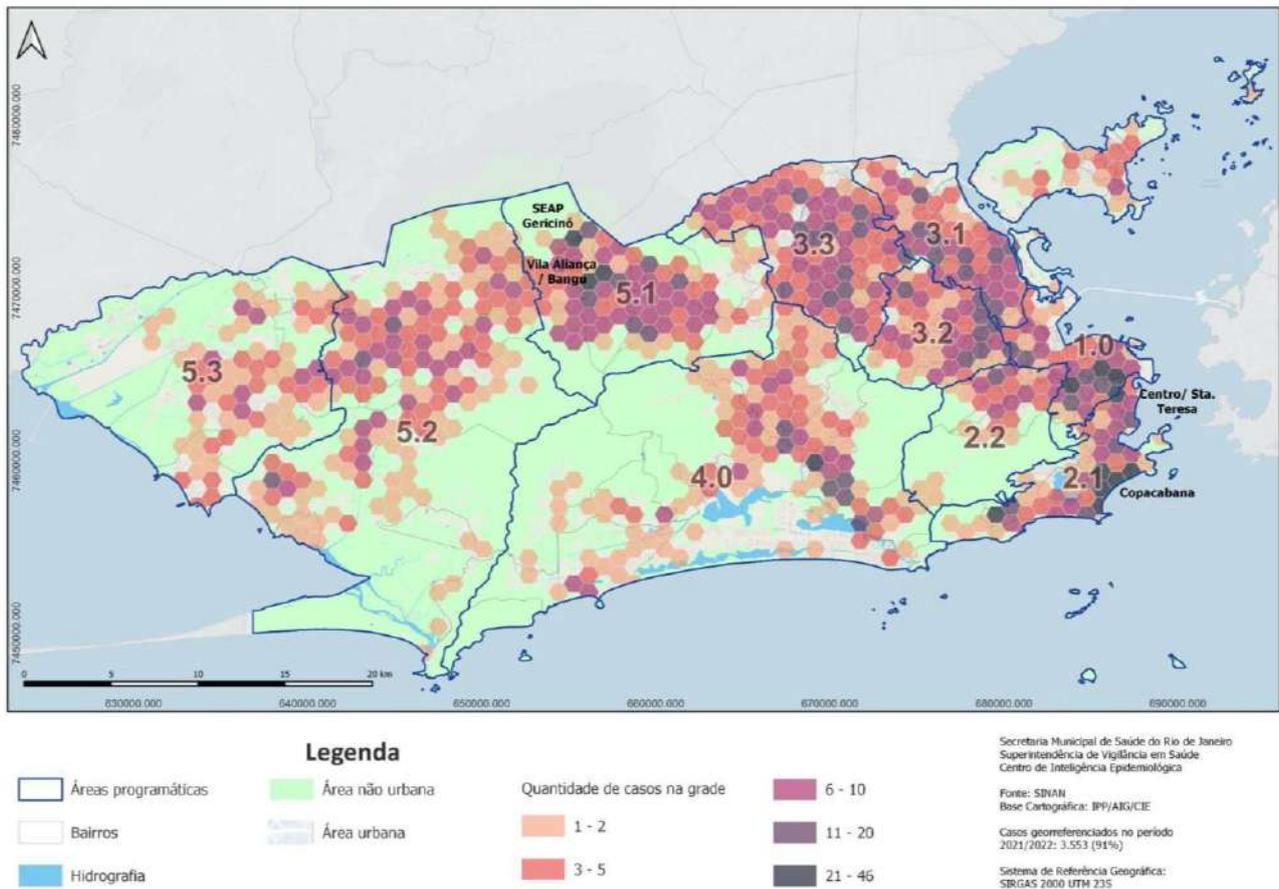


Mapa 2 — Concentração espacial por grade hexagonal de área de residência de casos de HIV/AIDS, MRJ, 2022.





Mapa 3 — Concentração espacial por grade hexagonal de área de residência de casos de HIV/AIDS, MRJ, 2021-2022.



Comparativamente, entre o ano de 2021 e o corrente ano (2022), a concentração de casos é muito similar, especialmente nos bairros mais adensados, como Copacabana; bairros centrais, como Centro, Lapa, Santa Teresa; e também se observa uma relativa associação espacial das localidades de maior vulnerabilidade social, como o adensamento em 2021 no entorno do Jacarezinho, com mais de 20 casos concentrados em uma área de aproximadamente 2,6km². Observa-se, também, que Rocinha, Cidade de Deus, Mangueiras, Vila Aliança e Complexo do Alemão, no período 2021-2022, concentraram ao menos 10 ou mais casos, dentro das grades no entorno destas localidades. O complexo prisional de Gericinó também apresenta uma concentração de destaque na grade correspondente à sua localização espacial.

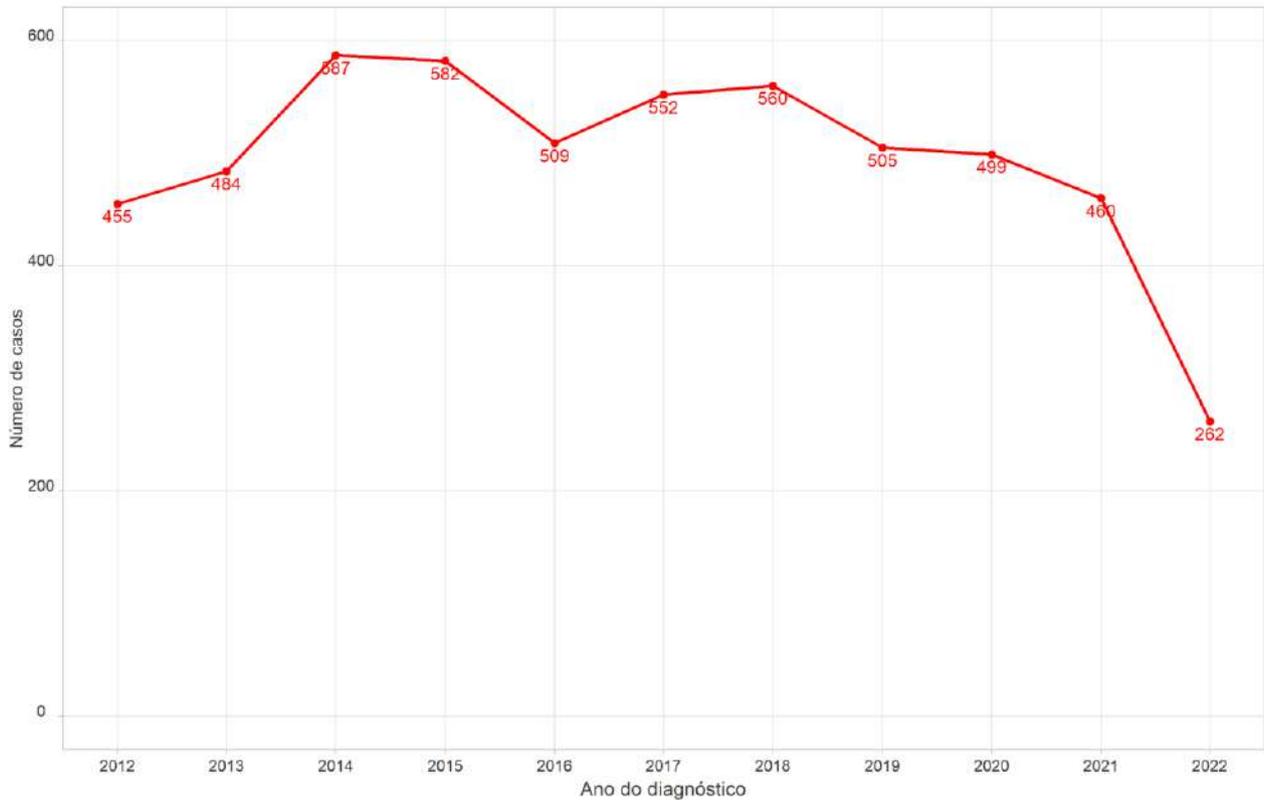
2.1.1 INFECÇÃO PELO HIV EM GESTANTES

Considerando o modo de transmissão do HIV, já destacado neste boletim, é imprescindível a realização do rastreamento do HIV durante o pré-natal, para a prevenção da transmissão vertical.



O número de casos de HIV em gestantes apresentou pequena oscilação entre os anos de 2012 e 2021. Vale ressaltar que os dados referentes a 2022 ainda são apresentados de forma parcial para este boletim, porém apresentam uma queda em relação à média dos anos anteriores, que é de 519 gestantes com HIV por ano.

Gráfico 5 — Número de casos de HIV em gestantes por ano, MRJ, 2012–2022.

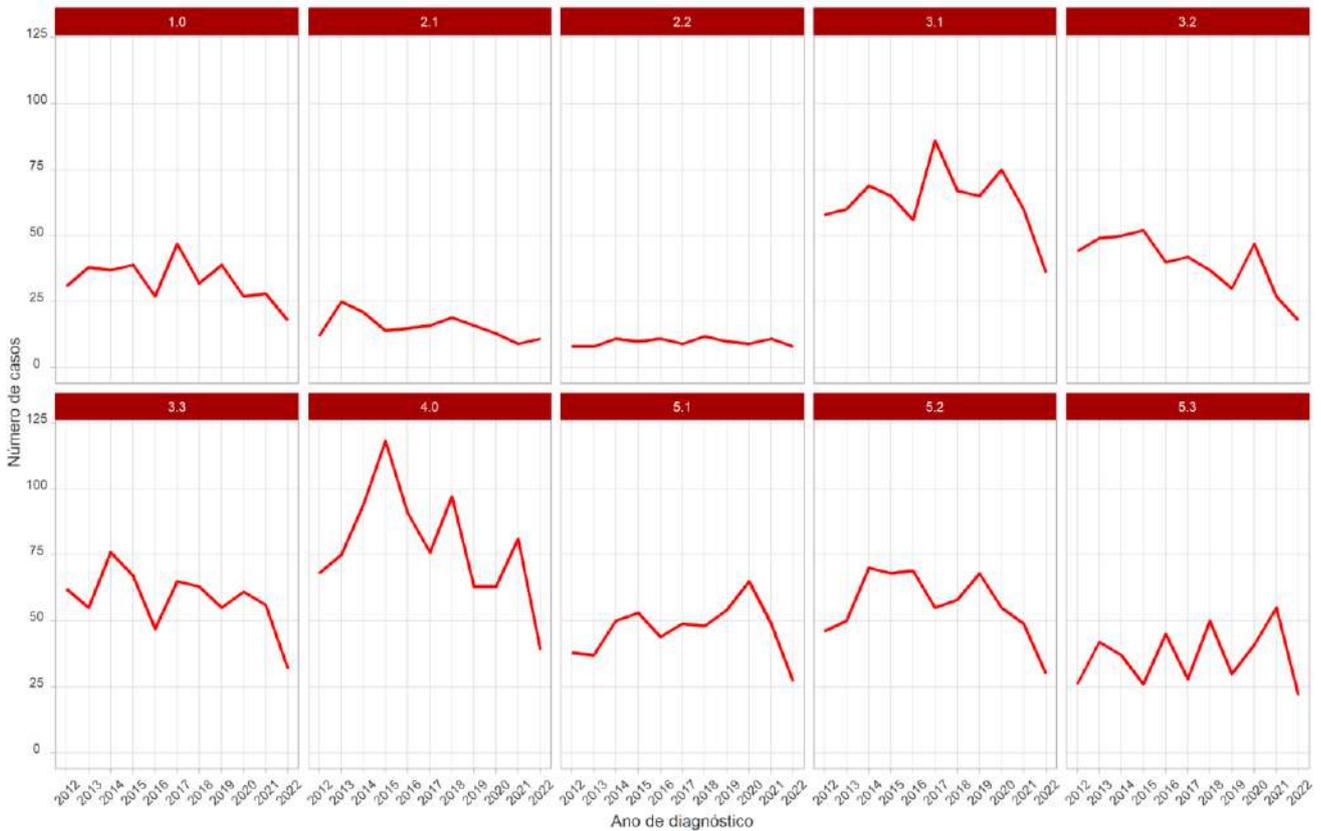


Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de outubro.

É importante ressaltar, também, que o número de nascidos vivos por ano e, conseqüentemente, de gestantes vem caindo ao longo dos anos, sobretudo a partir de 2016, apresentando uma aceleração dessa queda no período da pandemia de covid-19. O MRJ saiu de 86.377 nascidos vivos em 2012 para 68.583 em 2021, segundo o painel de nascimentos do observatório EpiRio, uma redução de 20,6% analisando os dois anos, que não se traduziu em redução proporcional no número de casos de HIV em gestantes.



Gráfico 6 — Número de casos de HIV em gestantes por AP e ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de outubro.

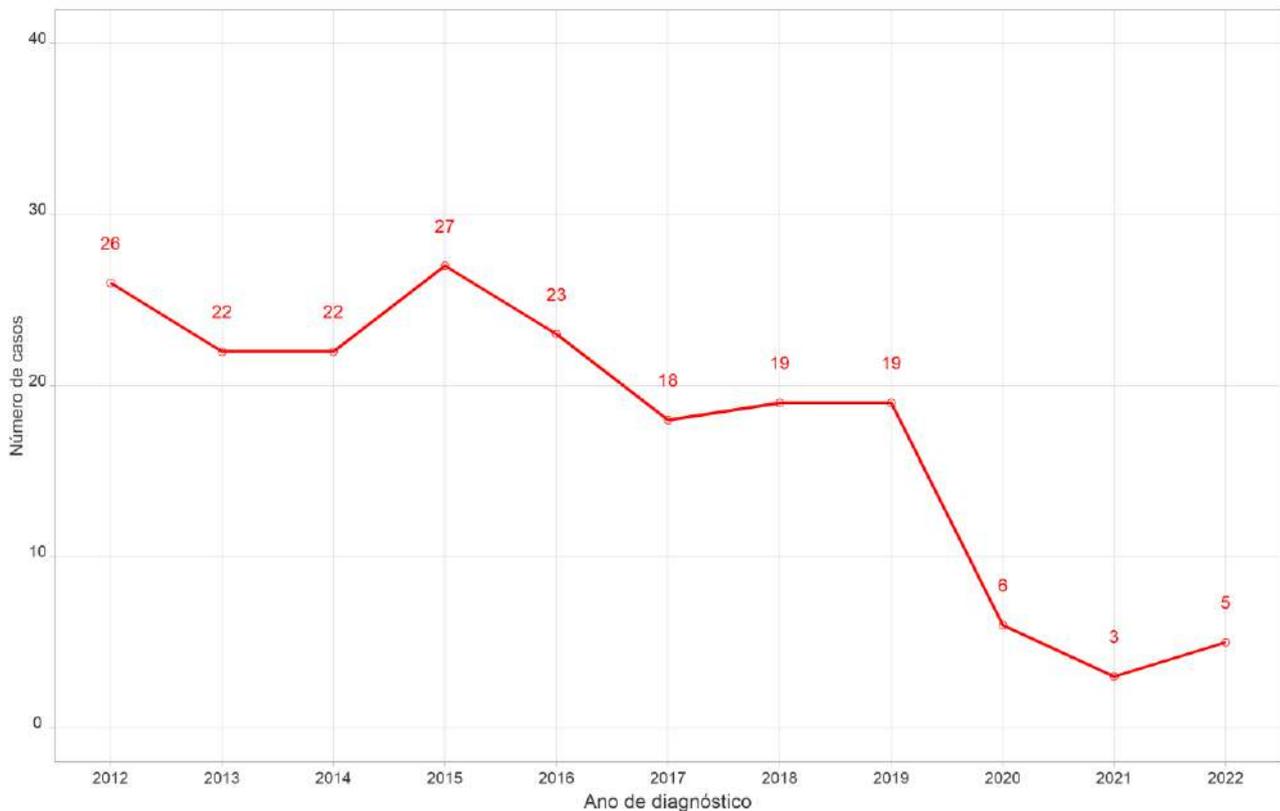
A distribuição de gestantes com HIV nas APs do município apresenta um comportamento diferente se comparada à taxa de detecção de HIV da população geral. Observa-se que as APs 3.1 e 4.0 apresentam o maior número de casos, e todas as AP apresentam uma discreta queda no número de casos. Também se pode observar que a curva que representa o número de casos apresenta um comportamento de oscilação entre queda e aumento durante os anos em quase todas as AP, mostrando a heterogeneidade do município.

2.1.2 INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS

O município do Rio de Janeiro vem apresentando, com o passar dos anos, queda no número de casos de HIV em crianças menores de cinco anos, como observado no gráfico a seguir, com destaque importante para a tendência de queda após 2019, quando foi apresentada diminuição importante de 19 casos em 2019 para 6 casos no ano seguinte.



Gráfico 7 — Número de casos de HIV/AIDS em crianças menores de 5 anos por ano de diagnóstico, MRJ, 2012 a 2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de outubro.

As medidas de prevenção da transmissão vertical foram fortalecidas ao longo dos anos, inclusive com o aumento da cobertura das equipes de saúde da família e unidades de APS. As ações envolvem o cuidado do binômio mãe e filho durante o pré-natal, como o aumento do número de diagnósticos realizados em gestantes, utilização da terapia antirretroviral para todas as pessoas que vivem com HIV e medidas de profilaxia pós-exposição para o recém-nato exposto ao HIV, além da coleta de carga viral na hora do nascimento desde o final do ano de 2021. Vale enfatizar que as crianças expostas ao HIV recebem fórmula infantil, desde o nascimento até completar seis meses de idade, como forma de prevenir a contaminação pelo leite da mãe com HIV.

Os desafios em reduzir novos casos de HIV em crianças permanecem, uma vez que se pode observar um aumento de infecções no ano presente, incluindo alguns casos em que houve a contaminação da mulher enquanto amamentava, sem ela saber, passando, então, para a criança durante a amamentação, alertando para a necessidade de oferta da testagem a lactantes com risco de contaminação pelo HIV, essas estratégias estão sendo adotadas como forma de levar o município do Rio de Janeiro a chegar a zero casos.



2.1.3 COINFECÇÃO TB-HIV

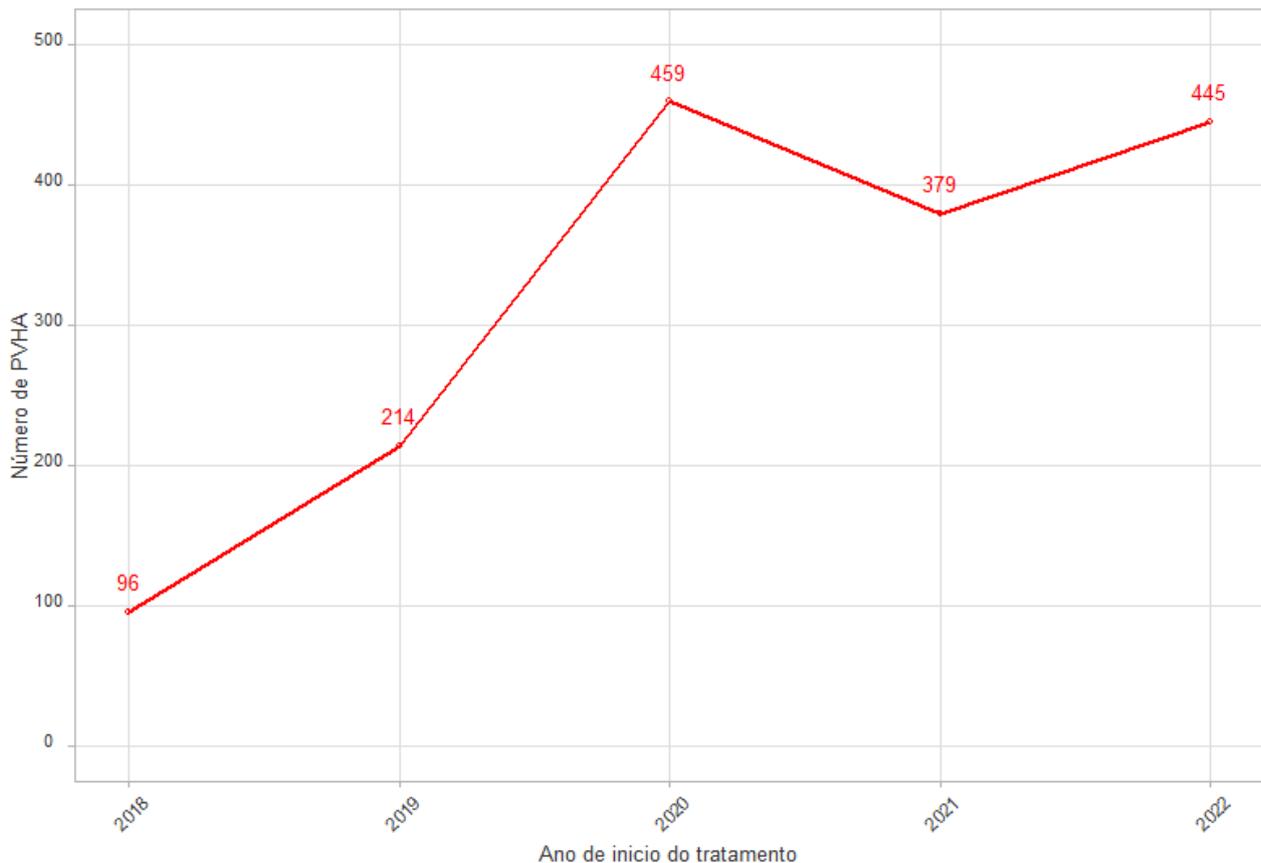
As pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) têm risco aumentado de desenvolver tuberculose (TB) em relação à população em geral, trazendo riscos à saúde, inclusive de morte. A TB atinge mais pessoas com imunidade mais frágil, mas pode ocorrer em PVHA com contagem de CD4 mais altas. A TB é a doença infecciosa mais comum, como causa de morte entre PVHA.

Para diminuir o risco de adoecimento, é recomendado o tratamento da infecção latente por TB (ILT), a chamada Terapia Preventiva da Tuberculose (TPT). As indicações de TPT se baseiam na contagem de CD4, na prova tuberculínica (PT) ou no teste de liberação de interferon-gama (IGRA), na presença de cicatriz pulmonar em radiografia de tórax ou no contato domiciliar com pessoa com TB pulmonar bacilífera, desde que o indivíduo não tenha feito tratamento anterior de TB e não tenha TB ativa no momento da avaliação para TPT.

O Gráfico 8 apresenta o número de PVHA que iniciaram TPT de 2018 a 2022. Após uma queda em 2021, e com a introdução de um regime mais curto (Rifapentina + Isoniazida) por três meses, o número de casos em TPT vem subindo em 2022, devendo ultrapassar 2020. Porém, esse número ainda está muito distante se comparado ao número de PVHA que apresentam resultado de CD4 indicativo de TPT disponível no Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (SIMC), com aproximadamente uma média de 2.500 pacientes por ano, o que retrata que a vigilância sobre esses pacientes precisa acontecer de forma mais adequada, o que se pode observar a partir do ano de 2022, quando se estimulou o manejo do SIMC pelos profissionais das AP.



Gráfico 8 — Distribuição dos casos de PVHA que iniciaram Terapia Preventiva para Tuberculose por ano, MRJ, 2018–2022.



Fonte: SILTB, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de outubro.

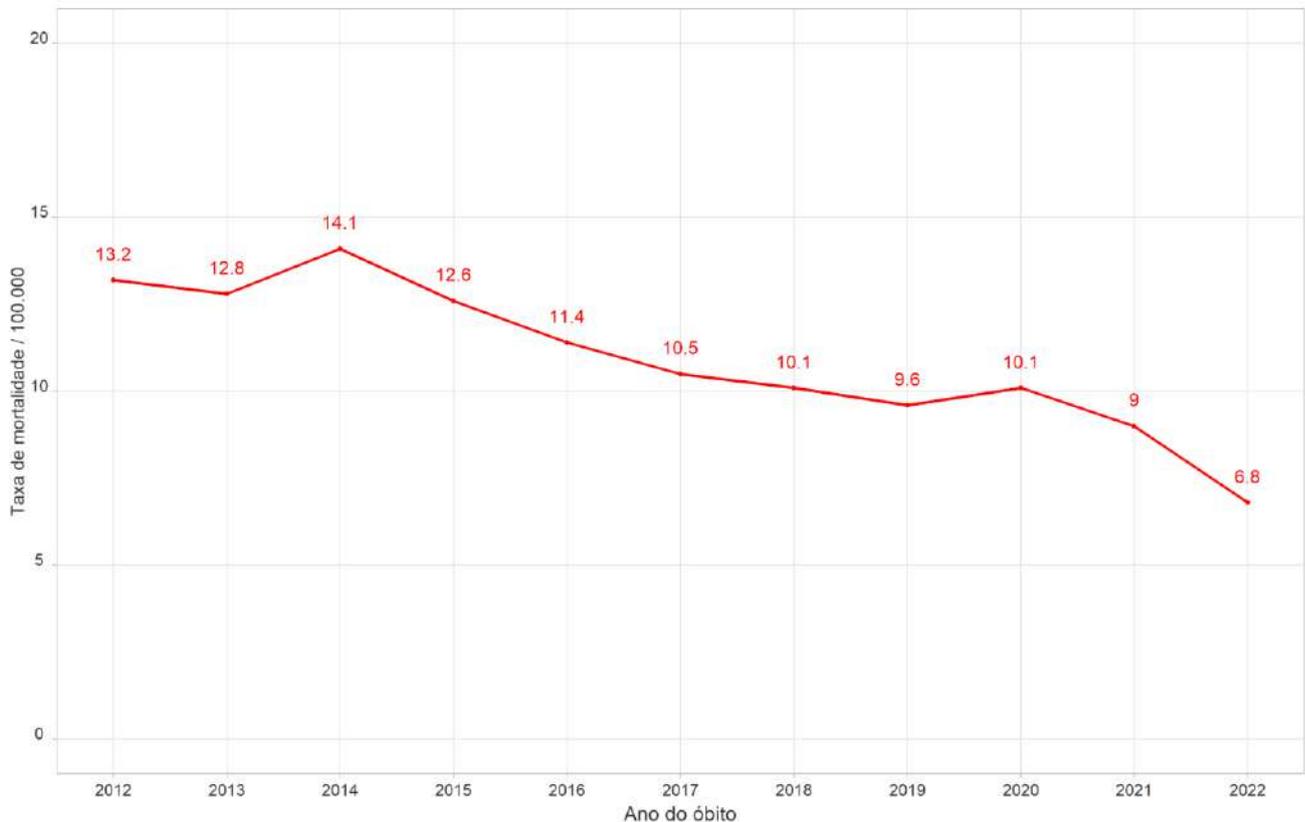
2.2 MORTALIDADE POR HIV/AIDS

A taxa bruta de mortalidade por AIDS por 100.000 habitantes por ano vem caindo desde 2013/2014, quando foi realizada a descentralização do atendimento do HIV para a atenção primária no município do Rio de Janeiro. A taxa de mortalidade vem apresentando queda constante, com 14,1/100.000 em 2014 e 9,0/100.000 em 2021.

Comparando com os dados nacionais, essa queda da taxa de mortalidade no município do Rio de Janeiro acompanha a queda no coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil, que passou de 5,7 para 4,0 óbitos por 100.000 habitantes (Brasil, 2021).



Gráfico 9 — Taxa bruta de mortalidade por AIDS por 100.000 habitantes por ano, MRJ, 2012-2022.

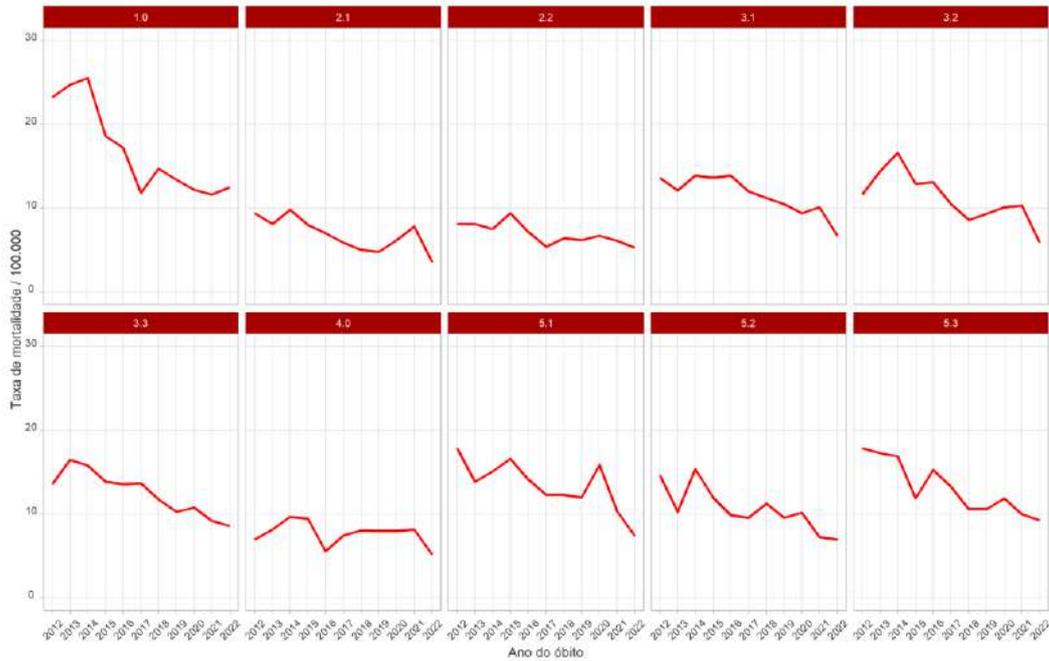


Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de outubro.

Há uma queda da mortalidade em todas as AP analisando toda a série histórica, acompanhando a tendência em todo o município. Entretanto, na AP 4.0 nota-se uma tendência de estabilidade nos últimos anos, como se observa no gráfico a seguir. Além disso, algumas AP apresentaram pequeno aumento na análise isolada dos últimos três anos da série, em especial as AP 5.1, 3.2, 3.1 e 2.1.



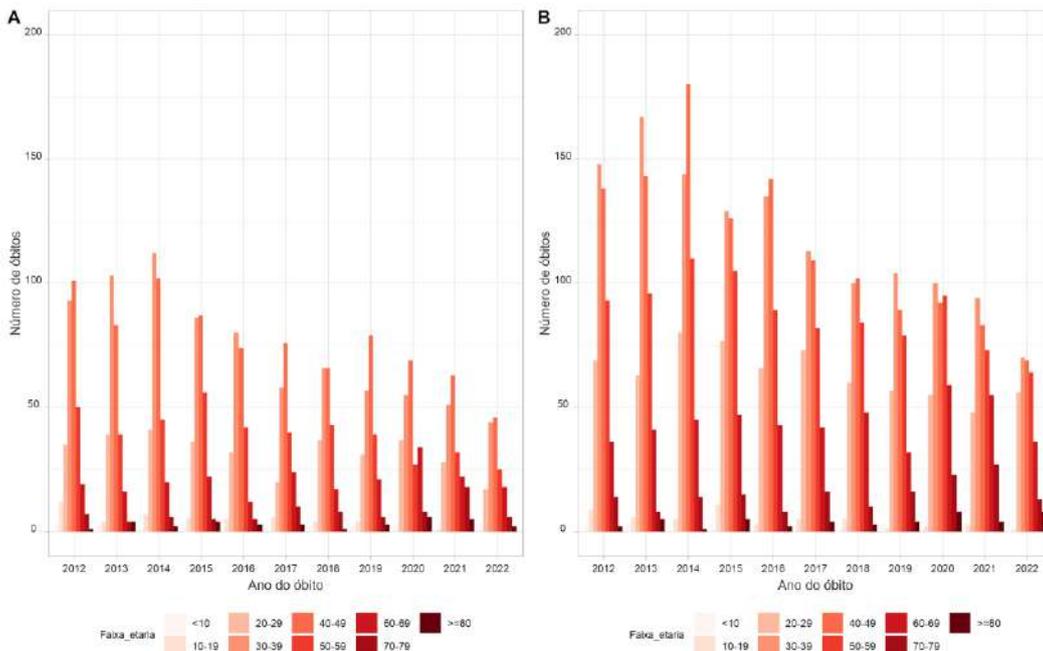
Gráfico 10 — Taxa bruta de mortalidade por AIDS por 100.000 habitantes por AP e ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de outubro.

Analisando a taxa de mortalidade por sexo e faixa etária, observa-se que a mortalidade segue a tendência da taxa de detecção de casos, apresentando-se mais elevada no sexo masculino. Em ambos os sexos, grande parte dos óbitos ocorreu antes dos 50 anos de idade, sobretudo nos grupos 30–39 e 40–49 anos.

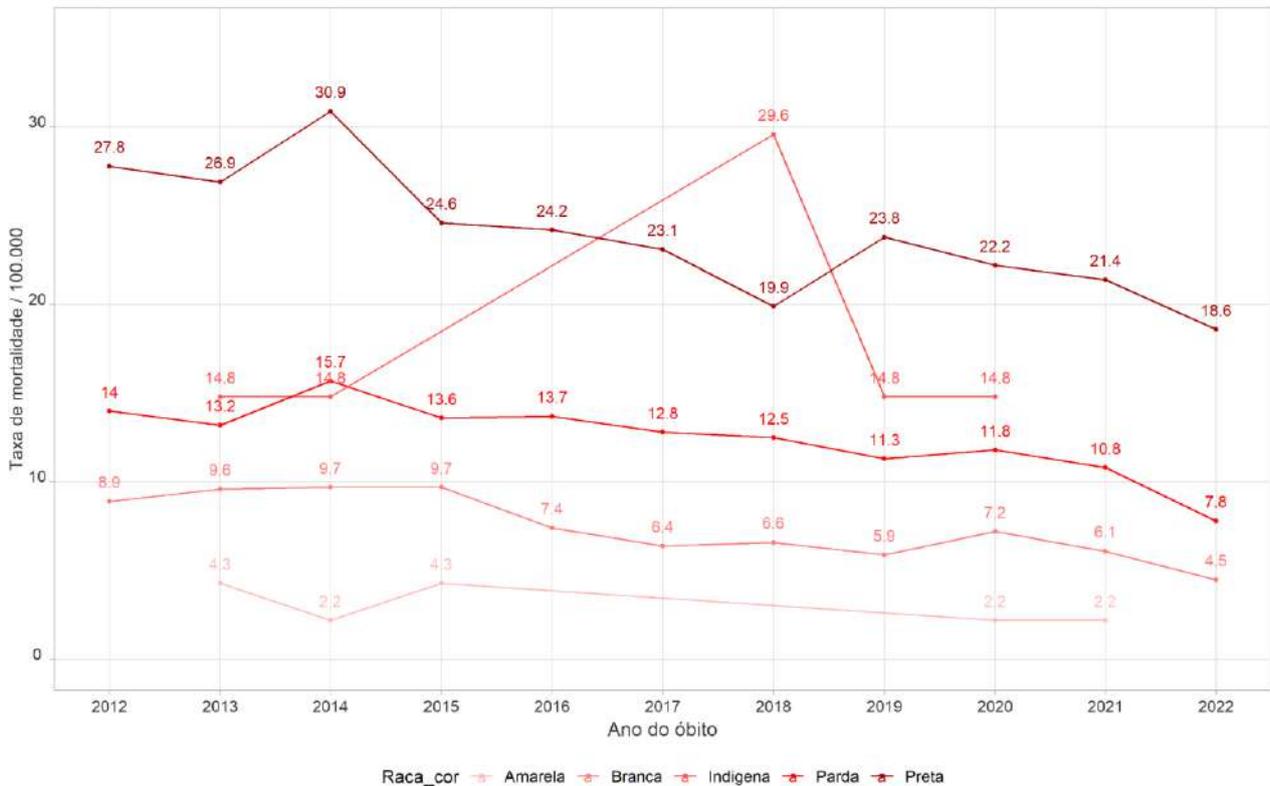
Gráfico 11 — Taxa bruta de mortalidade por AIDS por sexo feminino (A), masculino (B) segundo faixa etária e ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de outubro.



Gráfico 12 — Taxa bruta de mortalidade por AIDS por raça e ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de outubro.

Ao longo do tempo, com a evolução das terapias antirretrovirais, é possível observar uma tendência de queda na mortalidade das PVHA, porém destaca-se a relevante diferença entre os grupos, principalmente no que tange à raça/cor. Assim como na detecção de casos, a raça preta apresenta uma maior taxa de mortalidade, e somada à parda, a população negra destaca-se com o risco muito mais elevado às demais raças. Esse dado corrobora a discussão sobre desigualdades estruturais e determinantes de saúde que afetam diretamente na morbimortalidade dos grupos vulneráveis.

3. ATENÇÃO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS E AÇÕES DE CONTROLE NO MRJ

3.1 ACESSO AO DIAGNÓSTICO

O acesso ao diagnóstico do HIV aumentou ao longo dos anos no município, com a possibilidade da testagem rápida realizada em todas as unidades de atenção primária, assim como a disseminação dessa informação para a população.



No que tange ao número de testes rápidos para o HIV realizados nos últimos sete anos, observa-se um aumento de 2016 a 2018, sendo esse último com a maior testagem realizada da série histórica. Contudo, em 2019 houve um declínio na quantidade de testes realizados, que se acentuou nos anos seguintes.

Tabela 3 — Número de testes rápidos para HIV realizados e positividade por ano, MRJ, 2017–2022.

Ano	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Testagens	160.221	283.850	318.080	307.013	265.726	278.605	164.775
Positivos	3.640	4.749	4.650	4.088	3.783	3.821	2.128
Proporção de positivos (%)	2,3	1,7	1,5	1,3	1,4	1,4	1,3

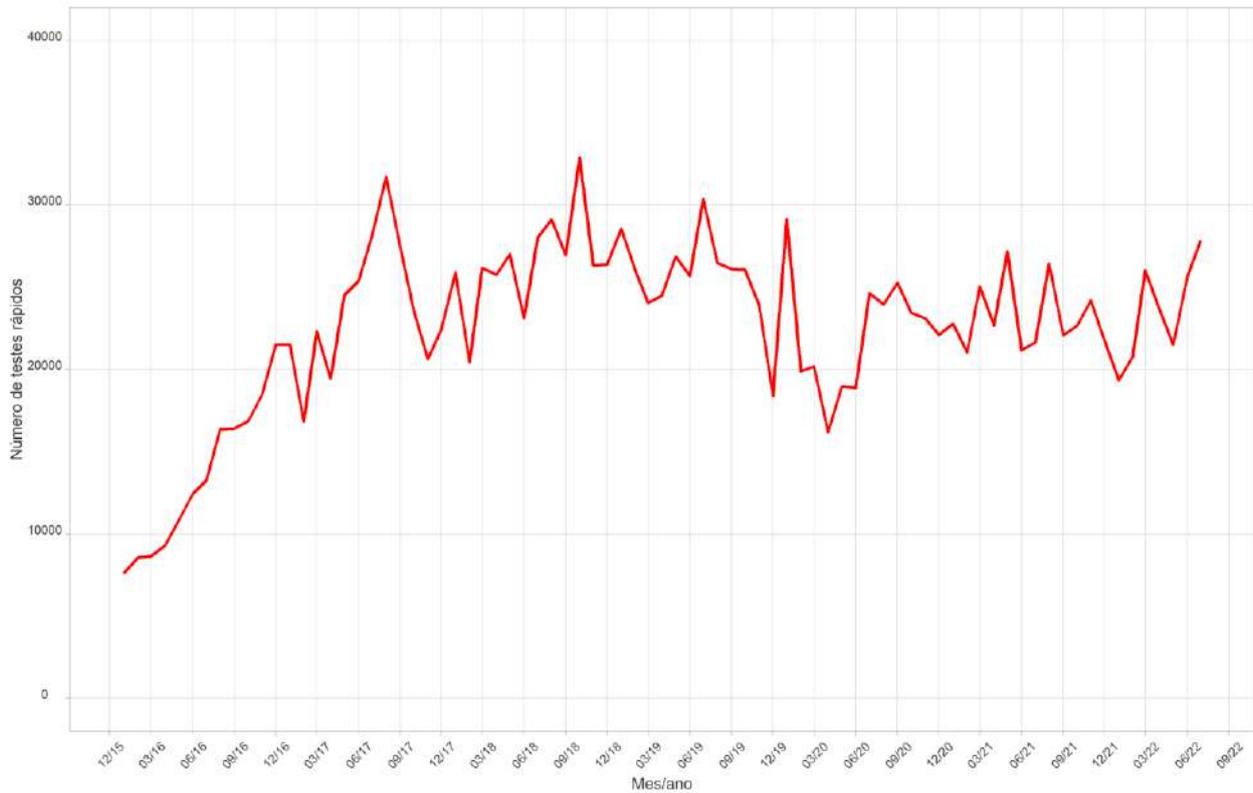
Fonte: SISLOGLAB, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Vale ressaltar que a rede de APS é extremamente relevante no acesso ao diagnóstico e na atenção integral. No ano de 2019, o MRJ sofreu uma redução no número de equipes na APS, e observa-se um declínio das testagens no mesmo ano. Além disso, é necessário, também, refletir sobre a mudança na dinâmica dos serviços de saúde imposta pelo enfrentamento da pandemia de covid-19, sobretudo nos anos de 2020 e 2021, quando as ações precisaram ser redirecionadas à resposta da emergência de saúde pública.

Analisando a curva da taxa de detecção de casos de HIV/AIDS (Gráfico 1), observa-se correlação com a curva de testes realizados. Nos anos em que houve queda acentuada no número de testes realizados, também houve queda na detecção, principalmente a partir de 2019. Desse modo, é extremamente importante manter a oferta e o fomento à testagem, para a detecção mais oportuna possível. É importante que na retomada dos serviços integrais da APS, após anos com grande carga de pressão assistencial derivada da pandemia de covid-19, o rastreamento do HIV/AIDS também esteja na pauta da agenda das unidades de atenção primária.



Gráfico 13 — Número de testes rápidos para HIV realizados por mês e ano, MRJ, 2017–2022.

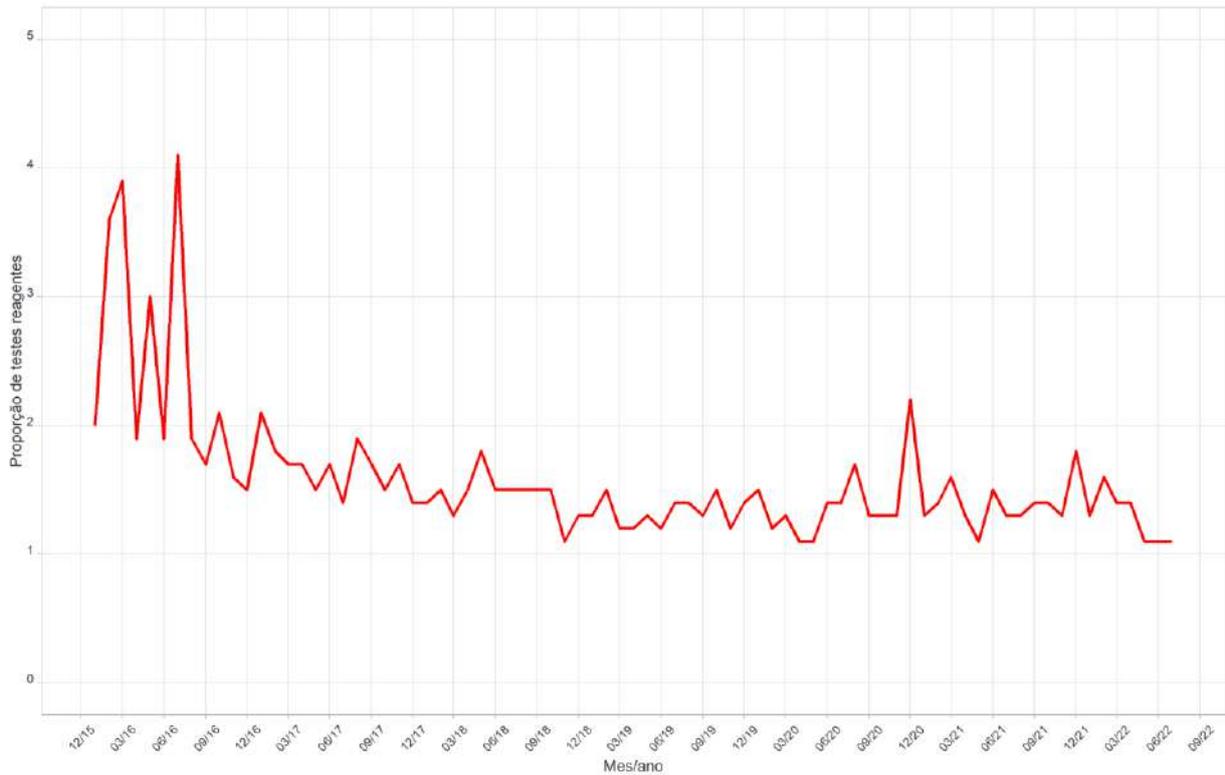


Fonte: SISLOGLAB, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Analisando as testagens por mês, verifica-se uma variação na realização dos testes entre os meses do ano e, posteriormente, no ano de 2020, quando foi instalada a pandemia da doença causada pelo novo coronavírus (covid-19) no Brasil, afetando diretamente nos serviços de saúde ofertados à população, com já mencionado.



Gráfico 14 — Positividade dos testes rápidos para HIV por mês e ano, MRJ, 2017-2022.



Fonte: SISLOGLAB, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações.

Com relação à positividade, a proporção de testes positivos em relação aos testes realizados varia de acordo com a quantidade realizada ao longo do tempo. Destacam-se os anos de 2015 e 2016, o que chama atenção para o número de pessoas que viviam com HIV e tinham sua condição sorológica desconhecida, e um outro pico, de menor proporção, em 2020, devido à queda na realização dos testes já mencionada anteriormente, pelo evento pandemia de covid-19.

Diferente dos anos de 2015 e 2016, o aumento da proporção de positividade em 2020 não se refletiu em maior taxa de detecção. Mais uma vez, é importante reforçar a retomada da testagem em larga escala e a importância de manter o acesso ao diagnóstico. Sem estratégias de testagem, o alcance da primeira meta global 95-95-95, em que 95% das pessoas conhecem seu diagnóstico positivo para HIV, fica comprometida.

3.2 ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

A história natural da infecção pelo HIV vem sendo alterada, consideravelmente, pela terapia antirretroviral (TARV), que resultou em aumento da sobrevivência das pessoas,



mediante reconstituição das funções do sistema imunológico e redução de doenças secundárias.

Tabela 4 — Média de PVHA retirando terapia antirretroviral e número de novas inclusões no SICLOM por ano, MRJ, 2019–2022.

Ano	Adultos		Crianças	
	Média de dispensações	Total de novas inclusões	Média de dispensações	Total de novas inclusões
2019	31397	2693	218	28
2020	25830	2883	178	14
2021	24741	3232	154	30
2022	23661	2472	142	32

ª Fonte: SICLOM, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações.

Analisando a média de dispensação e inclusão de novos usuários no SICLOM, nota-se uma queda na dispensação de TARV nos anos de 2020 e 2021 em adultos e crianças, que pode estar diretamente relacionada com a pandemia de covid-19, quando a ida às unidades de saúde foram menos frequentes, além do medo do contágio da infecção, principalmente em relação à população com imunossupressão, apesar do estímulo a não descontinuidade de assistência à PVHA nos segmentos de cuidado.

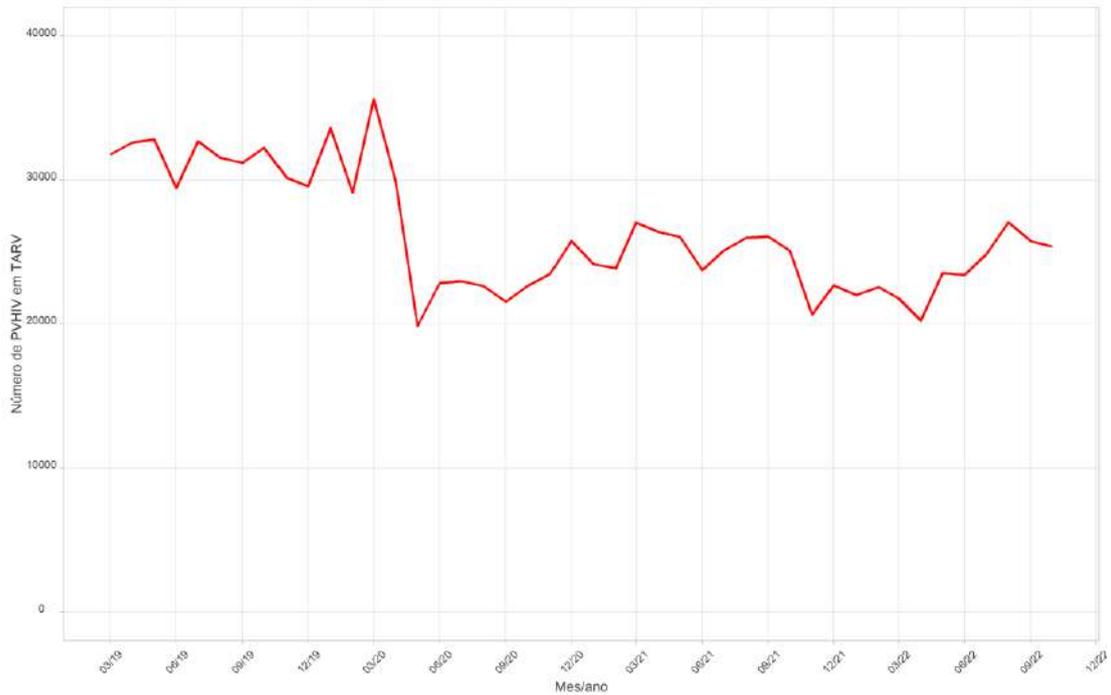
Soma-se a isso, também, a estratégia do Ministério da Saúde (MS) lançada no final do ano de 2019, chamada Projeto 60/90, possibilitando aos usuários em determinados tratamentos e condições retirarem medicamentos para 60 ou 90 dias, o que, além do benefício ao paciente, resultou em queda do número de retiradas e idas à unidade de saúde. Devido ao sucesso desse projeto, ele foi continuado e expandido no município, justificando, assim, como se vê na Tabela 4, o decréscimo de dispensações no ano de 2020 e uma tendência à estabilização nos anos seguintes.

Já em relação à inclusão de novos casos das crianças, chama atenção que houve um aumento ao longo do tempo. Não é possível afirmar as causas, mas convoca a reflexão do impacto da pandemia no acompanhamento pré-natal, além de subnotificação desses casos no SINAN em comparação ao Gráfico 7, que mostra o número de casos de crianças menores de 5 anos notificadas.

A mesma tendência pode ser observada no Gráfico 15, onde se nota uma queda na retirada da TARV a partir do ano de 2020, pelas hipóteses já apresentadas.

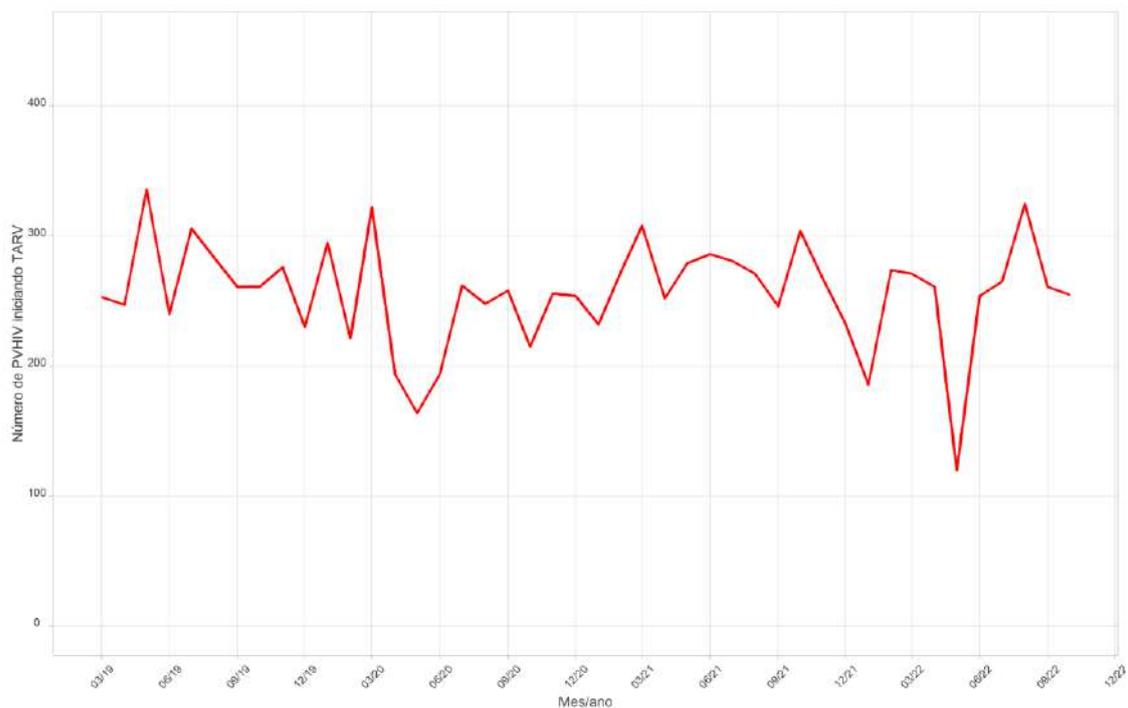


Gráfico 15 — Número de PVHA (adultos) retirando terapia antirretroviral por mês e ano, MRJ, 2019–2022.



Fonte: SISLOG, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 16 — Número de PVHA (adultos) iniciando terapia antirretroviral por mês e ano, MRJ, 2019–2022.



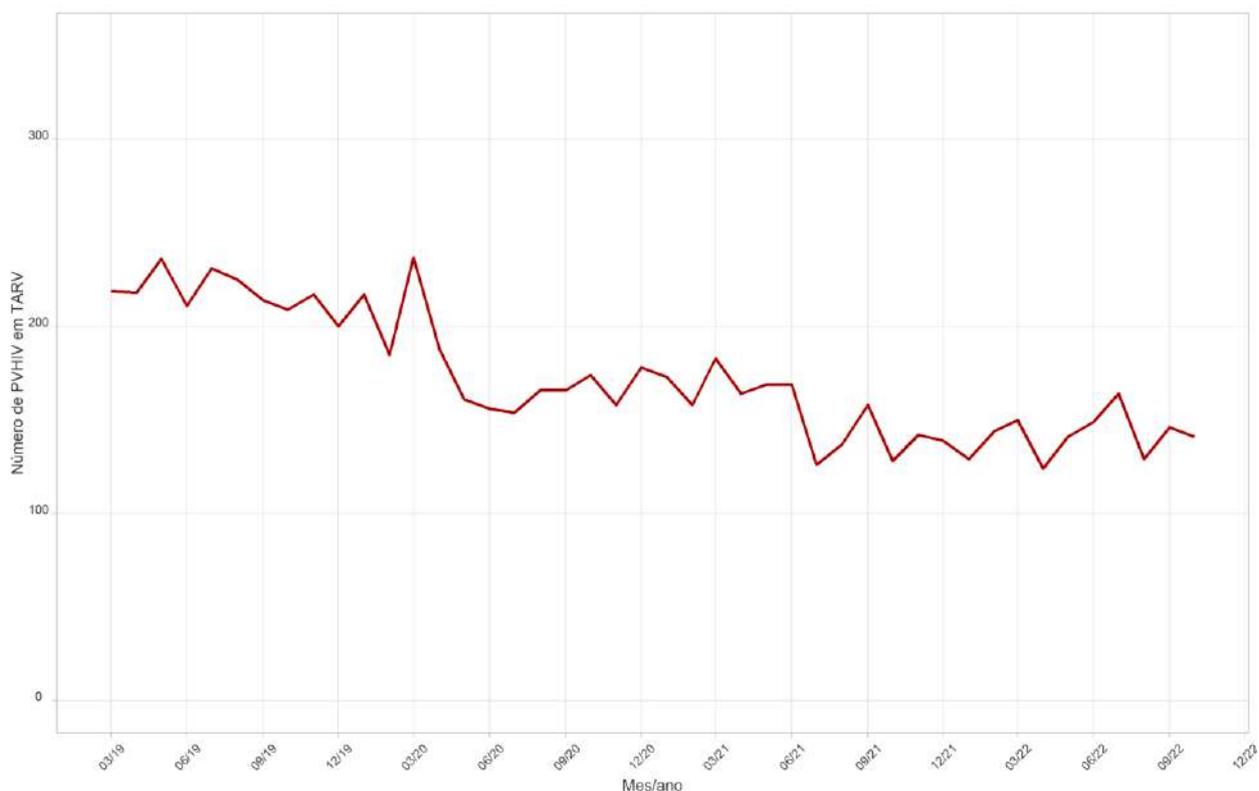
Fonte: SICLOM, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações.



Existe uma oscilação no número de PVHA iniciando TARV ao longo dos meses, que dependerá da realização do diagnóstico e da adesão ao tratamento pelo paciente. É importante a realização do aconselhamento pós-testagem, para esclarecimento sobre a TARV e seus benefícios, buscando sempre ferramentas que auxiliem nesse processo, como a clínica ampliada.

Em relação à segunda meta global 95-95-95 estipulada, em que 95% das PVHA devem estar em uso de TARV, fazendo um comparativo pelo número de casos novos de HIV e a inclusão de novas retiradas, essa meta é alcançada no MRJ, porém seu resultado será representado pela supressão viral em resposta ao tratamento adequado.

Gráfico 17 — Número de PVHA (crianças) retirando terapia antirretroviral por mês e ano, MRJ, 2019–2022.

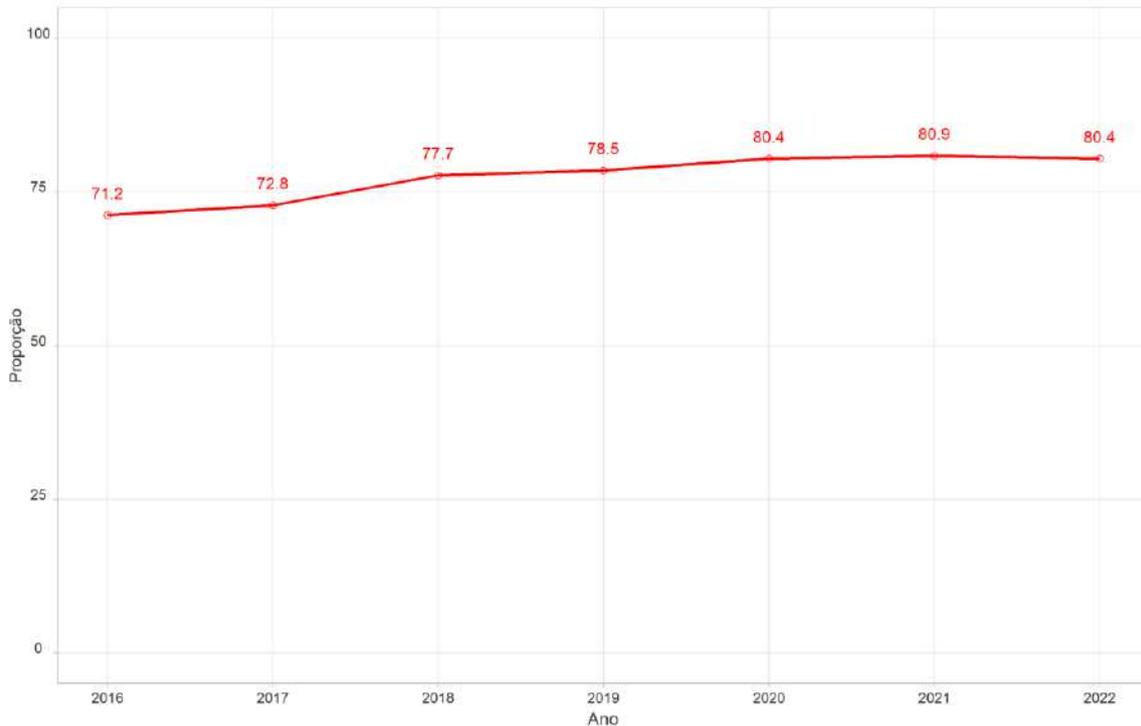


Fonte: SICLOM, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações.

Assim como os adultos, as crianças também apresentaram queda na adesão no período de pandemia, e também estão sendo realizadas estratégias para busca ativa para melhorar esse cenário. Vale enfatizar que o tratamento da criança e seu acompanhamento dependem de um responsável para a retirada da medicação, sobretudo na atuação de rede de apoio. A equipe de saúde precisa estar atenta a sinais de violência, como negligência, e oferecer suporte necessário para a adesão do tratamento e o acompanhamento desse público vulnerável.



Gráfico 18 — Proporção de PVHA com carga viral indetectável por ano, MRJ, 2019–2022.



Fonte: SISCEL, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações.

Analisando os dados laboratoriais de PVHA, observa-se um aumento na proporção de pessoas com carga viral indetectável ao longo dos anos, saindo de 71,2% em 2016 para 80,9% em 2021, mantendo 80,4% em 2022, embora o ano ainda esteja incompleto. Desse modo, pode ser observado que as novas terapias antirretrovirais apresentam benefícios em relação à suspensão viral.

Além da diminuição dos efeitos colaterais, o vínculo profissional-paciente ajuda a diminuir a interrupção do tratamento e melhora a qualidade de vida da PVHA. Ressalta-se, também, que o início precoce da TARV para toda a PVHA colaborou para o aumento dos pacientes com suspensão viral.

Porém, comparando o alcance de 80% dos pacientes em uso de TARV com a carga viral indetectável, ainda estamos aquém da meta global estipulada pela UNAIDS para 2030, que é de 95% das pessoas em uso de TARV com carga viral indetectável. Ações para fortalecimento da adesão ao tratamento e cuidado interdisciplinar, visando à integralidade do cuidado e à centralidade do paciente, abordando as desigualdades e vulnerabilidades, precisam ser executadas, para o alcance dessa meta.



3.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO

3.3.1 PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO E PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao vírus do HIV consiste no uso de antirretrovirais (ARV) orais para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV pela pessoa exposta ao vírus, seja por prática sexual desprotegida, violências sexuais, ou por acidentes por materiais perfurocortantes, neste último indicando o uso da PEP. Essa estratégia se mostrou eficaz e segura em pessoas com risco aumentado de adquirir a infecção ou pessoas já expostas ao risco.

Tabela 5 — Número de unidades dispensando PrEP e número de usuários atingidos por ano, MRJ, 2018–2022.

Ano	Número de unidades	Número de usuários
2018	1	486
2019	2	747
2020	3	988
2021	25	1305
2022	89	3944

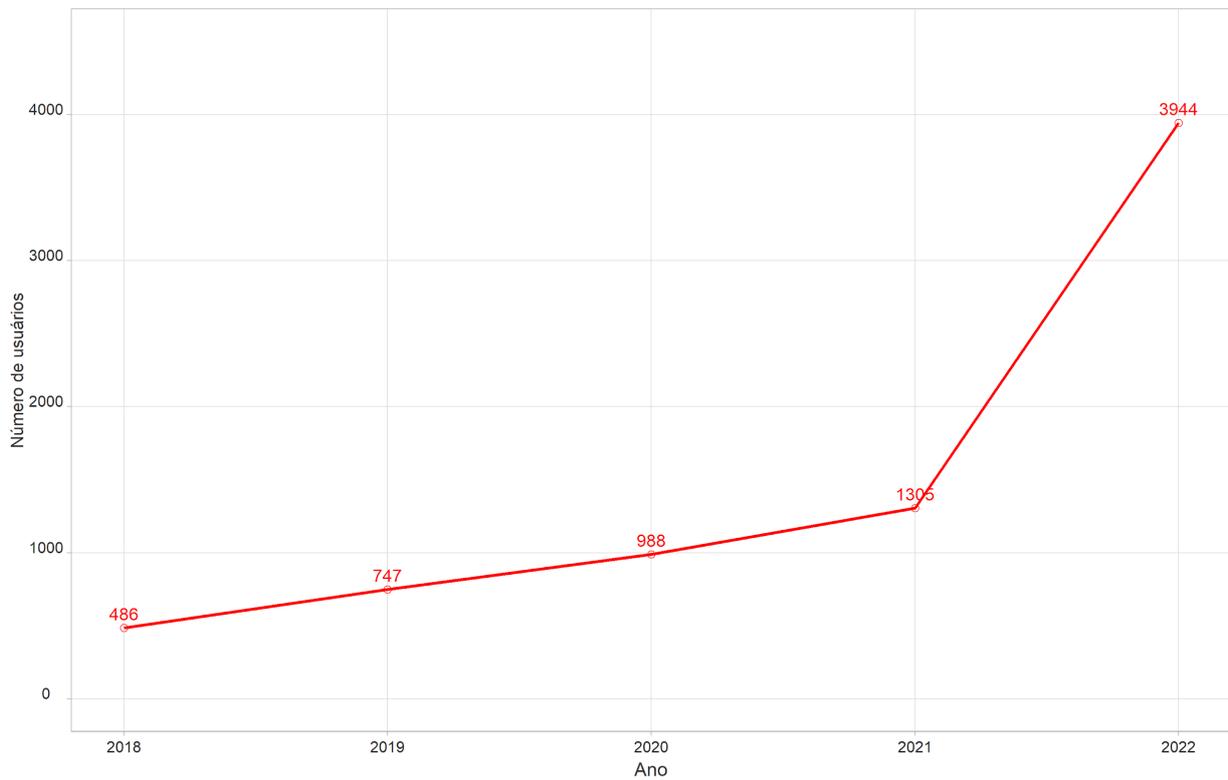
^a Fonte: SICLOM, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações.

Avaliando os usuários em uso do PrEP e o número de unidades dispensadoras, observa-se um aumento exponencial no acesso a essa profilaxia no ano de 2022. Nesse sentido, vale ressaltar que em 2022 foi realizada a descentralização dos cuidados e atendimentos de PrEP para todas as unidades de Atenção Primária no MRJ, com o objetivo de aumentar o acesso dos usuários a mais uma forma de prevenção para a infecção pelo HIV, fortalecendo a estratégia de prevenção combinada.

A descentralização aconteceu de forma gradual, desde 2021, com destaque para a ampliação da prescrição da PrEP pelos enfermeiros, aumentando o escopo da categoria e favorecendo o acesso da estratégia adotada, assim como o aumento das unidades dispensadoras de medicamentos (UDM).



Gráfico 19 — Número de usuários recebendo PrEP por ano, MRJ, 2018–2022.



Fonte: SICLOM, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações.

A descentralização e a oferta possibilitaram o aumento dos usuários da PrEP no município, como pode ser observado no Gráfico 19, com aumento de mais de 200% de usuários de um ano para o outro. Vale ressaltar que além da possibilidade de prevenção pelo uso de medicamentos, são mais usuários acessando os serviços de saúde, realizando mais testagem para rastreamento de HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST).

A PrEP é ofertada para todos os usuários acima de 15 anos após a avaliação profissional para caracterização da exposição frequente ao HIV, realizada por práticas sexuais desprotegidas, frequência de relações sexuais com parcerias eventuais, quantidade e diversidade de parcerias, histórico de episódios de IST, busca repentina por PEP e contexto de troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, uso de drogas etc. Pode-se considerar, também, o uso sob demanda a homens cisgênero e pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer, desde que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol.

Em relação à Profilaxia pós Exposição (PEP), pelo SICLOM, foi observado um discreto aumento na dispensa do tratamento do ano de 2021 para 2022, respectivamente de 6.155 para 6.381, o que resulta em aumento das pessoas com indicação para o uso do tratamento, que consiste na exposição ocupacional, com acidentes com materiais possivelmente contaminados, e na exposição sexual, com a prática sexual em que



ocorre a falha, rompimento ou não uso de preservativos, incluindo os casos de violência sexual contra mulheres e homens.

3.2.2 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

As ações de prevenção e promoção da saúde têm um papel importante na prevenção de HIV e outras IST. A educação em saúde possibilita capilarizar as informações da doença pela população e sensibilizar os profissionais, contribuindo para escolhas mais seguras e diminuindo o risco de adoecimento, pois abordam informações sobre o comportamento e a transmissão da doença, medidas de prevenção, aplicação da prevenção combinada e educação em saúde em diversos espaços no território e nos ambientes de atendimento de saúde.

Tabela 6 — Número de preservativos feminino e masculino distribuídos por ano, MRJ, 2020–2022.

Ano	Preservativo feminino	Preservativo masculino
2020	677710	12468095
2021	363720	16756232
2022	790710	12977240

^a Fonte: SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações.

A distribuição de preservativos é uma das estratégias de prevenção combinada. Há uma distribuição muito maior em relação ao preservativo masculino do que ao feminino, porém podemos observar o aumento da distribuição no último ano do preservativo feminino. Todas as unidades de saúde do município são abastecidas e disponibilizam o insumo em áreas visíveis e acessíveis aos usuários. O preservativo é comumente inserido na educação em saúde realizada com a população, a fim da promoção de saúde e prevenção de HIV e outras IST.

4. PERSPECTIVAS E DESAFIOS

O HIV/AIDS ainda apresenta uma ameaça para a população e um grande problema de saúde pública para ser enfrentado e controlado, principalmente no município do Rio de Janeiro.

A pandemia da covid-19 afetou os serviços de saúde, principalmente no seguimento das doenças crônicas, e percebe-se que não foi diferente no acompanhamento das



PVHA, dado o impacto nos indicadores nesse período. Como desafio, os serviços de saúde, sobretudo a APS e a rede secundária, precisam retomar o cuidado e a vigilância nos eixos de prevenção, promoção, detecção e cuidado, para controle e acompanhamento dos pacientes.

É importante ressaltar que o MRJ ainda responde por uma importante proporção de novos casos de HIV no país. Contudo, a queda da detecção de casos novos nos últimos três anos também se relaciona temporalmente com a queda das testagens. Além disso, a detecção de HIV em crianças ainda se apresenta como um desafio a ser superado no MRJ e requer atenção dos serviços de saúde, tanto durante o pré-natal, como durante o parto e puerpério, com o objetivo de evitar a transmissão vertical.

A tecnologia com teste rápido, que não depende de uma estrutura laboratorial, traz mais acessibilidade e possibilidade de diagnóstico em tempo oportuno, porém é necessário que o município retome e avance em oferta e realização dos testes, ampliando o diagnóstico e possibilitando a ciência sorológica pelos portadores do vírus, para intervenção precoce, além do alcance da primeira meta da UNAIDS de 95% das PVHA saberem seu histórico sorológico.

Importa mencionar que a descentralização da PrEP para as unidades de atenção primária e a prescrição de PrEP e PEP pelos enfermeiros foram importantes para fortalecer essas ações, dado o inquestionável aumento da profilaxia após a adoção dessas medidas. Além disso, foram ações que colaboraram para a estratégia de prevenção combinada no município, especialmente para o público jovem, que é o público que mais apresenta novos casos de infecções.

No que diz respeito à mortalidade por HIV, muito se avançou nessa questão, representada pela queda da taxa bruta de mortalidade ao longo dos anos. Pode-se relacionar esse avanço ao uso de TARV para todos os casos de contaminação por HIV, assim como o avanço das medicações. Fator esse exposto no segundo 95 da meta global da UNAIDS, que corresponde a 95% das PVHA em uso TARV, a meta que é alcançada pelo município.

Ainda sobre mortalidade, percebe-se o avanço da TPT, porém ainda é necessário maior esforço da APS e dos especialistas na prescrição do tratamento, na vigilância das PVHA e na identificação dos pacientes que necessitam de acompanhamento, para evitar a principal causa de morte em paciente com HIV, que é pela tuberculose. O que vale também para a vigilância das demais doenças oportunistas.



Seja na detecção de novos casos ou na mortalidade por HIV, nota-se a expressiva discrepância nas taxas entre as raças, com predomínio na população de raça negra. A análise espacial também coloca áreas de grande adensamento populacional e maior vulnerabilidade como áreas com maior concentração de casos. Nesse sentido, as análises reforçam a necessidade da discussão sobre a desigualdade social e os determinantes de saúde que afetam diretamente na morbimortalidade dos grupos mais vulneráveis, e que essa discussão pautar o direcionamento de ações para assegurar o direito à saúde dessa população.

A sensibilização dos profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção, principalmente para evitar a discriminação e o preconceito, é sempre destacada em espaços de educação permanente, a fim de contribuir para a diminuição da desigualdade no acesso aos serviços de saúde e minimizar o impacto dos determinantes de saúde à população.

A integralidade do cuidado e o vínculo do paciente com o profissional com quem compartilha seu cuidado estão diretamente ligados ao sucesso do tratamento e, como consequência, à detecção da carga viral, que possibilita uma melhor qualidade de vida, a não transmissão do HIV e o não desenvolvimento de doenças oportunistas, além do alcance do último 95 da meta da UNAIDS, que corresponde a 95% das pessoas em uso de TARV com a carga viral indetectável, meta essa que o MRJ ainda não atinge e que as equipes envolvidas na coordenação do cuidado desses usuários precisam investir.

A construção deste boletim também possibilitou vislumbrar as necessidades de melhoria nos sistemas de informações a nível federal. A falta de interoperabilidade entre os diversos sistemas envolvidos na notificação e atenção ao usuário com HIV fragiliza esse cuidado e também dificulta a análise dos dados.

Por fim, cabe ressaltar que a SMS-Rio investe esforços para o fortalecimento das ações no controle do HIV/AIDS e a superação dos desafios no MRJ. Visando à coordenação do cuidado pela APS e à integralidade da assistência, a coordenação das doenças transmissíveis, por meio da área técnica de HIV/AIDS, contará com a ampliação dos equipamentos de saúde, com a inauguração do Centro de Referência e Treinamento (CRT), para oferta de atendimento especializado às PHVA que necessitarem, após a avaliação da equipe de saúde da família (a partir de 2022), assim como a atualização do guia rápido para profissionais de saúde, ajustando os protocolos vigentes.



Ainda no mês de dezembro, é incentivada a oportunização dos testes pelos profissionais de saúde nas unidades, educação em saúde intra e extramuros, além de divulgação sobre informações da prevenção, intervenção e tratamento nas mídias sociais. Este boletim, trazendo luz aos principais desafios, também é uma dessas estratégias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora se observe uma queda na taxa de detecção de HIV, assim como a diminuição de novos casos por ano, aumento nas ações de profilaxia e queda na taxa de mortalidade, o MRJ ainda não alcança as metas globais 95-95-95 pactuadas pela UNAIDS em 2021. Permanece sendo um desafio a identificação dos casos, o acompanhamento e o controle da carga viral. As ações de controle da doença precisam continuar fortemente, para o alcance da estratégia global de acabar com a AIDS como uma ameaça a saúde pública em 2030, zerando novas infecções por HIV, zero discriminação e zero morte relacionada à AIDS.

Nesse contexto, destaca-se a potência da atuação da atenção primária no fortalecimento da prevenção combinada e estratégias de detecção precoce e oferta de serviços de saúde. Além disso, a vigilância e a coordenação do cuidado da PVHA são necessárias para a adesão ao tratamento, prevenção de doenças oportunistas e supressão da carga viral, prolongando e aumentando a qualidade de vida da pessoa infectada pelo HIV.

Como potência, a SMS-Rio conta com o fortalecimento da rede de APS, que tem um papel importante, com a coordenação do cuidado, ações de promoção e prevenção, além de ser a porta de entrada para o sistema de saúde, que, conseqüentemente, impacta no controle do HIV. A pandemia de covid-19 impôs a mudança da dinâmica dos serviços de saúde necessária ao enfrentamento e resposta da emergência de saúde pública instalada em 2020. É importante que, com a retomada dos serviços de atenção primária à saúde em sua integralidade, a APS coloque em pauta as ações para o controle do HIV/AIDS. Espera-se que esse boletim colabore para o planejamento das ações nas diferentes instâncias e áreas de planejamento, de acordo com seu diagnóstico situacional.



6. REFERÊNCIAS

Brasil. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2021**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2021

Brasil. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. — 5. ed. — Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.102, de 13 de maio de 2022**.

Brasil. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. — Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais — Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

UNAIDS. **Estratégia global para acabar com a AIDS 2021–2026, acabar com as desigualdades**. 2022.



Saúde
Pública
Carioca

