

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

AIDS DST

Apresentação	03
Tabela A Casos de aids (número e taxa por 100.000 hab.) segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico e origem dos dados. Brasil, 2001 - 2006	04
Tabela B Casos de sífilis congênita notificados, casos não investigados (número e proporção) segundo região e UF de notificação por ano de diagnóstico. Brasil, 2000 - 2006	05
Análise do banco de dados nacional de Aids, 1980 a 2006 e gestante HIV+, 2000 a 2006	07
Análise do banco de dados nacional de sífilis congênita, 1996 a 2006	09
Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004	11
Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV como estratégia de melhoria da cobertura de testagem em gestantes e prevenção da transmissão vertical do HIV	16
Resumos EXPOEPI/2005	23
Dados Epidemiológicos - Aids	
Tabela I Casos de aids segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006	30
Tabela II Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de aids segundo UF de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1995-2005	31
Tabela III Casos de aids (número e taxa por 100.000 hab. e razão de sexo) segundo ano de diagnóstico por sexo. Brasil, 1980-2006	32
Tabela IV Casos de aids segundo faixa etária por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006	33
Tabela V Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de aids segundo faixa etária por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1995-2006	34
Tabela VI Casos de aids (número e percentual) em indivíduos menores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição hierarquizada por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006	35
Tabela VII Casos de aids (número e percentual) na categoria de exposição transmissão vertical segundo idade por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006	35
Tabela VIII Casos de aids (números e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006	36
Tabela IX Casos de aids (número e percentual) segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2000 a 2006	37
Tabela X Óbitos por aids segundo UF e região de residência por ano de óbito. Brasil 1985-2005	38
Tabela XI Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.) por aids, segundo UF e região de residência por ano de óbito. Brasil, 1994-2005	39
Tabela XII Óbitos por aids (número, taxa por 100.000 hab. e razão de sexo) segundo ano de óbito por sexo. Brasil, 1985-2005	40
Tabela XIII Óbitos por aids (número e percentual) segundo raça/cor por sexo e ano de óbito. Brasil, 1998-2005	40
Dados Epidemiológicos - Sífilis Congênita	
Tabela XIV Casos notificados e investigados de sífilis congênita em memores de 01 ano de idade (número e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos) segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2005	42
Tabela XV Casos notificados e investigados de sífilis congênita segundo características dos casos por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2006	43
Tabela XVI Casos notificados e investigados de sífilis congênita segundo características maternas por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2006	44
Tabela XVII Óbitos por sífilis congênita (número e taxa de mortalidade por 100.000 nascidos vivos) segundo UF e região de residência por ano de óbito. Brasil, 1996 a 2005	45
Dados Epidemiológicos - Gestantes Soropositivas para o HIV	
Tabela XVIII Casos de gestantes soropositivas para o HIV segundo UF e região de notificação por ano de notificação. Brasil, 2000-2006	48
Tabela XIX Casos de gestantes soropositivas para o HIV segundo ano da notificação por raça/cor. Brasil, 2000-2006	49
Notas Técnicas	50

© 2006. Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte.

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE
Agenor Álvares

SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Fabiano Pimenta

DIRETORA DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS
Mariângela Batista Galvão Simão

DIRETORES-ADJUNTOS DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS
Carlos Passareli
Ruy Burgos

UNIDADE DE INFORMAÇÃO E VIGILÂNCIA
Gerson Fernando Mendes Pereira

PRODUÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

Expediente

Boletim Epidemiológico - Aids e DST
Ano III - nº 1 - 01ª - 26ª de 2006 - semanas epidemiológicas
janeiro a junho de 2006

Tiragem: 15.000

ISSN: 1517-1159

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte

SEPN 511, Bloco C

CEP 70750-543 - Brasília - DF

Telefone: (61) 3448-8000

Disque Saúde - 0800 61 1997

e-mail: aids@aims.gov.br

site: www.aims.gov.br

Elaboração do Conteúdo:

Unidade de Informação e Vigilância - UIV

Alessandro Ricardo Cunha

Artur Iuri Alves de Sousa

Érika Luiza Lage Fazito Rezende

Francisca de Fatíma A. Lucena

Gerson Fernando Mendes Pereira

Leidijany Costa Paz

Marcelo Araújo de Freitas

Maria Marta Macedo

Walkiria Gentil Almeida

Projeto Gráfico, Editoração Eletrônica e Arte Final

Assessor Técnico: Marcos Cleuton de Oliveira

Brasília - Brasil
novembro - 2006

Apresentação

Mariângela Simão

Diretora - Programa Nacional de DST e Aids

O Boletim Epidemiológico de Aids e DST, que ora apresentamos, contém os dados epidemiológicos de aids notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), até 30/06/2006, bem como casos registrados no SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais) e SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade). Além dos dados de aids, são apresentados os casos de sífilis congênita notificados no SINAN para o período de 1998 à junho de 2006, bem como os dados de mortalidade provenientes do SIM relacionados a este agravo, referentes ao período de 1996 a 2005. Também são apresentados os casos de gestantes soropositivas para o HIV.

Os dados deste novo boletim foram recebidos do setor de produção do DATASUS do Ministério da Saúde. Os bancos de dados foram revisados pela Unidade de Informação e Vigilância do Programa Nacional de DST e Aids com o intuito de identificar duplicidades, melhorar a completude e a inconsistências dos dados.

O processo de recuperação da base de dados dos casos de aids no país foi continuado, agora, além do SISCEL, relacionando óbitos por causa morte aids oriundos do SIM com os casos notificados no SINAN. Para implementar o relacionamento dos bancos de dados, foi utilizado o aplicativo Reclink. Do total de 167.913 casos de aids de 2001 a 2005, 28.778 foram identificados somente no SISCEL e 11.992 somente no SIM, representando 17,1% e 7,1%, respectivamente, do total de casos.

É interessante ressaltar que para o período de 1º de janeiro até 30 de junho de 2005, haviam sido notificados no SINAN um total de 4.628 casos de aids. No presente boletim, observa-se um acréscimo de 15.534 novos casos, totalizando 20.162 para este ano, refletindo o grande esforço das equipes de vigilância epidemiológica estadual e municipal na notificação oportuna dos casos diagnosticados.

Foram notificados no SINAN e registrados no SISCEL e SIM, até junho de 2006, no total, 433.067 casos de aids no Brasil. Considerando ainda os

atrasos de notificação, a taxa de incidência de 2003 foi elevada para 20,7/100.000 habitantes, sendo 25,4 em homens e 16,1 em mulheres, com a razão de sexo de 15 homens para 10 mulheres (1,5 H:M).

De 1980 a 2005, foram registrados um total de 183.074 óbitos no SIM, com 11.026 óbitos em 2005, reduzindo ligeiramente a taxa de mortalidade de 6,2/100.000 hab. em 2004 para 6,0/100.000 hab. em 2005.

Com relação aos casos notificados e investigados de sífilis congênita verifica-se que no Brasil, entre os anos de 1998 e junho de 2006, foram notificados e investigados 36.615 casos em menores de 1 ano de idade. Entre os anos de 2000 a junho de 2006, 10,5% do total de casos notificados não foram investigados (ver tabela B).

Ainda como parte deste boletim estamos apresentando os artigos “Estimativa de Prevalência do HIV na População Brasileira de 15 a 49 anos, 2004”, “Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV como estratégia de melhoria da cobertura de testagem em gestantes e prevenção da transmissão vertical do HIV” e os resumos dos seis trabalhos relacionados à DST/AIDS vencedores da amostra competitiva da V EXPOEPI, realizada em Brasília-DF em novembro de 2005: 1- Qual a representação do uso do preservativo masculino: Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis ou Método Contraceptivo; 2- Estratégia de prevenção às DST/AIDS com jovens frequentadores de bailes funk: um novo desafio; 3- Uma experiência com adolescentes escolarizados em Vargem Grande Paulista; 4 - Prevenção no contexto assistencial: os profissionais do sexo; 5 - Descentralização das Ações de Controle de Sífilis Congênita no Município da Serra/ES no ano de 2004; 6 - Articulação e parceria no sucesso da vigilância da sífilis congênita no município de Campinas/SP.

A seguir apresentamos uma análise detalhada desses dados constantes no boletim. Todas as informações contidas neste documento estão também disponíveis em formato eletrônico no endereço www.aids.gov.br (área técnica).

TABELA A - Casos de aids (número e taxa por 100.000 hab.) segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico e origem dos dados. Brasil, 2001 - 2006⁽¹⁾.

UF de residência	2001		2002		2003		2004		2005		2006													
	"SINAN+SISCEL+SIM"		"SINAN+SISCEL+SIM"		"SINAN+SISCEL+SIM"		"SINAN+SISCEL+SIM"		"SINAN+SISCEL+SIM"		"SINAN+SISCEL+SIM"													
	nº	bx	nº	bx	nº	bx	nº	bx	nº	bx	nº	bx												
Brasil	27120	15,7	29132	16,9	27804	15,9	33865	19,4	27457	15,5	36573	20,7	24600	13,7	35201	19,7	20162	10,9	33142	18,0	5847	3,1	13214	7,1
Norte	971	7,3	1112	8,4	1045	7,7	1319	9,8	1071	7,8	1425	10,3	1412	10,0	1957	13,9	1169	8,0	1900	12,9	447	3,0	897	6,0
Rondonia	109	7,7	128	9,1	154	10,8	186	13,0	152	10,4	182	12,5	142	9,6	171	11,6	119	7,8	202	13,2	59	3,8	132	8,4
Acre	29	5,0	31	5,4	40	6,8	41	7,0	35	5,8	37	6,2	41	6,7	55	9,0	48	7,2	55	8,2	11	1,6	18	2,6
Amazonas	290	10,0	303	10,4	306	10,3	396	13,4	271	8,9	382	12,6	367	11,8	494	15,9	341	10,5	561	17,4	121	3,7	264	8,0
Roraima	45	13,3	53	15,7	32	9,2	38	11,0	68	19,0	78	21,3	95	25,8	117	31,8	54	13,8	67	17,1	21	5,2	25	6,2
Pará	385	6,1	479	7,6	395	6,1	520	8,1	446	6,8	616	9,4	653	9,8	952	14,2	511	7,3	856	12,3	187	2,6	385	5,4
Amapá	48	9,6	48	9,6	52	10,1	65	12,6	33	6,2	43	8,0	45	8,1	69	12,5	52	8,7	73	12,3	22	3,6	29	4,7
Tocantins	65	5,5	70	5,9	66	5,5	73	6,0	66	5,4	87	7,1	69	5,5	99	7,9	44	3,4	86	6,6	26	2,0	44	3,3
Nordeste	3029	6,3	3515	7,3	3471	7,1	4168	8,5	3828	7,8	4697	9,5	3647	7,3	5141	10,3	3246	6,4	5486	10,8	835	1,6	2101	4,1
Maranhão	316	5,5	360	6,3	352	6,1	400	6,9	456	7,8	526	9,0	454	7,6	705	11,9	325	5,3	667	10,9	99	1,6	256	4,1
Piauí	153	5,3	170	5,9	161	5,6	176	6,1	161	5,5	176	6,0	178	6,0	273	9,3	192	6,4	284	9,4	30	1,0	92	3,0
Ceará	568	7,5	577	7,6	593	7,7	652	8,5	723	9,3	848	10,9	725	9,2	891	11,3	584	7,2	761	9,4	188	2,3	316	3,8
Rio Grande do Norte	160	5,7	172	6,1	136	4,8	152	5,3	189	6,5	209	7,2	123	4,2	137	4,7	141	4,7	325	10,8	46	1,5	142	4,7
Paraíba	213	6,1	245	7,1	216	6,2	261	7,5	218	6,2	288	8,2	196	5,5	331	9,3	184	5,1	314	8,7	33	0,9	139	3,8
Pernambuco	772	9,6	886	11,1	1055	13,0	1171	14,5	944	11,6	1035	12,7	844	10,2	1074	13,0	780	9,3	1418	16,9	133	1,6	515	6,1
Alagoas	169	5,9	177	6,2	156	5,4	185	6,4	190	6,5	239	8,2	170	5,8	201	6,8	204	6,8	263	8,7	63	2,1	94	3,1
Sergipe	75	4,1	89	4,9	97	5,3	106	5,7	139	7,4	162	8,6	124	6,5	151	7,9	127	6,5	175	8,9	20	1,0	84	4,2
Bahia	603	4,6	639	6,3	705	5,3	1065	8,0	808	6,0	1214	9,0	833	6,1	1378	10,2	709	5,1	1279	9,3	223	1,6	463	3,3
Sudeste	15530	21,1	16166	22,0	15266	20,5	18820	25,3	14718	19,5	20178	26,8	12519	16,4	18755	24,6	9891	12,6	17184	21,9	2569	3,2	6634	8,3
Minas Gerais	1656	9,1	1915	10,6	1888	10,3	2681	14,6	2151	11,6	3068	16,5	1786	9,5	2738	14,6	1441	7,5	2853	14,8	388	2,0	1066	5,5
Espirito Santo	454	14,4	519	16,4	512	16,0	640	20,0	506	15,6	642	19,8	490	14,9	660	20,0	416	12,2	613	18,0	117	3,4	251	7,2
Rio de Janeiro	3773	25,9	4071	28,0	3569	24,2	4659	31,6	3276	22,0	5296	35,6	3144	20,9	5709	38,0	2264	14,7	5108	33,2	544	3,5	2089	13,4
São Paulo	9647	25,6	9661	25,7	9297	24,4	10840	28,4	8785	22,7	11172	28,9	7099	18,1	9648	24,6	5770	14,3	8610	21,3	1520	3,7	3228	7,9
Sul	6059	23,8	6687	26,3	6303	24,5	7536	29,3	5984	23,0	7781	29,9	5246	19,9	6979	26,5	4397	16,3	6416	23,8	1548	5,7	2731	10,0
Paraná	1622	16,7	1687	17,4	1616	16,5	1859	19,0	1539	15,5	1914	19,3	1361	13,6	1649	16,5	1231	12,0	1574	15,3	360	3,5	562	5,4
Santa Catarina	1614	29,6	1706	31,3	1589	28,7	1815	32,8	1397	24,9	1782	31,8	1245	21,9	1788	31,4	1052	17,9	1477	25,2	327	5,5	708	11,9
Rio Grande do Sul	2823	27,4	3294	31,9	3098	29,8	3862	37,1	3048	29,0	4085	38,9	2640	24,9	3542	33,4	2114	19,5	3365	31,0	861	7,9	1461	13,3
Centro-Oeste	1531	12,9	1652	13,9	1719	14,2	2022	16,7	1856	15,1	2492	20,2	1776	14,2	2389	18,9	1459	11,2	2156	16,6	448	3,4	851	6,4
Mato Grosso do Sul	279	13,2	289	13,7	315	14,7	396	18,5	293	13,5	454	20,9	274	12,5	421	19,1	182	8,0	427	18,9	86	3,7	190	8,3
Mato Grosso	298	11,6	373	14,6	390	15,0	493	18,9	419	15,8	614	23,2	475	17,6	674	25,0	384	13,7	540	19,3	83	2,9	186	6,5
Goiás	643	12,6	674	13,2	644	12,4	724	13,9	637	12,0	779	14,7	650	12,0	797	14,8	572	10,2	736	13,1	197	3,4	307	5,4
Distrito Federal	311	14,8	316	15,1	370	17,2	409	19,1	507	23,2	645	29,5	377	16,9	477	21,4	321	13,8	453	19,4	82	3,4	168	7,0

FONTE: MS/SYS/PN-DST/AIDS
 NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005.
 Dados preliminares para os anos de 2001 a 2006.

TABELA B - Casos de sífilis congênita notificados, casos não investigados (número e proporção) segundo Região e UF de notificação por ano de notificação. Brasil, 2000-2006⁽¹⁾.

UF/Região de notificação	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006			
	notificados	"não-investigados"	notificados	"não-investigados"	notificados	"não-investigados"	notificados	"não-investigados"	notificados	"não-investigados"	notificados	"não-investigados"	notificados	"não-investigados"		
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Brasil	5619	6,1	5948	7,99	6234	13,4	6923	14,6	6422	9,6	585	9,1	6908	10,2	3141	10,5
Norte	225	11	496	150	482	30,2	664	36,5	408	13,6	21	5,1	577	9,0	298	9,7
Rorônia	13	0,0	3	1	3	33,3	9	2	6	22,2	2	33,3	5	0,0	2	0,0
Acre	0	0	1	1	3	100,0	3	0,0	10	0,0	0	0,0	13	0,0	16	6,3
Amazonas	15	0,0	28	2	33	7,1	107	18,2	114	31,8	0	0,0	128	5,3	81	2,5
Roraima	0	0	8	0	10	0,0	18	10,0	3	0,0	0	0,0	14	0,0	10	0,0
Pará	130	7	158	22	197	13,9	296	59,4	129	12,5	8	6,2	304	40	118	23
Amapá	2	2	213	81	162	38,0	139	21,6	88	5,7	5	5,7	41	5	30	1
Tocantins	65	2	85	43	74	50,6	92	21,6	58	18,5	6	10,3	72	2	41	2
Nordeste	1028	11,2	1541	304	1608	19,7	1951	18,3	1938	15,4	267	13,8	2354	30,7	1236	17,0
Maranhão	37	8	104	8	211	7,7	299	20,4	243	18,1	32	13,2	232	18	156	19
Piauí	26	1	25	0	60	0,0	70	6,7	79	10,0	10	12,7	52	10	20	4
Ceará	8	0	42	1	62	2,4	125	1,6	192	8,3	16	8,3	366	29	217	16
Rio Grande do Norte	87	3	127	31	67	24,4	112	20,9	130	16	16	12,3	144	26	59	6
Paraíba	6	3	208	124	222	59,6	67	28,4	110	14,9	31	28,2	146	30	106	19
Pernambuco	576	24	695	29	654	4,2	746	9,9	634	3,9	51	8,0	838	90	315	43
Alagoas	38	9	55	17	56	30,9	80	41,1	144	27,5	35	24,3	180	17	209	21
Sergipe	10	0	22	2	13	9,1	140	5	114	3,6	5	4,4	86	12	20	5
Bahia	240	67	263	92	263	35,0	312	30,4	292	42,6	71	24,3	310	75	134	37
Sudeste	3576	10,2	3117	227	3260	7,3	3416	15,3	3345	4,5	213	6,4	3145	21,4	1217	8,5
Minas Gerais	44	4	124	35	105	28,2	149	28,6	161	10,1	28	17,4	174	16	77	7
Espírito Santo	306	4	276	2	314	0,7	323	5,1	310	1,9	17	5,5	255	6	71	3
Rio de Janeiro	1574	64	1259	30	1345	2,4	1308	5,8	1490	5,9	110	7,4	1428	92	642	37
São Paulo	1652	30	1458	160	1496	11,0	1636	12,8	1384	3,4	58	4,2	1288	100	427	38
Sul	356	7,7	352	38	429	10,8	466	14,2	318	9,0	48	15,1	371	6,3	181	2,1
Paraná	39	1	96	3	128	3,1	129	7,8	75	14,7	7	9,3	92	12	50	7
Santa Catarina	29	0	26	8	13	30,8	31	46,2	55	16,1	10	18,2	47	12	15	2
Rio Grande do Sul	288	76	230	27	288	11,7	306	15,6	188	5,9	31	16,5	232	39	116	12
Centro-Oeste	434	3,5	442	80	455	18,1	426	14,1	413	18,5	36	8,7	461	6,8	209	2,6
Mato Grosso do Sul	56	1	28	1	94	3,6	46	27,7	49	19,6	5	10,2	103	6	67	5
Mato Grosso	5	0	13	1	24	7,7	42	4,2	18	7,1	1	5,6	51	10	40	7
Goiás	110	2	103	51	88	49,5	102	31,8	80	32,4	15	18,8	50	23	13	5
Distrito Federal	263	32	298	27	249	9,1	236	3,6	266	14,4	15	5,6	257	29	89	9

FONTE: MS/SVS/SPN-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2006.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

Análise do banco de dados nacional de Aids, 1980 a 2006 e gestante HIV+, 2000 a 2006.

Ao analisar os dados mais recentes de aids no Brasil, deve-se levar em consideração, ainda, a possibilidade de atrasos na notificação, sobretudo nos anos de 2004, 2005 e 2006.

Dos 433.067 casos notificados de aids até junho de 2006, 62,3% (269.910 casos) se concentram na região Sudeste, 17,9% (77.639 casos) na região Sul, 11% (47.751 casos) no Nordeste, 5,6% (24.086 casos) no Centro-Oeste e 3,2% (13.681 casos) no Norte (tabela I).

Como já descrito anteriormente, a taxa de incidência teve crescimento acelerado até 1998, com posterior redução da velocidade de crescimento, alcançando a taxa máxima de 20,7 por 100.000 hab. em 2003, variando de acordo com a região: 29,9 para a Região Sul; 26,8 para o Sudeste; 10,3 para a Região Norte; 20,2 para o Centro-Oeste; e, 9,5 para o Nordeste (tabela II).

Notam-se que as maiores taxas de incidência ainda estão na região Sul, porém, com uma provável desaceleração do crescimento nos anos mais recentes. A região Sudeste se mantém num processo de estabilização. A taxa de incidência na região Norte vem sendo persistentemente maior do que a da Nordeste. As taxas da região Centro-Oeste, nos últimos 3 anos, têm estado muito próximas à s médias do Brasil.

Do total de casos notificados 67,2% foram do sexo masculino (290.917 casos) e 32,8% do feminino (142.138 casos) e, em 2003, a taxa de incidência foi de 25,4 por 100.000 hab. entre homens e 16,1 por 100.000 hab. entre mulheres (tabela III). A razão de sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher em 1986, para 1,5 homens por mulher em 2005 (gráfico I).

O maior número de casos encontra-se na faixa etária dos 20 aos 49 anos, representando 85,9% dos casos masculinos e 81,5% dos casos femininos (tabela IV). As taxas de incidência (tabela V) mostram que mantem-se a redução entre os casos masculinos de 13 a 34 anos, já que as maiores taxas de incidência foram observadas em 1997 e 1998 e há um ligeiro

crescimento entre os casos femininos. Entretanto, nos indivíduos acima de 35 anos, as taxas de incidência continuam crescendo persistentemente, bem mais evidente entre as mulheres de 40 a 49 anos, passando de 17,9 por 100.000 hab. em 1998 para 27,9 por 100.000 hab. em 2003.

Quanto à categoria de exposição, observa-se a manutenção da redução proporcional dos casos devido à transmissão vertical em menores de 13 anos (tabela VI). Além disso, vale a pena ressaltar a redução do percentual de crianças notificadas por transmissão vertical em menores de 1 ano (tabela VII).

Entre os casos do sexo masculino, com 13 anos ou mais de idade, observa-se redução persistente, embora pequena, na proporção de casos nas sub-categorias homo e bissexual. Em ambos os sexos, observa-se a redução importante dos casos devido ao uso de drogas injetáveis e a manutenção do aumento proporcional persistente da transmissão heterossexual (tabela VIII).

Verifica-se, tanto no gênero masculino, quanto no feminino, um aumento proporcional nos casos de aids na raça/cor parda (tabela IX), decrescendo a proporção na branca. Esse dado está disponível somente a partir de 2000, e, somado ao grande percentual de ignorados, dificulta uma análise mais detalhada.

De 1980 a 2005, ocorreram 183.074 óbitos por aids no Brasil, sendo 2,4% na região Norte, 4,4% na Centro-Oeste, 9,2% no Nordeste, 15,1% no Sul, e 68,9% na região Sudeste (tabela X). No ano de 2005 foram registrados, no Sistema de Informações sobre Mortalidade, um total de 11.026 óbitos por aids, representando taxa de mortalidade de 6,0/100.000 habitantes (tabela XI), variando de acordo com a região de residência: 2,9 para a Região Nordeste (1.473 óbitos), 3,9 para a Região Norte (566 óbitos); 4,5 para a Centro-Oeste (580 óbitos); 7,6 para o Sudeste (5.984 óbitos) e 9,0 para a região Sul (2.423 óbitos).

Percebe-se aumento persistente das taxas de mortalidade nas regiões Norte e Nordeste. As

taxas de mortalidade por aids na região Sudeste vem decrescendo. Nas regiões Sul e Centro-Oeste verifica-se tendência de estabilização das taxas de mortalidade (gráfico II). A região Sul se estabelece com a maior taxa de mortalidade, mas apresenta uma interrupção do crescimento desta taxa em Santa Catarina (tabela XI).

Mantém-se a redução da taxa de mortalidade entre os homens e a estabilização da taxa de mortalidade no sexo feminino (tabela XII). A razão de sexos da taxa de mortalidade vem diminuindo desde 1986 (16,5 H:M) e hoje atinge 2,0 H:M (gráfico III).

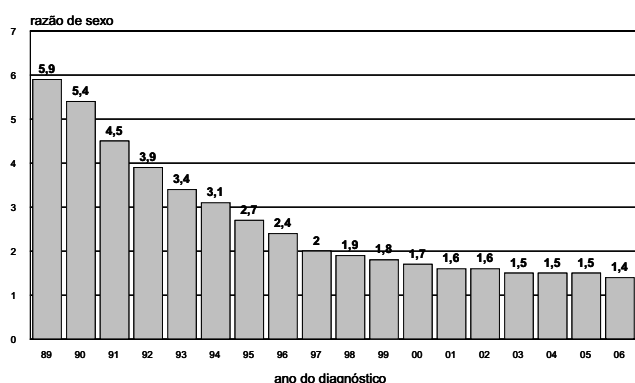
Nota-se a diminuição proporcional de óbitos por aids na raça/cor branca, tanto no gênero masculino, quanto no feminino e um leve aumento proporcional

de óbitos por aids na raça/cor parda (tabela XIII).

Foram disponibilizados nesse boletim, também, os dados de gestantes soropositivas para o HIV, notificadas no SINAN de 2000 até 30/11/2006 (Tabela XVIII). Nesse período foram notificadas 31.921 gestantes soropositivas para o HIV, sendo 7.217 no ano de 2004, distribuídas da seguinte maneira: 3% na Região Norte, 5% na Centro-Oeste, 11% na Nordeste, 28% na Região Sul e 53% na Sudeste.

A distribuição dessas gestantes por raça/cor segue a mesma tendência dos casos de aids. Isto é, tendência de declínio na proporção de notificações na raça/cor branca e de aumento proporcional de notificações na raça/cor parda (Tabela XIX).

Gráfico I - Razão de sexos entre os casos de aids por ano de diagnóstico. Brasil, 1986-2006⁽¹⁾.

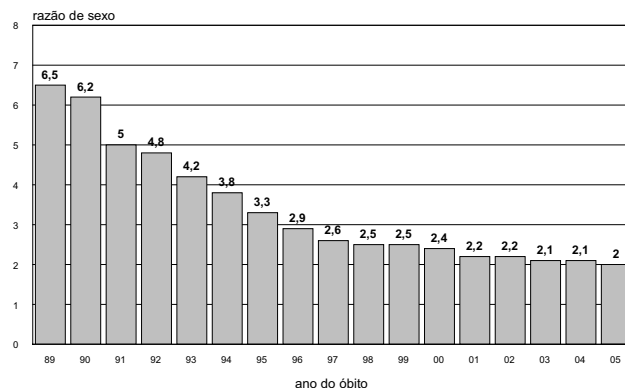


FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

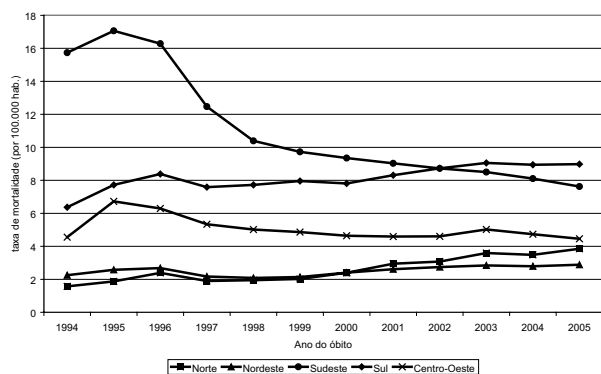
Gráfico III - Razão de sexos da taxa de mortalidade por aids segundo ano de óbito. Brasil, 1989 - 2005⁽¹⁾.



FONTE: MS/SVS/DASIS/SIM

NOTA: (1) Dados preliminares para o ano de 2005.

Gráfico II - Taxa de mortalidade por região de residência e ano de óbito. Brasil, 1994 - 2005⁽¹⁾.



FONTE: MS/SVS/DASIS/SIM

NOTA: (1) Dados preliminares para o ano de 2005.

Análise do banco de dados nacional de sífilis congênita, 1996 a 2006

Analisou-se o banco de dados nacional de sífilis congênita para o período de 1998 à junho de 2006 (dados de morbidade oriundos do SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e de 1996 à 2005 (dados de mortalidade oriundos do SIM – Sistema de Informação de Mortalidade).

Na tabela XIV, observa-se que, de 1998 a 30/06/2006, foram notificados e investigados no Brasil 36.615 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. A região Sudeste concentra 51,2% dos casos (18.740 casos), a Nordeste, 27,9% (10.221 casos), a Centro-Oeste, 7,4% (2.714 casos), a Sul, 6,7% (2.442 casos) e a Norte, 6,8% (2.498 casos).

No ano de 2005 foram notificados e investigados um total de 5.710 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, com uma taxa de incidência de 1,9/1.000 nascidos vivos, variando de acordo com a região de residência: 0,8 para a Região Sul (299 casos); 1,7 para a Região Norte (516 casos); 1,7 para o Centro-Oeste (381 casos); 2,2 para o Sudeste (2.536 casos); e, 2,2 para o Nordeste (1.978 casos).

A análise temporal mostra que, pela primeira vez, a taxa de incidência de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano na região Nordeste se igualou à taxa de incidência de casos na região Sudeste (gráfico I). Essa informação está coerente com o estudo de prevalência de sífilis em parturientes⁽¹⁾ e pode ser reflexo da priorização da transmissão vertical da sífilis no PN-DST/AIDS em parceria com estados e municípios, no qual se destacam as seguintes ações: revisão e publicação de normas técnicas, disponibilização de material instrucional específico para a vigilância epidemiológica deste agravo e assessoria em vigilância epidemiológica nas regiões Norte e Nordeste.

A taxa de incidência no país que nos anos 2003 e 2004 foi de 1,7 por 1.000 nascidos vivos aumentou para 1,9 em 2005. Comparando-se as taxas de incidência de 2005 com as de 2004, percebe-se um aumento de 35,4% na região Norte, 23,5% na região Nordeste; 6,4% na Centro-Oeste; a manutenção da taxa na região Sudeste e, a diminuição da taxa na região Sul, em 14,6%.

Em 2004 foram registrados 5.235 casos de sífilis congênita em crianças de até 12 anos de idade, mas o número esperado era maior. O Estudo de Prevalência de Sífilis em parturientes⁽¹⁾, realizado em 2004, tinha estimado um total de 12.338 nascidos vivos com sífilis para este ano, demonstrando a magnitude do problema de subnotificação. O estudo também tinha estimado o número de nascidos vivos com sífilis congênita por região: 1.355 na região Norte, 4.416, na Nordeste, 4.781, na Sudeste, 1.421 na Sul e 738 na Centro-Oeste. Comparando-se esses números estimados por região com os observados, verificam-se maiores discrepâncias nas regiões Sul e Norte, onde apenas 18,4% e 28,1% dos casos estimados foram notificados, respectivamente.

Dentre os 26 estados e o Distrito Federal, o aumento da incidência da doença em relação ao ano de 2004 ocorreu no Acre, Amazonas, em Roraima, no Pará, no Tocantins, no Ceará, na Paraíba, em Pernambuco, em Alagoas, na Bahia, em Minas Gerais, no Rio de Janeiro, no Paraná, no Rio Grande do Sul, no Mato Grosso e no Mato Grosso do Sul. Esse aumento pode representar os esforços do Ministério da Saúde e da Vigilância Epidemiológica dos Estados na capacitação de recursos humanos e na detecção, notificação e investigação dos casos de sífilis congênita.

Na tabela XV, observam-se os casos notificados e investigados de sífilis congênita em menores de 13 anos, segundo faixa etária da criança, idade gestacional da criança ao nascer, peso da criança ao nascer, características do diagnóstico clínico e do diagnóstico final, segundo ano de diagnóstico.

Nota-se, na série histórica, o progressivo aumento da proporção de casos de sífilis congênita em crianças de até 7 dias e a tendência de diminuição da proporção nas outras faixas etárias. Este dado pode estar indicando o diagnóstico oportuno, ou seja, antes dos 7 dias de vida.

Durante o período analisado, verifica-se que 80,3% dos casos de sífilis congênita nasceram com 36 e mais semanas de gestação e as crianças que nasceram com 2500 gramas e mais representam 75% dos casos.

A partir de 2001, verifica-se a tendência de diminuição na proporção de casos com diagnóstico clínico sintomático e de aumento na proporção de casos com diagnóstico clínico assintomático. Como a maioria das crianças nascem a termo e assintomáticas, justifica-se a realização do teste no momento do parto, favorecendo o tratamento precoce.

A maioria dos casos tem como diagnóstico final a sífilis congênita recente (89,2%), sem grandes variações ao longo dos últimos 8 anos.

A tabela XVI refere-se a casos notificados e investigados de sífilis congênita segundo características maternas por ano de diagnóstico. A maior proporção dos casos de sífilis congênita ocorre em crianças cujas mães têm entre 20 e 29 anos de idade (54%) e que fizeram pré-natal (75,8%). Dentre as mães que fizeram pré-natal, 53,7% tiveram a sífilis diagnosticada durante a gravidez, entretanto, destas, 53,7% não tiveram seus parceiros tratados. Essa descrição não se modifica com o passar dos anos.

A tabela XVII mostra o número absoluto de óbitos e as taxas de mortalidade por sífilis congênita (por 100.000 nascidos vivos), no Brasil e suas macrorregiões, de 1996 a 2005 (gráfico II). Nesse período, ocorreram 1009 óbitos por sífilis congênita, sendo 3,3% na região Centro-Oeste, 8,8% na Norte, 10,2% no Sul, 32,6% no Nordeste e 45,1% na região Sudeste.

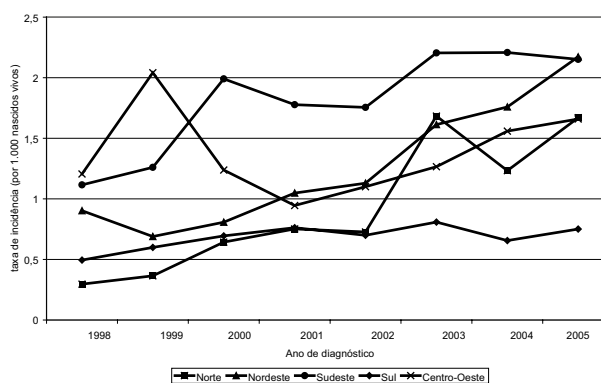
No ano de 2005 foram registrados um total de 61 óbitos por sífilis congênita, representando taxa de mortalidade de 2,0/100.000 nascidos vivos, variando de acordo com a região de residência: 1,3 para a Região Norte (4 óbitos); 0,9 para a Centro-Oeste (2 óbitos); 3,1 para a Região Nordeste (28 óbitos); 2,3 para a região Sul (9 óbitos) e 1,5 para o Sudeste (18 óbitos). É importante lembrar que a subnotificação de óbitos é uma das limitações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que variam de acordo com as características macrorregionais.

A análise dos dados sobre sífilis congênita deve ser feita com parcimônia, pois a qualidade dos dados varia muito dependendo das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica em cada área geográfica. Além disso, deve-se levar em conta o processo de implantação do sistema de vigilância epidemiológica na rede de serviços, a evolução dos recursos de diagnóstico e o rigor na aplicação dos critérios de definição de caso de sífilis congênita⁽²⁾.

Referências bibliográficas

- 1 - Brasil. Estudo de prevalência de sífilis em parturientes, 2004. [Acessado em 08 de agosto de 2006] Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS-286DF0DAPTBRIE.htm>.
- 2 - Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. [Acessado em 08 de agosto de 2006] Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao.pdf>

Gráfico I - Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) segundo ano de diagnóstico e local de residência. Brasil, 1998-2005⁽¹⁾.

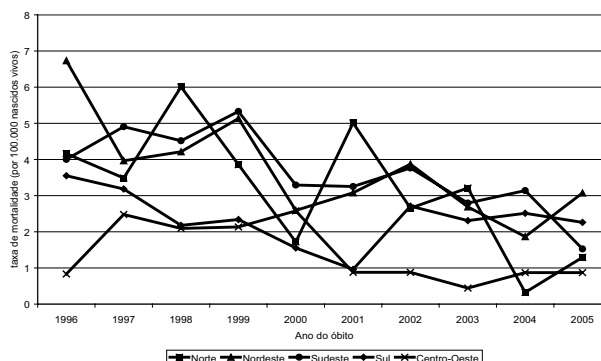


FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2006.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2005.

Gráfico II - Taxa de mortalidade por sífilis congênita (por 100.000 nascidos vivos) segundo ano do óbito e local de residência. Brasil, 1996 – 2005⁽¹⁾.



FONTE: MS/SVS/DASIS/SIM

NOTA: (1) Dado preliminar para o ano de 2005.

Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004.

Célia Landmann Szwarcwald⁽¹⁾
Paulo Roberto Borges de Souza Júnior⁽²⁾

1 Pesquisador Titular, Departamento de Informações em Saúde, CICT/ Fundação Oswaldo Cruz - RJ ;
2 Pesquisador Assistente, Departamento de Informações em Saúde, CICT/ Fundação Oswaldo Cruz - RJ ;

Introdução

Os estudos que visam monitorar geográfica e temporalmente a infecção pelo HIV são essenciais para subsidiar os programas de prevenção e controle da disseminação do HIV na população. Enquanto a vigilância epidemiológica da AIDS reflete uma situação de vários anos após a infecção ter acontecido, em decorrência do longo período de latência assintomático até o desenvolvimento da doença, o monitoramento do HIV retrata uma situação mais recente (Mertens & Low-Beer, 1996).

Entre os projetos que vêm sendo desenvolvidos, no Brasil, para avaliar, de forma continuada, a prevalência da infecção pelo HIV, destaca-se o projeto “Vigilância do HIV por Rede-Sentinela Nacional”. Proposto, originalmente pela Organização Mundial da Saúde, se refere à coleta sistemática de dados por meio de estudos transversais repetidos, periodicamente, para estabelecer as tendências espaço-temporais da infecção por HIV em determinados subgrupos populacionais, denominados de “Populações Sentinela”.

No período 1996-1999, o projeto foi realizado por meio de estudos transversais, repetidos duas vezes ao ano, em três grupos-sentinela: pacientes atendidos em clínicas de DST, usuários de serviços de pronto-socorro e parturientes atendidas em estabelecimentos públicos de saúde. Após avaliação dos problemas operacionais e metodológicos, os estudos nos dois primeiros grupos foram interrompidos em 1999. O único estudo que teve continuidade foi o do grupo-sentinela das parturientes, por ser este con-

siderado o grupo com taxa de prevalência mais parecida à apresentada pela população geral feminina (Boisson et al., 1996; Kwesigabo et al., 2000).

A análise dos dados coletados no ano de 1998 e da metodologia aplicada para a obtenção das informações indicou, entretanto, que a amostragem não probabilística dos estabelecimentos de saúde (que se ofereciam para participar da pesquisa de forma voluntária) trazia restrições importantes, impondo limitações para a estimação da prevalência da infecção pelo HIV, em âmbito nacional (Szwarcwald & Castilho, 2000). No período de 2000-2004, o estudo foi conduzido bianualmente, diferentemente, porém, dos anos anteriores, utilizando-se amostragem probabilística para a seleção das parturientes e dos estabelecimentos de saúde (Szwarcwald & Carvalho, 2001; Souza-Jr et al., 2004).

Além da estimação da taxa de prevalência do HIV, o atual Projeto-Sentinela Parturiente tem também o objetivo de monitorar a cobertura da detecção da infecção pelo HIV na gestação. Após o ano de 2002, o estudo passou a incluir entrevista com a gestante contendo informações sobre o pré-natal, solicitação de teste sorológico para a infecção pelo HIV na gestação e conhecimento, antes do parto, do resultado da sorologia. No estudo realizado em 2002, observou-se que apenas 52% das parturientes tinham realizado o teste de HIV na gestação e conheciam o resultado do teste antes da internação para o parto. A cobertura de teste de HIV na gestação demonstrou grandes disparidades sócio-espaciais, com valores menores do que 30% nas regiões Norte e Nordeste (Souza-Jr. et al., 2004).

No presente trabalho, apresentam-se os resultados do ano de 2004 relativos às taxas de prevalência da infecção pelo HIV, ajustadas para a população brasileira de 15 a 49 anos, segundo o sexo, bem como as estimativas da cobertura da detecção da infecção pelo HIV durante a gestação por macro-região geográfica e grau de escolaridade da parturiente.

Metodologia

A determinação do tamanho de amostra para o Estudo-Sentinela em parturientes, no ano de 2004, foi baseada em obter a estimativa da proporção de gestantes infectadas pelo HIV no Brasil. Levando em conta a estimativa da proporção de gestantes infectadas pelo HIV referente ao ano 2000, de 0,47% (Szwarcwald & Carvalho, 2001), o tamanho da amostra foi calculado para estimar a proporção de infecção pelo HIV dentro de um intervalo de confiança de 95% com erro bilateral de 0,1%, chegando-se ao tamanho aproximado de 18000 gestantes. Tendo em vista o processo de amostragem por conglomerados, o tamanho de amostra total foi de 19800, considerando um possível efeito de desenho de 1,1.

Utilizou-se amostragem probabilística para a seleção das parturientes e dos estabelecimentos de saúde (sítios-sentinela). A amostragem foi realizada em dois estágios, selecionando-se, no primeiro estágio, 200 maternidades, escolhidas entre os estabelecimentos de saúde com realização de mais de 500 partos em um semestre com probabilidade proporcional ao tamanho, sendo este estabelecido pelo número de partos realizados naquele estabelecimento no ano de 2003. Em cada uma das maternidades, foram selecionadas 100 parturientes de maneira aleatória, por ocasião da internação para o parto. As 15 categorias compostas por tamanho do município (até 50 mil; 50 mil até 400 mil; 400 mil e mais habitantes) e macro-região geográfica estratificaram as unidades primárias de seleção (estabelecimentos de saúde).

O estudo compreendeu coleta anônima de amostra de sangue para detecção de infecção pelo HIV e o preenchimento, por meio de entrevista, de uma cartilha por ocasião da internação para o parto, que incluía informações sobre pré-natal e grau de escolaridade da parturiente. As informações coletadas na entrevista referentes ao atendimento pré-natal foram as seguintes: número de consultas realizadas; trimestre de início; solicitação de teste de HIV; concordância da gestante em realizar o teste; e conhecimento do resultado antes do parto.

A taxa de prevalência do HIV foi estimada por Grande Região e grau de escolaridade da gestante. A estimação dos parâmetros levou em consideração o processo de amostragem utilizado. Em cada estrato h , a taxa de prevalência p_h e a sua variância v_h foram estimadas por (Cochran, 1963):

$$p_h = \frac{\sum a_{ih}}{\sum m_h}$$

$$v_h = \frac{\sum a_h^2 - 2p_h \sum a_h m_h + p^2 \sum m_h^2}{n_h(n_h - 1) m_h^2}$$

onde a_{ih} é o número de casos positivos no estabelecimento i do estrato h ($h=1, \dots, 15$), m_{ih} o número de gestantes selecionadas no estabelecimento i do estrato h , n_h é o número de hospitais selecionados do estrato h , e m_h é o número médio de gestantes em cada estabelecimento de saúde na amostra.

As estimativas totais da taxa de prevalência p e respectiva variância v foram estabelecidas por:

$$p = \sum_h w_h p_h$$

$$v = \sum_h w_h^2 v_h$$

onde w_h representa o peso de cada estrato h ($h=1, \dots, 15$).

Para o ajuste das taxas de prevalência para a população brasileira de 15 a 49 anos, para o sexo feminino, utilizou-se método direto de padronização da taxa de prevalência obtida entre as parturientes por faixa etária (15-19; 20-49), diante das diferenças encontradas nas taxas de prevalência nos dois grupos etários e na distribuição das parturientes por idade quando comparada à população geral feminina de 15 a 49 anos.

Para o sexo masculino, estimou-se, primeiramente, a razão de sexos com base nas informações dos casos notificados de aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A razão de sexos entre as incidências acumuladas de aids no período de 1987-2003 foi projetada para o período 2004-2014, por meio do modelo logístico.

A cobertura do teste de HIV na gestação foi definida como a proporção de gestantes que teve atendimento pré-natal (pelo menos uma consulta), pedido de teste de HIV, concordância em realizar o teste, e conhecimento do resultado antes do parto.

Foram analisadas as diferenças na cobertura do teste de HIV na gestação por região geográfica e grau de escolaridade da gestante.

Resultados

Por ocasião da internação para o parto, foram preenchidas as cartilhas de 19.842 parturientes. Os dados foram coletados em 189 maternidades distribuídas em 152 municípios do Brasil: 35 com menos de 50 mil habitantes; 79 com população de 50 mil até 400 mil habitantes; e 38 com 400 mil e mais habitantes. Onze maternidades não aderiram ao estudo.

3.1. Taxa de prevalência do HIV entre as parturientes

Na Tabela 1, apresentam-se as taxas de prevalência de HIV e sífilis entre as parturientes no Brasil. As estimativas foram, respectivamente, de 0,41% (IC 95% 0,29-0,53%) e 1,6% (IC 95% 1,3-1,9%).

3.2. Número de infectados pelo HIV na população de 15-49 anos

Para o sexo feminino, a taxa de prevalência obtida entre as parturientes foi padronizada por grupo etário (15-19; 20-49 anos) pelo método direto de padronização, obtendo-se a estimativa de 0,42% (Tabela 2).

Para o sexo masculino, a razão de sexos entre as incidências acumuladas de aids foi de 1,9 (Figura 1). A estimativa resultante da taxa de prevalência masculina foi de 0,80%. No total da população brasileira de 15-49 anos (Tabela 2), a taxa de prevalência foi de 0,61% e o número de indivíduos infectados pelo HIV foi de 593787 (IC 68% 543063-644511).

3.3. Cobertura de detecção da infecção pelo HIV na gestação

Pela análise da Tabela 3, depreendem-se as oportunidades perdidas de detecção da infecção pelo HIV na gestação. No Brasil, a cobertura de sorologia para o HIV na gestação, considerando-se todas as etapas antes do parto (pelo menos uma consulta de pré-natal; pedido de teste de HIV; concordância da gestante; e conhecimento do resultado antes do

parto), foi estimada em 63%. As enormes desigualdades regionais ficam evidenciadas na comparação das regiões Nordeste (35%) e Nordeste (31%) com as regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, que apresentaram proporções superiores a 75%.

A análise por grau de escolaridade da gestante, cujos resultados estão dispostos na Tabela 4, evidencia as enormes desigualdades socioeconômicas na cobertura do teste de HIV na gestação. Traduzindo as disparidades sociais no acesso aos serviços de saúde, a cobertura de teste de HIV na gestação variou de 25%, entre as parturientes analfabetas, a 82%, entre as que têm grau superior de instrução.

Comentários Finais

A partir de 2000, sob a perspectiva de monitoramento da taxa de prevalência de HIV na população brasileira, realizou-se o Estudo-Sentinela no grupo das parturientes, a cada dois anos, utilizando-se amostragem probabilística para a seleção das parturientes e dos estabelecimentos de saúde. No ano de 2000, a taxa de prevalência estimada na população de 15 a 49 anos de idade foi de 0,65% (Szwarcwald & Carvalho, 2001) enquanto na presente análise, de 0,61%. O fato da taxa de prevalência, em 2004, ter se mantido no mesmo patamar que em 2000, é um resultado que indica o impacto positivo das ações para o controle da epidemia na população brasileira.

O Programa Nacional tem se empenhado, igualmente, em reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV no País. Apesar das intervenções preconizadas terem, reconhecidamente, grande impacto na redução da transmissão vertical do HIV, esta permanece elevada, no Brasil, devido à baixa cobertura das ações recomendadas. Entre as falhas no processo de detecção da infecção pelo HIV durante a gestação, destacam-se, pelo menos, as seguintes: ausência de acompanhamento pré-natal; início tardio do acompanhamento pré-natal, sem tempo para obter-se o resultado da sorologia do HIV e a devida intervenção; atendimento pré-natal sem solicitação de teste do HIV; atendimento pré-natal com realização de teste para o HIV, mas sem resultado do exame laboratorial em tempo hábil ou extravio do mesmo.

Com base no conceito de cobertura efetiva, conforme proposição da Organização Mundial da Saúde (www.who.int/health-system-performance),

estimou-se, neste trabalho, a proporção de gestantes que teve atendimento pré-natal (pelo menos uma consulta), teve pedido de teste de HIV e conhecimento do resultado antes do parto. O resultado obtido de 63% revela as oportunidades perdidas de detecção da infecção pelo HIV na gestação.

Embora tenha havido aumento na cobertura de testagem de HIV na gestação em relação ao ano de 2002 (Souza-Jr et al., 2004), comparando os resultados por Grande Região, percebem-se ainda grandes diferenciais: enquanto as coberturas nas regiões Norte e Nordeste não alcançam 40%, no Centro-Sul as coberturas chegam a 72% (Região Sul) evidenciando as desigualdades regionais de acesso às ações de saúde. Estabeleceu-se, igualmente, um gradiente social para a cobertura de testagem de HIV na gestação, gradiente este desfavorável às mulheres de baixo nível de escolaridade, por falta de informação e acesso aos recursos disponíveis no sistema de saúde. É preciso ressaltar que a ausência de detecção da infecção pelo HIV durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante infectada, limitando as possibilidades de redução da incidência dos casos pediátricos infectados por transmissão materno-infantil.

Tabela 1: Estimativas das taxas de prevalência do HIV e sífilis entre parturientes no Brasil. Estudo-Sentinela Parturiente, 2004

	Taxa de prevalência (%)	Erro Padrão (%)
HIV	0,413	0,0612
Sífilis	1,6	0,14

Figura 1: Estimativa da razão de sexos (M:F) da incidência acumulada. Brasil, 1987-2015

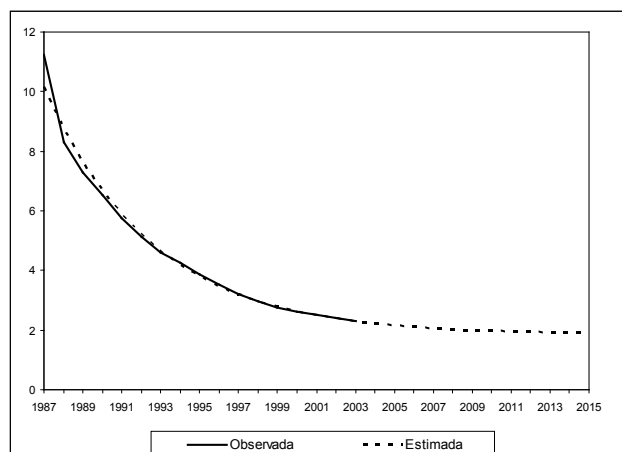


Tabela 2: Estimativas do número de infectados pelo HIV de 15 a 49 anos por sexo. Brasil, 2004

Sexo	Taxa de Prevalência (%)	Número de infectados	Limite Inferior*	Limite Superior*
Feminino	0,42	208898	196532	221264
Masculino	0,80	384889	341600	428178
Total	0,61	593787	543063	644511

*Limites baseados nos intervalos de confiança para as proporções de infecção pelo HIV (proporção \pm desvio padrão).

Tabela 3: Estimativas da cobertura de teste de HIV na gestação por Grande Região. Estudo-Sentinela Parturiente, 2004

Grande Região	Distribuição proporcional (%) das parturientes				
	Não fez pré-natal	Pré-natal, não houve pedido de teste	Pré-natal, pedido de teste, recusa da gestante	Pré-natal, pedido de teste, concordância da gestante, desconhecimento do resultado	Todas as etapas cumpridas
Norte	8,4	42,4	1,1	12,9	35,3
Nordeste	5,4	45,4	8,8	9,1	31,3
Sul	3,5	11,0	2,1	7,4	76,0
Sudeste	2,6	5,7	0,6	12,7	78,3
Centro-Oeste	2,0	7,5	0,6	6,2	83,7
Brasil	4,1	21,0	3,4	9,0	62,5

Tabela 4: Estimativas da cobertura de teste de HIV na gestação por grau de escolaridade. Estudo-Sentinela Parturiente, 2004

Grande Região	Distribuição proporcional (%) das parturientes				
	Não fez pré-natal	Pré-natal, não houve pedido de teste	Pré-natal, pedido de teste, recusa da gestante	Pré-natal, pedido de teste, concordância da gestante, desconhecimento do resultado	Todas as etapas cumpridas
Analfabetas	18,8	38,6	8,1	8,7	25,1
1ª a 4ª série	6,6	32,1	4,3	9,1	48,0
5ª a 8ª série	3,7	18,9	3,0	10,0	64,5
2º Grau incompleto	1,7	15,0	3,0	9,7	70,6
2º grau completo	1,9	14,2	3,0	6,8	74,3
Superior	0,6	11,4	2,8	3,9	82,2

Referências Bibliográficas

- 1 - Boisson E, Nicoll A, Zaba B, Rodrigues LC. Interpreting HIV Seroprevalence Data from Pregnant Women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 13(5):434-439; 1996.
- 2 - Cochran WG. *Sampling Techniques*. New York, Wiley, 1963.
- 3 - Kwesigabo G, Killewo JZ, Urassa W, Mbena E, Mhalu F, Lugalla JL, Godoy C, Biberfeld G, Emmelin M, Wall S, Sandstrom A, 2000. Monitoring of HIV-1 infection prevalence and trends in the general population using pregnant women as a sentinel population: 9 years experience from the Kagera region of Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 23(5):410-7.
- 4 - Mertens TE, Low-Beer D, 1996. HIV and AIDS: where is the epidemic going? *Bull World Health Organ*. 74(2):121-9.
- 5 - Souza-Jr PRB de, Szwarcwald CL, Barbosa-Jr A et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. *Revista de Saúde Pública*, 38(6):764-772; 2004.
- 6 - Szwarcwald CL, Carvalho MF. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2000. *Boletim Epidemiológico DST/AIDS*. Ano XIV nº 01. Brasília: 2001
- 7 - Szwarcwald CL, Castilho, EA. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*

Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV como estratégia de melhoria da cobertura de testagem em gestantes e prevenção da transmissão vertical do HIV.

Maria Alix Leite Araújo⁽¹⁾
Neiva Francenely Cunha Vieira⁽²⁾
Julia Sursis Nobre Ferro Bucher⁽¹⁾

1 Universidade de Fortaleza – UNIFOR;
2 Universidade Federal do Ceará – UFC;

Resumo

A estratégia de Saúde da Família tem trazido grandes contribuições à saúde pública no Brasil e sua filosofia de trabalho contempla a proposta de redemocratização da saúde e reversão do modelo de atenção centrado na doença. Ampliação do acesso à população aos bens e serviços e melhoria das relações entre profissionais e usuários apareceram como propostas de rompimento com o paradigma de uma assistência excludente, centralizada e que respondia mal as necessidades da clientela.

Nesse contexto, apresentaremos uma reflexão acerca da necessidade de efetivamente se integrar o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, como estratégia para a melhoria da qualidade da assistência às gestantes em unidades básicas de saúde da família, exaltando a sua importância para a redução da transmissão vertical do HIV.

Palavras Chaves: Sistema Único de Saúde; Descentralização; Aconselhamento; Sorodiagnóstico de HIV; Gestantes.

Descentralização do aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV para a atenção básica

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde, que vem sendo construído com a participação da sociedade e, apesar de todos

os avanços conquistados, encontra-se ainda em fase de estruturação. A sua efetivação foi fruto de grandes lutas político-ideológicas e sofreu influência de diferentes momentos históricos, políticos e econômicos do país.

O SUS tem como princípios a universalidade, integralidade da atenção e equidade e como pressupostos organizacionais a descentralização da gestão, regionalização, hierarquização dos serviços e participação comunitária⁽¹⁾. A sua implantação e implementação vêm ocorrendo ao longo dos anos e exige a adoção de medidas de adequação, que entre as quais destacamos as Normas Operacionais Básicas de 93 e 96 (NOB's), o Piso de Atenção Básica (PAB) em 1997 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001.

Todas essas ações visam fortalecer o processo de descentralização e de reorganização do SUS, transferindo principalmente para Estados e Municípios as responsabilidades pelas ações de saúde e principalmente concebendo a atenção básica como imprescindível e indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção.

No contexto da integralidade a pessoa deve ser vista de forma holística, atendida em todas as suas necessidades por serviços organizados e articulados em diferentes níveis de complexidade, visando garantir o acesso a todas as ações e serviços necessários para a resolução dos seus problemas.

Entretanto, ainda se evidencia que de um modo geral, nos serviços de saúde, a assistência é descontextualizada e desintegrada, não tendo como eixo norteador o estabelecimento do vínculo entre o profissional e o usuário. Estes também não estão organizados hierarquicamente de forma que

possam garantir o acompanhamento do usuário nos diferentes níveis do sistema.

É importante salientar que o processo de descentralização das ações de saúde vem ocorrendo desde a década de 90, quando se iniciou a transferência da oferta e gestão dos serviços para estados e municípios. A implantação do SUS trouxe entre outros avanços o aumento da cobertura da assistência, condição corroborada pela atenção básica, através do programa de agentes comunitários de saúde (PACS) e da estratégia de saúde da família.

O Programa de Saúde da Família (PSF) traz no bojo da sua concepção, a melhoria da qualidade da assistência e a garantia do acesso ao primeiro nível de atenção visando a reorganização da porta de entrada no sistema de saúde. Incorpora a lógica do trabalho vinculado à comunidade, interdisciplinar, cujas atribuições são de prestar assistência integral, contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de prevenção e promoção da saúde. A atenção centrada na família possibilita às equipes, desenvolver estratégias que vão além das práticas curativas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é uma das prioridades do Ministério da Saúde e contempla ações de melhoria das condições de vida e de saúde das mulheres em todo território brasileiro. Essa melhoria está prevista através da ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. A qualificação e humanização do atendimento à mulher também são metas prioritárias desta política pública^(2,3).

Dentre as ações de assistência à saúde da mulher, encontra-se a atenção às doenças sexualmente transmissíveis e em especial ao HIV/Aids, cuja prevenção e controle representam atualmente um grande desafio para os governos e sociedade civil. A mudança no perfil epidemiológico da Aids exigiu a adoção e definição de diretrizes nacionais para o fortalecimento, integração e aprimoramento das políticas e estratégias relacionadas à assistência e prevenção da epidemia de HIV entre mulheres. Dentre estas diretrizes convém destacar o aumento da cobertura de testagem na população e a profilaxia da prevenção da transmissão vertical do HIV⁽⁴⁾.

Para que haja a ampliação da cobertura de testagem na população em geral e especialmente em gestantes, faz-se necessário a descentralização

do aconselhamento e diagnóstico do HIV para as unidades básicas de saúde, medida fundamental, pois pode contribuir para a detecção precoce e conseqüente instituição da quimioprofilaxia para a prevenção da transmissão vertical.

Para o Ministério da Saúde, a descentralização das ações de prevenção e aconselhamento devem contemplar os princípios de sustentabilidade, descentralização, integralidade e considerar o processo saúde-doença como resultado de determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos⁽⁵⁾.

Como toda proposta nova requer esforço e tempo de trabalho para sua operacionalização, acreditamos que no caso da descentralização do aconselhamento para o teste anti-HIV não será diferente. Muitos esforços ainda terão que ser desenvolvidos pelos governos federal, estaduais e municipais para que esta atividade realmente se concretize com qualidade no âmbito das unidades básicas de saúde.

Entretanto, deve-se perseguir tal meta, pois o contexto nacional da epidemia de HIV/Aids e as políticas públicas no setor saúde, apresentam-se oportunos para que haja a descentralização das ações de aconselhamento e diagnóstico do HIV para a atenção básica.

HIV/Aids em gestantes e importância do aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV

A epidemia de HIV/Aids constitui um grande desafio para o desenvolvimento e o progresso social. Além de provocar graves sofrimentos aos indivíduos afetados e suas famílias, vem provocando impacto econômico e desestabilizando a sociedade.

Atualmente, a faixa etária de 20 a 49 anos apresenta o maior número de notificações de Aids, mas existe um percentual considerável de pessoas entre as idades de 20 a 29 anos. Os dados notificados na faixa etária de 13 a 19 anos também são muito preocupantes, pois nos anos de 2002 a 2004, o maior número de notificações nesta faixa se deu no sexo feminino, números que se mantiveram entre os 20 a 24 anos⁽⁶⁾.

Essas pessoas estão na faixa etária sexualmente ativa, ou seja, em plena fase reprodutiva e muitas vezes o desejo de maternidade ainda não se

concretizou ou está se concretizando. Este fato está se refletindo no aumento da transmissão do vírus HIV para o bebê, considerando que o desejo de maternidade está presente em mulheres portadoras do HIV ou com Aids⁽⁷⁾.

Visando o controle dos casos de HIV/Aids em crianças, medidas preventivas especialmente voltadas para mulheres foram desenvolvidas. Estas sugerem que questões de gênero e dificuldades enfrentadas para a adoção de medidas preventivas contra as DST e o HIV/Aids sejam contempladas. Dentre essas medidas, consta o aconselhamento, que deve estar articulado nos serviços de atendimento à mulher, independentemente da gravidez, ou seja, em todas as oportunidades em que esta se encontre na unidade a procura de assistência (planejamento familiar, prevenção do colo de útero e pré-natal, etc...).

O aconselhamento pré e pós-teste é prerrogativa fundamental, pois pode ajudar a pessoa a lidar com as situações de stress que se apresentam diante da necessidade de realizar o teste anti-HIV. Para o Ministério da Saúde, consiste em um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados as DST/HIV/Aids⁽⁸⁾.

No caso específico da oferta do teste anti-HIV à gestante, estudo realizado por Araújo⁽⁹⁾ em unidade de saúde da família de Fortaleza-Ceará, constatou que o aconselhamento pré e pós-teste não é realizado pelos profissionais de saúde, e que a efetiva implementação da prevenção e controle da TV do HIV na atenção básica depende ainda de mudanças estruturais e institucionais, mas na mesma medida depende também de mudanças na relação dialógica entre as pessoas (profissionais com profissionais, profissionais com usuários e comunidade). Por outro lado, algumas gestantes se recusam a realizar o teste por medo de enfrentar um possível resultado positivo. Todas essas limitações vêm contribuindo para a baixa cobertura de testagem em grávidas.

O momento da gravidez é requer particularmente maior atenção, devido às mudanças físicas e principalmente emocionais que enfrentam as mulheres nesse período. O papel do profissional de saúde, especialmente na equipe de saúde da família durante o atendimento pré-natal é de realizar um aconselhamento de qualidade, o que favorece o fortalecimento dos vínculos.

A orientação e apoio emocional à gestante são componentes importantes do aconselhamento, pois pode ajudá-la no enfrentamento das situações conflituosas, além de poder contribuir com a adesão ao teste. A estratégia de saúde da família deve, portanto ser um espaço oportuno para a realização dessas ações, pois a proximidade com a população fortalece os vínculos, tornando a unidade espaço acolhedor, estratégico e privilegiado para o desenvolvimento de ações de aconselhamento e estímulo a testagem junto às mulheres grávidas.

O atendimento em domicílio é outro fator favorável, pois possibilita maior aproximação com a clientela e o desenvolvimento de atitudes empáticas, fortalecendo as relações afetivas e sociais. Esta condição é fundamental para aquisição da confiança e para se desvendar as dificuldades vivenciadas pela gestante para realizar o teste. Contribui ainda para o desenvolvimento de estratégias factíveis de prevenção, uma vez as propostas podem surgir de situações reais de vida.

Por esse motivo, a incorporação das ações de aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na atenção básica é fundamental para o controle da epidemia em crianças e vai ao encontro dos princípios do SUS e da saúde da família, que dão enfoque a integralidade, as ações preventivas e de promoção da saúde. Tudo isso é coerente com a prática do aconselhamento, atividade que enfatiza o caráter preventivo, a articulação com os serviços assistenciais e com a comunidade.

Gostaríamos de salientar a importância da realização de todos os outros exames de rotina do pré-natal. Portanto, neste ensaio enfoca-se especificamente a questão do anti-HIV, por acreditarmos que existem algumas particularidades relacionadas à sua solicitação e realização, que estão ligados também aos aspectos psicossociais e culturais.

O estado da arte do aconselhamento e o diagnóstico do HIV em gestantes

Os momentos de atendimento à mulher representam espaços oportunos para a realização do aconselhamento e para o acompanhamento e apoio às medidas preventivas. Um desses espaços importantes é o atendimento pré-natal, considerando que geralmente este é o primeiro contato da mulher

grávida com a atenção básica e que se deve estabelecer um vínculo entre a gestante e o profissional.

Porém, estudo de Moura & Sousa⁽¹⁰⁾ mostrou que são perdidas muitas oportunidades de realizar atividades de prevenção com a população e especialmente com as mulheres, grande maioria da demanda atendida na atenção básica.

Na consulta pré-natal não é diferente. Szwarcwald⁽¹¹⁾ mostrou que no Brasil, mesmo levando em consideração o pré-natal adequado (início do atendimento precocemente e quantitativo de consultas), 22,5% das gestantes não têm o exame anti-HIV solicitado e no Nordeste esse percentual sobe para 46,5%.

Esses achados também são reforçados pelo estudo de Souza Júnior⁽¹²⁾ que mostraram que a detecção precoce da infecção pelo HIV em gestantes ainda está muito longe do ideal e que são muitas as oportunidades perdidas no pré-natal para o controle da transmissão vertical. Para o autor, as baixas coberturas do teste anti-HIV no pré-natal são agravadas pelas diferenças sócio-espaciais, pelo grau de escolaridade e pelo tamanho dos municípios.

Esse estudo encontrou também que em somente em 27% das gestantes foram atendidas todas as recomendações do MS, relativas à detecção precoce da infecção pelo HIV (início do pré-natal no primeiro trimestre, seis ou mais consultas, pedido do teste anti-HIV e conhecimento do resultado antes do parto). As gestantes quando têm o teste solicitado, não têm acesso ao resultado antes do parto.

Em Fortaleza, Araújo⁽⁹⁾ identificou que apesar de treinados em aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, os profissionais não estão capacitados para realizar o aconselhamento e não atendem minimamente os seus componentes que são: apoio educativo, apoio emocional e avaliação de riscos. Estes passaram simplesmente a incluir o teste anti-HIV na rotina de pré-natal. Ocorre que muitas mulheres estão deixando de realizá-lo, por desconhecem a sua importância e por medo do resultado.

Deve-se levar em consideração os aspectos emocionais que muitas vezes se apresentam tanto na gestante como no profissional por ocasião da solicitação da testagem ou da descoberta da soropositividade, dimensão também apontada por Wiethauper, Cechin & Correia⁽¹³⁾.

A não realização do aconselhamento durante o pré-natal pode trazer conseqüências graves para as

mulheres e seus conceitos, uma vez que impede a possibilidade de detecção e intervenção precoces, e conseqüentemente aumentam as chances de transmissão vertical.

A inserção do aconselhamento e diagnóstico do HIV na rotina do atendimento pré-natal é recomendada desde 1995. Segundo o Ministério da Saúde o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV na gravidez, possibilita os melhores resultados da profilaxia da transmissão vertical deste vírus⁽⁴⁾.

O Conselho Federal de Medicina também instituiu ser dever dos médicos solicitar à gestante o exame para detecção da infecção pelo HIV durante o pré-natal, com aconselhamento pré e pós-teste, devendo constar no prontuário informações acerca da solicitação, bem como o consentimento ou negativa de mulher para realizá-lo. O conselho chama a atenção para que seja resguardado o sigilo profissional⁽¹⁴⁾.

Entretanto, a implementação das recomendações para a profilaxia da transmissão vertical em geral não tem sido fácil, pois ocorre no contexto em que a atenção dispensada especialmente no que diz respeito a qualidade do pré-natal ainda deixa muito a desejar.

Muitos avanços têm sido desenvolvidos na área de prevenção da transmissão do HIV da mãe para o bebê, desde a descoberta do uso da quimioprofilaxia com AZT, porém os estudos desenvolvidos a partir de então privilegiam a abordagem clínica ou epidemiológica.

Os estudos na maioria têm dado ênfase na identificação de esquemas terapêuticos que proporcionem melhores respostas na redução da transmissão vertical do HIV ou nas coberturas de testagem do HIV em gestantes. Concluíram que existem deficiências no sistema de saúde com relação a identificação e tratamento precoce da mulher grávida HIV positiva^(15,16) principalmente quando o pré-natal é realizado em unidades básicas de saúde⁽¹⁷⁾.

Apesar de todos os avanços, percebe-se que muitas estratégias ainda necessitam ser adotadas, especialmente com relação à qualidade da atenção dispensada nos serviços de atenção à mulher, pois são boas as coberturas de pré-natal, porém evidencia-se ainda muitos casos de sífilis congênita e baixas coberturas de testagem do HIV em gestantes. Os serviços com melhores estruturas não apresentam necessariamente os melhores processos de atendimento, pois destes

dependem também as relações interpessoais, condição extremamente importante no processo de aconselhamento.

Por esse motivo, destacamos a importância do treinamento adequado em conteúdos técnicos relativos ao HIV/Aids e em aconselhamento, incluindo a técnicas de relações interpessoais e de abordagem de situações relativas a avaliação de risco para as DST/HIV/Aids.

Chamamos atenção ainda para o desenvolvimento de estratégias de educação permanente com os profissionais, pois um único treinamento parece não ser suficiente para garantir melhoria da assistência, especialmente no caso das DST e do HIV/Aids, que relaciona muitos temas que são alvos de preconceitos por parte da sociedade e como lembra Araújo⁽¹⁸⁾, “desconstruir o que ficou estabelecido no imaginário social desde o início da epidemia de Aids não é tarefa fácil”, reforçando a importância de um trabalho continuado com os profissionais.

Esses achados são preocupantes e reforçam a idéia de que a realização do treinamento não se apresenta como um fim e não dá a garantia que as ações de prevenção e assistência ao HIV/Aids vão se desenvolver com qualidade. Talvez isso ocorra, como diz Parker⁽¹⁹⁾, porque muitos treinamentos, pelo menos no campo da Aids, têm sido limitados a cursos rápidos sem um adequado seguimento ou continuidade.

O processo de implementação do aconselhamento para gestante na rede básica se desenvolve de forma muito lenta e acarreta sérias deficiências para detecção precoce do HIV durante a gestação. A solicitação do teste ocorre geralmente de forma compulsória, mas vale salientar que o teste é voluntário e deve ser solicitado somente após o consentimento da gestante, o que para Mattos⁽²⁰⁾, “contempla o direito de cada pessoa de aceitar ou não se submeter a certos procedimentos [...] e que o enfrentamento da epidemia deve ser feito respeitando-se os direitos das pessoas”.

Para o Ministério da Saúde, consentir não significa apenas concordar em realizar o teste, mas também compreender o significado dos resultados positivo e negativo. A decisão informada é aquela tomada livremente e sem pressão⁽⁸⁾.

Esses fatos denunciam, portanto um contexto de baixa qualidade da atenção à gestante e

conseqüentemente a urgente necessidade de melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Apesar da boa aceitação do exame durante o pré-natal, percebe-se que muitas mulheres ainda chegam em trabalho de parto sem cumprir as recomendações para a profilaxia da transmissão vertical, evidenciando falhas no processo de aconselhamento continuado durante o pré-natal.

Considerações Finais

Os estudos empíricos analisados assinalam geralmente as questões clínicas e epidemiológicas, porém sentimos a necessidade de maiores informações que possam subsidiar o desenho de políticas públicas de prevenção da transmissão vertical do HIV, especialmente do aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV no pré-natal. Neste sentido procuramos aprofundar algumas questões que possam esclarecer o processo em que se desenvolve o aconselhamento, subsidiando o seu aperfeiçoamento, dando ênfase na melhoria da interação entre profissionais e usuárias.

O campo de atuação, a filosofia de trabalho que enfatiza o caráter preventivo e a articulação com a prática assistencial e comunitária, favorecida através de uma visão diferenciada do processo saúde-doença, torna a estratégia de saúde da família um espaço propício para o desenvolvimento de trabalhos preventivos e que envolva os membros da comunidade como sujeitos ativos neste processo.

Porém, inserir o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na rotina das ações de atenção à mulher na rede básica, não parece tarefa fácil, devido ao próprio modelo de intervenção e de educação em saúde desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Conforme relata Camargo Júnior⁽²¹⁾ este processo sempre ocorreu de forma verticalizada e desarticulada dos outros programas, lógica também reproduzida nas ações do Programa Nacional de Aids.

Na atenção básica a implementação do aconselhamento implica em uma reorganização e readequação do serviço e do processo de trabalho da equipe como um todo. Um dos principais aspectos é a melhoria da qualidade do atendimento pré-natal.

Os profissionais devem receber capacitações sobre temas específicos, além do conheci-

mento de peculiaridades relacionadas ao HIV/Aids. Os serviços, por outro lado, necessitam de insumos de prevenção, apoio laboratorial e de referência. A entrega do resultado deve se dar em tempo hábil, o que no Brasil parece ainda não estar acontecendo a contento. Portanto, concluímos que essas medidas exigem investimento e vontade política dos governantes.

É inquestionável também que a falta de uma educação permanente dos profissionais pode comprometer a qualidade das ações desenvolvidas na área de DST e Aids, especialmente do aconselhamento, uma vez que é possível que estes,

de uma forma verbal ou não verbal transmitam durante o atendimento os seus preconceitos e valores e bloqueiem a possibilidade de um diálogo aberto especialmente sobre as questões da sexualidade.

Para Parker⁽¹⁹⁾ os profissionais devem ser treinados com as ferramentas da pesquisa social que forneçam elementos adicionais na busca de fortalecer as bases da sua própria prática profissional. Acrescentamos ainda que além desses fatores é imprescindível um conhecimento da interação psicológica entre esses dois atores sociais, base fundamental para que o aconselhamento possa atingir seus objetivos.

Referências Bibliográficas

- 1 - Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, 2003.
- 2 - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. 1. ed. 1. Brasília, 2004. 48 p. (C. Projetos, Programas e Relatórios).
- 3 - Ministério da Saúde. Política nacional de humanização – HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ª ed. Brasília, DF, 2004.
- 4 - Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral. Brasília, DF, 2006.
- 5 - Ministério da Saúde. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres. Brasília, 2003.
- 6 - Boletim Epidemiológico de Aids. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids. Ano 1, n.1, jan./jun. 2004.
- 7 - Vasconcelos SB, Galvão MTG. Opções contraceptivas entre mulheres vivendo com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm*, Jul/set: 13(3): 369-75.
- 8 - Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/aids. Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica. Brasília, 2003b.
- 9 - Araújo MAL. Avaliação da implementação do aconselhamento e diagnóstico do HIV no pré-natal. Tese de doutorado, 198f. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, 2005.
- 10 - Moura ERF, Sousa RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1809-1811, nov./dez. 2002.
- 11 - Szwarcwald CL. Oportunidades perdidas na detecção precoce do HIV na gestação: resultados do Estudo Sentinela-Parturiente, Brasil, 2002: relatório. [S.l.], 2003.
- 12 - Souza Júnior PR, Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: resultados do estudo-sentinela parturiente, Brasil, 2002. *Rev Saúde Pública*, v. 38, n.6, p. 764-72, 2004.
- 13 - Wiethäuper FS, Cechin PL, Correia SG. Aids em gestantes: possibilidades de reduzir a transmissão vertical. *Rev Bras Enfer*, maio/jun; 56(3):221-225. Brasília, 2003.
- 14 - Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.665/2003. Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos.
- 15 - Cavalcante MS, Ramos Júnior AN, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. *RBGO*, v. 26, n. 2, p.131-137, 2004.

- 16 - Fernandes RCSC, Araújo LC, Medina-Acosta E. O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no município de Campos do Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):1153-1159, jul-ago, 2005.
- 17 - Marques HHS. Latorre MRDO. Dellanegra M. Pluciennik AMA. Salomão MLM. Grupo de pesquisadores do Enhacing Care Initiative_ ECI-Brazil. Falhas na identificação pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 385-392, 2002.
- 18 - Araújo CLF. A prática do aconselhamento em DST/Aids e a integralidade. In: Pinheiro R. Mattos, RA. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003
- 19 - Parker R. HIV/Aids: avaliação democrática e a construção coletiva do conhecimento. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 4 Supl., p. 2-3, 2002.
- 20 - Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde: In: Pinheiro R. Mattos, RA. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.
- 21 - Camargo Junior KR. Prevenções de HIV/ AIDS: desafios múltiplos. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.27, p.70-80, ago. 2003.

Resumo EXPOEPI/2005

1 - Qual a representação do uso do preservativo masculino: Prevenção para Doenças Sexualmente Transmissíveis ou Método Contraceptivo?

Ângela Ferreira de Rosso;
Carmen Rosane da Silva Viegas;
Paula D'Elia e Lieidi Feijó.

Prefeitura Municipal de Guaíba-RS - Secretaria Municipal de Saúde

Este trabalho objetivou investigar a representação do uso do preservativo masculino, prevenção para doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS) ou como método contraceptivo em uma Unidade Básica de Saúde. Como metodologia optou-se por entrevistas estruturadas e os dados analisados quantitativamente. Foram entrevistadas 311 pessoas sendo 191 mulheres e 120 homens, em seis meses. Resultados apontaram índices de 30,9% para mulheres e 35% para homens como método para evitar DST/AIDS. Como método contraceptivo foi a resposta de 49,21% entre mulheres e 36,6% para homens. Quanto a escolaridade a grande maioria tinha o 1º grau, sendo 57,6% entre mulheres e 59,16% entre homens. A faixa etária de maior prevalência foi entre os 20 a 49 anos, destes, 83,2% eram mulheres e 65,8% homens. Resultados ressaltaram a necessidade de mudanças do modelo assistencial vigente. Equipes que parecem ter este perfil são as do Programa de Saúde da Família (PSF), que tem como estratégia a formação do vínculo com a população. No município de Guaíba/RS onde foi realizado este trabalho não há PSF, mas está sendo planejado. Equipes montadas e atuando em PSF será o modelo que reestruturará práticas do atendimento em saúde, sendo um aliado na mudança de paradigma no uso do preservativo masculino.

2 - Estratégia de prevenção as DST/AIDS com jovens freqüentadores de bailes funk: um novo desafio.

**Maria Inês Ferreira;
Adauto Silva;
Ernani Silva;
M^a Teresa Gerbassi;
Marise Bender;
Paulo Gimenez;**

Prefeitura Municipal de Petrópolis-RJ - Programa Municipal de DST/Aids

No Brasil, a epidemia da aids vem expressando tendências de feminização, juvenização e pauperização. O objetivo desse trabalho foi atingir tal segmento social com ações de prevenção, levando à reflexão sobre vulnerabilidade, promovendo práticas seguras e incentivando a realização da testagem anti-HIV. O processo se deu a partir de capacitação com oficinas sobre o tema e concurso de músicas sobre prevenção, em parceria com um promotor de eventos funk da cidade, sendo classificados 3 grupos e gravado um CD com as músicas vencedoras. Os resultados demonstraram que houve boa receptividade do público-alvo, visto o grande número de jovens envolvidos com o concurso, e os que compareceram ao treinamento, levantaram questionamentos e participaram das discussões e dinâmicas, demonstrando interesse pelo assunto. Eles passaram a freqüentar o Programa de DST/AIDS, tirando dúvidas, buscando preservativos e levando outros jovens para realização do teste anti-HIV; dessa forma, além de terem aumentado o acesso ao serviço de saúde, se tornaram multiplicadores de informações. Com esse trabalho, aprendemos que é possível estabelecer estratégias de informação e prevenção, para qualquer população, desde que seja dentro do seu meio, “falando” a sua linguagem e respeitando à sua cultura sem, necessariamente, precisar deixar de fazer o que gosta.

Resumo EXPOEPI/2005

3 - Uma experiência de saúde com adolescentes escolarizados em Vargem Grande Paulista.

Jussara T. M. Marchi;
Sílvia R. P. Konno;
Lígia S. Parrili;
Ana Lúcia C. S. Pereira.

Prefeitura Municipal de Vargem Grande Paulista-SP - Secretaria Municipal de Saúde

Vargem Grande Paulista é um município da Grande São Paulo com população de 41306 habitantes. Os serviços de saúde encontram-se estruturados em 06 unidades de atendimento, sendo que a unidade central comporta o SAE (Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS). A preocupação da equipe com a assistência preventiva aos adolescentes recrudescer com os seguintes dados epidemiológicos, na faixa etária de 10 a 19 anos: 24,8% das gestantes inscritas para pré-natal nos serviços públicos; 8,3% dos exames de papanicolau realizados, com 5% de alterações; 12,94% dos atendimentos de DST. Somou-se a essa preocupação as diretrizes do Ministério da Saúde para implantação de ambulatórios para atender este público. Estabeleceu-se como objetivo fazer o vínculo dos adolescentes com os serviços existentes, de forma a atender suas reais necessidades, trabalhando com prevenção e promoção nas escolas e unidades de saúde. Em 2004, o projeto ocorreu em quatro escolas estaduais, abrangeu a realização de oficinas com aproximadamente 400 alunos, envolveu reuniões com mais de 50 professores. A receptividade e o envolvimento dos adolescentes superaram as expectativas da equipe. As queixas com a falta de lazer, cultura e colocação em mercado de trabalho fez com a equipe decidisse em 2005, fazer parcerias com outras instituições.

4 - Prevenção no Contexto Assistencial: Os Profissionais do Sexo.

Angela M. Peres;
Angelina R. Bellucco;
Ariane de C. Coelho;
Dirce C. Assis;
Elaine G. G. Pinto;
Elisa M. de S. Brito;
Judith Lia Busanello.

Maria A. da Silva;
Maria F. Cernicchiaro;
Patrícia T. H. Vitale;
Ricardo B. Martins;
Valdir M. Pinto;
Viviane da R. Sousa;

Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids - SP

Ambulatório de DST do Programa Estadual de São Paulo - CRT Centro de referência e Treinamento em DST/HIV/AIDS, agrega a função de um centro de testagem e aconselhamento – CTA. A função do ambulatório, como assistência às DST e testagem sorológica, trouxe importantes contribuições para visão dos profissionais, no que tange a atribuição assistência/prevenção como ações complementares, sendo que o trabalho pauta-se na noção de vulnerabilidade acrescida para as DST/HIV. O foco dessa atenção está na população Profissionais do Sexo (PS), no caso das mulheres foi proposto e implementado uma rotina de atendimento ginecológico sem quaisquer sinais ou sintomas para DST. Este fato se justifica, em parte, porque 80% das mulheres podem estar assintomáticas para algumas DST, como gonorréia e que por isso, podem, tanto manterem ativas cadeia de transmissão, quanto sofrerem agravos à saúde; acrescido ao fato do aumento de parceiros sexuais (média de 70 por mês). Através de instrumento elaborado e preenchido, durante o atendimento, pela equipe de aconselhamento, visando propor estratégias de prevenção factíveis com a realidade desta população. Principais resultados alcançados: no núcleo de DST no período de 2002-2004, tem 295 mulheres profissionais do sexo cadastrados. Sendo 58 PS, no período de 2004 de 18 a 39 anos; 75% têm de 8 a 11 anos de estudo concluídos; 60% ganham de R\$1000 a R\$2000 reais por mês; 80% atuam na profissão há menos de 1 ano; 85% trabalham em casas de massagem ou casas noturnas; 95% trabalham uma carga horária de mais de 8 horas diárias; 90% usam preservativos em todas as relações com clientes mas pouquíssimas usam com parceiros fixos. Quanto a investigação ginecológica e sorológica: 1 (um) caso de HIV +; 1 (um) caso de sífilis; 1 (um) caso de hepatite B; 6 casos auto imune; 4 casos de hepatite C; 1 (um) caso de gonorréia; 11 (19%) casos de micoplasma; 27 (46%) casos de ureaplasma. Conclusões: O trabalho desenvolvido nos mostra a importância dos serviços de saúde pensarem em estratégias de trabalho que acolha e facilite o acesso desta população.

Resumo EXPOEPI/2005

5 - Descentralização das Ações de Controle de Sífilis Congênita no Município da Serra/ES no ano de 2004.

Eumann Mattos Rebouças;
Anita Cardoso Gomes;
Nara Paterlini Marques;
Earl Manoel da Silva Tomaz.

Prefeitura Municipal de Serra - ES - Secretaria Municipal de Saúde

O Município da Serra-ES com área de 547 Km² e 364.840 habitantes em 2004, apresentou nas últimas décadas, crescimento médio de 4,9% a.a., sendo que o nacional foi de 1,9% a.a. Em 2003 não atingimos o indicador pactuado, sendo diagnosticados 55 casos, merecendo discussão na Vigilância Epidemiológica (VE). As hipóteses levantadas estavam relacionadas à dificuldade no acesso das gestantes ao serviço de saúde, a dificuldade no tratamento dos parceiros, a centralização das ações e da aplicação de Penicilina Benzatina em apenas 5 Unidades de Saúde. As estratégias utilizadas para o controle foram: disponibilização e capacitação de 21 agentes de saúde pública para as ações descentralizadas, sob a coordenação da referência técnica; aplicação de CBVE DST/AIDS para médicos, enfermeiros e assistentes sociais; estabelecimento de fluxo com o laboratório para o envio dos resultados de VDRL positivos para a V.E. Em 2004 tivemos 45 gestantes com exames positivos e realizamos busca em todos os casos conforme estratégia pré-estabelecida; desses, 6 casos evoluíram para sífilis congênita, devido ao abandono de tratamento, apesar das buscas realizadas pelos agentes e 7 casos permanecem sob investigação. Foram descartados 32 casos. Percebe-se uma importante diminuição no número de casos devido à implementação da busca ativa em todas as gestantes com VDRL positivo. Para o ano de 2005 existe a intenção de investigar todo VDRL positivo, independente de sexo e faixa etária estimulando a aplicação de Penicilina Benzatina em todas as Unidades de Saúde do município. Esperamos melhorar ainda mais as estratégias para o controle da sífilis congênita com o objetivo de diminuir os casos confirmados.

6 - Articulação e parceria no sucesso da vigilância da sífilis congênita no município de Campinas/SP.

**Maria do Carmo Ferreira;
Eliana P. P. Fernandes;
Luciane V. L. Castro;
Tháís F. D. Klemz;
Claudia B. Safi;
Genoefa A. Casagrande;
Verônica G. Alencar;
Luciene Medeiros.**

Prefeitura Municipal de Campinas - SP - Secretaria Municipal de Saúde

A sífilis congênita constitui-se em um grave problema de saúde pública, estando o Brasil longe de alcançar a meta de eliminação da doença pactuada para ser alcançada até o ano 2000. Em Campinas, de 1995 a 2003, foram notificados 45 casos de sífilis congênita, destes 26 confirmados, 12 presumíveis e 7 descartados. As ações de vigilância da sífilis congênita no município eram realizadas de forma desarticulada, limitando-se apenas a notificação de poucos casos a cada ano, principalmente por um único serviço, o que indicava uma subnotificação e não um controle da doença. Em 2004 formou-se um grupo de trabalho constituído pela vigilância em saúde, assistência à saúde da mulher e da criança e programa municipal de DST/AIDS visando melhorar as ações de controle da sífilis congênita. O presente trabalho apresenta as ações realizadas nos anos de 2004 e 2005 e compara os dados de sífilis congênita antes e após as ações desencadeadas. Dados preliminares revelam a eficácia das ações pelo aumento do número de serviços notificantes, do número de casos conhecidos, e foi possível detectar falhas no diagnóstico e tratamento da gestante com sífilis durante o pré-natal, possibilitando a melhoria do diagnóstico e medidas de controle.

**Dados Epidemiológicos
Aids**

TABELA I - Casos de aids segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006⁽¹⁾.

UF de residência	1980-1994 ⁽²⁾	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total 1980-2006
Brasil	90379	22017	24789	27263	30091	27277	30124	29132	33865	36573	35201	33142	13214	433067
Norte	1149	396	473	610	723	807	913	1112	1319	1425	1957	1900	897	13881
Roraima	137	62	56	71	84	69	127	128	186	182	171	202	132	1607
Acre	46	1	6	13	22	31	22	31	41	37	55	55	18	378
Amazonas	291	93	114	190	219	291	289	303	396	382	494	561	264	3887
Roraima	52	10	15	17	20	26	53	53	38	78	117	67	25	571
Pará	525	186	233	249	300	290	328	479	520	616	952	856	385	5919
Amapá	26	17	21	36	25	44	37	48	65	43	69	73	29	533
Tocantins	72	27	28	34	53	56	57	70	73	87	99	86	44	786
Nordeste	7061	1692	2137	2462	3023	2969	3299	3515	4168	4697	5141	5486	2101	47751
Maranhão	527	146	191	214	293	271	336	360	400	526	705	667	256	4892
Piauí	211	77	79	101	94	115	175	170	176	176	273	284	92	2023
Ceará	1143	345	344	380	643	563	556	577	652	848	891	761	316	8019
Rio Grande do Norte	379	74	112	133	183	136	162	172	152	209	137	325	142	2316
Paraíba	490	125	140	153	198	250	243	245	261	288	331	314	139	3177
Pernambuco	1698	396	565	595	773	664	731	886	1171	1035	1074	1418	515	11521
Alagoas	400	89	122	162	125	138	147	177	185	239	201	263	94	2342
Sergipe	293	86	82	98	103	114	119	89	106	162	151	175	84	1662
Bahia	1920	354	502	626	611	718	830	839	1065	1214	1378	1279	463	11799
Sudeste	68322	15443	16919	17879	19112	16831	17667	16166	18820	20178	18755	17184	6634	269910
Minas Gerais	5745	1701	1743	1847	1835	1836	2460	1915	2681	3068	2738	2853	1066	31488
Espírito Santo	758	213	249	354	405	424	470	519	640	642	660	613	251	6198
Rio de Janeiro	14771	3008	3688	4178	4316	3817	4177	4071	4659	5296	5709	5108	2089	64867
São Paulo	47048	10521	11259	11500	12556	10754	10560	9661	10840	11172	9648	8610	3228	167357
Sul	9768	3284	3967	4728	5817	5385	6560	6887	7536	7781	6979	6416	2731	77639
Paraná	2506	927	1153	1459	1541	1570	1775	1687	1859	1914	1649	1574	562	20176
Santa Catarina	2502	981	1139	1163	1485	1349	1600	1706	1815	1782	1788	1477	708	19495
Rio Grande do Sul	4760	1376	1675	2106	2791	2466	3185	3294	3862	4085	3542	3365	1461	37968
Centro-Oeste	4079	1202	1293	1584	1416	1285	1685	1652	2022	2492	2369	2156	851	24086
Mato Grosso do Sul	980	244	281	291	299	260	275	289	396	454	421	427	190	4807
Mato Grosso	578	203	294	346	296	208	401	373	493	614	674	540	186	5206
Goiás	1416	483	402	568	496	475	617	674	724	779	797	736	307	8474
Distrito Federal	1105	272	316	379	325	342	392	316	409	645	477	453	168	5599

FONTE: MS/SVS/PPN-DST/AIDS

NOTAS: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

(2) Para os anos de 1980 a 1994, consultar edições anteriores do Boletim Epidemiológico Aids DST ou para maiores detalhes acessar www.aids.gov.br no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO.

TABELA II - Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de aids segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1995-2005⁽¹⁾.

UF de residência	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	14,1	15,8	17,1	18,6	16,6	17,7	16,9	19,4	20,7	19,7	18,0
Norte	3,5	4,2	5,3	6,1	6,7	7,1	8,4	9,8	10,3	13,9	12,9
Rondônia	4,6	4,6	5,7	6,6	5,3	9,2	9,1	13,0	12,5	11,6	13,2
Acre	0,2	1,2	2,6	4,3	5,9	3,9	5,4	7,0	6,2	9,0	8,2
Amazonas	4,0	4,8	7,7	8,7	11,3	10,3	10,4	13,4	12,6	15,9	17,4
Roraima	3,8	6,1	6,7	7,7	9,7	16,3	15,7	11,0	21,8	31,8	17,1
Pará	3,4	4,2	4,4	5,2	4,9	5,3	7,6	8,1	9,4	14,2	12,3
Amapá	5,2	5,5	9,0	5,9	10,0	7,8	9,6	12,6	8,0	12,5	12,3
Tocantins	2,7	2,7	3,1	4,8	4,9	4,9	5,9	6,0	7,1	7,9	6,6
Nordeste	3,8	4,8	5,4	6,6	6,4	6,9	7,3	8,5	9,5	10,3	10,8
Maranhão	2,8	3,7	4,0	5,5	5,0	5,9	6,3	6,9	9,0	11,9	10,9
Piauí	2,8	3,0	3,7	3,5	4,2	6,2	5,9	6,1	6,0	9,3	9,4
Ceará	5,1	5,1	5,5	9,2	7,9	7,5	7,6	8,5	10,9	11,3	9,4
Rio Grande do Norte	2,9	4,4	5,1	7,0	5,1	5,8	6,1	5,3	7,2	4,7	10,8
Paraíba	3,7	4,2	4,6	5,9	7,4	7,1	7,1	7,5	8,2	9,3	8,7
Pernambuco	5,3	7,6	8,0	10,3	8,8	9,2	11,1	14,5	12,7	13,0	16,9
Alagoas	3,3	4,6	6,1	4,7	5,1	5,2	6,2	6,4	8,2	6,8	8,7
Sergipe	5,4	5,0	5,9	6,1	6,7	6,7	4,9	5,7	8,6	7,9	8,9
Bahia	2,8	4,0	4,9	4,8	5,5	6,4	6,3	8,0	9,0	10,2	9,3
Sudeste	23,3	25,3	26,3	27,7	24,1	24,4	22,0	25,3	26,8	24,6	21,9
Minas Gerais	10,3	10,5	10,9	10,7	10,6	13,7	10,6	14,6	16,5	14,6	14,8
Espírito Santo	7,6	8,9	12,4	14,0	14,4	15,2	16,4	20,0	19,8	20,0	18,0
Rio de Janeiro	22,6	27,4	30,8	31,5	27,6	29,0	28,0	31,6	35,6	38,0	33,2
São Paulo	31,2	33,0	33,1	35,6	30,0	28,5	25,7	28,4	28,9	24,6	21,3
Sul	14,2	16,9	19,8	24,1	22,0	26,1	26,3	29,3	29,9	26,5	23,8
Paraná	10,6	12,8	16,0	16,6	16,7	18,6	17,4	19,0	19,3	16,5	15,3
Santa Catarina	20,3	23,4	23,5	29,5	26,5	29,9	31,3	32,8	31,8	31,4	25,2
Rio Grande do Sul	14,4	17,4	21,6	28,3	24,7	31,3	31,9	37,1	38,9	33,4	31,0
Centro-Oeste	11,7	12,3	14,7	12,9	11,5	14,5	13,9	16,7	20,2	18,9	16,6
Mato Grosso do Sul	12,8	14,6	14,8	15,0	12,8	13,2	13,7	18,5	20,9	19,1	18,9
Mato Grosso	8,8	13,1	15,1	12,7	8,8	16,0	14,6	18,9	23,2	25,0	19,3
Goiás	11,2	8,9	12,2	10,5	9,8	12,3	13,2	13,9	14,7	14,8	13,1
Distrito Federal	15,7	17,3	20,2	16,9	17,4	19,1	15,1	19,1	29,5	21,4	19,4

FONTE: MS/SYS/PN-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS EM <www.datasus.gov.br/informações em saúde/demográficas e socioeconômicas> acessado em 29/08/2006.

TABELA III - Casos de aids (número, taxa por 100.000 hab. e razão de sexo) segundo ano de diagnóstico por sexo. Brasil, 1980-2006⁽¹⁾.

Ano de diagnóstico	Número de casos		Total ⁽²⁾	Razão M/F	Taxa de incidência		Total
	Masculino	Feminino			Masculino	Feminino	
1980	1	0	1	-	0,0	0,0	0,0
1981	-	-	-	-	-	-	-
1982	10	0	10	-	0,0	0,0	0,0
1983	36	3	39	12,0	0,1	0,0	0,0
1984	127	7	134	18,1	0,2	0,0	0,1
1985	530	20	550	26,5	0,8	0,0	0,4
1986	1105	73	1178	15,1	1,7	0,1	0,9
1987	2653	295	2948	9,0	3,9	0,4	2,2
1988	4107	632	4739	6,5	6,0	0,9	3,4
1989	5631	956	6587	5,9	8,0	1,3	4,6
1990	7921	1477	9398	5,4	11,1	2,0	6,5
1991	10132	2229	12361	4,5	14,0	3,0	8,4
1992	12512	3202	15714	3,9	17,1	4,3	10,6
1993	13534	3989	17523	3,4	18,1	5,2	11,6
1994	14563	4634	19197	3,1	19,2	6,0	12,5
1995	16101	5916	22017	2,7	20,9	7,5	14,1
1996	17404	7384	24789	2,4	22,5	9,3	15,8
1997	18315	8948	27263	2,0	23,3	11,1	17,1
1998	19825	10264	30091	1,9	24,9	12,5	18,6
1999	17561	9715	27277	1,8	21,7	11,7	16,6
2000	19057	11066	30124	1,7	22,8	12,8	17,7
2001	18035	11095	29132	1,6	21,3	12,7	16,9
2002	20732	13130	33865	1,6	24,1	14,8	19,4
2003	22152	14421	36573	1,5	25,4	16,1	20,7
2004	21308	13892	35201	1,5	24,2	15,3	19,7
2005	19818	13323	33142	1,5	21,9	14,2	18,0
2006	7747	5467	13214	1,4	-	-	-

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

(2) Incluídos 12 casos com sexo ignorado.

POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS EM <www.datasus.gov.br/informações em saúde/demográficas e socioeconômicas> acessado em 29/08/2006.

TABELA IV - Casos de aids segundo faixa etária por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006⁽¹⁾.

Faixa etária	1980-1994 ⁽²⁾	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Masculino														
< 5 anos	1435	408	513	539	581	490	506	432	537	598	575	577	218	7409
05 a 12	514	81	88	140	108	135	150	155	275	319	311	249	97	2622
13 a 19	2158	278	236	266	290	243	246	233	261	290	255	194	84	5034
20 a 24	8557	1411	1370	1492	1487	1310	1333	1271	1336	1430	1220	1167	449	23833
25 a 29	15856	3418	3440	3418	3521	3041	3101	2815	2920	3000	2948	2598	1099	51175
30 a 34	16254	3668	4196	4423	4695	3999	4159	3894	4141	4262	3928	3513	1343	62475
35 a 39	11659	2839	3118	3291	3645	3351	3689	3517	4145	4373	4054	3694	1409	52784
40 a 49	11454	2812	3149	3399	3864	3434	4074	3958	4868	5373	5362	5229	2037	59013
50 a 59	3511	824	939	992	1173	1154	1319	1297	1654	1825	1938	1930	730	19286
60 e mais	1258	314	333	337	439	397	470	443	565	647	665	614	246	6728
ignorado	206	48	22	18	22	7	10	20	30	35	52	53	35	558
Total ⁽³⁾	72862	16101	17404	18315	19825	17561	19057	18035	20732	22152	21308	19818	7747	290917
Feminino														
< 5 anos	1406	439	538	600	560	546	522	480	563	585	516	470	189	7414
05 a 12	217	77	88	102	107	133	164	172	277	336	312	289	106	2380
13 a 19	706	181	193	264	340	313	332	349	329	374	345	311	151	4188
20 a 24	2800	731	934	1076	1243	1164	1305	1324	1390	1418	1331	1141	472	16329
25 a 29	3879	1251	1547	1842	2066	1809	2156	2037	2296	2457	2243	2052	886	26521
30 a 34	3235	1192	1527	1785	2101	1927	2149	2099	2444	2599	2426	2341	984	26809
35 a 39	2147	813	1076	1279	1530	1544	1656	1629	2120	2347	2205	2157	856	21359
40 a 49	2061	816	1033	1337	1577	1562	1862	2012	2479	2882	2988	2932	1156	24697
50 a 59	741	290	330	491	544	523	670	720	873	1071	1112	1212	486	9063
60 e mais	289	100	114	164	191	193	248	269	340	335	380	397	170	3190
ignorado	36	26	4	8	5	1	2	4	19	17	34	21	11	188
Total ⁽³⁾	17517	5916	7384	8948	10264	9715	11066	11095	13130	14421	13892	13323	5467	142138

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTAS: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005.

(2) Para os anos de 1980 a 1994, consultar Boletim Epidemiológico Aids anteriores ou para maiores detalhes acessar www.aids.gov.br no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO.

(3) Excluídos 12 casos com sexo ignorado.

TABELA V - Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de aids segundo faixa etária por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1995-2006⁽¹⁾.

Faixa etária	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Masculino												
< 5 anos	4,6	6,5	6,7	7,1	5,9	6,1	5,1	6,3	6,9	6,5	6,4	2,4
05 a 12	0,6	0,6	1,0	0,8	1,0	1,1	1,1	2,0	2,2	2,2	1,7	0,6
13 a 19	2,3	2,0	2,2	2,4	1,9	2,0	1,8	2,0	2,2	1,9	1,4	0,6
20 a 24	19,9	19,2	20,5	20,2	17,5	16,6	15,5	16,1	17,0	14,3	13,3	5,1
25 a 29	52,3	54,0	52,8	53,6	45,6	45,5	40,7	41,6	42,2	40,9	35,0	14,6
30 a 34	64,1	69,6	72,1	75,5	63,4	65,4	60,2	63,2	64,2	58,4	50,7	19,1
35 a 39	58,3	58,9	61,2	66,8	60,6	61,9	58,1	67,6	70,4	64,5	57,1	21,5
40 a 49	38,8	38,7	41,1	46,1	40,4	43,7	41,8	50,7	55,3	54,5	51,7	19,8
50 a 59	17,2	18,2	18,9	22,1	21,5	22,0	21,3	26,8	29,3	30,7	29,8	11,1
60 e mais	6,0	5,9	5,9	7,6	6,8	7,2	6,7	8,4	9,6	9,7	8,8	3,5
Total	21,2	22,5	23,3	24,9	21,8	22,8	21,2	24,1	25,4	24,1	21,8	8,4
Feminino												
< 5 anos	5,1	7,0	7,7	7,1	6,8	6,5	5,9	6,8	7,0	6,1	5,4	2,1
05 a 12	0,6	0,7	0,8	0,8	1,0	1,2	1,3	2,0	2,4	2,2	2,0	0,7
13 a 19	1,5	1,6	2,2	2,8	2,5	2,7	2,8	2,6	2,9	2,6	2,3	1,1
20 a 24	10,1	12,9	14,6	16,6	15,3	16,1	16,1	16,7	16,8	15,6	13,0	5,3
25 a 29	18,3	23,4	27,4	30,3	26,2	30,6	28,5	31,7	33,5	30,1	26,8	11,4
30 a 34	19,9	24,0	27,6	32,0	29,0	32,2	31,0	35,6	37,4	34,4	32,3	13,4
35 a 39	15,8	19,2	22,5	26,5	26,4	26,3	25,4	32,7	35,7	33,1	31,5	12,3
40 a 49	10,9	12,1	15,4	17,9	17,5	18,7	20,0	24,3	27,9	28,5	27,2	10,6
50 a 59	5,7	6,0	8,7	9,6	9,1	10,3	10,9	13,1	15,9	16,3	17,3	6,8
60 e mais	1,6	1,7	2,4	2,8	2,8	3,1	3,3	4,1	4,0	4,5	4,6	2,0
Total	7,6	9,3	11,1	12,5	11,7	12,8	12,7	14,8	16,0	15,2	14,2	5,8

FONTE: MS/SYS/SPN-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS EM <www.datasus.gov.br/informações em saúde/demográficas e socioeconômicas> acessado em 29/08/2006.

TABELA VI - Casos de aids (número e percentual) em indivíduos menores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição hierarquizada por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006⁽¹⁾.

Categoria de exposição	1980-1994 ⁽²⁾		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
Sexual	Homossexual	3	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	1	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	2	0,2	2	0,3	0	0,0	12	0,1
	Bissexual	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	2	0,2	1	0,1	1	0,2	2	1,6	9	0,1
	Heterossexual	179	5,0	58	5,8	65	5,3	56	4,1	76	5,6	67	5,1	99	7,8	70	6,0	91	7,9	103	9,8	79	9,7	67	10,3	18	14,1	1028	6,4
Sanguínea	UDI	13	0,4	2	0,2	0	0,0	2	0,1	1	0,1	0	0,0	3	0,2	3	0,3	1	0,1	0	0,0	3	0,4	1	0,2	0	0,0	29	0,2
	Hemofílico	236	6,6	7	0,7	3	0,2	2	0,1	0	0,0	2	0,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	252	1,6
	Transfusão	259	7,3	27	2,7	14	1,1	7	0,5	8	0,6	7	0,5	9	0,7	6	0,5	7	0,6	5	0,5	6	0,7	9	1,4	0	0,0	364	2,3
	TV/Perinatal	2573	72,0	849	84,5	1091	88,8	1226	88,8	1177	86,8	1135	87,2	1027	81,2	958	82,7	917	79,4	831	78,8	641	78,4	513	79,2	100	78,1	13038	81,1
Ignorado	309	8,7	62	6,2	54	4,4	88	6,4	94	6,9	88	6,8	126	10,0	118	10,2	138	11,9	114	10,8	85	10,4	55	8,5	8	6,3	1339	8,3	
Total	3572	100,0	1005	100,0	1228	100,0	1381	100,0	1356	100,0	1302	100,0	1265	100,0	1158	100,0	1155	100,0	1055	100,0	818	100,0	648	100,0	128	100,0	16071	100,0	

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTAS: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2006.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

(2) Para os anos de 1980 a 1994, consultar edições anteriores do Boletim Epidemiológico Aids DST ou para maiores detalhes acessar www.aids.gov.br no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO.

TABELA VII - Casos de aids (número e percentual) na categoria de exposição transmissão vertical, segundo idade por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006⁽¹⁾.

Idade	1980-1994 ⁽²⁾		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
< de 1 ano	1278	49,7	370	43,5	476	43,6	458	37,3	445	37,7	413	36,2	293	28,2	232	23,7	160	17,2	155	18,2	148	22,1	115	21,7	14	12,8	4557	34,6
1	484	18,8	168	19,8	185	17,0	254	20,7	199	16,9	177	15,5	142	13,7	141	14,4	127	13,6	91	10,7	60	9,0	69	13,0	10	9,2	2107	16,0
2	301	11,7	103	12,1	158	14,5	156	12,7	176	14,9	152	13,3	142	13,7	126	12,9	158	17,0	111	13,0	78	11,7	55	10,4	10	9,2	1726	13,1
3	188	7,3	63	7,4	82	7,5	104	8,5	112	9,5	114	10,0	116	11,2	115	11,8	118	12,7	79	9,3	60	9,0	43	8,1	6	5,5	1200	9,1
4	119	4,6	40	4,7	54	4,9	67	5,5	76	6,4	67	5,9	89	8,6	83	8,5	86	9,2	83	9,7	46	6,9	48	9,1	11	10,1	869	6,6
5	66	2,6	35	4,1	47	4,3	63	5,1	52	4,4	71	6,2	74	7,1	72	7,4	70	7,5	74	8,7	43	6,4	42	7,9	8	7,3	717	5,4
6	49	1,9	23	2,7	31	2,8	45	3,7	30	2,5	49	4,3	43	4,1	49	5,0	57	6,1	62	7,3	50	7,5	25	4,7	13	11,9	526	4,0
7	41	1,6	14	1,6	22	2,0	25	2,0	28	2,4	35	3,1	53	5,1	44	4,5	40	4,3	52	6,1	36	5,4	22	4,2	3	2,8	415	3,2
8	24	0,9	19	2,2	15	1,4	21	1,7	19	1,6	19	1,7	27	2,6	36	3,7	31	3,3	47	5,5	35	5,2	26	4,9	5	4,6	324	2,5
9	15	0,6	6	0,7	11	1,0	13	1,1	16	1,4	19	1,7	21	2,0	28	2,9	19	2,0	31	3,6	37	5,5	21	4,0	4	3,7	241	1,8
10	2	0,1	4	0,5	6	0,5	13	1,1	11	0,9	9	0,8	9	0,9	16	1,6	14	1,5	13	1,5	27	4,0	21	4,0	8	7,3	153	1,2
11	4	0,2	1	0,1	0	0,0	4	0,3	7	0,6	5	0,4	11	1,1	8	0,8	16	1,7	21	2,5	11	1,6	18	3,4	4	3,7	110	0,8
12	2	0,1	3	0,4	4	0,4	3	0,2	6	0,5	5	0,4	7	0,7	8	0,8	21	2,3	12	1,4	10	1,5	8	1,5	4	3,7	93	0,7
13	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	3	0,3	4	0,4	6	0,6	9	0,9	6	0,6	5	0,6	10	1,5	10	1,9	5	4,6	60	0,5
14 anos e +	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1	2	0,2	5	0,5	11	1,1	8	0,9	16	1,9	18	2,7	7	1,3	4	3,7	73	0,6
Total	2573	100,0	850	100,0	1091	100,0	1228	100,0	1181	100,0	1141	100,0	1038	100,0	978	100,0	931	100,0	852	100,0	669	100,0	550	100,0	109	100,0	13171	100,0

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTAS: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2006.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

(2) Para os anos de 1980 a 1994, consultar edições anteriores do Boletim Epidemiológico Aids DST ou para maiores detalhes acessar www.aids.gov.br no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO.

TABELA VIII - Casos de aids (números e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006⁽¹⁾.

Categoria de exposição	1980-1994 ⁽²⁾		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total 1980-2006	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Masculino																												
Sexual																												
Homossexual	19105	27,0	2909	18,7	3117	18,6	3291	18,7	3522	18,6	2945	17,5	2899	17,2	2785	17,2	2864	17,3	2835	17,3	2447	16,6	2026	16,8	606	16,9	51351	20,3
Bissexual	9029	12,8	1437	9,2	1444	8,6	1717	9,8	2150	11,3	1940	11,5	1815	10,7	1685	10,4	1740	10,5	1621	9,9	1557	10,5	1295	10,7	380	10,6	27810	11,0
Heterossexual	10180	14,4	3208	20,6	3783	22,5	4618	26,2	5645	29,8	5480	32,6	5854	34,7	6086	37,7	6466	39,1	6761	41,3	6226	42,2	5339	44,2	1541	42,9	71187	28,2
UDI	18888	26,7	3950	25,4	3994	23,8	3980	22,6	3826	20,2	3107	18,5	2925	17,3	2370	14,7	2181	13,2	1945	11,9	1508	10,2	1133	9,4	353	9,8	50160	19,8
Hemofílico	749	1,1	70	0,4	83	0,5	79	0,4	45	0,2	23	0,1	22	0,1	26	0,2	19	0,1	12	0,1	13	0,1	11	0,1	5	0,1	1157	0,5
Transusão	852	1,2	148	1,0	145	0,9	80	0,5	13	0,1	11	0,1	6	0,0	12	0,1	10	0,1	12	0,1	42	0,3	25	0,2	8	0,2	1364	0,5
TV/perinatal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	3	0,0	5	0,0	5	0,0	6	0,0	6	0,0	9	0,1	14	0,1	7	0,1	3	0,1	59	0,0
Ignorado	11904	16,8	3842	24,7	4215	25,1	3835	21,8	3769	19,9	3303	19,6	3364	19,9	3176	19,7	3245	19,6	3159	19,3	2957	20,0	2237	18,5	696	19,4	49702	19,7
Total	70707	100,0	15564	100,0	16781	100,0	17601	100,0	18973	100,0	16814	100,0	16890	100,0	16146	100,0	16531	100,0	16354	100,0	14764	100,0	12073	100,0	3592	100,0	252790	100,0
Feminino																												
Sexual																												
Heterossexual	11101	70,0	4527	84,2	5743	85,0	7268	88,3	8669	90,9	8250	91,7	9064	93,3	9136	93,1	9476	93,7	9381	93,4	8454	93,8	7032	94,5	1981	93,3	100082	88,6
UDI	3802	24,0	711	13,2	858	12,7	842	10,2	808	8,5	675	7,5	587	6,0	588	6,0	533	5,3	504	5,0	362	4,0	285	3,8	99	4,7	10654	9,4
Transusão	628	4,0	120	2,2	133	2,0	90	1,1	16	0,2	6	0,1	5	0,1	14	0,1	12	0,1	16	0,2	38	0,4	19	0,3	6	0,3	1103	1,0
TV/perinatal	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,0	6	0,1	14	0,1	8	0,1	12	0,1	14	0,2	10	0,1	6	0,3	74	0,1
Ignorado	327	2,1	15	0,3	19	0,3	33	0,4	44	0,5	64	0,7	50	0,5	56	0,6	81	0,8	129	1,3	140	1,6	92	1,2	32	1,5	1082	1,0
Total	15858	100,0	5374	100,0	6754⁽³⁾	100,0	8234	100,0	9538	100,0	8996	100,0	9712	100,0	9808	100,0	10110	100,0	10042	100,0	9008	100,0	7438	100,0	2124	100,0	112996	100,0

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTAS: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2006.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

(2) Para os anos de 1980 a 1993, consultar edições anteriores do Boletim Epidemiológico Aids DST ou para maiores detalhes acessar www.aids.gov.br no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO.

(3) Notificado 01 (um) caso devido a acidente com material biológico no ano de 1996 no estado de São Paulo.

TABELA IX - Casos de aids (número e percentual) segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2000 a 2006⁽¹⁾.

Ano de diagnóstico	Branca		Preta		Amarela		Parda		Índigena		Subtotal		Ignorado		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino																
2000	2077	59,1	392	11,2	20	0,6	1019	29,0	4	0,1	3512	18,4	15545	81,6	19057	100,0
2001	3647	61,5	689	11,6	37	0,6	1545	26,0	15	0,3	5933	32,9	12102	67,1	18035	100,0
2002	6533	61,8	1192	11,3	68	0,6	2762	26,1	17	0,2	10572	51,0	10160	49,0	20732	100,0
2003	8929	59,9	1710	11,5	96	0,6	4163	27,9	17	0,1	14915	67,3	7237	32,7	22152	100,0
2004	7989	56,0	1729	12,1	78	0,5	4456	31,2	24	0,2	14276	67,0	7032	33,0	21308	100,0
2005	6729	53,5	1505	12,0	91	0,7	4234	33,7	18	0,1	12577	63,5	7241	36,5	19818	100,0
2006	1804	54,9	386	11,7	26	0,8	1064	32,4	6	0,2	3286	42,4	4461	57,6	7747	100,0
Feminino																
2000	1372	58,0	288	12,2	13	0,5	690	29,2	1	0,0	2364	21,4	8702	78,6	11066	100,0
2001	2451	61,4	484	12,1	24	0,6	1024	25,6	10	0,3	3993	36,0	7102	64,0	11095	100,0
2002	4144	59,8	930	13,4	46	0,7	1797	25,9	10	0,1	6927	52,8	6203	47,2	13130	100,0
2003	5359	56,9	1300	13,8	76	0,8	2661	28,3	16	0,2	9412	65,3	5009	34,7	14421	100,0
2004	4615	52,3	1299	14,7	52	0,6	2830	32,1	20	0,2	8816	63,5	5076	36,5	13892	100,0
2005	3983	51,6	1024	13,3	57	0,7	2639	34,2	15	0,2	7718	57,9	5605	42,1	13323	100,0
2006	1090	54,7	259	13,0	21	1,1	620	31,1	3	0,2	1993	36,5	3474	63,5	5467	100,0

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS
 NOTA: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005.
 Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

TABELA X - Óbitos por aids segundo UF e região de residência por ano do óbito. Brasil, 1985-2005.

UF de residência	1985-1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ⁽¹⁾	Total 1985-2005
Brasil	40079	13391	15156	15017	12078	10770	10521	10730	10948	11055	11283	11020	11026	183074
Norte	353	171	209	270	220	231	245	309	390	415	495	490	566	4364
Rondônia	30	13	18	25	29	37	38	40	42	42	63	49	52	478
Acre	10	1	2	5	3	6	7	15	11	10	14	15	17	116
Amazonas	78	41	58	74	56	46	66	61	102	108	113	124	141	1.088
Roraima	15	7	6	16	5	13	15	20	20	19	18	17	16	187
Pará	200	103	111	133	114	116	104	154	188	204	242	252	298	2.219
Amapá	9	0	8	6	8	1	7	4	7	11	13	11	19	104
Tocantins	11	6	6	11	5	12	8	15	20	21	32	22	23	192
Nordeste	2495	1.000	1.159	1.200	984	954	989	1147	1263	1341	1404	1393	1473	16802
Maranhão	205	46	65	70	50	69	69	92	121	130	160	146	204	1427
Piauí	55	30	32	36	39	30	25	44	46	51	52	64	54	558
Ceará	345	136	166	188	156	109	134	173	150	204	204	209	193	2367
Rio Grande do Norte	142	77	96	67	37	23	28	39	49	39	48	37	37	719
Paraíba	168	83	76	55	41	49	46	50	70	68	94	94	83	977
Pernambuco	758	331	381	407	300	344	312	339	371	395	376	379	399	5092
Alagoas	98	31	41	45	44	28	24	41	63	60	62	49	59	645
Sergipe	51	32	50	35	30	21	37	42	37	36	28	55	53	507
Bahia	673	234	252	297	287	281	314	327	356	358	380	360	391	4510
Sudeste	32619	10303	11310	10914	8488	7167	6796	6773	6634	6496	6409	6190	5984	126083
Minas Gerais	1677	751	917	1069	828	738	831	783	862	810	857	864	794	11781
Espírito Santo	253	106	141	158	143	150	125	158	149	147	175	205	162	2072
Rio de Janeiro	8502	2286	2.90	2404	1974	1694	1571	1644	1652	1679	1744	1780	1535	30955
São Paulo	22187	7160	7762	7283	5543	4585	4269	4188	3971	3860	3633	3341	3493	81275
Sul	3434	1458	1787	1972	1811	1866	1945	1961	2115	2246	2356	2354	2423	27728
Paraná	857	401	458	532	410	400	451	444	470	506	520	503	520	6472
Santa Catarina	689	338	379	418	412	405	448	462	469	487	516	502	495	6000
Rio Grande do Sul	1908	719	950	1022	989	1061	1046	1055	1176	1253	1320	1349	1408	15256
Centro-Oeste	1178	459	691	661	575	552	546	540	546	557	619	593	580	8097
Mato Grosso do Sul	252	82	121	122	125	114	126	117	108	113	145	128	129	1682
Mato Grosso	120	59	137	106	114	120	119	114	137	128	144	147	147	1592
Goiás	353	129	198	221	177	189	168	183	206	178	218	206	190	2616
Distrito Federal	453	189	235	212	159	129	133	126	95	138	112	112	114	2207

Fonte: MS/SVS/DASIS/Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Nota: (1) Dados preliminares.

TABELA XI - Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.) por aids segundo UF e região de residência por ano do óbito. Brasil, 1994-2005.

UF de residência	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ⁽¹⁾
Brasil	8,7	9,7	9,6	7,6	6,7	6,4	6,3	6,4	6,3	6,4	6,2	6,0
Norte	1,6	1,9	2,4	1,9	1,9	2,0	2,4	2,9	3,1	3,6	3,5	3,9
Rondônia	1,0	1,3	2,0	2,3	2,9	2,9	2,9	3,0	2,9	4,3	3,3	3,4
Acre	0,2	0,4	1,0	0,6	1,2	1,3	2,7	1,9	1,7	2,3	2,4	2,5
Amazonas	1,8	2,5	3,1	2,3	1,8	2,6	2,2	3,5	3,6	3,7	4,0	4,4
Roraima	2,8	2,3	6,5	2,0	5,0	5,6	6,2	5,9	5,5	5,0	4,6	4,1
Pará	1,9	2,0	2,4	2,0	2,0	1,8	2,5	3,0	3,2	3,7	3,8	4,3
Amapá	0,0	2,5	1,6	2,0	0,2	1,6	0,8	1,4	2,1	2,4	2,0	3,2
Tocantins	0,6	0,6	1,0	0,5	1,1	0,7	1,3	1,7	1,7	2,6	1,8	1,8
Nordeste	2,3	2,6	2,7	2,2	2,1	2,1	2,4	2,6	2,7	2,8	2,8	2,9
Maranhão	0,9	1,2	1,3	0,9	1,3	1,3	1,6	2,1	2,2	2,7	2,5	3,3
Piauí	1,1	1,2	1,3	1,4	1,1	0,9	1,5	1,6	1,8	1,8	2,2	1,8
Ceará	2,1	2,5	2,8	2,3	1,6	1,9	2,3	2,0	2,7	2,6	2,7	2,4
Rio Grande do Norte	3,0	3,7	2,6	1,4	0,9	1,1	1,4	1,7	1,4	1,7	1,3	1,2
Paraíba	2,5	2,3	1,7	1,2	1,5	1,4	1,5	2,0	1,9	2,7	2,7	2,3
Pernambuco	4,5	5,1	5,5	4,0	4,6	4,1	4,3	4,6	4,9	4,6	4,6	4,7
Alagoas	1,2	1,5	1,7	1,7	1,0	0,9	1,5	2,2	2,1	2,1	1,7	2,0
Sergipe	2,0	3,1	2,2	1,8	1,2	2,2	2,4	2,0	2,0	1,5	2,9	2,7
Bahia	1,9	2,0	2,4	2,3	2,2	2,4	2,5	2,7	2,7	2,8	2,7	2,8
Sudeste	15,7	17,1	16,3	12,5	10,4	9,7	9,4	9,0	8,7	8,5	8,1	7,6
Minas Gerais	4,6	5,6	6,4	4,9	4,3	4,8	4,4	4,8	4,4	4,6	4,6	4,1
Espírito Santo	3,9	5,1	5,6	5,0	5,2	4,3	5,1	4,7	4,6	5,4	6,2	4,8
Rio de Janeiro	17,3	18,7	17,9	14,6	12,4	11,4	11,4	11,3	11,4	11,7	11,8	10,0
São Paulo	21,6	23,0	21,3	16,0	13,0	11,9	11,3	10,6	10,1	9,4	8,5	8,6
Sul	6,4	7,7	8,4	7,6	7,7	8,0	7,8	8,3	8,7	9,1	8,9	9,0
Paraná	4,6	5,3	5,9	4,5	4,3	4,8	4,6	4,8	5,2	5,2	5,0	5,1
Santa Catarina	7,1	7,8	8,6	8,3	8,1	8,8	8,6	8,6	8,8	9,2	8,8	8,4
Rio Grande do Sul	7,6	9,9	10,6	10,1	10,8	10,5	10,4	11,4	12,0	12,6	12,7	13,0
Centro-Oeste	4,6	6,7	6,3	5,3	5,0	4,9	4,6	4,6	4,6	5,0	4,7	4,5
Mato Grosso do Sul	4,4	6,3	6,3	6,4	5,7	6,2	5,6	5,1	5,3	6,7	5,8	5,7
Mato Grosso	2,6	5,9	4,7	5,0	5,1	5,0	4,6	5,4	4,9	5,4	5,4	5,2
Goiás	3,0	4,6	4,9	3,8	4,0	3,5	3,7	4,0	3,4	4,1	3,8	3,4
Distrito Federal	11,1	13,5	11,6	8,5	6,7	6,8	6,1	4,5	6,4	5,1	5,0	4,9

FONTE: MS/SVS/DASIS/Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
 POPULAÇÃO: MS/SVS/DATASUS, em <www.datasus.gov.br/informações de saúde/demográficas e socioeconômicas>, acessado em 19/11/2005.
 NOTA: (1) Dados preliminares.

TABELA XII - Óbitos por aids (número, taxa por 100.000 hab. e razão de sexo) segundo ano de óbito por sexo. Brasil, 1985-2005.

"Ano do óbito"	Número de óbitos			Razão M/F	Taxa de mortalidade		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
1985	149	6	155	24,8	0,2	0,0	0,1
1986	363	22	385	16,5	0,5	0,0	0,3
1987	878	85	963	10,3	1,3	0,1	0,7
1988	1800	256	2056	7,0	2,6	0,4	1,5
1989	2840	434	3274	6,5	4,1	0,6	2,3
1990	4632	750	5383	6,2	6,5	1,0	3,7
1991	6135	1229	7367	5,0	8,5	1,7	5,0
1992	7449	1564	9020	4,8	10,2	2,1	6,1
1993	9239	2220	11469	4,2	12,3	2,9	7,6
1994	10582	2790	13391	3,8	13,9	3,6	8,7
1995	11599	3535	15156	3,3	15,1	4,5	9,7
1996	11176	3828	15017	2,9	14,4	4,8	9,6
1997	8749	3321	12078	2,6	11,1	4,1	7,6
1998	7671	3095	10770	2,5	9,6	3,8	6,7
1999	7487	3027	10521	2,5	9,3	3,6	6,4
2000	7540	3187	10730	2,4	9,0	3,7	6,3
2001	7517	3428	10948	2,2	8,9	3,9	6,4
2002	7580	3473	11055	2,2	8,8	3,9	6,3
2003	7672	3610	11283	2,1	8,8	4,0	6,4
2004	7458	3562	11020	2,1	8,5	3,9	6,2
2005 ⁽¹⁾	7312	3714	11026	2,0	8,1	4,0	6,0

FONTE: MS/SVS/DASIS/Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

POPULAÇÃO: MS/ SVS/ DATASUS, em <www.datasus.gov.br/informações de saúde/demográficas e socioeconômicas>, acessado em 19/11/2005.

NOTAS: (1) Dados preliminares.

TABELA XIII - Óbitos por aids (número e percentual) segundo raça/cor por sexo e ano de óbito. Brasil, 1998-2005.

Ano do óbito	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Sub total		Ignorado		Total 1998-2005	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino																
1998	3565	64,8	585	10,6	31	0,6	1318	23,9	5	0,1	5504	71,8	2167	28,2	7671	100,0
1999	3837	64,3	547	9,2	112	1,9	1457	24,4	18	0,3	5971	79,8	1516	20,2	7487	100,0
2000	4105	61,9	713	10,7	115	1,7	1682	25,4	19	0,3	6634	88,0	906	12,0	7540	100,0
2001	4150	61,7	784	11,7	22	0,3	1760	26,2	6	0,1	6722	89,4	795	10,6	7517	100,0
2002	4142	59,9	816	11,8	23	0,3	1929	27,9	6	0,1	6916	91,2	664	8,8	7580	100,0
2003	4221	59,5	910	12,8	44	0,6	1919	27,0	3	0,0	7097	92,5	575	7,5	7672	100,0
2004	4035	58,0	863	12,4	24	0,3	2024	29,1	7	0,1	6953	93,2	505	6,8	7458	100,0
2005 ⁽¹⁾	3946	56,9	871	12,6	19	0,3	2092	30,1	11	0,2	6939	93,2	373	6,8	7312	100,0
Feminino																
1998	1302	58,9	283	12,8	17	0,8	603	27,3	5	0,2	2210	71,4	885	28,6	3095	100,0
1999	1390	57,5	307	12,7	69	2,9	646	26,7	5	0,2	2417	79,8	610	20,2	3027	100,0
2000	1622	58,2	358	12,9	45	1,6	749	26,9	11	0,4	2785	87,4	402	12,6	3187	100,0
2001	1738	56,3	464	15,0	9	0,3	870	28,2	5	0,2	3086	90,0	342	10,0	3428	100,0
2002	1739	55,1	460	14,6	4	0,1	954	30,2	0	0,0	3157	90,9	316	9,1	3473	100,0
2003	1872	56,0	491	14,7	14	0,4	962	28,8	4	0,1	3343	92,6	267	7,4	3610	100,0
2004	1757	52,9	505	15,2	15	0,5	1038	31,2	7	0,2	3322	93,3	240	6,7	3562	100,0
2005 ⁽¹⁾	1816	51,8	503	14,4	9	0,3	1170	33,4	7	0,2	3505	93,3	209	6,7	3714	100,0

FONTE: MS/SVS/DASIS/Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

NOTA: (1) Dados preliminares.

TABELA XIV - Casos notificados e investigados de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade (número e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos) segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2006⁽¹⁾.

UF/Região	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005 ⁽²⁾		2006		Total
	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	
Brasil	2840	0,9	3198	1,0	4136	1,3	3931	1,3	3901	1,3	5229	1,7	5205	1,7	5710	1,9	2465	1,9	36615
Norte	79	0,3	104	0,4	187	0,6	225	0,8	219	0,7	524	1,7	381	1,2	516	1,7	263	1,7	2498
Rorônia	0	0,0	5	0,2	8	0,3	2	0,1	0	0,0	6	0,2	4	0,1	4	0,1	2	0,1	31
Acre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,2	2	0,1	10	0,6	14	0,8	14	0,8	43
Amazonas	19	0,3	40	0,6	13	0,2	22	0,3	25	0,4	65	0,9	110	1,5	120	1,7	78	1,7	492
Roraima	0	0,0	2	0,2	0	0,0	8	0,8	9	1,0	18	1,8	3	0,3	14	1,4	10	1,4	64
Pará	39	0,3	19	0,1	108	0,9	96	0,7	64	0,5	255	1,8	126	0,9	265	1,9	97	1,9	1069
Amapá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	61	4,2	82	5,8	117	7,9	77	5,5	32	2,3	29	2,3	398
Tocantins	21	0,8	38	1,4	58	2,2	36	1,3	36	1,4	61	2,3	51	2,0	67	2,6	33	2,6	401
Nordeste	789	0,9	631	0,7	748	0,8	987	1,0	1050	1,1	1500	1,6	1602	1,8	1978	2,2	936	2,2	10221
Maranhão	0	0,0	1	0,0	21	0,2	88	0,8	145	1,2	238	1,9	221	1,7	218	1,7	130	1,7	1062
Piauí	0	0,0	3	0,1	21	0,4	12	0,2	43	0,8	42	0,8	57	1,0	39	0,7	15	0,7	232
Ceará	57	0,4	71	0,5	8	0,1	36	0,2	54	0,4	111	0,8	157	1,1	334	2,4	182	2,4	1010
Rio Grande do Norte	37	0,6	93	1,6	60	1,1	65	1,2	30	0,6	73	1,4	110	2,2	114	2,2	47	2,2	629
Paraíba	10	0,2	8	0,1	4	0,1	50	0,8	127	2,0	50	0,8	77	1,2	109	1,8	80	1,8	515
Pernambuco	515	3,2	323	2,0	454	2,8	550	3,4	477	3,1	652	4,3	582	3,9	658	4,4	238	4,4	4449
Alagoas	24	0,4	44	0,7	21	0,3	25	0,4	25	0,4	58	0,9	114	1,9	206	3,5	132	3,5	649
Sergipe	2	0,0	7	0,2	8	0,2	18	0,5	9	0,2	139	3,8	99	2,8	71	2,0	15	2,0	368
Bahia	144	0,6	81	0,3	151	0,6	143	0,6	140	0,6	137	0,6	185	0,8	229	1,0	97	1,0	1307
Sudeste	1457	1,1	1703	1,3	2600	2,0	2187	1,8	2098	1,8	2604	2,2	2603	2,2	2536	2,2	952	2,2	18740
Minas Gerais	0	0,0	42	0,1	39	0,1	86	0,3	48	0,2	124	0,4	108	0,4	159	0,6	63	0,6	669
Espírito Santo	7	0,1	121	2,0	277	4,7	245	4,3	217	3,9	303	5,7	290	5,4	240	4,5	67	4,5	1767
Rio de Janeiro	852	3,3	798	3,0	1388	5,4	1085	4,5	1112	4,8	1222	5,3	1310	5,7	1343	5,8	514	5,8	9624
São Paulo	598	0,9	742	1,0	896	1,3	771	1,2	721	1,2	955	1,6	895	1,4	794	1,3	308	1,3	6680
Sul	227	0,5	282	0,6	313	0,7	317	0,8	284	0,7	315	0,8	261	0,7	299	0,8	144	0,8	2442
Paraná	105	0,6	156	0,8	31	0,2	68	0,4	106	0,6	101	0,6	66	0,4	81	0,5	32	0,5	746
Santa Catarina	17	0,2	6	0,1	22	0,2	14	0,2	9	0,1	22	0,3	43	0,5	36	0,4	11	0,4	180
Rio Grande do Sul	105	0,6	120	0,6	260	1,5	235	1,5	169	1,1	192	1,3	152	1,0	182	1,2	101	1,2	1516
Centro-Oeste	288	1,2	478	2,0	288	1,2	215	0,9	250	1,1	286	1,3	358	1,6	381	1,7	170	1,7	2714
Mato Grosso do Sul	0	0,0	107	2,6	47	1,2	23	0,6	51	1,3	25	0,6	49	1,2	94	2,3	57	2,3	453
Mato Grosso	7	0,1	15	0,3	3	0,1	3	0,1	17	0,4	31	0,6	18	0,4	43	0,8	30	0,8	167
Goiás	112	1,1	155	1,6	115	1,2	90	1,0	88	0,9	116	1,3	137	1,5	101	1,1	25	1,1	939
Distrito Federal	169	3,5	201	4,1	123	2,6	99	2,1	94	2,1	114	2,5	154	3,4	143	3,1	58	3,1	1155

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTAS: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2006.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

(2) Taxa para o ano calculada sobre Nascidos Vivos de 2004.

TABELA XV - Casos notificados e investigados de sífilis congênita segundo características dos casos por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2006⁽¹⁾.

Brasil	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
Idade da criança																						
menor de 7 dias	1595	56,2	1687	52,8	3329	79,7	3202	80,5	3354	85,1	4781	90,6	4812	91,9	5238	91,3	2286	92,4	30284	82,2		
7 a 27 dias	612	21,5	784	24,5	562	13,5	464	11,7	336	8,5	260	4,9	203	3,9	251	4,4	102	4,1	3574	9,7		
28 a 364 dias	365	12,9	403	12,6	245	5,9	265	6,7	211	5,4	188	3,6	190	3,6	221	3,9	77	3,1	2165	5,9		
1 ano	20	0,7	18	0,6	22	0,5	16	0,4	20	0,5	20	0,4	11	0,2	13	0,2	4	0,2	144	0,4		
2 a 4 anos	8	0,3	15	0,5	10	0,2	19	0,5	16	0,4	14	0,3	14	0,3	9	0,2	2	0,1	107	0,3		
5 a 12 anos	8	0,3	11	0,3	7	0,2	14	0,4	6	0,2	6	0,2	12	0,2	5	0,1	7	0,1	2	0,1	72	0,2
Ignorada	232	8,2	280	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	512	1,4		
Idade gestacional da criança ao nascer																						
menos de 22	17	0,6	21	0,7	8	0,2	7	0,2	22	0,6	22	0,6	87	1,6	135	2,6	178	3,1	62	2,5	537	1,5
25 a 35	379	13,3	392	12,3	503	12,0	505	12,7	465	11,8	570	10,8	581	11,1	660	11,5	304	11,5	304	12,3	4359	11,8
36 e mais	2187	77,0	2459	76,9	3214	77,0	2995	75,3	3146	79,8	4231	80,2	4448	85,0	4825	84,1	2086	84,4	29591	80,3		
Ignorado	257	9,0	326	10,2	450	10,8	473	11,9	310	7,9	310	7,9	387	7,3	71	1,4	76	1,3	21	0,8	2371	6,4
Peso ao nascimento																						
< 500 gramas	157	5,5	218	6,8	327	7,8	308	7,7	138	3,5	138	3,5	11	0,2	31	0,6	64	1,1	25	1,0	1279	3,5
500 a 1499 gramas	125	4,4	140	4,4	154	3,7	150	3,8	164	4,2	186	4,2	193	3,7	186	3,6	191	3,3	69	2,8	1372	3,7
1500 a 2499 gramas	454	16,0	485	15,2	660	15,8	587	14,7	550	13,9	550	13,9	716	13,6	702	13,4	773	13,5	331	13,4	5258	14,3
2500 e mais gramas	2086	73,5	2336	73,0	3027	72,5	2898	72,8	2991	75,9	4017	76,2	3997	76,2	3997	76,4	4369	76,1	1925	77,8	27646	75,0
Ignorado	18	0,6	19	0,6	7	0,2	37	0,9	100	2,5	100	2,5	338	6,4	319	6,1	342	6,0	123	5,0	1303	3,5
Diagnóstico clínico																						
Assintomático	1815	63,9	2047	64,0	2594	62,1	2398	60,3	2571	65,2	3710	70,3	3770	72,0	4337	75,6	1902	76,9	25144	68,2		
Sintomático	664	23,4	710	22,2	881	21,1	945	23,7	935	23,7	1040	19,7	1040	19,7	851	16,3	790	13,8	334	13,5	7150	19,4
Não se aplica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	0,3	334	6,4	353	6,2	137	5,5	838	2,3
Ignorado	361	12,7	441	13,8	700	16,8	637	16,0	437	11,1	437	11,1	511	9,7	280	5,3	259	4,5	100	4,0	3726	10,1
Diagnóstico Final																						
Sífilis congênita recente	2559	90,1	2844	88,9	3455	82,8	3260	81,9	3442	87,3	4872	92,4	4904	93,7	5346	93,2	2311	93,4	30682	89,2		
Sífilis congênita tardia	16	0,6	26	0,8	61	1,5	71	1,8	44	1,1	44	1,1	96	1,8	20	0,4	16	0,3	3	0,1	350	1,0
Natimorto sífilítico	108	3,8	109	3,4	181	4,3	178	4,5	149	3,8	149	3,8	202	3,8	170	3,2	199	3,5	101	4,1	1296	3,8
Aborto por sífilis	157	5,5	219	6,8	0	0,0	4	0,1	25	0,6	25	0,6	44	0,8	141	2,7	178	3,1	58	2,3	768	2,2
Ignorado	0	0,0	0	0,0	478	11,4	467	11,7	283	7,2	283	7,2	61	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1289	3,7
Total	2840	-	3198	-	4175	-	3980	-	3943	-	5275	-	5235	-	5739	-	2473	-	36858	-		

Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2006. Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

TABELA XVI - Casos notificados e investigados de sífilis congênita segundo características maternas por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2006⁽¹⁾.

Brasil	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
Faixa etária da mãe																					
10 a 14 anos	9	0,3	31	1,0	29	0,7	28	0,7	27	0,7	20	0,4	17	0,3	18	0,3	7	0,3	186	0,5	
15 a 19 anos	566	19,9	564	17,6	783	18,8	706	17,7	694	17,6	929	17,6	820	15,7	942	16,4	400	16,2	6404	17,4	
20 a 29 anos	1528	53,8	1701	53,2	2137	51,2	2072	52,1	2080	52,8	2904	55,1	2933	56,0	3181	55,4	1376	55,6	19912	54,0	
30 a 39 anos	596	21,0	709	22,2	866	20,7	784	19,7	874	22,2	1163	22,0	1233	23,6	1341	23,4	572	23,1	8138	22,1	
40 ou mais	47	1,7	66	2,1	92	2,2	86	2,2	93	2,4	148	2,8	180	3,4	198	3,5	92	3,7	1002	2,7	
Ignorado	94	3,3	127	4,0	268	6,4	304	7,6	175	4,4	111	2,1	52	1,0	59	1,0	26	1,1	1216	3,3	
Realização de pré-natal																					
Sim	2061	72,6	2316	72,4	2920	69,9	2901	72,9	3005	76,2	4205	79,7	4096	78,2	4475	78,0	1973	79,8	27962	75,8	
Não	563	19,8	574	17,9	827	19,8	666	16,7	610	15,5	813	15,4	882	16,8	976	17,0	370	15,0	6281	17,0	
Ignorado	216	7,6	308	9,6	428	10,3	413	10,4	328	8,3	257	4,9	257	4,9	288	5,0	130	5,3	2625	7,1	
Sífilis diagnosticada durante gravidez⁽²⁾																					
Sim	907	44,0	1159	50,0	1365	46,7	1542	53,2	1745	58,1	2397	57,0	2319	56,6	2504	56,0	1062	53,8	15000	53,7	
Não	645	31,3	661	28,5	891	30,5	846	29,2	809	26,9	1353	32,2	1394	34,0	1545	34,5	730	37,0	8874	31,7	
Ignorado	509	24,7	496	21,4	664	22,7	513	17,7	451	15,0	455	10,8	383	9,4	426	9,5	181	9,2	4078	14,6	
Parceiro tratado⁽²⁾																					
Sim	380	18,4	488	21,1	541	18,5	509	17,5	565	18,8	757	18,0	559	13,6	594	13,3	260	13,2	4663	16,6	
Não	842	40,9	898	38,8	1390	47,6	1414	48,7	1479	49,2	2131	50,7	2619	63,9	2914	65,1	1310	66,4	14997	53,7	
Ignorado	839	40,7	930	40,2	989	33,9	978	33,7	961	32,0	1317	31,3	918	22,4	967	21,6	403	20,4	8302	29,7	
Total	2840	-	3198	-	4175	-	3980	-	3943	-	5275	-	5235	-	5739	-	2473	-	36858	-	

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTAS: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2006.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

(2) Para essa análise foram excluídos os casos que não realizaram o pré-natal.

TABELA XVII - Óbitos por sífilis congênita (números e taxa por 100.000 nascidos vivos) segundo UF e região de residência por ano de óbito. Brasil, 1996 - 2005.

UF/Região	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005 ⁽¹⁾		Total	
	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa ⁽²⁾	nº	taxa
Brasil	130	4,4	123	4,1	127	4,0	146	4,5	85	2,7	90	2,9	102	3,3	78	2,6	67	2,2	61	2,0	1009	1,3
Norte	10	4,2	9	3,5	16	6,0	11	3,9	5	1,7	15	5,0	8	2,7	10	3,2	1	0,3	4	1,3	89	0,0
Rorônia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Acre	0	0,0	0	0,0	1	7,5	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,0	3	0,0
Amazonas	6	12,2	5	8,9	5	8,7	6	9,7	3	4,4	7	10,0	3	4,2	2	2,8	0	0,0	0	0,0	37	0,0
Roraima	1	13,6	0	0,0	3	36,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0
Pará	2	2,0	1	0,9	2	1,7	1	0,8	0	0,0	5	3,7	3	2,2	5	3,5	1	0,7	0	0,0	20	0,0
Amapá	1	7,1	1	7,0	1	6,9	2	14,7	2	14,0	0	0,0	1	7,0	1	6,8	0	0,0	3	21,5	12	0,0
Tocantins	0	0,0	2	7,8	4	15,6	2	7,5	0	0,0	1	3,7	1	3,8	2	7,7	0	0,0	0	0,0	12	0,0
Nordeste	53	6,7	33	4,0	37	4,2	47	5,1	24	2,6	29	3,1	36	3,9	25	2,7	17	1,9	28	3,1	329	0,0
Maranhão	2	3,3	6	8,0	1	1,3	6	6,2	4	4,0	4	3,7	7	5,9	2	1,6	2	1,6	4	3,2	38	0,0
Piauí	5	12,8	2	6,2	1	2,1	4	8,1	5	8,5	0	0,0	4	7,1	4	7,3	3	5,5	3	5,5	31	0,0
Ceará	5	4,3	1	0,7	3	2,1	3	2,1	1	0,7	1	0,7	1	0,7	0	0,0	1	0,7	0	0,0	16	0,0
Rio Grande do Norte	3	5,2	2	3,5	0	0,0	4	6,9	0	0,0	2	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	0,0
Paraíba	4	8,0	1	2,5	0	0,0	2	3,7	2	3,5	3	4,6	2	3,1	5	7,8	1	1,6	6	9,6	26	0,0
Pernambuco	20	12,8	11	7,2	17	10,5	13	7,9	8	4,9	7	4,3	11	7,0	9	5,9	4	2,7	5	3,3	105	0,0
Alagoas	4	6,1	3	4,5	5	7,7	0	0,0	2	3,0	4	5,9	9	14,0	3	4,8	0	0,0	1	1,7	31	0,0
Sergipe	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,8	3	0,0
Bahia	10	5,0	6	2,6	10	4,3	15	6,2	2	0,8	7	3,0	2	0,8	2	0,8	6	2,6	8	3,4	68	0,0
Sudeste	48	4,0	60	4,9	59	4,5	72	5,3	43	3,3	40	3,3	45	3,8	33	2,8	37	3,1	18	1,5	455	0,0
Minas Gerais	0	0,0	4	2,1	1	0,3	7	2,3	4	1,3	8	2,7	2	0,7	5	1,8	2	0,7	1	0,4	34	0,0
Espírito Santo	4	7,2	4	6,6	5	8,5	5	8,2	6	10,3	1	1,8	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	0,0
Rio de Janeiro	32	11,9	46	17,1	51	19,7	51	19,0	29	11,2	24	9,9	37	15,9	25	10,8	30	13,0	14	6,1	339	0,0
São Paulo	12	1,7	6	0,9	2	0,3	9	1,3	4	0,6	7	1,1	4	0,6	3	0,5	5	0,8	3	0,5	55	0,0
Sul	17	3,5	15	3,2	10	2,2	11	2,3	7	1,6	4	1,0	11	2,7	9	2,3	10	2,5	9	2,3	103	0,0
Paraná	3	1,5	6	3,1	2	1,1	4	2,1	3	1,7	2	1,2	3	1,8	2	1,3	5	3,1	4	2,5	34	0,0
Santa Catarina	1	1,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0	1	1,1	0	0,0	4	4,7	0	0,0	1	1,2	0	0,0	9	0,0
Rio Grande do Sul	13	7,1	8	4,4	8	4,5	6	3,2	3	1,7	2	1,2	4	2,6	7	4,7	4	2,6	5	3,3	60	0,0
Centro-Oeste	2	0,8	6	2,5	5	2,1	5	2,1	6	2,6	2	0,9	2	0,9	1	0,4	2	0,9	2	0,9	33	0,0
Mato Grosso do Sul	1	2,3	2	4,6	0	0,0	1	2,4	1	2,5	0	0,0	1	2,5	0	0,0	1	2,4	2	4,8	9	0,0
Mato Grosso	1	2,0	0	0,0	3	6,1	3	6,1	2	4,0	1	2,1	1	2,1	1	2,1	1	2,0	0	0,0	13	0,0
Goiás	0	0,0	4	3,9	2	2,0	0	0,0	3	3,2	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,0
Distrito Federal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0

NOTAS: (1) Dados preliminares.
(2) Taxa para o ano calculada sobre Nascidos Vivos de 2004.

**Dados Epidemiológicos
Gestantes Soropositivas
para o HIV**

TABELA XVIII - Casos de gestantes soropositivas para o HIV segundo UF e região de notificação por ano de notificação. Brasil, 2000-2006⁽¹⁾.

UF/Região	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Brasil	734	2318	4672	7028	7217	6757	3195	31921
Norte	9	19	43	114	231	351	217	984
Rondônia	0	1	4	8	12	16	30	71
Acre	8	6	10	2	6	11	9	52
Amazonas	0	0	0	6	83	132	74	295
Roraima	0	0	0	0	1	15	0	16
Pará	0	2	16	68	99	136	86	407
Amapá	1	0	1	17	3	9	0	31
Tocantins	0	10	12	13	27	32	18	112
Nordeste	71	214	394	807	773	939	528	3726
Maranhão	5	11	36	60	58	68	44	282
Piauí	0	1	10	28	49	44	28	160
Ceará	0	68	61	138	162	190	111	730
Rio Grande do Norte	10	8	10	40	35	34	37	174
Paraíba	4	22	17	52	54	71	20	240
Pernambuco	42	81	162	251	204	257	97	1094
Alagoas	2	6	14	32	39	41	36	170
Sergipe	1	0	10	24	10	35	51	131
Bahia	7	17	74	182	162	199	104	745
Sudeste	412	1225	2080	3579	3827	3232	1283	15638
Minas Gerais	43	108	293	413	553	557	262	2229
Espírito Santo	7	78	102	194	126	113	61	681
Rio de Janeiro	87	261	294	684	704	564	149	2743
São Paulo	275	778	1391	2288	2444	1998	811	9985
Sul	138	668	1842	2157	2039	1895	979	9718
Paraná	11	107	142	365	367	378	172	1542
Santa Catarina	88	301	408	435	457	422	205	2316
Rio Grande do Sul	39	260	1292	1357	1215	1095	602	5860
Centro-Oeste	104	192	313	371	347	340	188	1855
Mato Grosso do Sul	39	20	42	91	68	41	24	325
Mato Grosso	16	28	53	62	92	114	39	404
Goiás	43	93	161	126	100	108	79	710
Distrito Federal	6	51	57	92	87	77	46	416

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS.

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2006. Dados preliminares.

TABELA XIX - Casos de gestantes soropositivas para o HIV segundo ano da notificação por raça/cor. Brasil, 2000-2006⁽¹⁾.

Ano da notificação	Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sub total	%	Ignorado	%	Total	%
2000	314	57,3	90	16,4	5	0,9	139	25,4	0	0,0	548	74,7	186	25,3	734	100
2001	1066	60,6	266	15,1	13	0,7	411	23,4	4	0,2	1760	75,9	558	24,1	2318	100
2002	2317	58,6	679	17,2	40	1,0	908	23,0	8	0,2	3952	84,6	720	15,4	4672	100
2003	3260	55,3	1001	17,0	48	0,8	1585	26,9	5	0,1	5899	83,9	1129	16,1	7028	100
2004	3260	51,5	1074	17,0	65	1,0	1912	30,2	14	0,2	6325	87,6	892	12,4	7217	100
2005	2951	50,4	929	15,9	59	1,0	1890	32,3	22	0,4	5851	86,6	906	13,4	6757	100
2006	1358	47,8	493	17,3	25	0,9	954	33,6	13	0,5	2843	89,0	352	11,0	3195	100

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2006.

Dados preliminares.

Notas Técnicas

1 . Procedimentos de preparação da base de dados de sífilis congênita

Os dados de sífilis congênita disponibilizados nesse boletim são provenientes das transferências enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde ao Setor de Produção do DATASUS/Ministério da Saúde, notificados até junho de 2006. Para a elaboração das tabelas de sífilis congênita, foram realizados os seguintes procedimentos:

1. Retirados todos os casos notificados sem registro de investigação. A variável no sistema tomada como marcadora para essa decisão foi à data de investigação;
2. Retirados todos os casos notificados com idade superior a 12 anos;
3. Retirados os casos com classificação final descartado de acordo com a definição de caso vigente até dezembro de 2003.
4. Identificação e exclusão das duplicidades de registros geradas por ausência de padronização das tabelas de unidades de saúde notificadoras. Utilizou-se como chave: unidade da federação de notificação, data do nascimento do caso notificado, sexo, primeiro nome do paciente e último nome do paciente, nesta ordem. Como comparação foi utilizado o nome completo do caso notificado e nome completo da mãe do caso notificado. Foram excluídos 3.656 registros que atendiam a condição de igualdade de todas as variáveis descritas acima. Para essa etapa de preparação da base de dados utilizou-se o software Reclink⁽¹⁾ para a padronização das variáveis e uma programação estruturada por meio do software estatístico SPSS^{®(2)};
5. Considerando que os dados de sífilis congênita estão em duas plataformas do SINAN - DOS e windows - e que nem todos os estados migraram os dados de uma plataforma para outra; utilizou-se para a elaboração das tabelas desse boletim os registros do período 1998 a 1999 provenientes da versão SINAN-DOS e os dados do período de 2000 a 2006 são da versão SINAN-Windows;
6. Para a tabela de mortalidade por sífilis congênita foram selecionados os óbitos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) com causa básica igual aos seguintes códigos do CID 10: A50.0, A50.1, A50.2, A50.3, A50.4, A50.5, A50.6, A50.7, A50.8 e A50.9;
7. Para o cálculo da taxa de incidência e de mortalidade por sífilis congênita foi utilizado como denominador o número de nascidos vivos, disponibilizados pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC.

2. Procedimentos de preparação da base de dados de Gestante HIV+ e criança exposta

Os dados de gestante HIV+ e crianças expostas disponibilizados neste boletim foram recebidos do setor de produção do DATASUS do Ministério da Saúde notificados até junho de 2006. No período citado, 36.051 notificações de gestantes HIV+ e criança exposta foram feitas.

Para elaboração das tabelas foram realizados os seguintes procedimentos:

1. Padronização dos campos, usando o software Reclink⁽¹⁾ II, da data da notificação (referente ao formato das datas), nome do paciente e nome da mãe do paciente (referente a acentos, maiúsculo-minúsculas e caracteres não relacionados aos nomes).
2. Foi considerado como ano do diagnóstico o ano da notificação dos casos. Para apresentação dos dados foram considerados os anos de 2000 a junho de 2006.
3. Rotinas de identificação de duplicidade foram implementadas. Com os passos descritos a seguir, foram identificadas 2.887 duplicidades. Para os casos onde a gestação é múltipla, total de 1.276 casos, não foi implementado rotina de duplicidade.

Para identificação das duplicidades, usando o software Reclink III, os passos implementados foram:

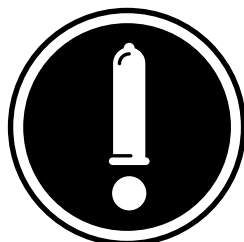
- a. 1º passo: primeiro nome do paciente + último nome do paciente + ano/mês da notificação + primeiro nome da mãe + último nome da mãe.
- b. 2º passo: primeiro nome do paciente + ano/mês da notificação + primeiro nome da mãe + último nome da mãe.
- c. 3º passo: primeiro nome do paciente + último nome do paciente + ano da notificação + primeiro nome da mãe + último nome da mãe.
- d. 4º passo: primeiro nome do paciente + ano da notificação + primeiro nome da mãe + último nome da mãe.

O banco final, depois de executados os procedimentos, conta com 31.921 notificações.

(1) Camargo Jr KR, Coeli CM. Reclink: Aplicativo para o relacionamento de banco de dados implementando o método probabilistic record linkage. Cad Saúde Pública 2000; 16:439 - 47.

(2) SPSS[®] - Statistical Package for Social Sciences.

(1) Camargo Jr KR, Coeli CM. Reclink: Aplicativo para o relacionamento de banco de dados implementando o método probabilistic record linkage. Cad Saúde Pública 2000; 16:439 - 47.



VISTA·SE

USE SEMPRE CAMISINHA

**DISQUE SAÚDE
0800 61 1997**

www.aids.gov.br



**Programa Nacional
de DST/Aids**

**Secretaria de
Vigilância em Saúde**

**Ministério
da Saúde**

