

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

AIDS



Apresentação
Editorial
Dados do Brasil
Dados das Regiões e UF
Dados dos Municípios
Artigos
Notas Técnicas
Créditos

outubro de 2001 a março de 2002 - outras edições

Apresentação

A elaboração deste Boletim foi possível graças a um grande esforço dos técnicos das Coordenações Estaduais e Nacional para viabilizar o encaminhamento e a consolidação dos bancos de dados estaduais, devido à impossibilidade de utilização da rotina de transferência de lotes, nessa fase de implantação do SINAM Windows. Com isso foi possível a incorporação de 553 casos novos de menores de 13 anos e 13.296 casos de adultos.

Observam-se importantes modificações na série histórica dos casos devidas principalmente à reclassificação de casos com categoria de exposição ignorada, com base na hierarquização do risco recentemente adotadas. Essas alterações, apresentadas nas tabelas que se seguem, são também apontadas no editorial.

Este Boletim traz ainda dois artigos fundamentais para melhor compreender o comportamento atual da epidemia e o impacto das medidas de prevenção e controle. "O Aumento do Tempo de Sobrevida das Crianças com Aids no Brasil" que analisa a sobrevida de aids em menores de 13 anos no período de 01/01/1983 a 31/12/1998 e com seguimento até 31/12/2000, e "Sobrevida atual dos pacientes com aids no Brasil. Evidência do resultado de um esforço nacional", que faz a mesma análise para doentes com 13 anos ou mais diagnosticados em 1995 e 1996, buscando identificar o tempo mediano de sobrevida dos pacientes, após a definição da doença e seus determinantes, segundo aspectos sociodemográficos, categoria de exposição, doenças oportunistas, ano de diagnóstico e, sobretudo tipo de terapêutica anti-retroviral.

Esses artigos apontam para um aumento da sobrevida em crianças e adultos como resposta às diferentes intervenções diagnósticas e terapêuticas que vêm sendo implantadas no País.

Paulo Roberto Teixeira

Coordenador do Programa Nacional de DST e Aids

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

AIDS

Apresentação
 Editorial
 Dados do Brasil
 Dados das Regiões e UF
 Dados dos Municípios
 Artigos
 Notas Técnicas
 Créditos

outubro de 2001 a março de 2002 - outras edições

Editorial

Análise das Tabelas e Gráficos do Boletim Epidemiológico de Aids.

1 - Introdução

À medida que a infecção pelo HIV/aids dissemina-se pelo mundo, percebe-se que a epidemia não segue a mesma trajetória nas populações, apresentando-se de maneira distinta em cada área geográfica e afetando diferenciados segmentos populacionais em momentos diversos. No Brasil, a epidemia reflete a grandeza e a diversidade sociogeográfica do País e sua marcante heterogeneidade regional, que faz da epidemia brasileira uma soma de microepidemias regionais. Essas características e o dinamismo deste processo, além de dificultarem as atividades de acompanhamento do curso da epidemia, de prevenção da disseminação do HIV e do planejamento para reduzir o seu impacto, torna indispensável ter um conhecimento mais profundo e preciso sobre a natureza da epidemia pelo HIV/aids em cada região, unidade da federação e município.

De maneira geral, o monitoramento da epidemia de HIV/aids pode ser obtido por meio da notificação dos casos (soropositivos e/ou com aids) e de outros registros dos serviços de saúde, da vigilância sentinela e/ou pela realização de inquéritos populacionais periódicos (de soroprevalência e/ou comportamentais). No Brasil, onde se estimou, em 2000, existirem cerca de 600 mil pessoas entre 15 e 49 anos vivendo com o HIV (coeficiente de prevalência de 0,65%), a vigilância da aids, fase mais avançada da infecção pelo HIV, tem sido a principal fonte de informações para fornecer subsídios à resposta nacional.¹

No Brasil, vários fatores têm impedido que a notificação dos casos de aids seja mais completa: a baixa capacidade de diagnóstico, a subnotificação devido à baixa disposição em notificar e a baixa qualidade da informação coletada e incorporada ao SINAN (olhar burocrático e limitante na realidade dos serviços), observada, principalmente, à medida que a epidemia se dissemina para centros urbanos de menor população e menor infra-estrutura de saúde. Além disso, as persistentes revisões dos critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças ao longo do tempo (como resultado da evolução dos conhecimentos a respeito da epidemiologia da doença) e o tratamento anti-retroviral vêm modificando o curso natural da infecção pelo HIV, tornando esta informação ainda mais difícil de ser interpretada. Os resultados apresentados em seguida devem ser lidos à luz dessas considerações.

2 - Metodologia

Devido a problemas na implantação nacional do SINAN Windows que comprometeram a transferência de dados do nível estadual para o nacional, este Boletim, diferentemente dos anteriores, foi elaborado com os bancos de dados enviados pelas Coordenações Estaduais na íntegra, ou seja, não foi utilizada a rotina de transferências de lotes. Até o fechamento deste Boletim, todas as secretarias estaduais de saúde, exceto a do Amapá, enviaram seus bancos de dados para a CN-DST/Aids/MS, sendo que o Amazonas não enviou, especificamente, o banco de menores de 13 anos.

Optou-se por somente aceitar como novos os casos com data de notificação a partir de 1990, utilizando-se filtro contendo as variáveis "nome do paciente", "data de nascimento", "nome da mãe", "sexo", "chave fonética", "número de notificação", "município de residência" e "iniciais" (para identificar casos que não se encontravam no banco de dados utilizado para a confecção do número anterior). No total, foram incorporados 553 novos casos no banco de dados de menores de 13 anos e 13.296 casos no de adultos.

Em relação aos casos de maiores de 12 anos com categoria de "exposição ignorada", identificada alguma informação que pudesse justificar o enquadramento em outra categoria, sendo reclassificados para as categorias "heterossexual com parceria de risco indefinido" (23,2%), "heterossexual" (7,8%), "homossexual" (2,3%),

"bissexual" (1,2%), "UDI" (0,3%) e "transfusão" (0,7%), reduziu-se o percentual de categoria de exposição "ignorada", que era de 19%, para 12,4%. Além disso:

1. Casos notificados na categoria de exposição "transfusão sanguínea", que tinham o intervalo entre a data de transfusão e a data de diagnóstico inferior a 1 ano, foram reclassificados na categoria de exposição "ignorada";
2. Casos notificados na categoria de exposição "homossexual" e sexo feminino foram reclassificados na categoria de exposição "ignorada", porque todos os casos nessa categoria necessitam de investigação;
3. Casos notificados na categoria de exposição "acidente de trabalho", que não foram informados previamente à UEPI, foram reclassificados na categoria de exposição "ignorada".
4. Casos notificados na categoria de exposição "homo-transfusão", "homo-droga- transfusão", "bi-transfusão", "bi-droga-transfusão", "hetero-droga-transfusão", "drogas-transfusão", sofreram reclassificação de acordo com a modificação da hierarquização das categorias de exposição dos casos de aids (vide Nota Técnica).

3 - Resultados

As tabelas I a XV deste Boletim Epidemiológico apresentam os casos de aids que eram de conhecimento da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde até 30/03/2002 e, analisadas, permitem estimar o avanço da epidemia com base na história natural da infecção.

3.1 - Tendências espaço-temporais: a desaceleração e a interiorização

Como se pode observar na Tabela I deste Boletim, até 30/03/2002, foram 237.588 os casos diagnosticados e notificados ao Ministério da Saúde desde o início da década de 80. Desse total, 67,3% (159.965 casos) são de residentes na região Sudeste, 16,4% (39.028 casos) na região Sul, 9,4% (22.249 casos) na região Nordeste, 5,1% (11.998) na região Centro-Oeste e 1,8% (4.340 casos) na região Norte. Os estados de Os Estados de São Paulo (108.175 casos), Rio de Janeiro (35.387 casos), Rio Grande do Sul (17.847 casos), Minas Gerais (13.660 casos), Paraná (10.605 casos) e Santa Catarina (10.576 casos) concentram 82,6% do total de casos notificados desde o início da epidemia de HIV/aids.

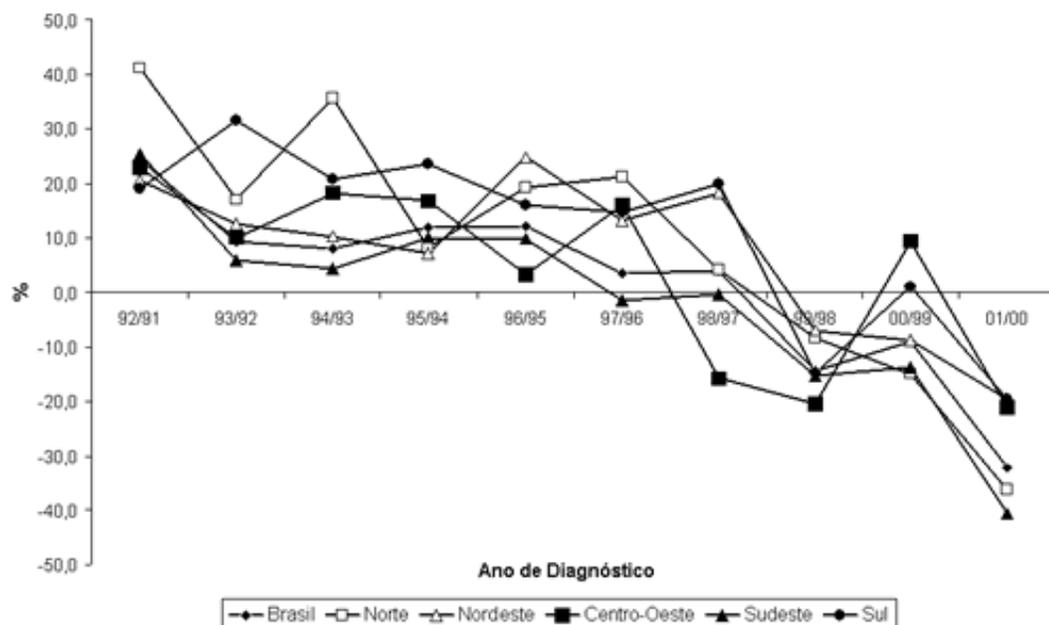
No que diz respeito às tendências de distribuição espacial, a epidemia de aids se desconcentrou, disseminando-se em direção às outras regiões (além da Sudeste) e às cidades de médio e pequeno porte, de modo que, proporcionalmente, as regiões Sul, Norte, Centro-Oeste e Nordeste representaram um percentual maior do número total de casos notificados no período de 1991 - 2001 (34,5%), em comparação com o período de 1980 - 1990 (19,1%). A destacar, neste período de 1991 - 2001, os estados do Amapá, cuja incidência (número de casos) foi 56,3 vezes maior do que no período de 1980 - 1990, Tocantins (27,7 vezes maior), Paraná (25,8 vezes maior), Santa Catarina (25,4 vezes maior), Amazonas (24,9 vezes maior), Piauí (19,8 vezes) e Rondônia (16,8 vezes), contra uma média nacional de aumento do número de casos notificados de 8,7 vezes no período de 1991-2001 em comparação com o período de 1980-1990.

A distribuição espacial dos casos de aids mostra que, embora a epidemia ainda se caracterize por uma importante concentração nos grandes centros urbanos, principalmente nas cidades de grande e médio porte do Centro-Sul, a participação proporcional desses municípios vem se reduzindo ao longo dos anos. Outra característica da distribuição espacial dos casos é a expansão no sentido litoral-interior do País, nos últimos anos da epidemia, seguindo as rotas do sistema rodoviário, ferroviário ou aéreo, além do deslocamento sazonal de trabalhadores, entre os diversos municípios brasileiros.

Quanto às tendências temporais, chama a atenção a desaceleração nas taxas de incidência da aids no país como um todo a partir de 1999 (desaceleração média de 14,4% em relação a 1998), sendo que na região Sudeste esta desaceleração é observável já a partir de 1997 (-1,5% em relação a 1996) e na região Centro-Oeste a partir de 1998 (-15,8% em relação a 1997). Ao menos em parte, esta desaceleração pode ser decorrente do atraso e de outros problemas de notificação dos casos (Gráfico I). De 1998 para 1999, apenas 10 Unidades da Federação apresentaram aceleração positiva das taxas de incidência, são eles: Acre, Amazonas, Amapá, Tocantins, Piauí, Paraíba, Alagoas, Sergipe, Bahia e Minas Gerais.

Atualmente, embora de abrangência nacional, a epidemia vem se disseminando de forma mais lenta, sendo esta tendência mais evidente na região Sudeste, resultado da combinação de vários fatores, entre eles: saturação dos segmentos populacionais sob maior risco; mudança comportamental de alguns segmentos populacionais; implementação de medidas preventivas; impacto de programas de intervenção e controle da doença, como a terapia anti-retroviral.

Gráfico 1 - Aceleração da epidemia de aids na década de 90, segundo ano de diagnóstico e região de residência. Brasil, 1991 - 2000.



3.2 - Tendências quanto à categoria de exposição: a heterossexualização

No Brasil, a epidemia pelo HIV/aids, que na primeira década (anos 80) mantivera-se basicamente restrita às regiões metropolitanas da região Sudeste e aos Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), aos hemofílicos, aos hemotransfundidos e aos Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), vem crescendo consideravelmente entre as mulheres nos últimos anos como decorrência da transmissão heterossexual, que passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV desde 1993 para o conjunto dos casos notificados, superando "homo" e "bissexuais" (Tabelas IV e V).

Se nos detivermos especificamente aos casos de aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais (Tabelas VII e VIII), podemos observar que, entre os homens, os casos com a subcategoria de exposição "heterossexual" somente superaram os de exposição "homossexual" somados aos "bissexuais" no ano de 2000, enquanto entre as mulheres esta categoria de exposição foi, sempre, a principal. Esta "heterossexualização" da epidemia da aids é, evidentemente, um reflexo do comportamento da população, que em sua grande maioria é heterossexual.

Quando se analisa a distribuição dos 8.398 casos entre menores de 13 anos de idade segundo a categoria de exposição, observa-se que 7.229 (86,1%) deles correspondem a casos de transmissão materno-infantil, apenas 7 casos (0,08%) se deveram à transmissão sexual, 13 (0,15%) informaram ser usuários de drogas injetáveis e 538 (6,4%) informaram ser hemofílicos/transfundidos, enquanto 611 (7,3%) das notificações não referiram a categoria de transmissão, sendo crescente a proporção da categoria perinatal - tendo passado de 56,1% (em média) no período de 1980-1990 a cerca de 93,2% no ano de 1997 - como reflexo da redução da categoria transmissão sanguínea ao longo do tempo.

3.3 - Tendências quanto ao sexo e idade: feminização e envelhecimento

Quanto à distribuição dos casos segundo sexo, ao longo da última década, é digno de nota, e tem sido relatado em vários países do mundo, uma certa "feminização" da epidemia de aids. Considerando-se a razão de casos entre homens e mulheres (Tabelas II e III, XI e XII), esse indicador variou de 6,5 casos entre homens para cada caso entre mulheres (em média) no período de 1980-1990 para 2,4:1 no período de 1991-2001, tendo se reduzido consistentemente ao longo do tempo, e isto em todas as faixas etárias (média de 1,9:1 em 1999; 1,8:1 em 2000 e 1,7:1 em 2001-02). Particularmente entre os adolescentes (13 a 24 anos), e entre menores de 13 anos, esta razão de casos entre homens e mulheres é hoje praticamente de 1:1, já apresentando sinais de inversão na faixa etária de 13 a 19 anos em 2000 e 2001 (0,8:1 e 0,6:1, respectivamente).

Esta "feminização" cada vez mais evidente da aids parece envolver, além de uma maior vulnerabilidade biológica da mulher ao HIV, uma desigualdade observável na distribuição de poder entre os gêneros. Homens e mulheres

têm diferentes espaços de negociação em relação às questões que envolvem a vida sexual e reprodutiva, direito, prazer e autoconhecimento sobre o corpo. Observam-se ainda valores e sentimentos diferenciados em relação à parceria, noções de fidelidade e espaços sociais para múltiplas parcerias. Além disso, a mulher também tem sido considerada menos exposta ao risco, talvez pela sua entrada mais tardia na dinâmica da epidemia, não se enquadrando nos, inicialmente denominados, "grupos de risco".

Quanto à distribuição dos casos segundo faixa etária, observa-se um aumento persistente de importância de todas as faixas etárias de 30 anos ou mais na última década, em ambos os sexos, com destaque para as faixas de 35 a 39 anos e 40 e 49 anos, sugerindo um certo "envelhecimento" da epidemia de aids no Brasil em ambos os sexos. Esta última faixa etária, por exemplo, que representou 15,6% do total de casos no período de 1980-1990, passou a representar em média 17,5% no período de 1991-2001, com o detalhe de que continua a aumentar essa participação: 19,1% em 1999; 20,4% em 2000 e 21,2% em 2001.

Entre menores de 5 anos, os 6.823 casos notificados ao MS até 30/03/2002 correspondem a cerca de 2,9% do total de 237.588 casos, variando de 2,2% no período de 1980-1990 a 3,4% em 1995 e 1,2% em 2001, como decorrência da introdução dos anti-retrovirais em 1996 que reduziu a taxa de Transmissão Vertical (TV) de 16% para algo em torno de 12% em 2000 (segundo estimativa desta Coordenação), a despeito da heterossexualização e feminização da epidemia ao longo deste período. Antecipando-se à tendência geral de queda da curva de incidência ao longo desta década, observa-se um decréscimo do número de casos nesta faixa etária já a partir de 1997 - enquanto isto só vem acontecer em 1999 para o total dos casos notificados -, tendência esta que se acentuou nos anos seguintes, ainda que em parte devido ao atraso da notificação, sem que tenham sido observadas diferenças importantes entre os sexos.

3.4 - Tendências quanto ao perfil socioeconômico: a pauperização

Quanto às evidências de um processo de "pauperização" da epidemia, no sentido de aumento da incidência de casos na população de menor nível socioeconômico, medido pela "escolaridade", é possível afirmar-se que a epidemia de aids, no Brasil, iniciou-se nos segmentos populacionais de maior nível socioeconômico (16,1% dos homens notificados no período de 1980-1990 tinham 12 ou mais anos de estudo contra uma média 7,0% nos anos de 1999 e 2001) e ainda atinge de maneira importante esses segmentos, transcorridas mais de duas décadas.

Entretanto, à medida em que a percepção de risco e de vulnerabilidade dos indivíduos frente à exposição ao HIV/aids não é necessariamente resultante dos níveis de conhecimento formal ou tidos como "corretos", e nem está diretamente associado às mudanças de comportamento ou práticas frente aos preservativos, os caminhos para o conhecimento dos elementos presentes nesta dinâmica da aids, fundamentais para a superação da epidemia com base na prevenção e mudanças de comportamento, são mais complexos do que se aponta. Não se pode negar, entretanto, a existência de desigualdades socioeconômicas na dinâmica da disseminação da epidemia da aids no Brasil.

Apesar de ter sido constatado em diversos estudos que o aumento do grau de escolaridade está associado a um maior índice de uso de preservativos, menor utilização de drogas lícitas e ilícitas, ao cruzar as muitas variáveis que qualificariam o seu uso, e segundo os perfis construídos, a escolaridade parece ter perdido o seu destaque como operador maior das práticas de risco/não-risco frente ao HIV. Em todo o País, independente de escolaridade, classes de renda e região onde vive, a população tem um grau considerável de informação básica sobre as formas de transmissão da aids (mesmo que esta venha amalgamada às informações tidas como "erradas" ou imprecisas do ponto de vista biomédico), questiona-se em que medida a "escolaridade" é a variável com maior poder explicativo das diferenças relativas às práticas de risco. Não se pode negar, entretanto, a existência de desigualdades socioeconômicas na dinâmica da disseminação da epidemia da aids no Brasil.

3.5 - Tendências quanto à mortalidade: o aumento na sobrevida

Com relação à mortalidade (Tabelas XIV e XV), observa-se que houve uma desaceleração do coeficiente a mortalidade específica por aids entre os homens em todas as regiões do País, notadamente nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. Entre as mulheres essa desaceleração foi bem menor e não aconteceu em todas as regiões.

A razão entre o número de óbitos devidos à aids informado no SINAN, ocorridos em homens e em mulheres com 13 anos ou mais, reduziu de 18,6:1, em 1986, para 2,4:1 em 1999. Os coeficientes no sexo masculino aumentaram rapidamente até 1991, atingindo a taxa máxima em 1995, para então reduzir ano a ano, principalmente entre 1996 e 1997. Observa-se a mesma dinâmica entre as mulheres, embora estas tenham apresentado coeficientes bem menores do que os observados para os homens.

No que se refere às regiões geográficas do País, a maior mortalidade foi observada nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com preponderância da região Sudeste. Entre os homens, os maiores coeficientes de mortalidade foram observados também no centro-sul do país, com aumento dos coeficientes até 1995 ou 1996 e redução posterior, sendo esta redução bastante expressiva de 96 para 97. A região Sul foi a única que apresentou aumento do coeficiente de mortalidade em 1999. Entre as mulheres, os maiores coeficientes de mortalidade também ocorreram nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Entre as mulheres, como ocorreu entre os homens, houve importante redução nas taxas de crescimento do coeficiente de mortalidade, mesmo nas regiões onde a incidência continuou aumentando, embora com significância estatística somente na região Sudeste. Essa redução coincide com o início da utilização da terapia anti-retroviral no País. É evidente o crescimento dos coeficientes de incidência da aids nas regiões Nordeste e Sul, contribuindo para que estas regiões apresentassem menores efeitos na redução da mortalidade. A aparente menor redução das taxas de mortalidade entre as mulheres, quando comparada com os homens, certamente reflete o crescimento ainda importante da epidemia neste sexo.

No Brasil, a garantia do acesso ao tratamento anti-retroviral de alta eficácia (Highly Active Antiretroviral Therapy - HAART), desde os anos 90, tem tido um efeito maior na mortalidade por aids do que no aumento da prevalência da infecção pelo HIV e da aids, o que deve ser atribuído às deficiências no diagnóstico precoce da infecção pelo HIV. Mesmo considerando-se possíveis falhas, contribuíram para a redução da letalidade da aids o diagnóstico mais precoce dos casos de aids e da infecção pelo HIV e o acesso às profilaxias das infecções oportunistas.

4 - Considerações Finais

Nesse contexto, aspectos como os diferentes estágios da epidemia de aids no País; a predominância de diferentes categorias de exposição em cada região, e o percentual de mulheres entre os casos de aids; as diferenças de acesso às informações, aos meios de prevenção, aos exames laboratoriais, à qualidade da assistência prestada; bem como a adesão ao tratamento, dentre outras variáveis, podem contribuir para explicar as diferenças no perfil de morbi-mortalidade encontrado. Entretanto, de nada nos serve o fortalecimento dos sistemas de vigilância se as informações produzidas não são difundidas e nem utilizadas para identificar os subgrupos de população em situação de maior risco, indicar os comportamentos da população exposta à infecção, planejar ações e medir o avanço da resposta nacional.



Dados do Brasil

Tabelas

Tabela I - Casos de aids e taxas de incidência (por 100000 hab.), segundo ano de diagnóstico e local de residência. Brasil, 1980 a 2002

Tabela II - Casos de aids em indivíduos do sexo masculino, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002

Tabela III - Casos de aids em indivíduos do sexo feminino, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2002

Tabela IV - Casos de aids, segundo ano de diagnóstico e categoria de exposição hierarquizada. Brasil, 1980 a 2002

Tabela V - Casos de aids, segundo tipo de exposição e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002

Tabela VI - Casos de aids em indivíduos menores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2002

Tabela VII - Casos de aids em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002

Tabela VIII - Casos de aids em indivíduos do sexo feminino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2002

Tabela IX - Casos de aids em indivíduos do sexo masculino com 19 anos de idade ou mais, segundo escolaridade e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002

Tabela X - Casos de aids em indivíduos do sexo feminino com 19 anos de idade ou mais, segundo escolaridade e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2002

Tabela XI - Casos de aids, óbitos e letalidade em indivíduos menores de 13 anos de idade, segundo sexo, razão e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2002

Tabela XII - Casos de aids, óbitos e letalidade em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo sexo, razão e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002

Tabela XIII - Casos de aids entre indivíduos com 13 anos de idade ou mais, em ambos os sexos, segundo critério de confirmação de caso e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002

Gráficos

Gráfico 1 - Casos de aids, segundo as principais categorias de exposição e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2001

Gráfico 2 - Taxa de incidência de aids, segundo macrorregião e ano de diagnóstico. Brasil, 1991-2001

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

AIDS



Apresentação
Editorial
Dados do Brasil
Dados das Regiões e UF
Dados dos Municípios
Artigos
Notas Técnicas
Créditos

outubro de 2001 a março de 2002 - outras edições

Dados das Regiões e respectivas Unidades Federadas

Gráficos

Região Norte

Região Nordeste

Região Centro-oeste

Região Sudeste

Região Sul

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

AIDS



Apresentação
Editorial
Dados do Brasil
Dados das Regiões e UF
Dados dos Municípios
Artigos
Notas Técnicas
Créditos

outubro de 2001 a março de 2002 - outras edições

Dados dos Municípios

Tabelas

Tabela XIV - Casos de aids nos 100 municípios com os maiores números de casos notificados, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2002

Tabela XV - Incidência de aids (por 100000 hab.) nos 100 municípios com maiores números de casos notificados, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1991-2001

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

AIDS



Apresentação
Editorial
Dados do Brasil
Dados das Regiões e UF
Dados dos Municípios
Artigos
Notas Técnicas
Créditos

outubro de 2001 a março de 2002 - outras edições

Artigos

Sobrevivência atual dos pacientes com aids no Brasil. Evidência dos resultados de um esforço nacional

Aumento do tempo de sobrevida das crianças com aids - Brasil



Notas técnicas

Denominadores Utilizados para Cálculo de Taxas de Incidência

Os denominadores utilizados para calcular as taxas de incidência de aids são as populações censitárias e as estimativas intercensitárias dos municípios, das Unidades Federadas e do Brasil, adotadas pelo DATASUS.

Definições de Caso de Aids

As definições de casos de aids, para fins de vigilância epidemiológica, podem ser encontradas nas seguintes publicações:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Revisão da Definição Nacional de Casos de Aids em Indivíduos menores de 13 anos, para fins de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Definição Nacional de Casos de Aids em Indivíduos menores de 13 anos, para fins de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2000.

Modificação da hierarquização das categorias de exposição dos casos de aids

Em reunião do Comitê Assessor de Vigilância Epidemiológica, realizada na cidade de Brasília em 18 de dezembro de 2001, foi acordado de forma consensual que, doravante, as categorias de exposições múltiplas, que envolvam o uso de drogas injetáveis e a transmissão sexual, terão sempre como categoria de exposição principal o uso de drogas injetáveis.

Alterações aprovadas:

Os casos em menores de 1 ano com categoria de exposição ignorada foram reclassificados para "Perinatal".

Revisão da Base de Dados

Para fins de análise foram excluídos do banco de dados os casos com duplicidade, sendo que esta exclusão não foi realizada no SINAN mas numa cópia do banco de dados, cabendo ao nível estadual e municipal a exclusão definitiva. Ressalte-se que a duplicidade encontrada decorreu também da união das versões do SINAN (DOS e Windows).

Categoria de exposição	Categoria anterior	Categoria atual
Homo/UDI	Homossexual	UDI
Homo/hemofílico	Homossexual	Homossexual
Homo/UDI/hemofílico	Homossexual	UDI
Homo/UDI/transfusão anterior a 1998	Homossexual	UDI
Bi/UDI	Bissexual	UDI

Bi/hemofílico	Bissexual	Bissexual
Bi/UDI/hemofílico	Bissexual	UDI
Bi/UDI/transusão anterior a 1998	Bissexual	UDI
Hetero/UDI/hemofílico	UDI	UDI
UDI/hemofílico	UDI	UDI

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

AIDS



Apresentação
Editorial
Dados do Brasil
Dados das Regiões e UF
Dados dos Municípios
Artigos
Notas Técnicas
Créditos

outubro de 2001 a março de 2002 - outras edições

Créditos

Boletim Epidemiológico — Aids
Ano XV nº 2 - 48ª/2001 à 13ª/2002 semanas epidemiológicas
outubro de 2001 à março de 2002

Tiragem: 22.000

ISSN: 1517-1159

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

Avenida W3 Norte
SEPN 511, Bloco C
CEP 70750-543 Brasília - DF
Brasil
Tel.: (61) 448-8024

Disque Saúde/Pergunte Aids - 0800 61 1997

e-mail: aids@aids.gov.br

Elaboração do Conteúdo: Unidade de Epidemiologia

Projeto gráfico, editoração eletrônica, arte final e revisão gramatical:
ASCOM - Assessoria de Comunicação

**Dados do Brasil****Tabela I - Casos de aids e taxas de incidência (por 100000 hab.), segundo ano de diagnóstico e local de residência. Brasil, 1980 a 2002**

Local de Residência	1980-1990	1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002	Total 1980-2002
	Nº	Nº	Taxa	Nº	Nº																				
Brasil	24255	11767	8,0	14820	10,0	16511	10,9	18071	11,8	20512	13,2	23175	14,8	24416	15,3	25742	15,9	22338	13,6	20567	12,4	13942	8,1	1464	237580
Norte	221	133	1,3	192	1,9	233	2,2	324	3,0	359	3,2	433	3,8	540	4,7	575	4,8	538	4,4	468	3,8	299	2,3	25	4340
Rodônia	23	4	0,4	25	2,2	25	2,0	40	3,1	46	3,4	41	3,3	57	4,5	43	3,4	30	2,3	40	3,0	36	2,6	5	415
Acre	12	7	1,7	5	1,2	7	1,6	9	2,0	1	0,2	6	1,2	12	2,4	17	3,3	23	4,4	22	4,1	25	4,4	3	149
Amazonas	55	33	1,6	55	2,6	65	2,9	98	4,3	90	3,9	111	4,6	171	6,9	191	7,6	238	9,2	215	8,1	102	3,5	-	1424
Roraima	14	12	5,5	7	3,1	7	2,9	7	2,8	7	2,7	15	6,1	14	5,5	21	8,1	19	7,1	35	12,8	26	7,7	4	188
Pará	103	65	1,3	86	1,7	114	2,2	147	2,8	178	3,3	212	3,8	225	4,0	243	4,2	147	2,5	89	1,5	54	0,9	4	1667
Amapá	3	3	1,0	8	2,6	1	0,3	6	1,9	16	4,9	19	5,0	30	7,5	19	4,5	38	8,6	24	5,2	5	1,0	-	172
Tocantins	11	9	1,0	6	0,6	14	1,4	17	1,7	21	2,1	29	2,8	31	2,9	41	3,7	43	3,8	43	3,7	51	4,3	9	325
Nordeste	1803	939	2,2	1143	2,7	1313	3,0	1469	3,3	1593	3,5	1978	4,4	2268	5,0	2710	5,9	2546	5,5	2344	5,0	1888	3,9	255	22249
Maranhão	121	72	1,5	78	1,6	110	2,2	123	2,4	146	2,8	169	3,2	191	3,6	256	4,8	223	4,1	222	4,1	149	2,6	13	1873
Piauí	42	31	1,2	30	1,2	26	1,0	62	2,3	75	2,8	74	2,8	93	3,4	87	3,2	106	3,9	125	4,5	123	4,3	31	905
Ceará	243	176	2,8	227	3,5	213	3,3	263	4,0	330	4,9	324	4,8	350	5,1	576	8,2	482	6,8	441	6,1	413	5,5	29	4067
Rio Grande do Norte	87	50	2,1	57	2,3	74	3,0	91	3,6	72	2,8	105	4,1	122	4,7	161	6,1	119	4,5	134	5,0	109	3,9	8	1189
Paraíba	97	64	2,0	65	2,0	97	3,0	116	3,5	116	3,5	125	3,8	123	3,7	163	4,9	190	5,6	155	4,6	108	3,1	7	1426
Pernambuco	520	220	3,1	247	3,4	299	4,1	349	4,7	386	5,2	548	7,4	568	7,6	724	9,6	585	7,7	552	7,2	514	6,4	92	5604
Alagoas	92	31	1,2	60	2,4	72	2,8	67	2,5	77	2,9	98	3,7	140	5,3	93	3,5	113	4,2	81	3,0	67	2,3	-	991
Sergipe	66	29	1,9	41	2,7	51	3,3	83	5,3	82	5,1	72	4,4	83	5,0	88	5,2	98	5,7	82	4,7	44	2,4	4	823
Bahia	535	266	2,2	338	2,8	371	3,0	315	2,5	309	2,4	463	3,7	598	4,7	562	4,4	630	4,8	552	4,2	361	2,7	71	5371
Centro-Oeste	776	564	6,0	708	7,4	798	8,1	965	9,6	1149	11,2	1214	11,6	1444	13,4	1242	11,3	1010	9,0	1127	9,8	890	7,5	111	11998
Mato Grosso do Sul	177	129	7,2	144	8,0	256	13,8	221	11,7	246	12,9	266	13,8	276	14,0	276	13,8	228	11,3	216	10,5	190	9,0	23	2648
Mato Grosso	125	74	3,7	95	4,6	101	4,7	170	7,6	198	8,6	278	12,4	297	13,0	236	10,1	103	4,3	139	5,7	111	4,3	16	1943
Goias	277	172	4,3	253	6,2	234	5,6	339	8,0	440	10,2	378	8,4	531	11,4	435	9,2	398	8,2	464	9,4	404	7,9	41	4366
Distrito Federal	197	189	11,8	216	13,2	207	12,4	235	13,8	265	15,2	292	16,0	340	18,1	295	15,3	281	14,3	308	15,3	185	8,8	31	3041
Sudeste	19615	8845	14,1	11227	17,7	12103	18,7	12793	19,5	14268	21,5	15843	23,6	15846	23,3	15971	23,2	13714	19,6	11992	16,9	7137	9,7	611	159965
Minas Gerais	1018	533	3,4	788	5,0	1046	6,5	1251	7,7	1372	8,3	1458	8,7	1459	8,6	1423	8,3	1468	8,5	1187	6,8	613	3,4	44	13660
Espírito Santo	166	84	3,2	113	4,3	160	5,9	204	7,4	202	7,2	248	8,8	331	11,6	354	12,2	343	11,7	303	10,2	204	6,5	31	2743
Rio de Janeiro	5178	1763	13,8	2292	17,7	2313	17,7	2410	18,3	2776	20,9	3411	25,4	3756	27,7	3580	26,2	2991	21,7	2582	18,5	2079	14,3	256	35387
São Paulo	13253	6465	20,5	8034	25,1	8584	26,2	8928	26,9	9918	29,4	10726	31,4	10300	29,6	10614	30,1	8912	24,9	7920	21,8	4241	11,3	280	108175
Sul	1840	1286	5,8	1550	6,9	2064	9,1	2520	11,0	3143	13,6	3707	15,8	4318	18,1	5244	21,7	4530	18,5	4636	18,7	3728	14,6	462	39028
Paraná	390	291	3,4	425	5,0	550	6,4	652	7,5	836	9,6	1004	11,2	1251	13,7	1338	14,5	1298	13,8	1356	14,3	1065	11,0	149	10605
Santa Catarina	395	331	7,3	408	8,9	564	12,0	721	15,1	939	19,4	1074	22,0	1111	22,4	1366	27,2	1160	22,8	1243	24,0	1108	20,3	156	10576
Rio Grande do Sul	1055	664	7,3	717	7,8	950	10,1	1147	12,1	1368	14,3	1629	16,9	1956	20,0	2540	25,7	2072	20,8	2037	20,2	1555	15,1	157	17847
Outros Países	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2	-	2	-	2	-	-	8
Total	24255	11767	-	14820	-	16511	-	18071	-	20512	-	23175	-	24417	-	25743	-	22340	-	20569	-	13942	-	1464	237588

*Dados preliminares até 30/03/02, sujeitos a revisão.

**Dados do Brasil****Tabela II - Casos de aids em indivíduos do sexo masculino, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002**

Idade	1980-1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total 1980-2002	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 5 anos	276	1,3	178	1,8	223	1,9	248	1,9	317	2,3	334	2,2	427	2,6	408	2,5	398	2,3	302	2,1	226	1,7	83	1,0	8	0,9	3428	2,0
05 a 12	198	0,9	56	0,6	53	0,4	50	0,4	75	0,5	67	0,4	67	0,4	104	0,6	81	0,5	73	0,5	69	0,5	47	0,5	4	0,4	944	0,5
13 a 19	811	3,9	372	3,8	285	2,4	254	2,0	254	1,8	245	1,6	209	1,3	226	1,4	222	1,3	192	1,3	151	1,1	91	1,0	11	1,2	3323	1,9
20 a 24	2673	12,7	1237	12,8	1404	11,9	1415	11,0	1352	9,8	1311	8,7	1274	7,7	1357	8,2	1250	7,3	1044	7,1	895	6,8	623	7,1	71	7,7	15906	9,2
25 a 29	4322	20,6	2071	21,4	2689	22,7	2917	22,7	3013	21,9	3245	21,4	3231	19,6	3115	18,7	3052	17,7	2559	17,4	2183	16,5	1423	16,3	121	13,1	33941	19,7
30 a 34	4399	20,9	2200	22,7	2636	22,2	2986	23,2	3266	23,7	3425	22,6	3998	24,3	4066	24,4	4140	24,0	3348	22,8	2970	22,5	1979	22,7	198	21,4	39611	23,0
35 a 39	3331	15,9	1493	15,4	1956	16,5	2033	15,8	2330	16,9	2713	17,9	2989	18,1	3040	18,3	3218	18,7	2883	19,6	2617	19,8	1689	19,3	179	19,4	30471	17,7
40 a 49	3443	16,4	1419	14,6	1851	15,6	2047	15,9	2232	16,2	2672	17,7	3034	18,4	3116	18,7	3394	19,7	2960	20,1	2885	21,8	1947	22,3	230	24,9	31230	18,1
50 a 59	1086	5,2	480	5,0	529	4,5	640	5,0	670	4,9	784	5,2	903	5,5	896	5,4	1044	6,1	994	6,8	925	7,0	636	7,3	73	7,9	9660	5,6
60 e mais	391	1,9	159	1,6	189	1,6	229	1,8	252	1,8	308	2,0	327	2,0	307	1,8	394	2,3	344	2,3	301	2,3	216	2,5	30	3,2	3447	2,0
Ignorado	76	0,4	25	0,3	33	0,3	26	0,2	19	0,1	26	0,2	18	0,1	14	0,1	24	0,1	5	0,0	-	-	1	0,0	-	-	267	0,2
Total	21006	12,2	9690	5,6	11848	6,9	12845	7,5	13780	8,0	15130	8,8	16477	9,6	16649	9,7	17217	10,0	14704	8,5	13222	7,7	8735	5,1	925	0,5	172228	100,0



Dados do Brasil

Tabela III - Casos de aids em indivíduos do sexo feminino, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2002

Idade	1983-1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total 1983-2002		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%													
< 5 anos	260	8,0	164	7,9	197	6,6	209	5,7	285	6,6	376	7,0	431	6,4	450	5,8	379	4,4	333	4,4	218	3,0	87	1,7	6	1,1	3395	5,2	
05 a 12	34	1,0	29	1,4	33	1,1	36	1,0	44	1,0	62	1,2	70	1,0	76	1,0	68	0,8	67	0,9	65	0,9	42	0,8	5	0,9	631	1,0	
13 a 19	188	5,8	82	3,9	116	3,9	105	2,9	137	3,2	159	3,0	159	2,4	203	2,6	240	2,8	202	2,6	191	2,6	152	2,9	11	2,0	1945	3,0	
20 a 24	592	18,2	363	17,5	479	16,1	588	16,0	606	14,1	629	11,7	846	12,6	932	12,0	987	11,6	867	11,4	867	11,8	619	11,9	64	11,9	8439	12,9	
25 a 29	689	21,2	466	22,4	665	22,4	864	23,6	947	22,1	1151	21,4	1396	20,8	1626	20,9	1738	20,4	1444	18,9	1465	19,9	968	18,6	106	19,7	13525	20,7	
30 a 34	533	16,4	368	17,7	585	19,7	703	19,2	854	19,9	1105	20,5	1413	21,1	1573	20,2	1787	21,0	1560	20,4	1451	19,7	1023	19,6	96	17,8	13051	20,0	
35 a 39	374	11,5	248	11,9	376	12,7	465	12,7	590	13,7	759	14,1	990	14,8	1144	14,7	1317	15,4	1262	16,5	1150	15,7	810	15,6	91	16,9	9576	14,7	
40 a 49	351	10,8	233	11,2	352	11,8	457	12,5	585	13,6	761	14,1	958	14,3	1185	15,3	1361	16,0	1314	17,2	1307	17,8	1008	19,4	117	21,7	9989	15,3	
50 a 59	151	4,6	79	3,8	121	4,1	184	5,0	171	4,0	268	5,0	320	4,8	435	5,6	469	5,5	430	5,6	458	6,2	369	7,1	33	6,1	3488	5,3	
60 e mais	71	2,2	38	1,8	44	1,5	48	1,3	69	1,6	98	1,8	111	1,7	137	1,8	173	2,0	156	2,0	175	2,4	131	2,5	10	1,9	1261	1,9	
Ignorado	6	0,2	7	0,3	4	0,1	7	0,2	3	0,1	14	0,3	4	0,1	7	0,1	7	0,1	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	60	0,1
Total	3249	5,0	2077	3,2	2972	4,5	3666	5,6	4291	6,6	5382	8,2	6698	10,2	7768	11,9	8526	13,0	7636	11,7	7347	11,2	5209	8,0	539	0,8	65360	100,0	

*Dados preliminares até 30/03/02, sujeitos a revisão.



Dados do Brasil

Tabela IV - Casos de aids, segundo ano de diagnóstico e categoria de exposição hierarquizada. Brasil, 1980 a 2002

Categoria de Exposição	1980-1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total 1980-2002		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%																							
SEXUAL	15455	63,7	6834	58,1	8769	59,2	9715	58,8	10843	60,0	12304	60,0	14242	61,5	16391	67,1	18066	70,2	16076	72,0	15297	74,4	10761	77,2	1140	77,9	155893	65,6	
HOMOSSEXUAL	7755	32,0	2786	23,7	3227	21,8	3077	18,6	3142	17,4	3099	15,1	3310	14,3	3378	13,8	3442	13,4	2795	12,5	2460	12,0	1582	11,3	158	10,8	40211	16,9	
BISSEXUAL	3732	15,4	1530	13,0	1740	11,7	1646	10,0	1711	9,5	1699	8,3	1739	7,5	1961	8,0	2306	9,0	1966	8,8	1700	8,3	1123	8,1	112	7,7	22965	9,7	
HETEROSSEXUAL	3968	16,4	2518	21,4	3802	25,7	4992	30,2	5990	33,1	7506	36,6	9193	39,7	11052	45,3	12318	47,8	11315	50,6	11137	54,1	8056	57,8	870	59,4	92717	39,0	
SANGÜÍNEA	5770	23,8	3454	29,4	4037	27,2	4366	26,4	4198	23,2	4337	21,1	4543	19,6	4204	17,2	3469	13,5	2736	12,2	2379	11,6	1347	9,7	121	8,3	44961	18,9	
UDI	4487	18,5	3068	26,1	3669	24,8	3987	24,1	3860	21,4	3933	19,2	4145	17,9	3938	16,1	3412	13,3	2700	12,1	2340	11,4	1314	9,4	117	8,0	40970	17,2	
HEMOFÍLICO	573	2,4	136	1,2	95	0,6	77	0,5	79	0,4	74	0,4	91	0,4	81	0,3	36	0,1	22	0,1	16	0,1	22	0,2	3	0,2	1305	0,5	
TRANSFUSÃO	710	2,9	250	2,1	273	1,8	302	1,8	259	1,4	330	1,6	307	1,3	185	0,8	21	0,1	14	0,1	23	0,1	11	0,1	1	0,1	2686	1,1	
PERINATAL	431	1,8	329	2,8	420	2,8	470	2,8	623	3,4	745	3,6	922	4,0	968	4,0	859	3,3	706	3,2	511	2,5	237	1,7	22	1,5	7243	3,0	
ACIDENTE DE TRABALHO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0
IGNORADA	2599	10,7	1150	9,8	1594	10,8	1960	11,9	2407	13,3	3126	15,2	3467	15,0	2854	11,7	3349	13,0	2822	12,6	2382	11,6	1599	11,5	181	12,4	29490	12,4	
Total	24255	10,2	11767	5,0	14820	6,2	16511	6,9	18071	7,6	20512	8,6	23175	9,8	24417	10,3	25743	10,8	22340	9,4	20569	8,7	13944	5,9	1464	0,6	237588	100,0	

*Dados preliminares até 30/03/02, sujeitos a revisão.



Apresentação
Editorial
Dados do Brasil
Dados das Regiões e UF
Dados dos Municípios
Artigos
Notas Técnicas
Créditos

Dados do Brasil

Tabela V - Casos de aids, segundo tipo de exposição e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002

Tipo de Exposição	80-90		91		92		93		94		95		96		97		98		99		00		01		02		Total 1980-2002	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%																						
HOMOSSEXUAL	7521	31,0	2522	21,4	2916	19,7	2786	16,9	2883	16,0	2821	13,8	3044	13,1	3086	12,6	3050	11,8	2453	11,0	2240	10,9	1471	10,5	144	9,8	36937	15,5
HOMO/HEMOP	4	0,0	3	0,0	6	0,0	6	0,0	2	0,0	1	0,0	5	0,0	4	0,0	1	0,0	5	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,1	40	0,0
HOMO/TRANSF	-	-	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	0,2	52	0,2	-	-	-	-	-	-	99	0,0
BISSEXUAL	3517	14,5	1193	10,1	1395	9,4	1323	8,0	1398	7,7	1384	6,7	1437	6,2	1611	6,6	1872	7,3	1612	7,2	1427	6,9	957	6,9	102	7,0	19228	8,1
BI/HEMOP	1	0,0	2	0,0	5	0,0	2	0,0	4	0,0	3	0,0	2	0,0	4	0,0	2	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,0	-	-	28	0,0
BI/TRANSF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	0,2	41	0,2	-	-	-	-	-	-	87	0,0
HETEROSSEXUAL	2650	10,9	1841	15,6	2878	19,4	3874	23,5	4587	25,4	5638	27,5	7054	30,4	8852	36,3	10044	39,0	9157	41,0	9180	44,6	6744	48,4	745	50,9	73244	30,8
HETEROSSEXUAL** (Não especificado)	1318	5,4	677	5,8	924	6,2	1118	6,8	1403	7,8	1868	9,1	2139	9,2	2200	9,0	2274	8,8	2158	9,7	1957	9,5	1312	9,4	125	8,5	19473	8,2
UDI	3665	15,1	1762	15,0	1877	12,7	1825	11,1	1771	9,8	1804	8,8	1799	7,8	1522	6,2	843	3,3	618	2,8	629	3,1	334	2,4	29	2,0	18478	7,8
UDI/HEMOP	8	0,0	3	0,0	2	0,0	6	0,0	9	0,0	3	0,0	3	0,0	3	0,0	2	0,0	1	0,0	-	-	-	-	-	-	40	0,0
UDI/TRANSF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	0,1	8	0,0	-	-	-	-	-	-	21	0,0
UDI/HOMO	227	0,9	260	2,2	302	2,0	283	1,7	257	1,4	275	1,3	259	1,1	287	1,2	343	1,3	282	1,3	219	1,1	108	0,8	13	0,9	3115	1,3
UDI/HOMO/HEMOP	3	0,0	-	-	3	0,0	2	0,0	-	-	2	0,0	2	0,0	1	0,0	2	0,0	2	0,0	-	-	2	0,0	-	-	19	0,0
UDI/HOMO/TRANSF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	-	-	-	-	1	0,0
UDI/BI	214	0,9	333	2,8	339	2,3	321	1,9	309	1,7	311	1,5	299	1,3	345	1,4	385	1,5	309	1,4	272	1,3	165	1,2	10	0,7	3612	1,5
UDI/BI/HEMOP	-	-	2	0,0	1	0,0	-	-	-	-	1	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,0	3	0,0	-	-	-	-	-	-	10	0,0
UDI/BI/TRANSF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UDI/HETERO	814	3,4	1301	11,1	1783	12,0	2145	13,0	2077	11,5	2120	10,3	2341	10,1	2408	9,9	2550	9,9	2066	9,2	1709	8,3	979	7,0	88	6,0	22381	9,4
UDI/HETERO/HEMOP	-	-	2	0,0	7	0,0	11	0,1	3	0,0	6	0,0	2	0,0	5	0,0	4	0,0	7	0,0	2	0,0	1	0,0	-	-	50	0,0
UDI/HETERO/TRANSF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HEMOFÍLICO	556	2,3	117	1,0	66	0,4	59	0,4	60	0,3	59	0,3	60	0,3	44	0,2	17	0,1	14	0,1	10	0,0	12	0,1	2	0,1	1076	0,5
HEMOP/HETERO	17	0,1	19	0,2	29	0,2	18	0,1	19	0,1	15	0,1	31	0,1	37	0,2	19	0,1	8	0,0	6	0,0	10	0,1	1	0,1	229	0,1
TRANSFUSÃO	687	2,8	203	1,7	208	1,4	211	1,3	167	0,9	199	1,0	175	0,8	107	0,4	21	0,1	14	0,1	23	0,1	11	0,1	1	0,1	2027	0,9
TRANSF/HETERO	23	0,1	47	0,4	65	0,4	91	0,6	92	0,5	131	0,6	132	0,6	78	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	659	0,3
ACIDENTE DE TRABALHO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0
PERINATAL	431	1,8	329	2,8	420	2,8	470	2,8	623	3,4	745	3,6	922	4,0	968	4,0	859	3,3	706	3,2	511	2,5	237	1,7	22	1,5	7243	3,0
IGNORADA	2599	10,7	1150	9,8	1594	10,8	1960	11,9	2407	13,3	3126	15,2	3467	15,0	2854	11,7	3349	13,0	2822	12,6	2382	11,6	1599	11,5	181	12,4	29490	12,4
Total	24255	10,2	11767	5,0	14820	6,2	16511	6,9	18071	7,6	20512	8,6	23175	9,8	24417	10,3	25743	10,8	22340	9,4	20569	8,7	13944	5,9	1464	0,6	237588	100,0

*Dados preliminares até 30/03/02, sujeitos a revisão.



Dados do Brasil

Tabela VI - Casos de aids em indivíduos menores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2002

Categoria de exposição	1983-1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total 1980-2002	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%												
SEXUAL	3	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,1	-	-	1	0,1	-	-	1	0,1	-	-	1	0,4	-	-	7	0,1
HOMOSSEXUAL	3	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,1	-	-	1	0,1	-	-	1	0,1	-	-	1	0,4	-	-	7	0,1
BISSEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HETEROSSEXUAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SANGÜÍNEA	267	34,8	61	14,3	47	9,3	35	6,4	42	5,8	42	5,0	21	2,1	16	1,5	7	0,8	8	1,0	3	0,5	2	0,8	-	-	551	6,6
UDI	2	0,3	-	-	1	0,2	3	0,6	1	0,1	2	0,2	1	0,1	1	0,1	-	-	2	0,3	-	-	-	-	-	-	13	0,2
HEMOFÍLICO	153	19,9	28	6,6	16	3,2	6	1,1	15	2,1	7	0,8	8	0,8	5	0,5	1	0,1	3	0,4	2	0,3	2	0,8	-	-	246	2,9
TRANSFUSÃO	112	14,6	33	7,7	30	5,9	26	4,8	26	3,6	33	3,9	12	1,2	10	1,0	6	0,6	3	0,4	1	0,2	-	-	-	-	292	3,5
PERINATAL	431	56,1	329	77,0	420	83,0	470	86,6	623	86,4	745	88,8	922	92,7	967	93,2	857	92,5	703	90,7	509	88,1	232	89,6	21	91,3	7229	86,1
IGNORADA	67	8,7	37	8,7	39	7,7	38	7,0	56	7,8	51	6,1	52	5,2	54	5,2	62	6,7	63	8,1	66	11,4	24	9,3	2	8,7	611	7,3
TOTAL	768	9,1	427	5,1	506	6,0	543	6,5	721	8,6	839	10,0	995	11,8	1038	12,4	926	11,0	775	9,2	578	6,9	259	3,1	23	0,3	8398	100,0

*Dados preliminares até 30/03/02, sujeitos a revisão.



outubro de 2001 a março de 2002 - outras edições

Apresentação
Editorial
Dados do Brasil
Dados das Regiões e UF
Dados dos Municípios
Artigos
Notas Técnicas
Créditos

Dados do Brasil**Tabela VII - Casos de aids em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002**

Categoria de exposição	1983-1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total 1980-2002	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXUAL	13647	66,5	5587	59,1	6847	59,2	7166	57,1	7664	57,2	8154	55,4	8988	56,2	9991	61,9	10702	63,9	9402	65,6	8680	67,1	6002	69,8	641	70,2	103471	61,6
HOMOSSEXUAL	7752	37,8	2786	29,5	3227	27,9	3077	24,5	3142	23,5	3098	21,0	3310	20,7	3377	20,9	3442	20,6	2794	19,5	2460	19,0	1581	18,4	158	17,3	40204	24,0
BISSEXUAL	3732	18,2	1530	16,2	1740	15,0	1646	13,1	1711	12,8	1699	11,5	1739	10,9	1961	12,2	2306	13,8	1966	13,7	1700	13,2	1123	13,1	112	12,3	22965	13,7
HETEROSSEXUAL	2163	10,5	1271	13,4	1880	16,2	2443	19,5	2811	21,0	3357	22,8	3939	24,6	4653	28,8	4954	29,6	4642	32,4	4520	35,0	3298	38,3	371	40,6	40302	24,0
SANGÜÍNEA	4353	21,2	2756	29,1	3170	27,4	3459	27,6	3373	25,2	3500	23,8	3580	22,4	3346	20,7	2749	16,4	2165	15,1	1930	14,9	1030	12,0	94	10,3	35505	21,2
UDI	3561	17,3	2510	26,5	2944	25,4	3218	25,6	3173	23,7	3254	22,1	3320	20,8	3175	19,7	2707	16,2	2140	14,9	1895	14,7	1003	11,7	90	9,9	32990	19,7
HEMOFÍLICO	420	2,0	108	1,1	79	0,7	71	0,6	64	0,5	67	0,5	83	0,5	76	0,5	35	0,2	19	0,1	14	0,1	20	0,2	3	0,3	1059	0,6
TRANSFUSÃO	372	1,8	138	1,5	147	1,3	170	1,4	136	1,0	179	1,2	177	1,1	95	0,6	7	0,0	6	0,0	21	0,2	7	0,1	1	0,1	1456	0,9
PERINATAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0	3	0,0	2	0,0	3	0,0	-	-	9	0,0
IGNORADA	2532	12,3	1113	11,8	1555	13,4	1922	15,3	2351	17,6	3075	20,9	3415	21,4	2800	17,4	3286	19,6	2759	19,3	2315	17,9	1570	18,2	178	19,5	28871	17,2
TOTAL	20532	12,2	9456	5,6	11572	6,9	12547	7,5	13388	8,0	14729	8,8	15983	9,5	16137	9,6	16738	10,0	14329	8,5	12927	7,7	8605	5,1	913	0,5	167856	100,0

*Dados preliminares até 30/03/02, sujeitos a revisão.



Dados do Brasil

Tabela VIII - Casos de aids em indivíduos do sexo feminino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2002

Categoria de exposição	1983-1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total 1980-2002	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%																						
SEXUAL	1804	61,1	1247	66,2	1923	70,1	2549	74,5	3179	80,2	4149	83,9	5254	84,8	6399	88,3	7364	91,1	6673	92,2	6617	93,7	4758	93,6	499	9,8	52415	85,5
HETEROSSEXUAL	1804	61,1	1247	66,2	1923	70,1	2549	74,5	3179	80,2	4149	83,9	5254	84,8	6399	88,3	7364	91,1	6673	92,2	6617	93,7	4758	93,6	499	9,8	52415	85,5
SANGÜÍNEA	1150	38,9	637	33,8	820	29,9	872	25,5	783	19,8	795	16,1	942	15,2	843	11,6	714	8,8	563	7,8	446	6,3	317	6,2	27	0,5	8910	14,5
UDI	924	31,3	558	29,6	724	26,4	766	22,4	686	17,3	677	13,7	824	13,3	762	10,5	705	8,7	558	7,7	445	6,3	311	6,1	27	0,5	7967	13,0
TRANSFUSÃO	226	7,7	79	4,2	96	3,5	106	3,1	97	2,4	118	2,4	118	1,9	80	1,1	8	0,1	5	0,1	1	0,0	4	0,1	-	-	938	1,5
PERINATAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0	1	0,0	-	-	-	-	2	0,0	1	0,0	5	0,0
ACIDENTE DE TRABALHO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0
IGNORADA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	1	0,0	5	0,1	1	0,0	8	0,0
TOTAL	2954	4,8	1884	3,1	2743	4,5	3421	5,6	3962	6,5	4944	8,1	6197	10,1	7243	11,8	8080	13,2	7236	11,8	7064	11,5	5082	8,3	528	0,9	61334	100,0

*Dados preliminares até 30/03/02, sujeitos a revisão.



Dados do Brasil

Tabela IX - Casos de aids em indivíduos do sexo masculino com 19 anos de idade ou mais, segundo escolaridade e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002

Anos de Estudo	1980-1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total 1980-2002	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhum	316	1,6	155	1,7	238	2,1	325	2,6	363	2,7	445	3,1	535	3,4	626	3,9	591	3,6	512	3,6	494	3,8	313	3,7	36	4,0	4949	3,0
1 a 3	4112	20,6	2215	24,0	3068	26,9	3275	26,5	3455	26,1	3556	24,4	3590	22,6	3662	22,9	4968	29,9	4485	31,6	3989	31,1	2392	28,2	188	21,1	42955	25,9
4 a 7	2237	11,2	1233	13,4	1799	15,8	2254	18,2	2626	19,8	3111	21,4	3829	24,2	4268	26,7	3861	23,3	3282	23,1	3122	24,3	2201	25,9	269	30,2	34092	20,6
8 a 11	2862	14,3	1429	15,5	1729	15,2	2033	16,4	2232	16,9	2404	16,5	2472	15,6	2587	16,2	2583	15,6	2302	16,2	2195	17,1	1552	18,3	177	19,8	26557	16,0
12 e mais	3222	16,1	1233	13,4	1420	12,5	1320	10,7	1252	9,5	1306	9,0	1323	8,3	1208	7,6	1304	7,9	1024	7,2	931	7,3	585	6,9	77	8,6	16205	9,8
Ignorado	7254	36,3	2954	32,0	3145	27,6	3169	25,6	3309	25,0	3748	25,7	4106	25,9	3643	22,8	3291	19,8	2600	18,3	2103	16,4	1449	17,1	145	16,3	40916	24,7
Total	20003	12,1	9219	5,6	11399	6,9	12376	7,5	13237	8,0	14570	8,8	15855	9,6	15994	9,7	16598	10,0	14205	8,6	12834	7,7	8492	5,1	892	0,5	165674	100,0

*Dados preliminares até 30/03/02, sujeitos a revisão.



Dados do Brasil

Tabela X - Casos de aids em indivíduos do sexo feminino com 19 anos de idade ou mais, segundo escolaridade e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2002

Anos de Estudo	1983-1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total 1983-2002	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%												
Nenhum	84	3,0	74	4,1	111	4,2	158	4,7	198	5,1	254	5,2	302	4,9	401	5,6	457	5,7	350	4,9	395	5,7	276	5,6	22	4,3	3082	5,1
1 a 3	819	28,9	552	30,2	817	30,7	1068	31,8	1175	30,3	1336	27,5	1543	25,3	2002	28,1	2773	34,9	2547	35,8	2430	35,1	1568	31,6	115	22,5	18745	31,2
4 a 7	449	15,8	305	16,7	461	17,3	714	21,3	838	21,6	1161	23,9	1631	26,7	2085	29,3	1910	24,0	1754	24,6	1794	25,9	1340	27,0	177	34,6	14619	24,3
8 a 11	292	10,3	182	10,0	322	12,1	403	12,0	452	11,6	639	13,1	731	12,0	828	11,6	971	12,2	962	13,5	939	13,6	749	15,1	94	18,4	7564	12,6
12 e mais	187	6,6	97	5,3	159	6,0	161	4,8	181	4,7	209	4,3	259	4,2	245	3,4	275	3,5	245	3,4	246	3,6	182	3,7	25	4,9	2471	4,1
Ignorado	1003	35,4	617	33,8	793	29,8	855	25,5	1037	26,7	1263	26,0	1640	26,9	1554	21,8	1565	19,7	1258	17,7	1119	16,2	845	17,0	78	15,3	13627	22,7
Total	2834	4,7	1827	3,0	2663	4,4	3359	5,6	3881	6,5	4862	8,1	6106	10,2	7115	11,8	7951	13,2	7116	11,8	6923	11,5	4960	8,3	5110	0,9	60108	100,0

*Dados preliminares até 30/03/02, sujeitos a revisão.



Dados do Brasil

Tabela XI - Casos de aids, óbitos e letalidade em indivíduos menores de 13 anos de idade, segundo sexo, razão e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2002

Ano	Casos (nº)				Óbitos (nº)				Letalidade Informada (%)		
	Masc.	Fem.	Total	M/F	Masc.	Fem.	Total	M/F	Masc.	Fem.	Total
83	1	-	1	-	1	-	1	-	100,0	-	100,0
84	7	-	7	-	7	-	7	-	100,0	-	100,0
85	18	3	21	6,0	16	3	19	5,3	88,9	100,0	90,5
86	16	8	24	2,0	11	5	16	2,2	68,8	62,5	66,7
87	68	23	91	3,0	49	20	69	2,5	72,1	87,0	75,8
88	86	66	152	1,3	60	47	107	1,3	69,8	71,2	70,4
89	108	76	184	1,4	80	63	143	1,3	74,1	82,9	77,7
90	170	118	288	1,4	102	79	181	1,3	60,0	66,9	62,8
91	234	193	427	1,2	132	116	248	1,1	56,4	60,1	58,1
92	276	230	506	1,2	159	125	284	1,3	57,6	54,3	56,1
93	298	245	543	1,2	163	136	299	1,2	54,7	55,5	55,1
94	392	329	721	1,2	187	140	327	1,3	47,7	42,6	45,4
95	401	438	839	0,9	161	175	336	0,9	40,1	40,0	40,0
96	494	501	995	1,0	167	185	352	0,9	33,8	36,9	35,4
97	512	526	1038	1,0	125	149	274	0,8	24,4	28,3	26,4
98	479	447	926	1,1	125	114	239	1,1	26,1	25,5	25,8
99	375	400	775	0,9	80	84	164	1,0	21,3	21,0	21,2
00	295	283	578	1,0	70	45	115	1,6	23,7	15,9	19,9
01	130	129	259	1,0	20	21	41	1,0	15,4	16,3	15,8
02	12	11	23	1,1	4	2	6	2,0	33,3	18,2	26,1
Total	4372	4026	8398	1,1	1719	1509	3228	1,1	39,3	37,5	38,4

*Dados preliminares até 30/03/02, sujeitos a revisão.



Dados do Brasil

Tabela XII - Casos de aids, óbitos e letalidade em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo sexo, razão e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002

Ano	Casos (%)				Óbitos (nº)				Letalidade Informada (%)		
	Masc.	Fem.	Total	M/F	Masc.	Fem.	Total	M/F	Masc.	Fem.	Total
80	1	-	1	-	1	-	1	-	100,0	-	100,0
82	10	-	10	-	10	-	10	-	100,0	-	100,0
83	36	2	38	18,0	35	2	37	17,5	97,2	100,0	97,4
84	126	7	133	18,0	92	6	98	15,3	73,0	85,7	73,7
85	532	21	553	25,3	431	17	448	25,4	81,0	81,0	81,0
86	1089	67	1156	16,3	839	45	884	18,6	77,0	67,2	76,5
87	2387	256	2643	9,3	1881	208	2089	9,0	78,8	81,3	79,0
88	3780	528	4308	7,2	3017	421	3438	7,2	79,8	79,7	79,8
89	5198	797	5995	6,5	4049	584	4633	6,9	77,9	73,3	77,3
90	7373	1277	8650	5,8	5550	937	6487	5,9	75,3	73,4	75,0
91	9456	1884	11340	5,0	6609	1246	7855	5,3	69,9	66,1	69,3
92	11572	2742	14314	4,2	7751	1686	9437	4,6	67,0	61,5	65,9
93	12547	3421	15968	3,7	8314	2106	10420	3,9	66,3	61,6	65,3
94	13388	3962	17350	3,4	8457	2355	10812	3,6	63,2	59,4	62,3
95	14729	4944	19673	3,0	8631	2731	11362	3,2	58,6	55,2	57,8
96	15983	6197	22180	2,6	7246	2573	9819	2,8	45,3	41,5	44,3
97	16137	7242	23379	2,2	5890	2376	8266	2,5	36,5	32,8	35,4
98	16738	8079	24817	2,1	5488	2236	7724	2,5	32,8	27,7	31,1
99	14329	7236	21565	2,0	4113	1712	5825	2,4	28,7	23,7	27,0
00	12927	7064	19991	1,8	3289	1520	4809	2,2	25,4	21,5	24,1
01	8605	5080	13685	1,7	1789	894	2683	2,0	20,8	17,6	19,6
02	913	528	1441	1,7	208	78	286	2,7	22,8	14,8	19,8
Total	167856	61334	229190	2,7	83690	23733	107423	3,5	49,9	38,7	46,9

*Dados preliminares até 30/03/02, sujeitos a revisão.

**Dados do Brasil****Tabela XIII - Casos de aids entre indivíduos com 13 anos de idade ou mais, em ambos os sexos, segundo critério de confirmação de caso e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002**

CRITÉRIO	ANO DE DIAGNÓSTICO																								TOTAL**			
	1980-1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		1980-2002	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RIO DE JANEIRO - CARACAS	11925	49,16	6828	58,03	9536	64,35	12578	76,18	13559	75,03	14606	71,21	15504	66,90	15018	61,51	12776	49,63	11147	49,90	9858	47,93	6635	47,58	693	47,34	140663	59,2
CDC MODIFICADO	14434	59,51	7085	60,21	8809	59,44	9776	59,21	10122	56,01	10788	52,59	11126	48,01	10382	42,52	8798	34,18	7676	34,36	6874	33,42	4670	33,49	512	34,97	111052	46,7
CD4	315	1,30	211	1,79	300	2,02	413	2,50	537	2,97	1129	5,50	2670	11,52	6003	24,59	12151	47,20	11358	50,84	11304	54,96	8002	57,39	784	53,55	55177	23,2
EXCEPCIONAL CDC	1185	4,89	526	4,47	420	2,83	178	1,08	277	1,53	285	1,39	234	1,01	236	0,97	294	1,14	294	1,32	289	1,41	141	1,01	9	0,61	4368	1,8
DECLARAÇÃO DE ÓBITO	752	3,10	274	2,33	469	3,16	653	3,95	864	4,78	1542	7,52	1804	7,78	1630	6,68	2653	10,31	2080	9,31	1894	9,21	1054	7,56	149	10,18	15818	6,7
ARC + ÓBITO	221	0,91	130	1,10	116	0,78	204	1,24	191	1,06	190	0,93	273	1,18	307	1,26	373	1,45	317	1,42	253	1,23	159	1,14	11	0,75	2745	1,2

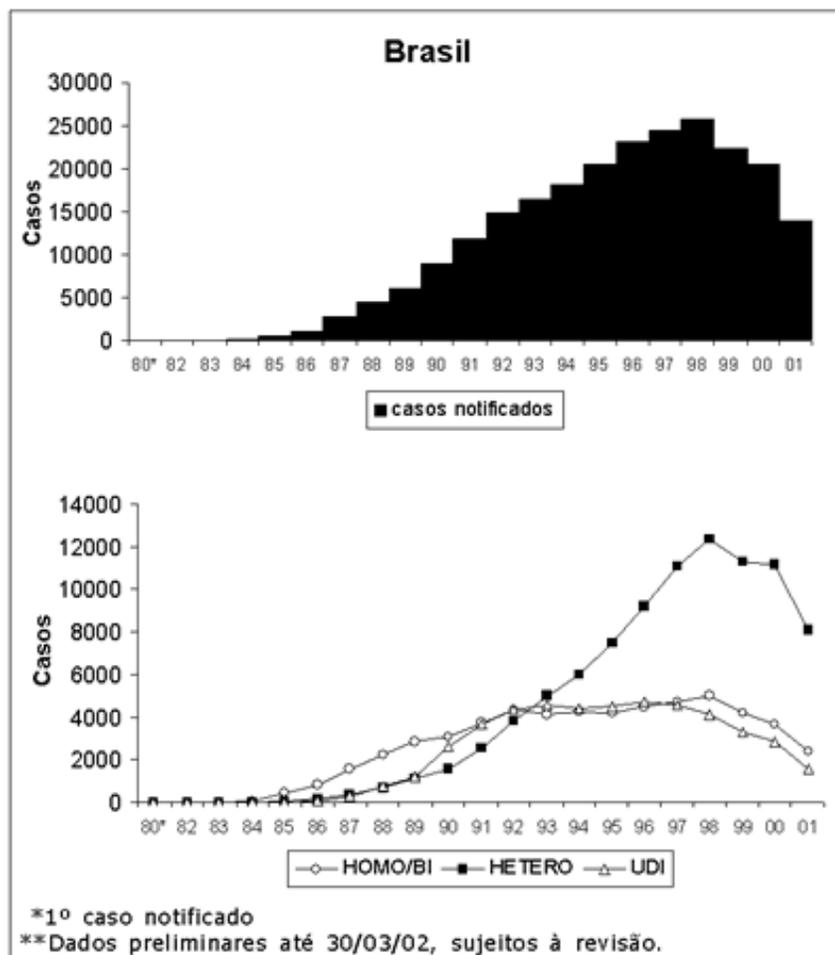
* Distribuição percentual relativa ao número de casos notificados no ano. O total ultrapassa 100% porque os critérios não são excludentes, podendo, o mesmo caso, ser notificado segundo diferentes critérios.

** Dados preliminares até 30/03/2002, sujeitos a revisão.



Dados do Brasil

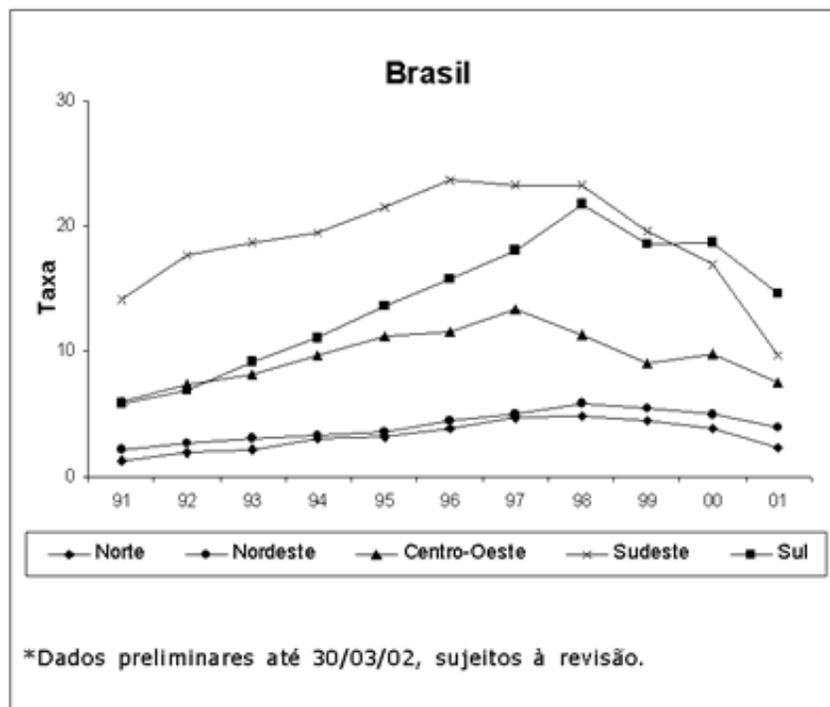
Gráfico 1 - Casos de aids, segundo as principais categorias de exposição e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2001





Dados do Brasil

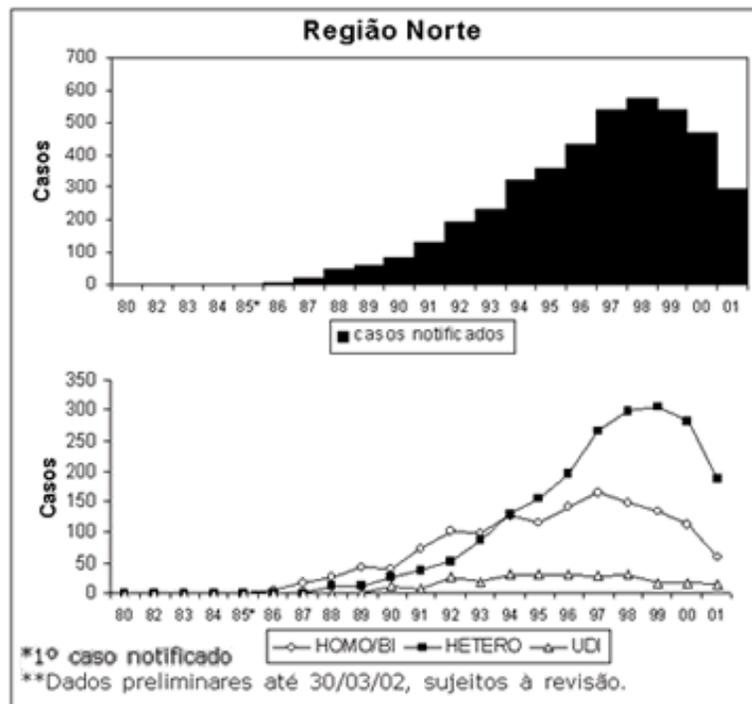
Gráfico 2 - Taxa de incidência de aids, segundo macrorregião e ano de diagnóstico. Brasil, 1991-2001

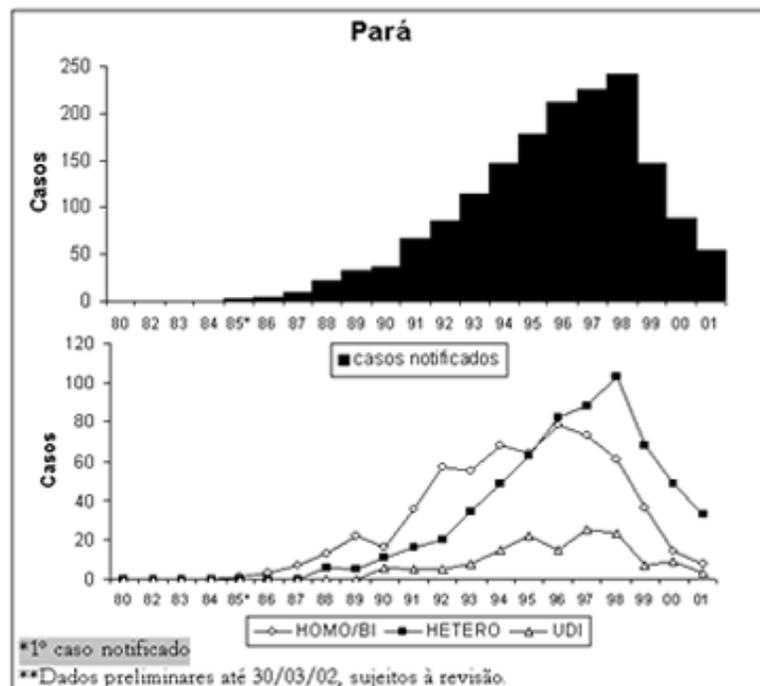
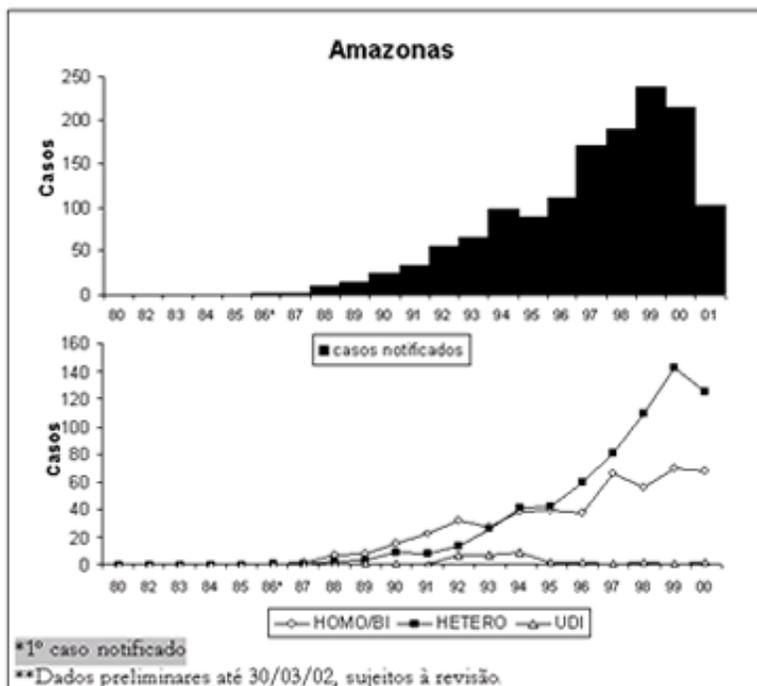
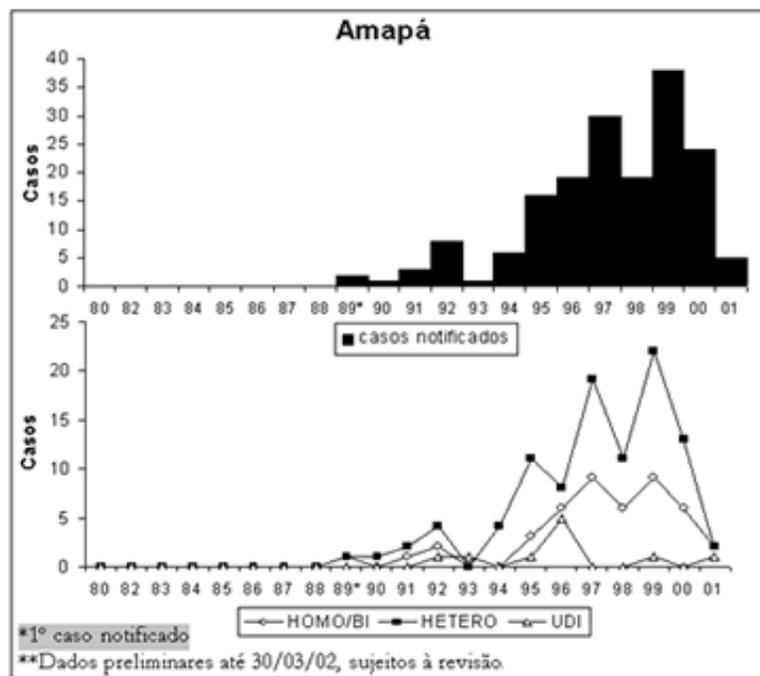
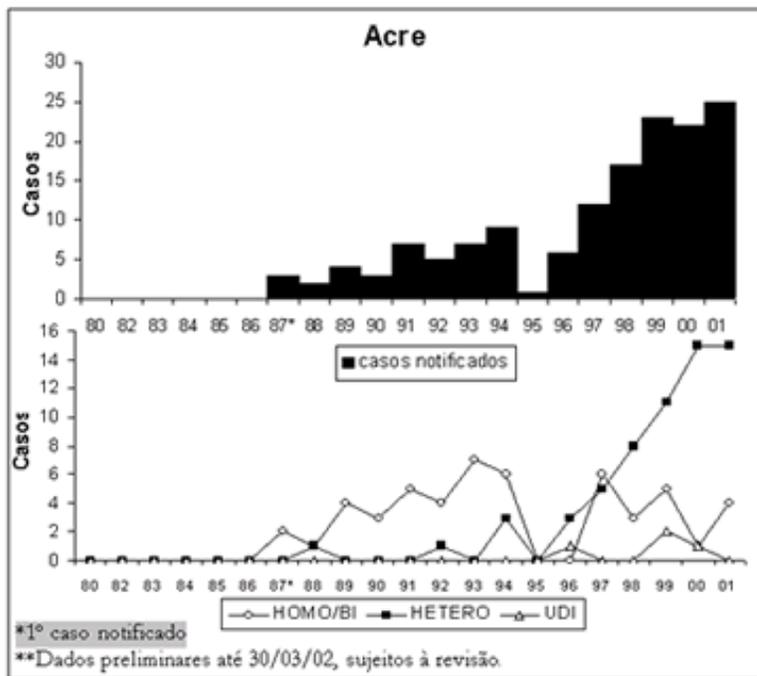


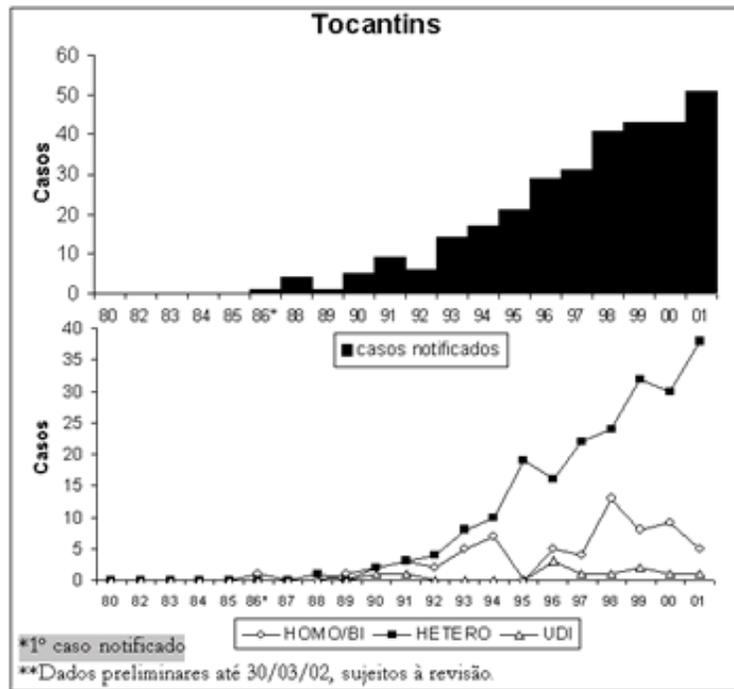
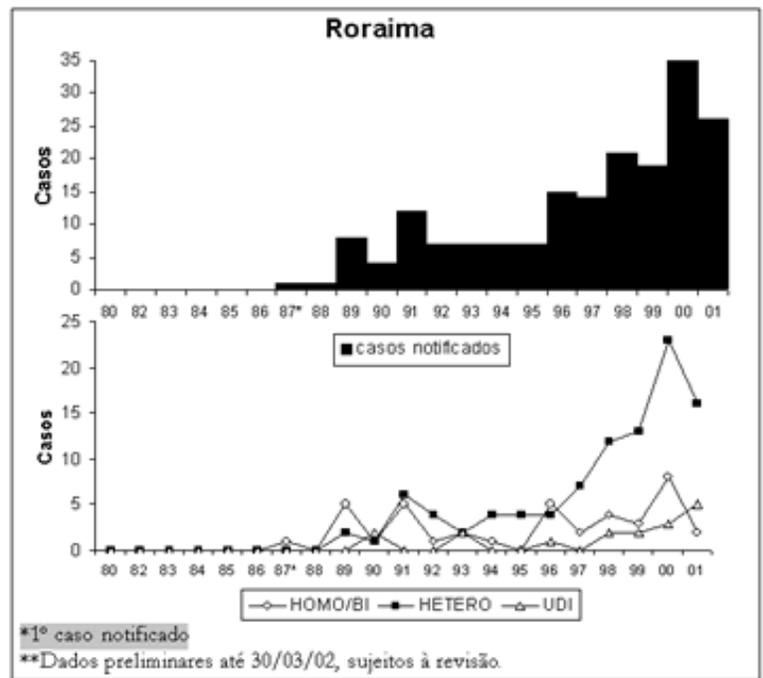
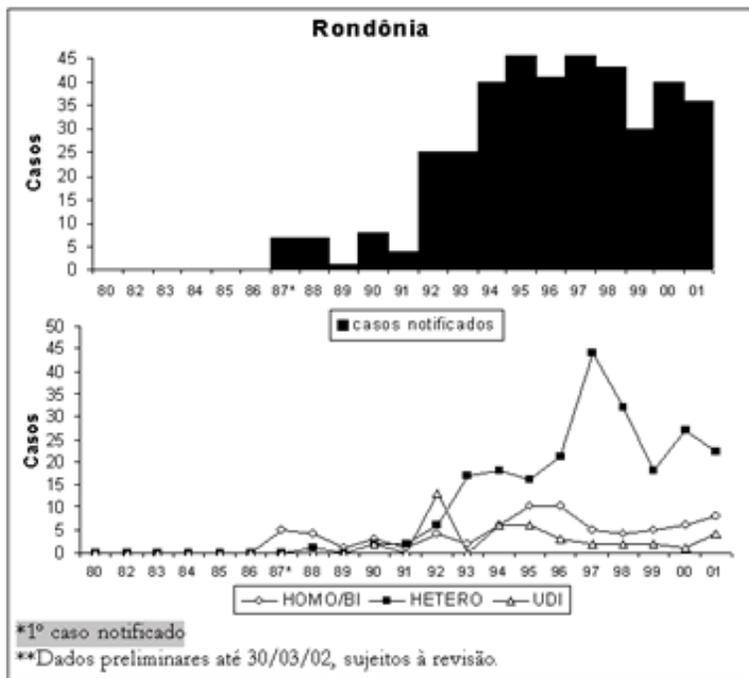


Dados das Regiões e respectivas Unidades Federadas

Gráfico 3 - Casos de aids, segundo as principais categorias de exposição e ano de diagnóstico. Região Norte e respectivas Unidades Federadas, 1980 - 2001.**



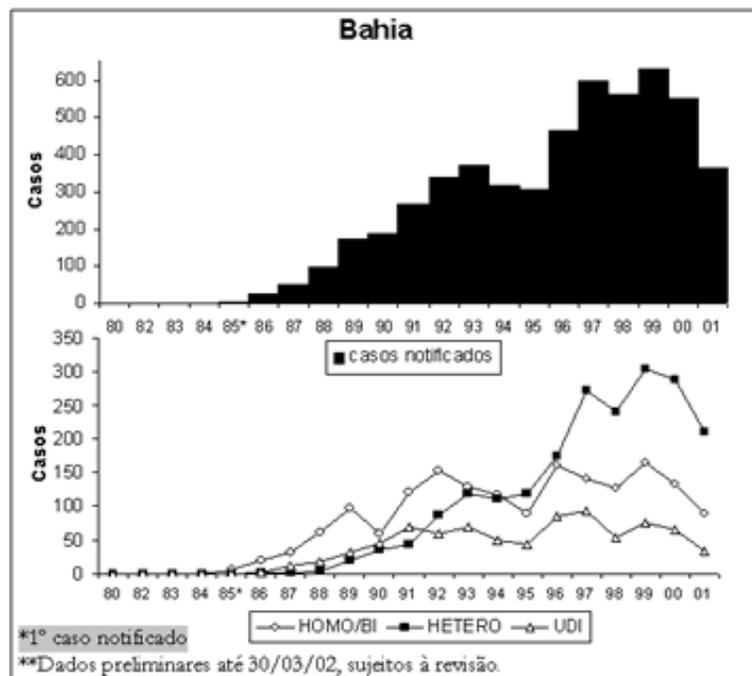
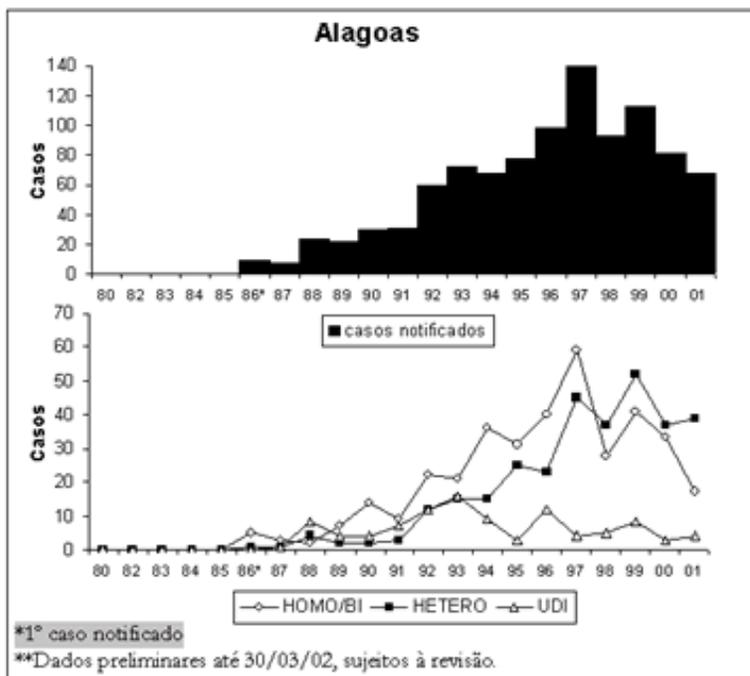
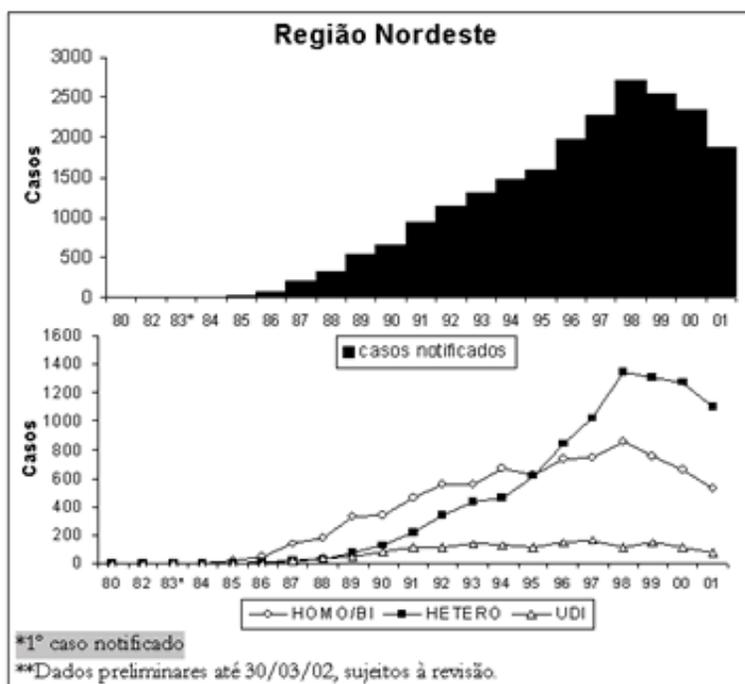


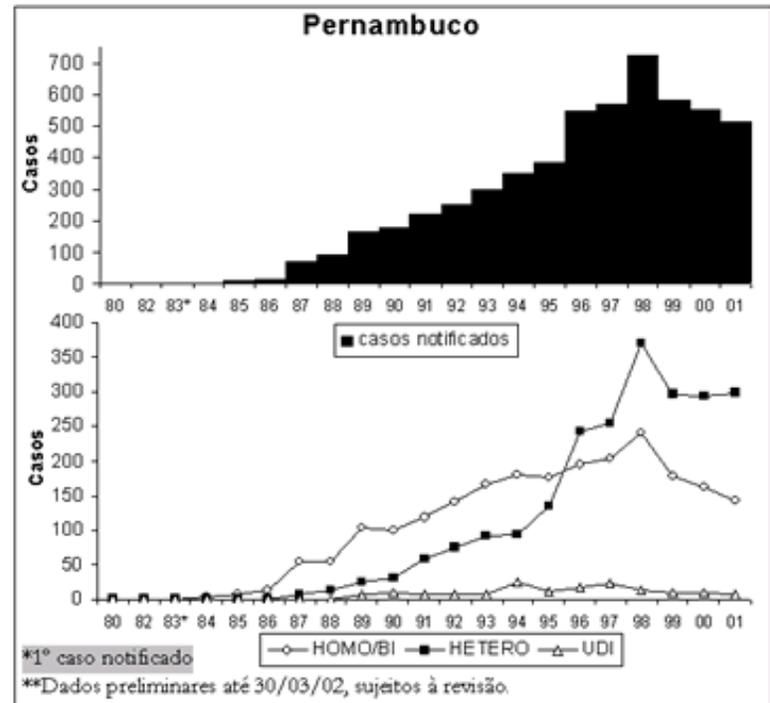
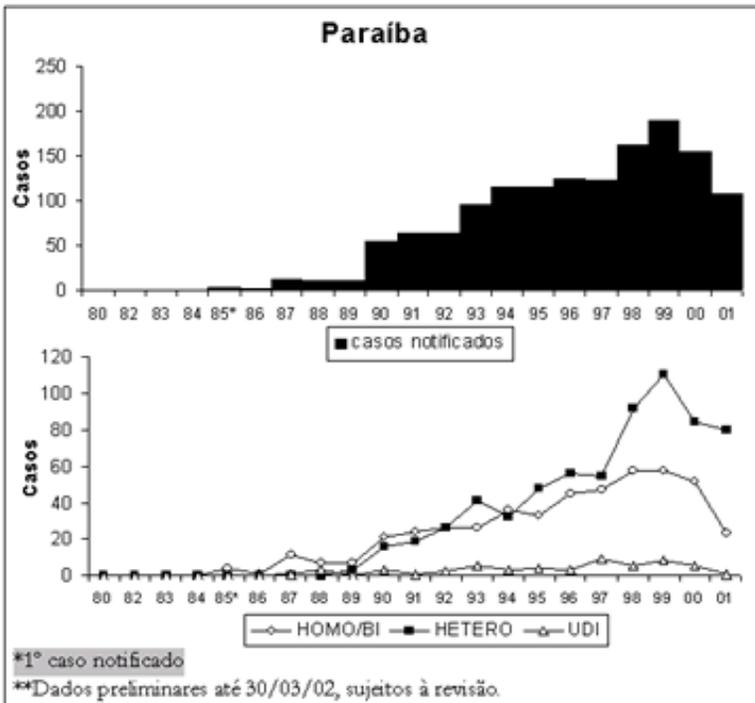
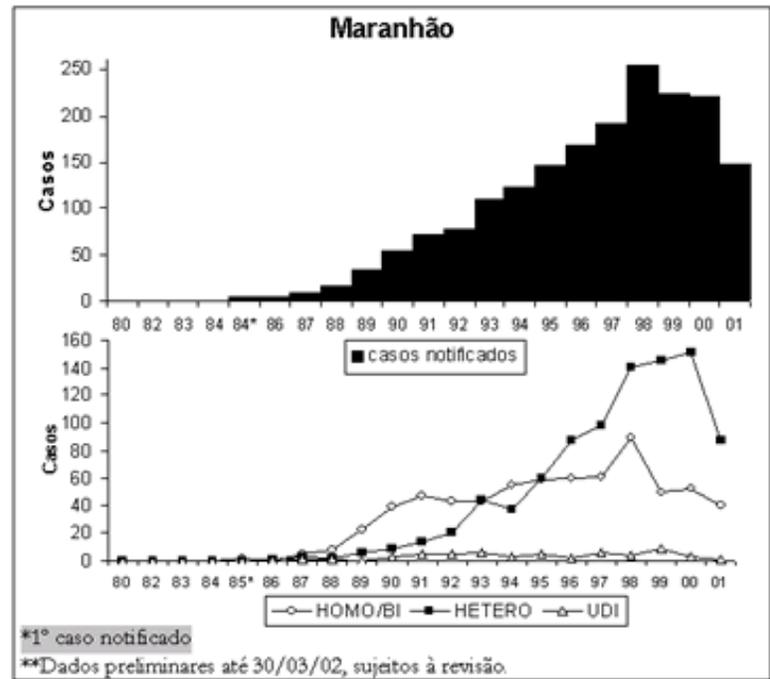
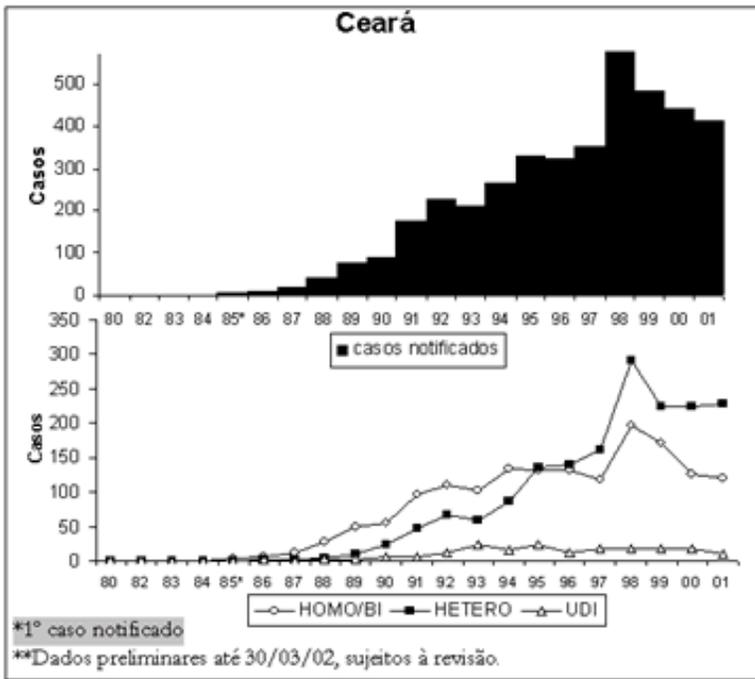


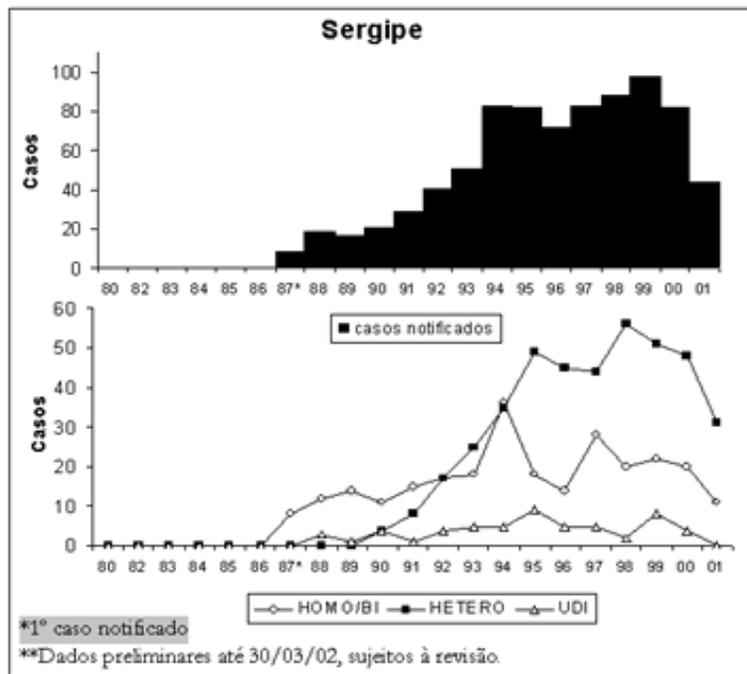
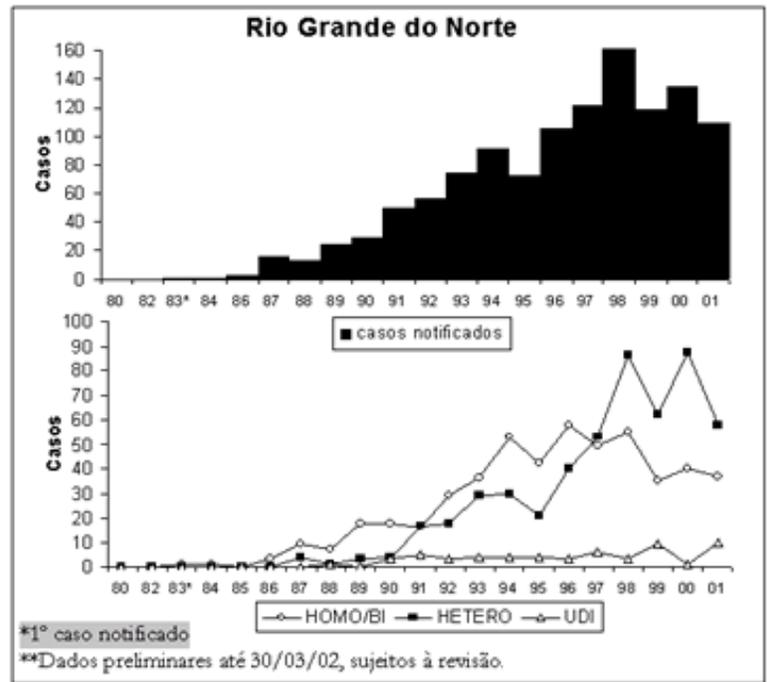
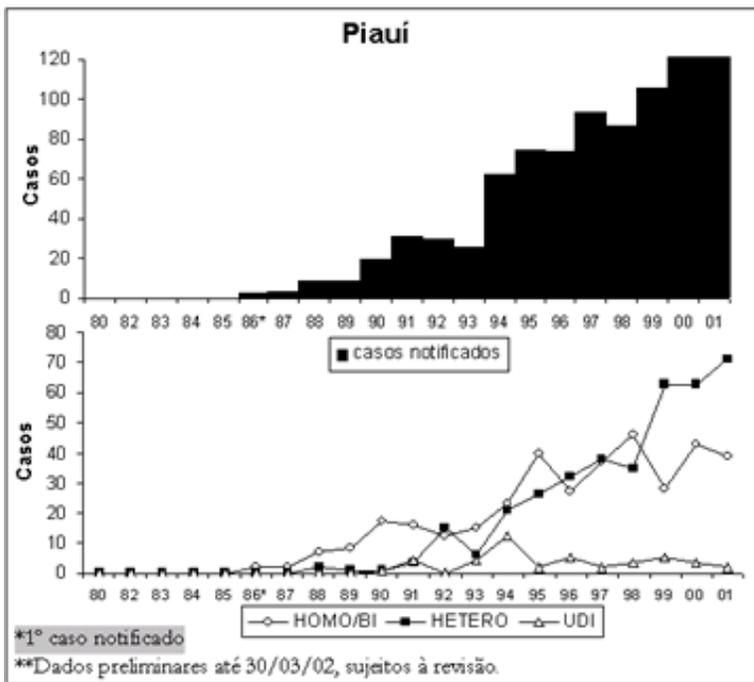


Dados das Regiões e respectivas Unidades Federadas

Gráfico 4 - Casos de aids segundo as principais categorias de exposição e ano de diagnóstico. Região Nordeste e respectivas Unidades Federadas, 1980 - 2001.**



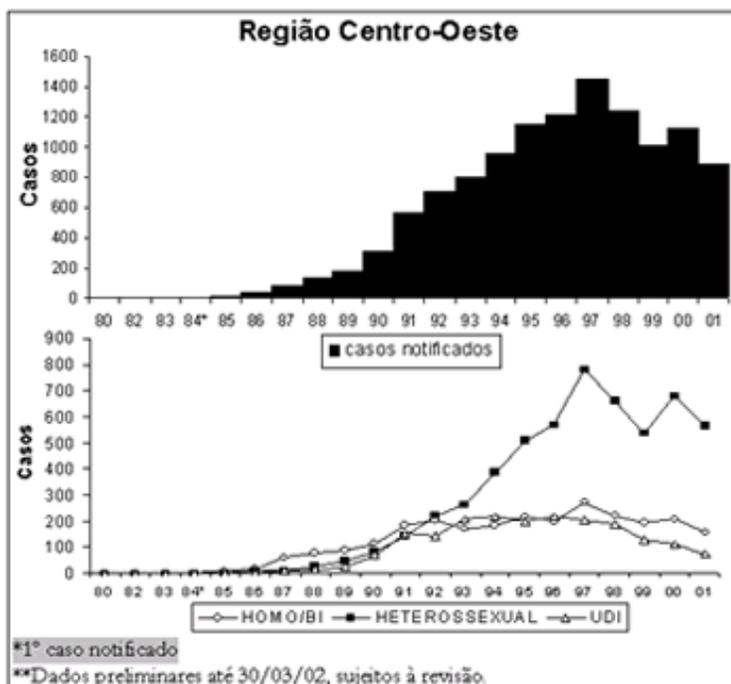


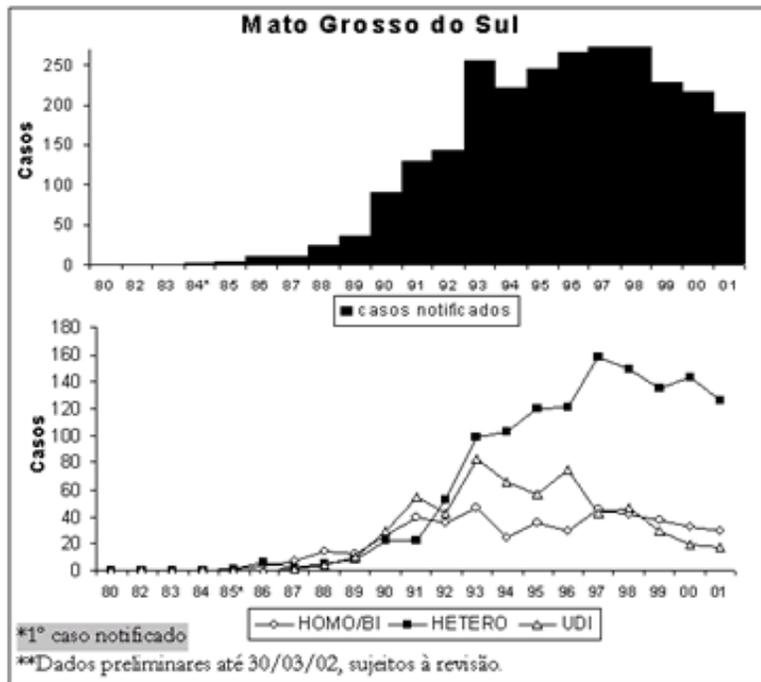
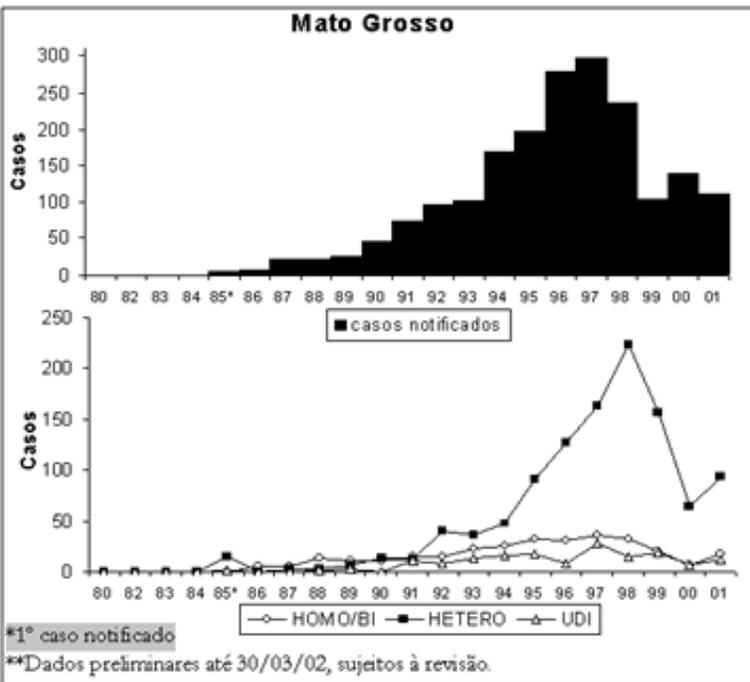
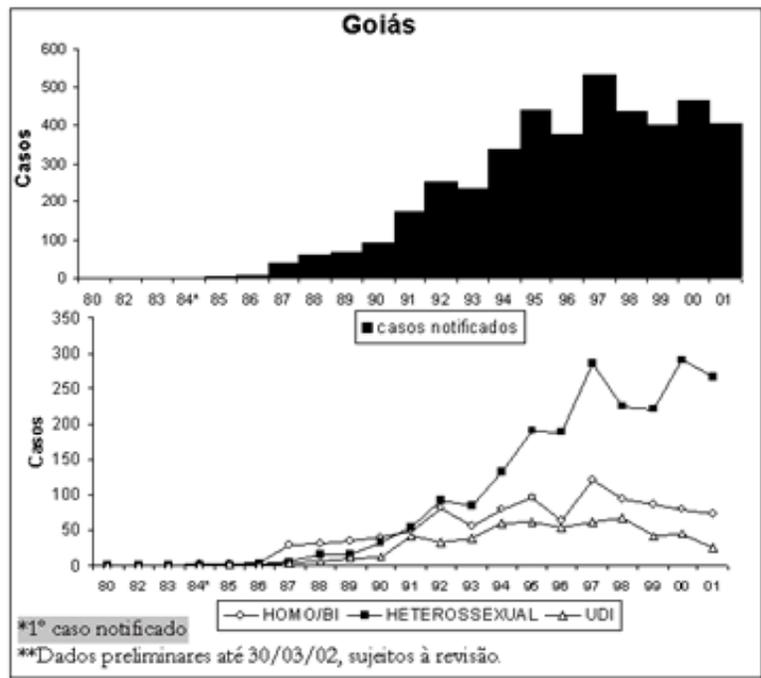
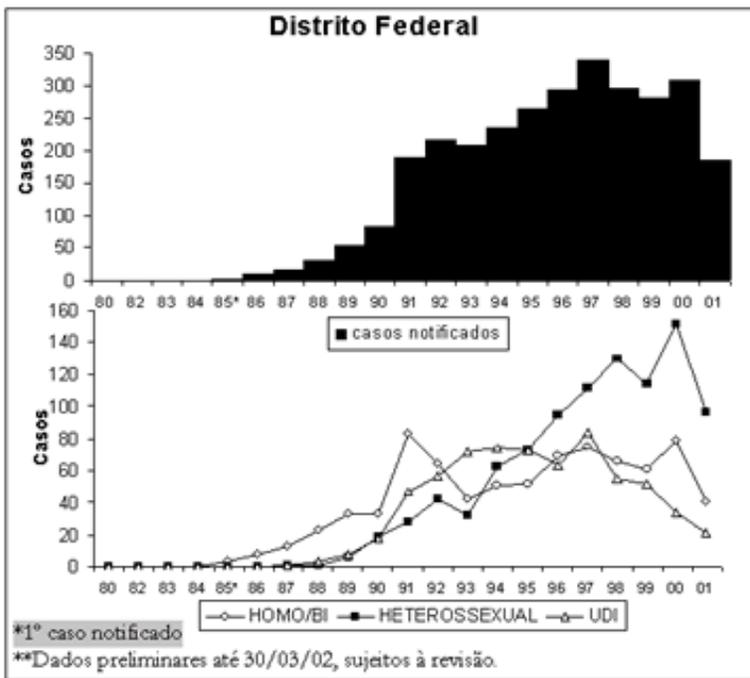




Dados das Regiões e respectivas Unidades Federadas

Gráfico 5 - Casos de aids, segundo as principais categorias de exposição e ano de diagnóstico. Região Centro-Oeste e respectivas Unidades Federadas, 1980 - 2001.**

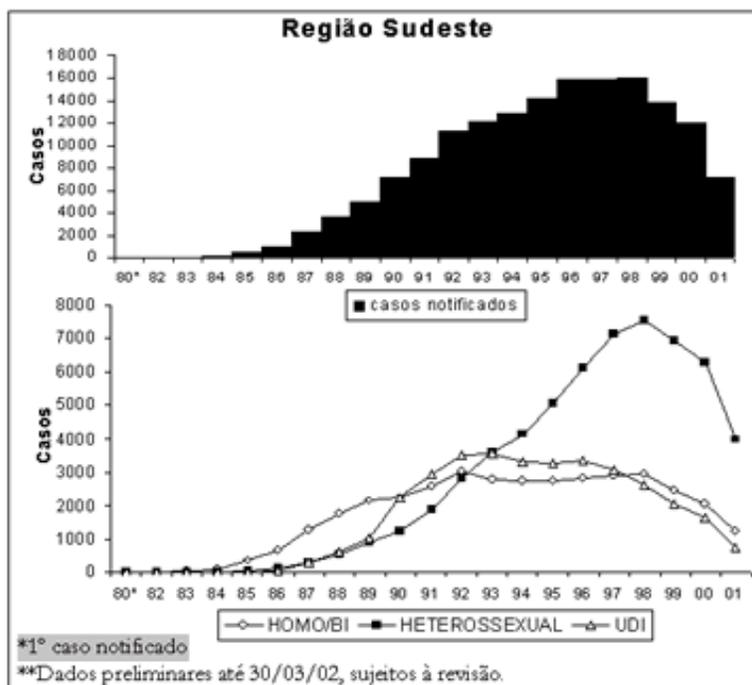


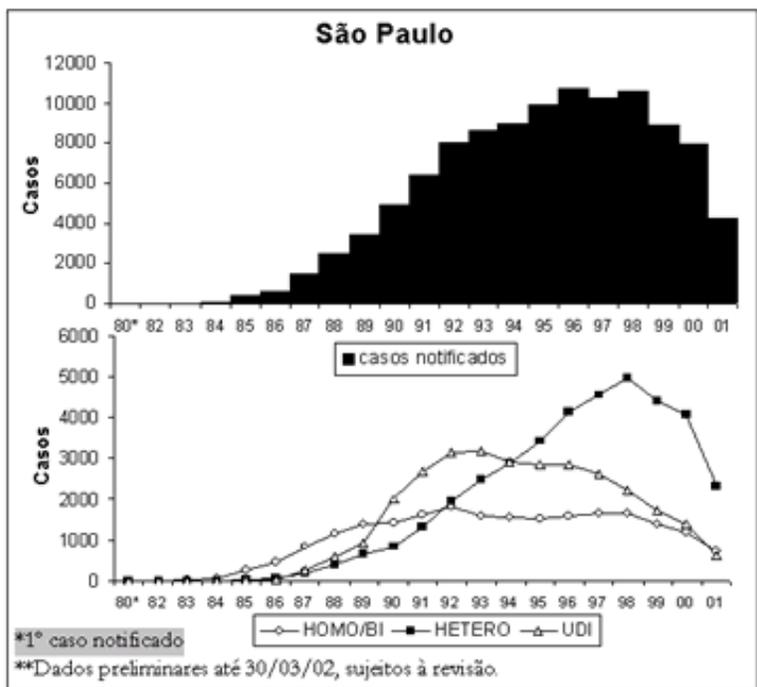
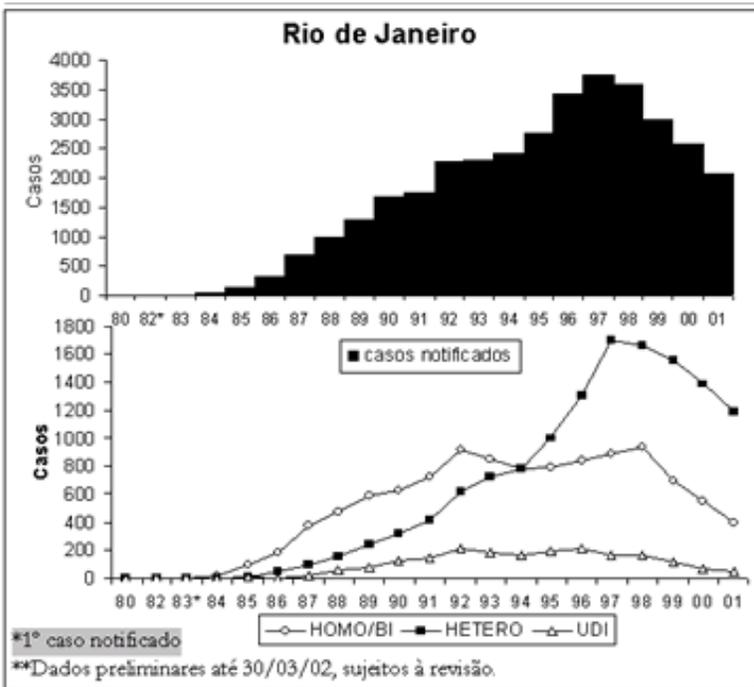
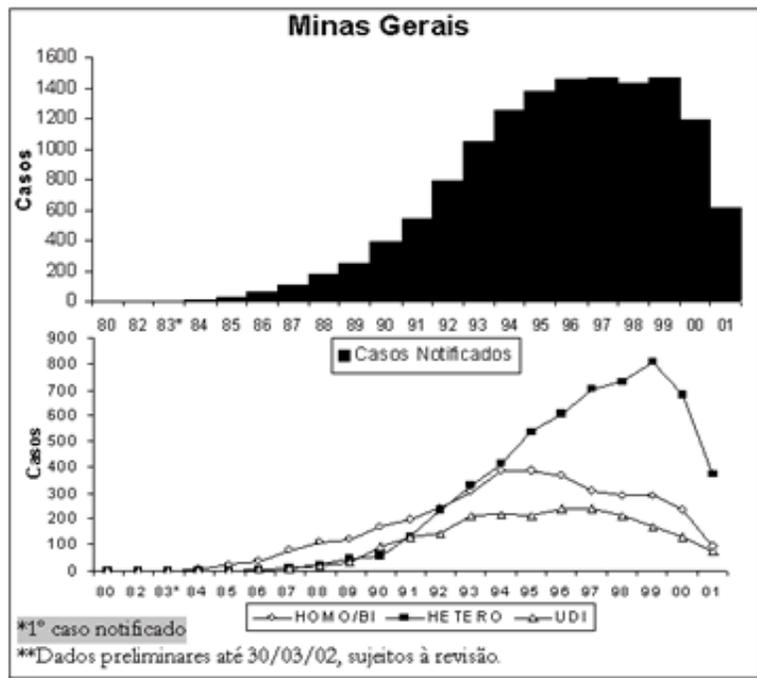
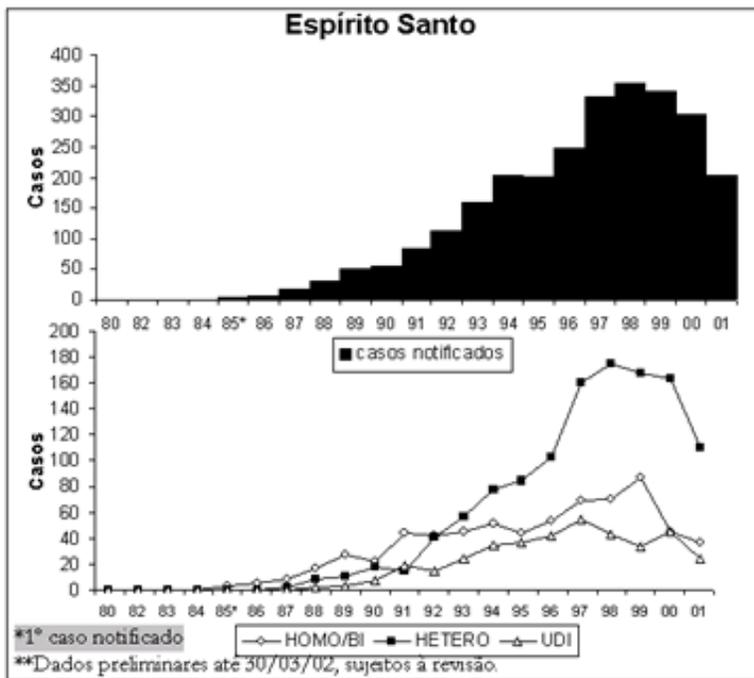




Dados das Regiões e respectivas Unidades Federadas

Gráfico 6 - Casos de aids segundo as principais categorias de exposição e ano de diagnóstico. Região Sudeste e respectivas Unidades Federadas, 1980 - 2001.**

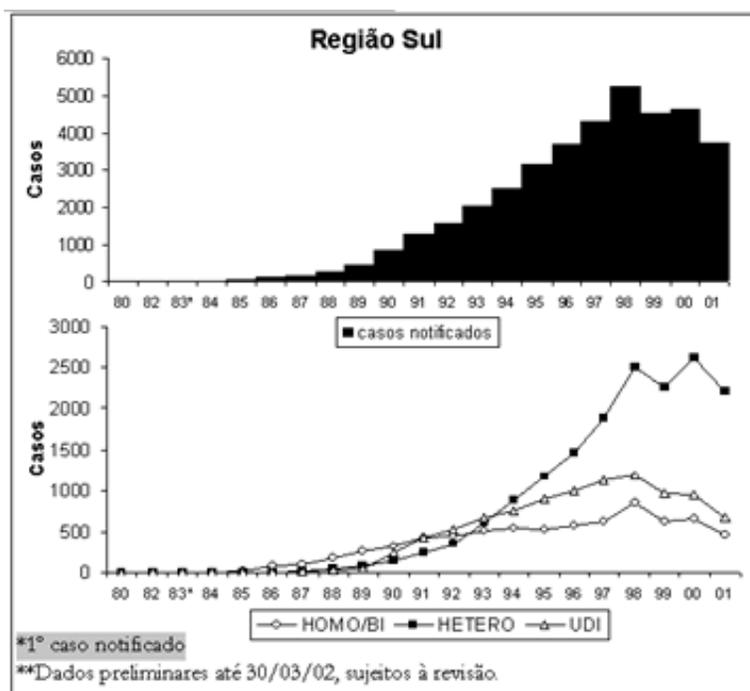


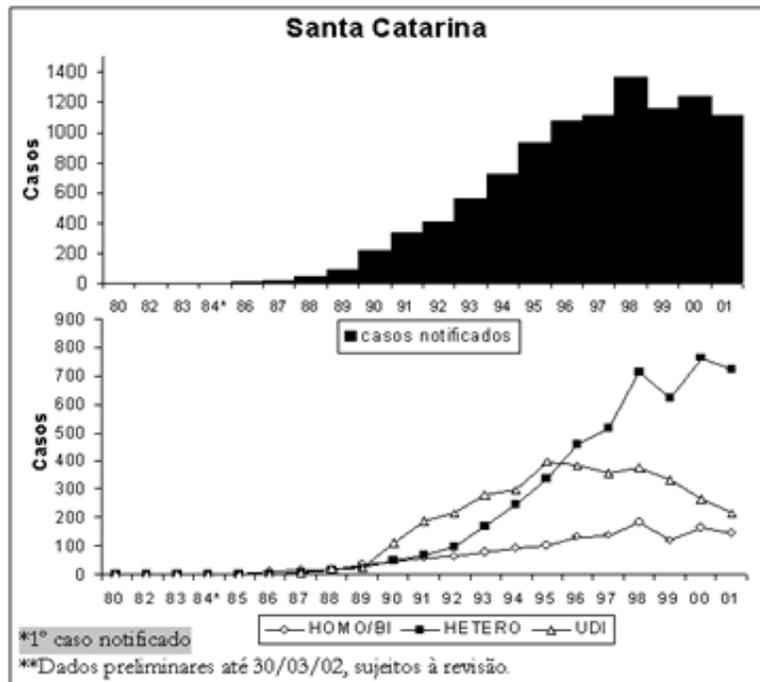
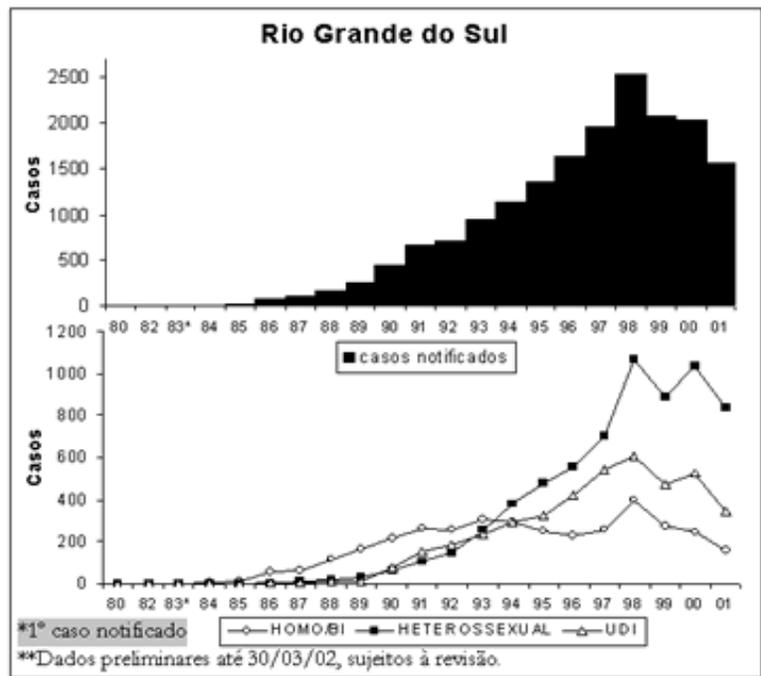
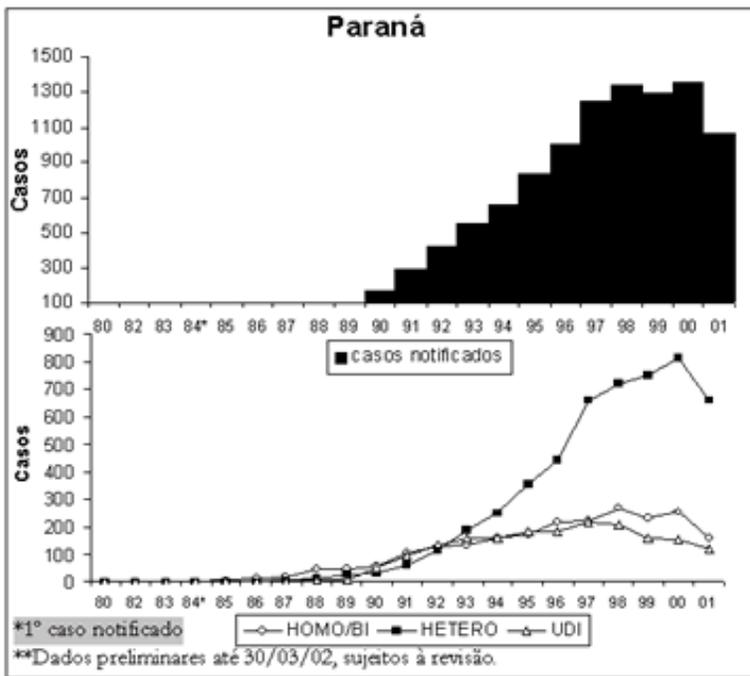




Dados das Regiões e respectivas Unidades Federadas

Gráfico 7 - Casos de aids, segundo as principais categorias de exposição e ano de diagnóstico. Região Sul e respectivas Unidades Federadas, 1984 - 2001.**







Dados dos Municípios

Tabela XIV - Casos de aids nos 100 municípios com os maiores números de casos notificados, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2002

Município de Residência	Período de Diagnóstico													Total		
	80-90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	1980-2002		
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	%	
1	SÃO PAULO (SP)	7546	3187	3876	3839	3897	4057	4323	4296	4125	3680	2808	1641	135	47410	20,0
2	RIO DE JANEIRO (RJ)	3963	1183	1484	1553	1594	1681	2086	2271	2230	1799	1470	1092	143	22549	9,5
3	PORTO ALEGRE (RS)	652	415	422	542	632	685	798	971	1190	825	860	712	45	8749	3,7
4	CURITIBA (PR)	190	124	186	258	282	402	483	601	615	539	601	429	83	4793	2,0
5	BELO HORIZONTE (MG)	458	207	280	367	516	548	484	457	367	394	316	115	-	4509	1,9
6	SANTOS (SP)	694	285	412	323	339	357	413	241	250	275	204	109	-	3902	1,6
7	RIBEIRÃO PRETO (SP)	388	186	226	261	307	332	388	393	346	285	257	215	35	3619	1,5
8	SALVADOR (BA)	364	188	231	216	197	174	306	378	363	374	286	195	36	3308	1,4
9	CAMPINAS (SP)	351	203	216	238	258	315	339	263	314	220	216	122	-	3055	1,3
10	BRASÍLIA (DF)	197	189	216	207	235	265	292	340	295	281	308	185	31	3041	1,3
11	RECIFE (PE)	323	139	153	149	188	220	259	236	340	267	244	230	32	2780	1,2
12	FORTALEZA (CE)	192	114	185	166	193	225	215	231	377	307	281	264	18	2768	1,2
13	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (SP)	222	133	214	247	225	218	271	257	295	210	166	40	-	2498	1,1
14	GOIÂNIA (GO)	216	114	156	137	185	284	211	279	206	172	210	139	-	2309	1,0
15	FLORIANÓPOLIS (SC)	113	75	166	179	191	265	245	194	232	194	161	144	18	2177	0,9
16	GUARULHOS (SP)	221	118	163	178	167	152	159	158	302	273	171	83	2	2147	0,9
17	SANTO ANDRÉ (SP)	223	122	165	189	188	248	219	261	223	149	119	25	-	2131	0,9
18	NOVA IGUAÇU (RJ)	174	103	169	90	117	168	267	317	177	171	131	173	13	2070	0,9
19	SOROCABA (SP)	159	126	138	155	179	198	191	124	179	62	158	82	1	1752	0,7
20	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS (SP)	129	69	85	103	140	200	204	181	183	141	181	108	-	1724	0,7
21	OSASCO (SP)	199	77	111	159	124	156	164	180	157	130	133	61	6	1657	0,7
22	SÃO VICENTE (SP)	263	129	171	153	164	203	138	86	113	90	104	34	-	1648	0,7

23	NITERÓI (RJ)	278	90	111	119	111	145	154	144	123	147	114	78	14	1628	0,7
24	CAMPO GRANDE (MS)	103	76	75	145	113	142	174	162	163	105	122	101	12	1493	0,6
25	SÃO BERNARDO DO CAMPO (SP)	152	89	87	112	111	132	157	150	137	166	92	31	2	1418	0,6
26	ITAJAI (SC)	74	88	50	109	108	120	107	158	190	125	125	118	26	1398	0,6
27	DUQUE DE CAXIAS (RJ)	126	49	77	97	88	117	142	139	133	107	93	132	11	1311	0,6
28	JUIZ DE FORA (MG)	109	72	87	92	117	101	133	153	156	133	95	40	3	1291	0,5
29	MANAUS (AM)	55	32	50	59	91	79	103	155	177	219	186	77	-	1283	0,5
30	JOINVILLE (SC)	29	22	33	40	51	78	81	91	171	161	217	173	28	1175	0,5
31	SÃO GONÇALO (RJ)	102	62	88	100	93	95	124	127	115	103	79	63	15	1166	0,5
32	BAURU (SP)	59	66	71	105	137	152	136	109	90	90	88	21	-	1124	0,5
33	BELÉM (PA)	87	53	68	83	106	128	145	157	146	78	53	12	-	1116	0,5
34	CUIABÁ (MT)	106	60	70	61	93	107	137	140	104	55	74	48	4	1059	0,4
35	GUARUJÁ (SP)	156	67	95	85	85	97	114	54	115	63	52	17	-	1000	0,4
36	TAUBATÉ (SP)	59	59	68	91	77	102	91	112	111	72	96	28	-	966	0,4
37	ARARAQUARA (SP)	46	37	66	87	84	79	91	131	95	82	78	55	-	931	0,4
38	SÃO JOÃO DE MERITI (RJ)	97	30	39	56	44	80	82	78	104	99	90	97	9	905	0,4
39	JUNDIAI (SP)	45	43	50	68	82	69	85	101	107	97	101	43	-	891	0,4
40	LONDRINA (PR)	57	36	62	92	66	83	88	95	88	85	82	55	2	891	0,4
41	SÃO LUÍS (MA)	66	38	48	61	68	71	78	81	107	85	93	55	-	851	0,4
42	PIRACICABA (SP)	58	47	68	76	79	79	96	100	91	42	55	10	1	802	0,3
43	DIADEMA (SP)	63	37	43	54	42	86	88	71	76	82	90	55	3	790	0,3
44	UBERABA (MG)	35	18	35	41	49	64	101	107	105	90	76	25	-	746	0,3
45	SÃO LEOPOLDO (RS)	23	5	11	20	24	43	79	125	122	110	112	61	6	741	0,3
46	MACEIÓ (MA)	67	21	40	54	59	65	77	102	73	75	54	42	-	729	0,3
47	UBERLÂNDIA (MG)	40	24	35	53	66	61	90	41	55	92	79	59	7	702	0,3
48	VITÓRIA (ES)	56	37	28	43	52	45	58	82	88	73	72	58	7	699	0,3
49	MAUÁ (SP)	46	46	52	50	52	75	56	52	86	60	64	39	-	678	0,3
50	CANOAS (RS)	44	21	21	37	36	51	52	58	99	104	83	59	8	673	0,3
51	BLUMENAU (SC)	23	19	18	28	42	67	92	75	92	63	67	76	10	672	0,3
52	CRICIUMA (SC)	14	22	23	29	41	54	83	73	100	64	69	87	1	660	0,3
53	NATAL (RN)	52	26	31	47	52	48	54	59	98	63	59	61	6	656	0,3
54	VIAMÃO (RS)	25	8	24	29	35	45	52	63	99	72	99	89	10	650	0,3
55	JACAREI (SP)	47	32	37	55	61	83	77	67	74	48	41	19	-	641	0,3
56	PRAIA GRANDE (SP)	67	32	47	42	53	51	69	50	69	67	56	33	-	636	0,3
57	SÃO JOSÉ (SC)	20	14	19	15	50	69	73	93	63	81	82	57	-	636	0,3
58	FRANCA (SP)	57	34	47	59	65	65	69	77	70	48	31	11	-	633	0,3
59	BELFORD ROXO (RJ)	37	9	19	15	40	56	75	97	86	49	66	71	7	627	0,3
60	CATANDUVA (SP)	58	26	46	51	49	63	61	63	77	49	49	19	-	611	0,3
61	CARAPICUIBA (SP)	69	33	44	51	39	50	65	62	60	48	53	29	-	603	0,3

62	BARRETOS (SP)	37	30	31	55	59	66	59	94	62	49	43	15	-	600	0,3
63	ARACATUBA (SP)	29	22	27	22	43	69	78	69	75	51	67	27	8	587	0,2
64	TERESINA (PI)	35	21	19	17	37	51	48	54	58	57	76	70	23	566	0,2
65	CUBATÃO (SP)	56	30	45	40	34	56	71	42	62	53	50	24	1	564	0,2
66	ALVORADA (RS)	14	9	18	16	38	54	39	62	79	70	86	59	4	548	0,2
67	MARÍLIA (SP)	43	34	34	48	43	42	52	51	60	60	43	30	7	547	0,2
68	PETRÓPOLIS (RJ)	63	38	37	24	19	54	35	52	73	55	57	37	1	545	0,2
69	OLINDA (PE)	48	9	20	25	31	46	53	65	71	56	66	39	11	540	0,2
70	JABOATÃO DOS GUARARAPES (PE)	35	21	26	26	29	25	55	65	70	58	53	66	5	534	0,2
71	PRESIDENTE PRUDENTE (SP)	55	36	47	48	43	39	59	45	50	34	40	27	-	523	0,2
72	SÃO CARLOS (SP)	31	14	32	36	28	40	39	43	76	61	69	48	-	517	0,2
73	SÃO CAETANO DO SUL (SP)	62	42	49	47	53	55	47	59	40	26	15	5	-	500	0,2
74	PASSO FUNDO (RS)	22	17	24	49	60	40	57	43	68	42	27	39	11	499	0,2
75	VILA VELHA (ES)	28	14	19	26	34	44	44	56	76	51	52	37	8	489	0,2
76	RIO CLARO (SP)	26	12	24	32	29	48	54	40	49	63	60	29	-	466	0,2
77	TABOÃO DA SERRA (SP)	63	34	38	40	38	39	49	33	47	39	23	19	-	462	0,2
78	CACAPAVA (SP)	16	32	22	44	34	43	53	53	52	42	42	15	-	448	0,2
79	JOÃO PESSOA (PB)	35	24	21	29	29	39	30	39	53	56	42	41	-	438	0,2
80	BEBEDOURO (SP)	43	26	43	45	56	47	43	37	38	20	25	15	-	438	0,2
81	PARANAGUÁ (PR)	6	16	16	20	23	30	48	50	60	52	55	48	7	431	0,2
82	MARINGÁ (PR)	23	12	16	12	32	39	39	30	58	50	66	45	8	430	0,2
83	GRAVATAI (RS)	24	18	11	15	20	31	34	34	57	76	44	54	12	430	0,2
84	PELOTAS (RS)	15	22	11	23	24	46	31	39	65	85	52	12	3	428	0,2
85	ARACAJÚ (SE)	34	14	23	29	35	46	35	45	39	40	43	28	4	415	0,2
86	RIO GRANDE (RS)	23	12	26	35	36	34	61	74	58	37	7	8	4	415	0,2
87	BALNEÁRIO CAMBORIU (SC)	29	19	16	20	16	37	50	36	56	31	56	35	10	411	0,2
88	CARIACICA (ES)	22	7	11	28	32	27	34	58	53	58	47	27	2	406	0,2
89	CONTAGEM (MG)	12	18	12	41	45	46	50	48	47	48	29	9	-	405	0,2
90	FOZ DO IGUAÇU (PR)	8	14	9	8	13	31	49	50	48	60	58	50	7	405	0,2
91	PONTA GROSSA (PR)	13	11	10	17	17	33	41	64	56	50	41	41	5	399	0,2
92	MOJI DAS CRUZES (SP)	29	17	13	15	25	48	34	49	57	53	27	19	-	386	0,2
93	ITU (SP)	16	19	20	27	37	36	44	27	31	38	39	22	11	367	0,2
94	NOVO HAMBURGO (RS)	16	5	8	10	34	35	38	41	48	48	45	26	3	357	0,2
95	AMERICANA (SP)	22	17	15	23	24	31	45	51	32	34	33	16	-	343	0,1
96	FEIRA DE SANTANA (BA)	27	11	7	18	15	20	24	32	29	49	58	40	6	336	0,1
97	BARUERI (SP)	26	15	20	21	25	35	25	35	32	35	39	24	1	333	0,1
98	SANTA MARIA (RS)	12	12	10	21	20	40	47	42	48	30	27	14	2	325	0,1
99	ITAQUAQUECETUBA (SP)	26	12	9	11	29	15	24	50	41	39	43	23	1	323	0,1

100	SERRA (ES)	12	2	19	20	22	31	40	28	41	43	30	19	4	311	0,1
	SUBTOTAL	21080	9804	12266	13303	14290	16138	17902	18454	19109	16189	14447	9604	959	183545	77,3
	OUTROS MUNICÍPIOS	3176	1963	2553	3208	3781	4374	5273	5963	6634	6151	6122	4340	505	54043	22,7

* Dados preliminares até 30/03/02, sujeitos a revisão.



Dados dos Municípios

Tabela XV - Incidência de aids (por 100000 hab.) nos 100 municípios com maiores números de casos notificados, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1991-2001

Município de Residência	Período de Diagnóstico										
	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
1 ITAJAI (SC)	73,6	40,8	87,0	84,9	93,0	79,3	113,9	133,8	86,1	84,7	78,2
2 FLORIANÓPOLIS (SC)	29,4	64,3	67,1	70,5	96,4	90,3	70,5	83,3	68,8	47,0	40,9
3 SANTOS (SP)	66,4	98,9	77,0	79,6	82,6	100,2	58,6	61,0	67,3	48,8	26,1
4 PORTO ALEGRE (RS)	32,8	33,5	42,3	48,8	52,3	61,9	74,8	91,1	62,8	63,2	51,8
5 CAÇAPAVA (SP)	48,4	33,1	64,4	49,0	61,1	77,8	77,2	75,2	60,3	55,2	19,5
6 RIBEIRÃO PRETO (SP)	42,6	51,9	57,9	67,1	71,5	85,0	85,0	73,9	60,2	50,9	41,8
7 SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (SP)	46,9	73,4	82,4	73,9	70,5	83,0	76,9	86,0	59,7	46,3	10,9
8 SÃO LEOPOLDO (RS)	3,0	6,5	11,1	13,2	23,4	43,7	68,0	65,4	58,1	57,9	31,0
9 SÃO JOSÉ (SC)	10,0	13,4	10,1	33,2	45,2	48,3	61,8	41,2	52,2	47,2	32,1
10 CUBATÃO (SP)	32,9	48,8	43,1	36,1	58,5	73,0	42,4	61,5	51,8	46,2	21,8
11 BALNEÁRIO CAMBORIU (SC)	47,1	36,7	47,2	37,2	84,8	85,9	59,6	89,9	48,3	76,2	45,3
12 BARRETOS (SP)	31,4	32,2	55,7	58,9	64,9	58,6	92,2	60,2	47,0	41,4	14,3
13 ARARAQUARA (SP)	22,2	40,0	51,2	48,7	45,1	52,7	76,7	55,0	47,0	42,7	29,7
14 CATANDUVA (SP)	27,9	49,7	54,3	51,4	65,1	60,4	60,9	72,9	45,5	46,3	17,7
15 PARANAGUÁ (PR)	14,9	14,4	17,9	20,4	26,4	38,4	41,9	48,9	41,2	43,2	36,8
16 ALVORADA (RS)	6,3	12,4	10,6	24,9	35,1	24,1	37,1	46,2	39,9	46,7	31,3
17 PRAIA GRANDE (SP)	25,9	36,6	31,5	39,2	37,1	45,9	31,8	42,4	39,8	28,9	16,5
18 RIO CLARO (SP)	8,7	17,0	22,4	20,0	32,6	35,2	25,5	30,6	38,5	35,7	16,9
19 CRICIUMA (SC)	15,0	15,5	18,8	26,2	34,1	52,2	45,0	60,6	38,2	40,5	50,2
20 JOINVILLE (SC)	6,3	9,1	10,7	13,5	20,4	20,4	22,2	40,9	37,6	50,5	38,8
21 SÃO PAULO (SP)	33,0	40,0	39,0	39,0	40,0	43,9	43,4	41,5	36,9	26,9	15,6
22 UBERABA (MG)	8,5	16,2	19,2	22,6	29,3	42,5	44,8	43,0	36,1	30,2	9,7
23 CANOAS (RS)	7,5	7,7	13,3	12,8	17,9	18,3	20,2	34,0	35,4	27,1	19,0
24 VIAMÃO (RS)	4,7	13,1	15,7	18,7	23,8	26,4	31,4	48,5	34,7	43,5	38,2
25 GRAVATAI (RS)	9,9	5,9	7,7	10,2	15,6	16,5	16,0	26,2	34,1	18,9	22,6
26 CURITIBA (PR)	9,4	13,8	18,9	20,5	29,0	32,7	39,6	39,7	34,0	37,9	26,5
27 JUNDIAI (SP)	14,9	17,2	23,1	27,4	22,7	29,0	34,3	36,2	32,8	31,2	13,2
28 SÃO CARLOS (SP)	8,8	19,8	21,8	16,7	23,6	22,2	23,9	41,4	32,6	35,8	24,3
29 RIO DE JANEIRO (RJ)	21,6	27,0	28,0	28,5	29,8	37,6	40,8	39,9	32,1	25,1	18,5
30 NITERÓI (RJ)	20,6	25,3	26,9	24,8	32,2	34,2	31,7	26,9	32,0	24,8	16,9
31 MARÍLIA (SP)	21,1	20,7	28,6	25,2	24,3	29,3	28,1	32,4	31,8	21,8	14,9
32 TAUBATÉ (SP)	28,5	32,5	42,6	35,5	46,4	41,3	50,1	49,0	31,4	39,3	11,3
33 SÃO VICENTE (SP)	48,0	63,2	54,4	57,4	70,0	49,4	30,5	39,7	31,4	34,3	11,1
34 ARAÇATUBA (SP)	13,8	17,5	14,0	26,9	42,5	48,0	41,8	44,9	30,1	39,6	15,8
35 JUIZ DE FORA (MG)	18,7	22,1	23,0	29,0	24,7	31,3	35,2	35,3	29,5	20,8	8,6
36 BAURU (SP)	25,3	26,6	38,4	49,3	53,9	46,5	36,3	29,3	28,7	27,8	6,5
37 ITU (SP)	17,7	18,2	23,9	32,3	30,9	35,9	21,4	23,9	28,6	28,8	15,9
38 JACAREI (SP)	19,5	22,5	32,0	34,9	46,8	45,9	39,7	43,6	28,2	21,4	9,8

39	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS (SP)	15,6	18,9	22,0	29,4	41,4	42,0	36,4	36,1	27,3	33,6	19,6
40	VITÓRIA (ES)	14,3	10,8	16,1	19,1	16,3	21,8	30,6	32,7	27,0	24,6	19,6
41	PELOTAS (RS)	7,6	3,7	7,7	7,9	15,0	10,1	12,6	20,8	26,9	16,1	3,7
42	GUARUJÁ (SP)	31,9	44,6	38,6	38,0	42,7	50,4	23,4	49,2	26,6	19,6	6,3
43	BEBEDOURO (SP)	38,4	62,6	62,5	76,6	63,4	59,2	50,0	50,5	26,2	33,4	19,8
44	BLUMENAU (SC)	9,0	8,4	12,7	18,7	29,4	39,8	31,7	38,3	25,8	25,6	28,4
45	PASSO FUNDO (RS)	11,5	16,6	33,4	40,5	26,7	36,5	26,9	41,7	25,2	16,0	22,7
46	GUARULHOS (SP)	15,0	19,8	21,4	19,8	17,7	16,4	15,5	28,6	24,9	15,9	7,5
47	DIADEMA (SP)	12,1	13,9	17,0	13,0	26,2	27,2	21,7	22,9	24,5	25,2	15,2
48	SANTO ANDRÉ (SP)	19,8	26,7	30,1	29,5	38,3	35,1	41,6	35,4	23,6	18,3	3,8
49	CAMPINAS (SP)	24,0	25,2	27,1	28,9	34,8	37,3	28,5	33,5	23,2	22,3	12,4
50	FOZ DO IGUAÇU (PR)	7,4	4,6	4,0	6,4	15,2	21,2	20,7	19,1	23,1	22,4	18,7
51	SÃO BERNARDO DO CAMPO(SP)	15,7	14,9	19,0	18,5	21,7	23,8	21,9	19,5	23,0	13,1	4,3
52	SÃO JOÃO DE MERITI(RJ)	7,0	9,1	13,0	10,1	18,3	18,9	17,9	23,7	22,5	20,0	21,5
53	RIO GRANDE(RS)	7,0	15,0	19,8	20,1	18,8	34,2	41,2	32,1	20,3	3,8	4,3
54	NOVO HAMBURGO(RS)	2,4	3,8	4,6	15,5	15,7	16,8	17,7	20,4	20,0	19,1	10,8
55	NOVA IGUAÇU(RJ)	7,9	21,6	11,4	14,6	20,8	32,3	37,8	20,8	19,8	14,2	22,6
56	TABOÃO DA SERRA(SP)	21,2	23,1	23,4	21,9	22,2	26,8	17,5	24,4	19,7	11,6	9,4
57	OSASCO(SP)	13,6	19,2	27,2	20,9	25,9	26,3	28,3	24,2	19,7	20,4	9,2
58	PETRÓPOLIS(RJ)	14,9	14,3	9,2	7,2	20,4	13,0	19,0	26,4	19,7	19,9	12,8
59	LONDRINA(PR)	9,2	15,7	22,7	16,2	20,2	20,9	22,6	20,6	19,6	18,3	12,1
60	SÃO CAETANO DO SUL(SP)	28,1	33,2	31,9	35,5	36,3	33,6	42,9	29,5	19,5	10,7	3,6
61	RECIFE(PE)	10,7	11,7	11,3	14,2	16,4	19,2	17,4	24,9	19,4	17,1	16,0
62	AMERICANA(SP)	11,1	9,6	14,4	14,8	18,9	26,8	29,7	18,3	19,2	18,1	8,6
63	UBERLÂNDIA(MG)	6,5	9,2	13,6	16,8	15,4	20,5	9,0	11,7	18,9	15,8	11,4
64	PONTA GROSSA(PR)	4,7	4,2	7,0	7,0	13,4	16,0	24,7	21,3	18,7	15,0	14,7
65	BELO HORIZONTE(MG)	10,2	13,8	17,8	24,8	26,0	23,1	21,7	17,3	18,4	14,1	5,1
66	PRESIDENTE PRUDENTE(SP)	21,8	28,0	28,2	24,9	22,2	33,3	25,0	27,3	18,3	21,1	14,1
67	CARIACICA(ES)	2,5	3,9	9,7	10,9	9,0	11,3	18,8	16,9	18,2	14,5	8,2
68	MARINGÁ(PR)	5,0	6,5	4,8	12,6	15,2	14,6	10,9	20,7	17,5	22,9	15,3
69	MANAUS(AM)	3,2	4,8	5,5	8,2	7,0	8,9	13,0	14,5	17,4	13,2	5,3
70	BARUERI(SP)	11,5	14,4	15,0	17,6	24,2	14,1	18,5	16,1	16,8	18,7	11,0
71	FRANCA(SP)	14,6	19,6	23,8	25,9	25,5	25,8	27,9	24,7	16,5	10,8	3,7
72	GOIÂNIA(GO)	12,4	16,6	14,3	19,0	28,7	21,0	27,3	19,8	16,3	19,2	12,5
73	SALVADOR(BA)	9,1	11,0	9,9	8,9	7,8	13,8	16,8	16,0	16,2	11,7	7,8
74	CAMPO GRANDE(MS)	14,4	13,9	25,6	19,6	24,3	29,0	26,2	25,7	16,2	18,4	14,9
75	VILA VELHA(ES)	5,3	7,0	9,4	12,1	15,4	14,8	18,3	24,4	16,0	15,0	10,4
76	MAUÁ(SP)	15,6	17,1	16,1	16,5	23,5	16,3	14,7	23,6	16,0	17,6	10,5
77	OLINDA(PE)	2,6	5,8	7,1	8,7	12,8	15,2	18,5	20,1	15,8	17,9	10,5
78	MOJI DAS CRUZES(SP)	6,2	4,6	5,2	8,6	16,3	10,9	15,2	17,2	15,6	8,2	5,6
79	FORTALEZA(CE)	6,4	10,3	9,0	10,3	11,9	10,9	11,5	18,3	14,6	13,1	12,1
80	ITAQUAQUECETUBA(SP)	7,3	5,1	6,1	15,8	8,1	10,5	20,5	15,9	14,4	15,8	8,1
81	DUQUE DE CAXIAS(RJ)	7,3	11,4	14,2	12,8	16,8	19,9	19,1	18,1	14,3	12,0	16,8
82	BRASÍLIA(DF)	11,8	13,2	12,4	13,8	15,2	16,0	18,1	15,3	14,3	15,0	8,8
83	SERRA(ES)	0,9	8,2	8,1	8,8	12,2	14,8	9,9	14,0	14,2	9,3	5,7
84	CARAPICUÍBA(SP)	11,6	15,1	17,0	12,8	16,2	19,8	18,3	17,2	13,4	15,4	8,3
85	SOROCABA(SP)	33,2	35,5	39,0	44,3	48,3	44,3	27,9	39,3	13,3	32,0	16,1
86	PIRACICABA(SP)	16,6	24,0	26,1	26,8	26,4	31,7	32,4	29,0	13,2	16,7	3,0
87	SANTA MARIA(RS)	5,5	4,6	9,5	9,0	17,7	20,1	18,2	20,5	12,6	11,1	5,7
88	CUIABÁ(MT)	14,9	17,1	14,0	20,7	23,1	31,6	31,7	23,2	12,1	15,3	9,7
89	SÃO GONÇALO(RJ)	8,0	11,1	12,4	11,4	11,6	14,9	15,0	13,4	11,8	8,9	7,0
90	BELFORD ROXO(RJ)	2,4	5,2	4,1	10,7	14,9	18,8	23,7	20,6	11,5	15,2	16,1
91	JABOATÃO DOS GUARARAPES(PE)	4,3	5,3	5,1	5,6	4,8	10,4	12,0	12,7	10,4	9,1	11,1
92	FEIRA DE SANTANA(BA)	2,7	1,7	4,2	3,5	4,6	5,3	6,9	6,2	10,2	12,1	8,2
93	SÃO LUÍS(MA)	5,5	6,7	8,3	9,1	9,4	10,0	10,1	13,1	10,1	10,7	6,2
94	JOÃO PESSOA(PB)	4,8	4,1	5,5	5,5	7,3	5,5	6,9	9,2	9,6	7,0	6,7

95	MACEIÓ(MA)	3,3	6,2	8,1	8,7	9,4	10,6	13,7	9,5	9,5	6,8	5,1
96	CONTAGEM(MG)	4,0	2,6	8,6	9,3	9,4	10,2	9,5	9,2	9,2	5,4	1,6
97	NATAL(RN)	4,3	5,0	7,4	8,0	7,3	8,2	8,8	14,4	9,1	8,3	8,4
98	ARACAJU(SE)	3,5	5,7	6,9	8,2	10,6	8,2	10,4	8,9	9,0	9,3	6,0
99	TERESINA(PI)	3,5	3,1	2,7	5,7	7,8	7,3	8,1	8,5	8,2	10,6	9,6
100	BELÉM(PA)	4,3	6,2	6,4	8,0	9,4	12,7	13,5	12,4	6,6	4,1	0,9

* Foi utilizado o ano de 1999 para ordenação dos municípios para minimizar o efeito do atraso de notificação no cálculo das incidências.

*** Dados preliminares até 30/03/02, sujeitos a revisão.



Relatório de Pesquisa

Sobrevivência atual dos pacientes com aids no Brasil. Evidência dos resultados de um esforço nacional

José Ricardo Pio Marins*^{@w}, Leda de Fátima Jamal^w, Sanny Chen[§], Estie S. Hudes^², Aristides Barbosa Junior^{**}, Marilisa Berti de Azevedo Barros^{*}, Pedro Chequer⁻, Paulo Roberto Teixeira^{**} e Norman Hearst^².

*Universidade Estadual de Campinas

[@]Programa Municipal de Aids de Sorocaba, São Paulo

^wCoordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo

[§]Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, United States

^²University of California, San Francisco, United States

^{**}Coordenação Nacional de DST/Aids

-UNAIDS, Buenos Aires, Argentina

Correspondência: Dr. José Ricardo Pio Marins - Email: dst_aids@terra.com.br

Introdução

A sobrevida mediana no Brasil, dos pacientes com aids maiores de 12 anos, no período de 82 a 89, era de apenas 5,1 meses (Chequer, 1992)¹, isto significa dizer que cerca de 50% dos pacientes morriam em menos de seis meses, após o diagnóstico da primeira infecção oportunista.

Esse foi o período crítico da epidemia, pois se conhecia muito pouco sobre a aids e ainda se aprendia como manejar as Infecções Oportunistas (IO), sem ter uma compreensão mais ampla sobre o agente etiológico e seus mecanismos patogênicos.

Nessa época, o mundo assistia perplexo o surgimento desse agravo letal e os serviços médicos deparavam-se de maneira impotente com a morte de um número cada vez maior de pessoas.

As diferenças na sobrevivência dos afetados até o início da década de 90, nos diferentes países, eram estimadas em meses, sendo que naqueles desenvolvidos, mesmo com todo aparato tecnológico disponível, conseguia-se atingir, no máximo, sobrevidas de 12 a 18 meses, nos estudos mais consistentes².

A primeira perspectiva que surgiu, na mudança deste cenário, foi a descoberta de um Inibidor da Transcriptase Reversa - ITR, (a zidovudina - AZT) em 89, o qual se mostrou eficaz inicialmente, porém, estudos posteriores demonstraram que seu uso de fato melhorava a qualidade de vida, contudo não alterava o tempo de sobrevivência.

Alguns anos se passaram, até que surgiram outros inibidores da transcriptase reversa (DDI e DDC), os quais, após a indicação de uso associado com o AZT em 95, demonstraram, pela primeira vez, serem capazes de aumentar discretamente a sobrevivência das pessoas afetadas, inaugurando por isto, a chamada época da terapia dupla.

Certamente, durante todo este tempo de evolução, ocorreu intensa produção científica, o que possibilitou uma compreensão mais consistente dos mecanismos imunológicos e fisiopatológicos da infecção por HIV, os quais contribuíram para que fosse possível o desenvolvimento de uma nova classe terapêutica denominada de Inibidores de Protease - IP.

Em 1996, o Dr. David Ho anunciou na Conferência Mundial de Aids, em Vancouver³, o popularmente conhecido "coquetel", apresentando para o mundo um esquema terapêutico composto por 2 ITR e 1 IP cujo uso, em condições controladas, demonstrou um espantoso aumento da sobrevivência, chegando a se conjecturar, à época, que tal tratamento, intitulado então de terapia anti-retroviral de alta potência (High Active Antiretroviral Therapy-HAART), pudesse, após 3 anos de uso contínuo, eliminar o vírus e, hipoteticamente, se conseguir a cura da aids.

Infelizmente, a perspectiva de cura não se confirmou, pois, rapidamente, constatou-se que além da grande capacidade do vírus desenvolver resistência a essas drogas, tal esquema terapêutico não era capaz de debelar por completo o HIV de todos os tecidos humanos.

Apesar da frustração, a terapia HAART trouxe avanços inestimáveis, esclarecendo aspectos fundamentais da história natural da doença⁴ (relação do CD4, CV e evolução clínica), bem como demonstrou que, na vigência desse novo tratamento, a aids passaria a ser uma enfermidade crônica, compatível com uma sobrevivência, até então inusitada e, sobretudo, com grande preservação da qualidade de vida.

De fato, estudos internacionais⁵⁻¹⁴ posteriores demonstraram que os pacientes em uso desse tratamento, apresentavam uma mudança impressionante no seu curso clínico, registrando-se, nessas populações, grande queda dos coeficientes de mortalidade, drástica redução da incidência de I.O., grande aumento da qualidade de vida e principalmente aumento significativo da sobrevivência.

Tal foi a transformação do comportamento da doença determinada pela HAART, que passou-se a denominar este período, o qual se estende até o momento, de "era pós-HAART".

No Brasil, desde o início da epidemia, ao lado de uma intensa atividade de prevenção, luta pelos direitos humanos, estudos do comportamento da infecção e seus determinantes biopsicossociais, conseguiu-se garantir, de maneira *sui generis* para países em desenvolvimento, o acesso universal aos anti-retrovirais desde 1992¹⁵. Esta ampla resposta de enfrentamento só foi possível pela marcante participação das ONG/Aids e do comprometimento dos diferentes níveis de governo, então já contextualizados dentro da concepção do Sistema Único de Saúde.

Estas conquistas se consolidaram em 1996, quando, frente ao anúncio internacional dos ótimos resultados do "coquetel", os medicamentos que o compõem passaram a ser garantidos por lei federal, a despeito de seus altos custos, possibilitando, desta maneira, que os pacientes de aids do País tivessem acesso a todos os avanços terapêuticos disponíveis no mercado mundial.

A disponibilização dessa terapia anti-retroviral de alta potência na rede de serviços, à semelhança do que aconteceu em outros países, causou um impacto notável, de expressiva redução da morbi-mortalidade em São Paulo e Rio de Janeiro^{15,16} bem como, queda substancial do número de internações hospitalares no País, sem se considerar a avaliação extremamente satisfatória, dos profissionais de saúde e da própria comunidade afetada pela infecção.

No entanto, apesar dessas conquistas permanecem algumas indagações. Será que a terapia HAART que, em condições de estudos clínicos controlados, mostrou-se de grande impacto, ao ser utilizada em condições reais, alcançaria os mesmos resultados? Populações como a brasileira, afetadas ainda por doenças típicas da pobreza teriam condições de utilizar esquemas de tratamento tão complexos e com tantos efeitos colaterais? Será que um país que possui uma rede de serviço de saúde com tantas fragilidades, seria capaz de garantir o manejo de drogas que apresentam graves efeitos adversos, tóxicos e que demandam um monitoramento laboratorial de alta tecnologia?

Enfim, será que com todas essas dificuldades, agravadas pelos altos custos dos ARV, nossa população conseguiria se beneficiar na mesma intensidade de uma intervenção dita tão sofisticada, como aquelas que vivem em países de primeiro mundo?

Naturalmente em 1996, estas respostas não existiam. O que havia era o compromisso moral e ético, na nossa sociedade, de se fazer o máximo possível, a despeito de posições contrárias de organismos internacionais e das barreiras econômicas impostas pelas indústrias farmacêuticas transnacionais. Esses princípios levaram o País, de uma maneira isolada, a buscar soluções para as suas inconsistências, apostando na sua capacidade de enfrentar as iniquidades, mantendo a universalidade e os direitos constitucionais de nossos cidadãos.

O trabalho, ora apresentado, foi concebido a partir da necessidade de avaliar se todo este esforço nacional, construído por sociedade civil e governos, de fato trouxe avanços tanto nos aspectos individuais, como nos

coletivos.

Com esse objetivo, realizou-se um estudo para a Análise da Sobrevida Nacional dos Pacientes de Aids Maiores de 12 anos, diagnosticados em 95-96, buscando-se identificar qual o tempo mediano de sobrevida dos pacientes, após a definição da doença e seus determinantes, segundo aspectos socio-demográficos, categoria de exposição, doenças oportunistas, ano diagnóstico e sobretudo tipo de terapêutica anti-retroviral.

Método

Desenho do estudo

Estudo de coorte não concorrente. Tomando como base o estudo realizado por Chequer, 1 do período de 82-89, definiu-se que para manter a possibilidade de comparabilidade com o estudo anterior, o atual deveria ser de caráter nacional e com, no mínimo, as mesmas variáveis anteriores.

Fonte de informações

Após uma pré-análise do Banco Nacional de Notificação, que mostrou deficiências de informações importantes para um estudo de sobrevida, optou-se por utilizar o Banco somente como índice localizador dos casos, devendo as informações ser recoletadas dos prontuários médicos de cada paciente. Em caso de desacordo entre os dados, utilizar-se-ia os dados existentes no prontuário.

Variáveis de estudo

Como variáveis sociodemográficas: sexo, idade, nível de escolaridade (como indicador de nível socioeconômico) e local de moradia. Para a evolução clínica, praticamente incluiu-se todas informações existentes na Ficha de Notificação/Investigação de Aids (pacientes com 13 anos ou mais) ampliando-se informações como, uso de ARV e sua seqüência no tempo até o momento final da pesquisa: utilização de profilaxia primárias para pneumonia por *Pneumocistis carinii* e tuberculose; situação sorológica para Hepatites B e C e contagem de CD4 no momento de diagnóstico, além de dados sobre tipologia dos serviços notificantes.

Amostra

A amostra em nível nacional, foi desenhada buscando garantir a executabilidade do estudo, sendo para isto definido que somente cidade com mais de 40 casos notificados por ano seriam amostradas. Tentou-se garantir a proporcionalidade dos casos existentes nas cinco macrorregiões do País, e cidades de áreas metropolitanas e de porte médio. Como a região Norte tinha um reduzido número de cidades com o quantitativo mínimo de casos, a distribuição foi feita entre: Região Sul, Região Sudeste, Região Nordeste, sendo as regiões Norte e Centro-Oeste agregadas em um só estrato. A partir dos critérios acima, foram sorteadas, de maneira aleatória, as cidades seguintes: Curitiba, Londrina, São Paulo, Sorocaba, São José dos Campos, São José do Rio Preto, Bauru, Jacareí, São Bernardo do Campo, Rio de Janeiro, Niterói, Belo Horizonte, Uberlândia, Juiz de Fora, Recife, Olinda, Belém e Rondonópolis.

Critério de caso de aids

Utilizou-se, como definição de casos, os critérios CDC modificado 1992, Critério Rio de Janeiro- Caracas e critério de CD4 menor ou igual a 350 céls/mm³ 17.

Critérios de exclusão

Casos com data de diagnóstico fora do período de 1995-96, casos sem informação de data de nascimento, sem nome de mãe, sem número da unidade notificante e aqueles que tivessem a data de óbito menor/igual a 7 dias em relação ao diagnóstico, pois esses não são informativos para estudos desta natureza.

Operacionalização

Para o trabalho de campo, em cada cidade selecionada, foram capacitados, por meio de manual específico, um supervisor (com ampla experiência em vigilância epidemiológica de aids) e pesquisadores que já atuassem na rotina de notificação de casos, no intuito de garantir uniformidade das informações.

Todos os casos, além da revisão realizada pelo supervisor de cada cidade foram também revisados pelo autor principal e as incongruências foram reinvestigadas. Os dados de mortalidade foram coletados do prontuário ou de outras fontes existentes no município e as fichas de investigação originais atualizadas.

Utilizou-se, como data de censura para os casos sem data de óbito registrada, a data do último contato com o serviço notificante.

Período de coleta de dados

De abril de 2000 a janeiro de 2002.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido à Comissão de Ética do Centro de Referência de DST/Aids do Estado de São Paulo, de acordo com a orientação técnica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e por várias Comissões de Ética dos Hospitais e Secretarias de Saúde participantes.

Manejo dos dados

Após a dupla revisão de todos os casos, os dados foram digitados por técnico devidamente treinado, utilizando-se o software EPIINFO 6.018.

Aspectos da amostra

Dos 3930 casos inicialmente selecionados aleatoriamente, 1109 foram excluídos segundo as seguintes condições:

Após a revisão dos prontuários médicos, 252 casos tinham diagnóstico de aids, fora do período 95-96; para 295 casos não se conseguiu localizar o prontuário médico no serviço notificante; 165 casos, apesar de terem prontuários, esses não continham as informações mínimas requeridas; 160 casos foram excluídos porque a coleta de informação não tinha finalizado até o fim do período do estudo; 65 casos não tinham nenhum dado referente a diagnóstico de aids; 20 casos foram excluídos por duplicidade e 45 casos foram excluídos por diferentes circunstâncias distintas das acima.

Análise dos dados

Foram analisados 2821 casos, utilizando-se o software STATA 7.019. Pelo método de Kaplan-Meier, foram calculadas as curvas de sobrevida, em diferentes intervalos e a mediana de sobrevida. Os preditores encontrados foram analisados por meio da análise de riscos proporcionais de Cox20.

Todos os preditores encontrados como significativos na análise univariada, ou seja com likelihood ratio test $< .05$, foram considerados no modelo para a análise multivariada, exceto dados referentes aos níveis de CD4, pois somente um grupo muito pequeno de casos contavam com essa informação, tendo em vista que esse marcador imunológico somente tornou-se disponível em toda a rede de a tenção em 1997.

Ainda se refez a análise do estudo realizado no período 82-89 (Chequer P.-1992)¹, agora excluindo-se os óbitos com tempo \leq a 7 dias do diagnóstico, no sentido de homogeneizar os critérios para haver comparabilidade das curvas (a metodo-logia desse estudo encontra-se publicada).

Financiamento do Estudo

O estudo foi financiado exclusivamente pela Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde.

Resultados

Características sociodemográficas

Dos 2821 casos, 45 % foram diagnosticados no ano de 95 e os demais no ano de 96. No primeiro ano encontrou-se uma relação de 3/1 na relação H/M, a qual se reduziu no segundo ano para 2.4/1 (tabela 1).

A grande maioria dos casos apresentava nível de escolaridade de primeiro grau ou menos, (ao redor de 75%) em ambos os anos e os demais tinham segundo grau, sendo que um número muito reduzido tinha nível superior completo ou incompleto e por isso foram agregados aos com segundo grau (tabela 1).

A subcategoria de transmissão mais freqüente, em ambos os anos, foi a heterossexual, mostrando inclusive um crescimento proporcional em 96. A categoria de transmissão sangüinea é a segunda mais prevalente, sendo constituída praticamente por usuários de drogas injetáveis. Chama a atenção que 16% dos casos não tenham registro da categoria de transmissão, dado que se mantém estável nos dois anos do estudo (tabela 1).

Praticamente o ponto mediano na idade dos casos estudados foi de 33 anos, sendo essa idade constante no período de estudo (tabela 1).

Características clínicas

A maior parte dos casos foi notificada pelo Critério de Rio de Janeiro/Caracas, nas mesmas proporções em 95/96, sendo que o critério CDC modificado foi o segundo mais utilizado sem que houvesse diferenças nos dois anos.

Tabela 1. Características dos pacientes adultos com aids no Brasil, diagnosticados em 1995 e 1996.

Variável	Ano de Diagnóstico		Total (N=2821)* n (%)
	1995 (N = 1278)* n (%)	1996 (N = 1543)* n (%)	
Sexo			
Masculino	966 (76)	1092 (71)	2,058 (73)
Feminino	312 (24)	451 (29)	763 (27)
Idade ao diagnóstico			
£ 33	623 (49)	766 (50)	1,389 (49)
> 33	650 (51)	773 (50)	1,423 (51)
Educação			
1º grau ou menos	955 (75)	1,172 (76)	2,127 (75)
2º grau ou mais	323 (25)	371 (24)	694 (25)
Exposição			
Heterossexual	424 (33)	569 (37)	993 (35)
Homo/Bissexual	306 (24)	331 (21)	637 (23)
Sangue	344 (27)	404 (26)	748 (26)
Ignorada	204 (16)	239 (16)	443 (16)
Critério			
CD4	26 (2)	96 (06)	122 (04)
R.J/Caracas	554 (43)	644 (42)	1,198 (43)
CDC modificado	372 (29)	412 (27)	784 (28)
Múltipla	313 (25)	372 (24)	685 (24)

Ignorado	13 (1)	19 (01)	32 (01)
Diagnóstico			
Tuberculose	327 (25)	404 (26)	731 (26)
Pneumocistose	196 (15)	201 (13)	397 (14)
Neurotoxoplasmose	150 (13)	195 (13)	345 (12)
Outros	503 (39)	576 (37)	1,079 (38)
Nenhum/Ignorado	102 (08)	167 (11)	269 (10)
CD4 no diagnóstico			
£ 350	257 (92)	516 (92)	773 (92)
> 350	22 (08)	45 (08)	67 (08)
Tratamento Inicial			
Sem tratamento	445 (35)	326 (21)	771 (27)
Monoterapia	647 (50)	460 (30)	1,107 (39)
Terapia dupla	163 (13)	622 (40)	785 (28)
Terapia tripla	26 (2)	136 (09)	162 (06)
Tratamento na vida			
Sem tratamento	443 (35)	326 (21)	769 (27)
Mono ou duplo	496 (39)	472 (31)	968 (35)
Tripla ou mais	339 (26)	745 (48)	1,084 (38)
Profilaxia para <i>Pneumocystis Carinii</i>	554 (43)	686 (45)	1,240 (44)

* O n para cada variável pode ser menor que o n total devido a dados ignorados.

O critério mais freqüente como definidor de caso é o do aglomerado de múltiplas causas, indicando provavelmente os diferentes preditores de doença elencados na definição- Rio de Janeiro/Caracas. A tuberculose, quando se trata de uma infecção oportunista única isolada, apresentou-se como causa de diagnóstico principal, sendo que a segunda e terceira causa, representadas pela pneumocistose e neuro-toxoplasmose, praticamente têm a mesma freqüência (tabela 1).

Em relação ao uso de profilaxias primárias, pode-se observar que quase metade da população estudada fez seu uso para prevenção de pneumocistose, porém o mesmo não ocorreu com a tuberculose, que apresenta níveis bastante baixos da indicação da isoniazida de maneira profilática.

Quando se analisa o uso de anti-retrovirais como tratamento inicial, pode-se notar uma cifra ainda muito elevada de pacientes que não fizeram uso de nenhum ARV, fato mais acentuado (35%) em 95 (tabela 1).

O uso inicial de monoterapia, como primeiro tratamento mostra-se como esquema terapêutico mais freqüente em 1995 (50%), porém se reduz a 30% dos casos em 1996, provavelmente pela migração dos casos para uso de terapia dupla, que já estava amplamente disponível nesse ano (40%).

A quantidade de tratamentos iniciais de terapia tripla em 95 e 96 mostra-se bastante reduzida, girando em torno de apenas 6% dos caso no período. No entanto, verifica-se um crescimento de praticamente 5 vezes dessa terapia entre os dois anos de análise (de 2 para 9%).

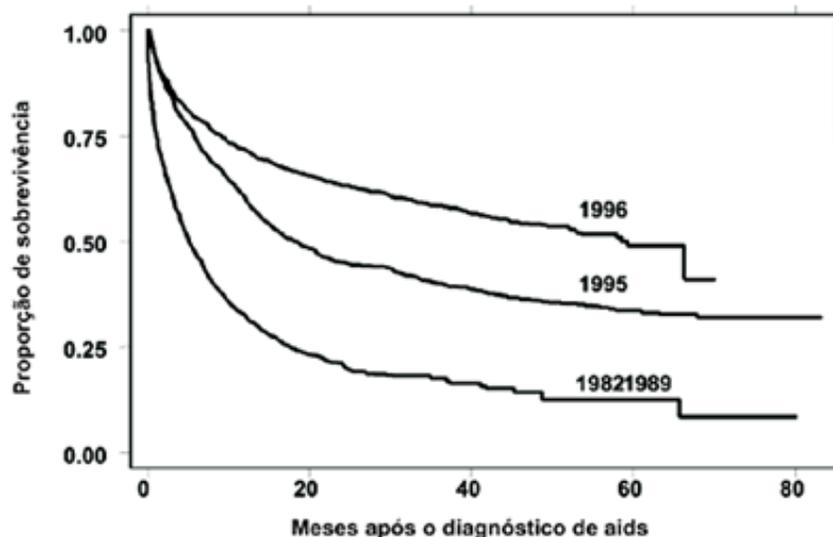
Essa distribuição de uso de ARV, no entanto, sofre uma transformação bastante expressiva ao se considerar o uso de esquemas terapêuticos na vida. Nesse caso, pode-se verificar que a proporção de casos em que se utilizou

terapia dupla em 95 e 96 passa a representar um terço praticamente dos casos e a terapia tripla torna-se o esquema mais freqüente, em cerca de 50% dos casos em 96 (Tabela 1).

Curvas de Sobrevida

Na figura 1, pode-se verificar que há diferenças importantes na sobrevida mediana, segundo os anos de diagnósticos. As diferenças mostram-se bastantes evidentes, sendo que a mediana do período de 82-89 foi de 6,1 meses após a reanálise do banco original, subindo para 16 meses no ano de 1995 e atingindo ao valor de 58 meses para o ano de 1996.

Figura 1 - Sobrevida por ano de diagnóstico.



Na tabela 2, observando-se os preditores de risco, verifica-se que permaneceram como diferenças significantes na análise univariada: sexo, categoria de transmissão, nível educacional, que é um indicador de nível socioeconômico dentro das variáveis sociodemográficas.

Ao se analisar as variáveis clínicas, permaneceram significativas: o ano de diagnóstico, tratamento ARV, critério de definição de caso, nível de CD4 e a profilaxia para *Pneumocistis carinii*.

Após a análise multivariada, permaneceram no modelo, como significantes, somente o critério de definição de caso e tipo de tratamento ARV.

Tabela 2. Análise Univariada e Multivariada - Modelo de Cox.

Preditor	Univariada		Multivariada	
	Hazard ratio	p-value	Hazard ratio	p-value
Tratamento		<.001		<.001
Sem tratamento	1.00		1.00	
Mono ou duplo	.36		.39	
Tripla ou mais	.06		.06	
Critério		<.001		<.001
CD4	1.00		1.00	
R.Janeiro/Caracas ou CDC modificado	9.62		6.77	
Múltiplo	12.76		9.90	

Desconhecido	7.77	6.70	
Exposição		< .001	.005
Sangue	1.00	1.00	
Homo/Bi	.64	.92	
Heterossexual	.74	1.05	
Desconhecida	1.08	1.27	
Ano de Diagnóstico		< .001	.467
1995	1.00	1.00	
1996	.63	.96	
Educação		< .001	.063
1º grau ou menos	1.00	1.00	
> 1º grau	.55	.87	
Sexo		.022	.053
Feminino	1.00	1.00	
Masculino		1.15	1.15
CD4 no diagnóstico (x 106/l)*	.047		
> 350 cel/mm3	1.00		
£ 350 cel/mm3	1.61		
Profilaxia para <i>P. carinii</i>		< .001	.247
Não	1.00	1.00	
Sim	.61	.93	

* Disponível apenas para 840 pacientes; por isso foi excluído da análise multivariada.

Discussão

A sobrevida mediana dos pacientes maiores de 12 anos no Brasil sofreu grande mudança entre o período 82-89 para 95-96. No primeiro período, 50% dos pacientes sobreviviam cerca de 6 meses após o diagnóstico, enquanto no ano de 1995 passaram a viver 16 meses e os diagnosticados em 1996 tiveram um grande acréscimo, sobrevivendo 58 meses.

Sabe-se que houve mudanças nos critérios de definição de caso entre os dois períodos, fato que poderia nos levar a pensar que essa fosse a causa das diferenças encontradas entre o estudo de Chequer P.-19921 e o atual. No entanto, estudou-se os anos de 95 e 96 com os mesmos critérios e a mudança é notória.

Além disso, mesmo que a mediana de sobrevida se elevasse um pouco ao se aplicar os mesmos critérios de diagnóstico do estudo atual ao primeiro, certamente esse fato não explicaria o aumento de 3 vezes na sobrevivência observado entre 95 e 96, e tampouco explicaria a magnitude desse dado observado no ano de 96 em que se verificou um crescimento cerca de 10 vezes em relação ao primeiro estudo.

É de se destacar que esse grande ganho de sobrevivência dos pacientes de aids no País ocorre simultaneamente à introdução da terapia anti-retroviral de alta potência (HAART) na rede pública nacional. Na análise multivariada, a variável tratamento na vida foi a única que poderia explicar essas mudanças, pois, dentre as duas outras que se mantiveram significantes, o critério de definição já era esperado, devido às grandes diferenças de sensibilidade existentes entre o critério CD4 e os demais e a categoria de transmissão somente manteve-se em .005 (limiar de significância) graças à grande quantidade de casos de exposição desconhecida. Dessa maneira, a introdução da

terapia anti-retroviral parece ser o maior responsável por essa feliz constatação, destacando-se que ela somente passa a proporcionar grandes efeitos, quando utilizada, no mínimo, em terapia dupla e atinge o máximo resultado com o uso da terapia tripla.

Outro aspecto muito instigante observado foi o fato de que as variáveis sociodemográficas não permaneceram no modelo multivariado. Isso significa dizer que as possíveis diferenças existentes na sobrevivência causadas por diferença de sexo, situação socioeconômica, idade e categorias de exposição são anuladas quando se garante o mesmo acesso ao tratamento. Esse fato é de grande importância, pois demonstra que, independente dos fatores socioeconômicos e culturais, o uso da terapêutica muda a história natural da doença e proporciona maior equidade na sobrevivência dos afetados.

Também é de se salientar que esse fato traz uma outra evidência de grande relevância para o nosso País e para outros países do mundo em desenvolvimento, pois a maior parte dos nossos pacientes tem baixo nível de escolaridade e baixo nível socioeconômico. Os resultados ora apresentados demonstram que essas condições inadequadas vividas por pessoas afetadas pelo vírus não são impedimentos para que se beneficiem do tratamento em iguais condições àqueles que vivem de maneira mais favorecida.

Tal consideração se consolida ainda mais, quando se comparam os resultados de sobrevida obtidos em nosso País, com aqueles dos países de primeiro mundo. Estudo de sobrevida realizado em San Francisco, no mesmo período (95-96)²¹, registrou praticamente a mesma mediana de sobrevida aqui apresentada (31 meses no período). Na Austrália, no ano de 96 a mediana encontrada foi até mais baixa (28 meses)²² e nos Estados Unidos, o estudo de sobrevida que utilizou o banco nacional de notificação do país, identificou que, aos 36 meses, 67% dos casos notificados em 96 ainda estavam vivos²³, enquanto que os dados aqui apresentados referentes ao Brasil, no mesmo período, mostram que 58% dos nossos pacientes permaneciam vivos.

É importante fazer uma reflexão sobre alguns argumentos que têm desestimulado o uso de ARV em países em desenvolvimento, como o que se fundamenta na necessidade de um sistema de saúde complexo, para que se viabilize o uso dos ARV em nível populacional. É preciso destacar que o sistema de saúde nacional, apesar de seus grandes avanços no últimos anos, ainda tem muitas deficiências, quando comparado aos sistemas de saúde dos países desenvolvidos. No entanto, essas debilidades, como vimos aqui, não impediram que as pessoas vivendo com HIV/AIDS no País pudessem ter a mesma intensidade de resposta ao uso dos ARV que as populações afetadas de países que contam com sistemas de saúde melhor aparelhados. Essas considerações reforçam que toda a luta brasileira pelo direito de produzir os ARV em custos compatíveis e garantir o acesso universal é justificável, tendo em vista que os resultados do uso desses medicamentos, em condições reais no País, traduzem-se nos benefícios pressupostos; que mesmos em condições desfavoráveis de desenvolvimento os pacientes brasileiros tiveram intensidade de resposta ao tratamento similar aos pacientes de países desenvolvidos e que há ganhos expressivos tanto em nível individual como coletivo.

Esclarecimento

Esta publicação tem caráter preliminar e foi realizada por causa da importância dos seus achados. A síntese desses mesmos resultados já estão publicados na última edição do MAP - publicação da ONUSIDA, realizada na Conferência de Barcelona, e fizeram parte de dois posters apresentados no mesmo evento internacional.

O estudo completo já está sendo finalizado e será encaminhado para publicação em revista científica internacional de grande circulação.

Agradecimentos

Agradecemos ao seguinte grupo de experts brasileiros, pela colaboração na definição do desenho inicial do projeto: José Eluf Neto - FMUSP, Célia Landman - Fiocruz, Angela Jordan Gadelha - Secretaria de Saúde - RJ, Ana Costa - UFPE, Fernando Proietti - UFMG, e Maria Inês Dourado - UFBA.

À Yone Guibu pelo suporte na Administração, Ana Lúcia C. Monteiro pela revisão de dados, Sérgio Giannelli pela digitação dos dados e a todos os supervisores e investigadores de estados ou municípios participantes da pesquisa.

Referências Bibliográficas

Chequer P, Hearst N, Hudes ES, Castilho E, Rutherford G, Loures L, Rodrigues L and the Brazilian State AIDS Program Co-Ordinators. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. *AIDS* 1992; 6:483-487.

Mocroft A, Johnson MA, Phillipis NA. Factors affecting survival in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *AIDS* 1996; 10:1057-1065.

Ho David - Plenary Abstrat Th19* in XI International Conference on AIDS, Vancouver July 7-12, 1996.

Moore RD and Chaisson RE. Natural history of HIV infection in the era of combination antiretroviral therapy. *AIDS* 1999; 13:1933-1942.

Detels R, Muñoz A, Mcfarlane G, Kingsley LA, Margolick JB, Giorgi J, Schragger LK, Phair JP, for the multicenter AIDS Cohort Study Investigators. Effectiveness of potent antiretroviral therapy on time to AIDS and death in men with known HIV infection duration. *JAMA* 1998; 280:1497-1503.

Hogg RS, Heath KV, Yip B, Craib KJP, O'Shaughnessy MO, Schechter MT, Montaner JSG. Improved survival among following initiation of antiretroviral therapy. *JAMA* 1998; 279:450-454.

Dimitrakopoulus A, Kosmopoulou O, Foukaneli T, Papalambrou C, Kalapothaki V, Kordossis T. Survival of AIDS patients in an academic unit in Athens, Greece. *AIDS* 1997; 11:828-829.

Kholoud P and CASCADE Collaboration. Survival after introduction of HAART in people with known duration of HIV-1 infection. *Lancet* 2000; 355:1158-1159.

Sendi PP, Bucher HC, Craig BA, Pfluger and Battegay M for the Swiss HIV Cohort Study. Estimating AIDS-free survival in a severely immunosuppressed asymptomatic HIV-infected population in the era of antiretroviral triple combination therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1999; 20:377-381.

Pezzoti P, Napoli PA, Acciai S, Boros S, Urciuoli R, Lazzeri V and Rezza G for the Tuscany AIDS Study Group. Increasing survival time after AIDS in Italy: the role of new combination antiretroviral therapies. *AIDS* 1999; 13:249-255.

Porta D, Rapiti E, Forastiere F, Pezzoti P and Perucci CA, for the Lazio AIDS Surveillance Collaborative Group. Changes in survival among people with AIDS in Lazio, Italy from 1993-1998. *AIDS* 1999; 13:2125-2131.

Chiesi A, Mocroft A, Dally LG, Miller V, Katlama C, Ledergerber B, Pedersen C, Phillips NA, Arcieri R and Lundgren JD for the EuroSIDA Study Group. Regional survival differences across Europe in HIV-positive people: the EuroSIDA study. *AIDS* 1999; 13:2281-2288.

Conti S, Masocco M, Pezzoti P, Toccaceli V, Vichi M, Boros S, Urcioli R, Valdarchi C, Rezza G. Differential impact of combined antiretroviral therapy on the survival of Italian patients with specific AIDS- defining illnesses. *JAIDS* 2000; 25:451-458.

Gebhardt M, Rickenbach M, Egger M and the Swiss Cohort Study. Impact of antiretroviral combination therapies on AIDS surveillance reports in Switzerland. *AIDS* 1998; 12:1195-1201.

Ministério da Saúde. Programa Brasileiro de DST e Aids. 1ª edição, 2000.

Casseb J, Pereira LC, Silva GL, Medeiros LA. Decreasing mortality and morbidity in adults AIDS patients from 1995 to 1997 in São Paulo, Brazil. *AIDS Patient care STDs* 1999; 13:213-214.

Ministry of Health, Brazil. Revisão da definição nacional de casos de aids em indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de vigilância epidemiológica. Coordenação Nacional de DST/Aids 1998.

Epi Info, version 5, USD, Inc., Stone Mountain, Georgia, USA
StataCorp. 2001. Stata Statistical Software: Release 7.0. College Station, TX: Stata Corporation.

Allison, Paul D. Survival Analysis Using the SAS System: A Practical Guide. In: Cox Models with Nonproportional Hazards. Cary (NC): SAS Institute Inc.; 1995. p. 154-5.

Schwarcz SK, Hsu LC, Vittinghoff E, Katz MH. Impact of protease inhibitors and antiretroviral treatments on acquired immunodeficiency syndrome survival in San Francisco, California, 1987-1996. Am J Epidemiol 2000; 152:178-185.

Li Y, McDonald AM, Dore GJ and Kaldor JM for the National HIV Surveillance Committee. Improving survival following AIDS in Australia, 1991-1996. AIDS 2000; 14:2349-2354.

Lee LM, Karon JM, Selik R, Neal JJ, Fleming PL. Survival after AIDS diagnosis in adolescents and adults during the treatment era, United States, 1984-1997. JAMA 2001; 285:1308-1315.



Aumento do tempo de sobrevida das crianças com aids - Brasil

Luiza Harunari Matida(1)

Luiz Francisco Marcopito(2)

Grupo Brasileiro de Estudo da Sobrevida em Crianças com aids(*)

(1)Coordenação Estadual de DST/AIDS de São Paulo

(2)UNIFESP-Departamento de Medicina Preventiva

(*)Participantes do Grupo no final do documento

Correspondência: Luiza H. Matida - E-mail: lmatida@uol.com.br

Introdução

É de grande importância o conhecimento do tempo de sobrevivência dos pacientes com aids. Além de se prestar para o dimensionamento das necessidades, no que se refere à assistência e ao estabelecimento de políticas públicas, essa informação é fundamental para a avaliação das estratégias de intervenção que visam ao prolongamento da vida desses pacientes.

O tempo entre o diagnóstico e a morte possui uma distribuição de probabilidades que mudam dinamicamente. Vários fatores podem explicar essa mudança nas curvas de probabilidade de morte, a partir da data de diagnóstico e parte do decréscimo de risco é devido ao desenvolvimento de novas terapias no tratamento da aids, que causam mudanças na curva de sobrevivência.

Comparada com a aids do adulto, a criança geralmente apresenta uma progressão mais rápida da doença. Em relação à sobrevida, esta vem aumentando nos países desenvolvidos, devido, principalmente, ao aprimoramento de serviços e de meios diagnósticos e terapêuticos.

No Brasil, o programa de acesso universal à terapia anti-retroviral (ARV), somado a outras iniciativas, tais como: o avanço diagnóstico, o uso mais difundido de quimioprofilaxia para as principais infecções oportunistas e a disponibilização de modalidades alternativas de assistência, possibilita a redução das necessidades e dos custos das internações hospitalares e a redução de infecções oportunistas.

O tratamento ARV combinado, além de proporcionar ao indivíduo infectado pelo HIV uma maior sobrevida, proporciona também um aumento na sua qualidade de vida relacionado diretamente com uma melhor condição física e emocional.

Em relação à redução das mortes observou-se, nos últimos anos, uma redução expressiva na mortalidade ocasionada por aids. Em 1995, a taxa de mortalidade por aids atingiu 12,2 em cada grupo de 100 mil pessoas; em 1999, a taxa havia recuado para 6,3/100 mil, o que representa uma queda no coeficiente de mortalidade de aproximadamente 48,4%. Em grandes centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro (cidades onde se concentram mais de 33% dos casos conhecidos de aids no país), a redução na mortalidade foi ainda mais expressiva, sendo de aproximadamente 70% (SP - 54% e RJ - 73%), no período 1995-2000.

O tempo entre o diagnóstico e a morte costuma ser mais longo nas crianças infectadas em idades mais avançadas. Esse período é bastante variado e depende da gravidade das infecções que aparecem no início da evolução clínica. Habitualmente, esse período tem extremos de 2 a 3 meses e alguns anos (Pizzo et al., 1995).

Após o diagnóstico de aids, a idade e a presença ou ausência de doenças relacionadas com a aids são fatores preditores de sobrevivência. Alguns trabalhos apontam para uma mortalidade de 25 a 50% no primeiro ano de

vida e 85 a 95%, até os 5 anos de idade (Grosse, 1993; Bernstein, 1992). Dados recentes da história natural da infecção perinatal do HIV indicam que a sobrevivência média tem aumentado para 6 a 9 anos de idade (Grubman et al., 1995).

A letalidade de crianças com aids nas pesquisas européias e norte-americanas foi de aproximadamente 5% até os 15 meses de idade. Entretanto, em Kinshasa, Brazavile e Kigali, a letalidade até 1 ano de idade foi de 12-39%, dependendo do nível socioeconômico e do estágio da doença da mãe. As principais causas do óbito dessas crianças foram prematuridade, diarreia, pneumonia, aids (de acordo com a definição da doença pela OMS) e meningite.

Para o Brasil como um todo, Chequer et al. (1992) registraram o tempo mediano de sobrevivência de 5,1 meses, entre 2.135 casos notificados no período de 1982 a 1989. Para o Estado de São Paulo, que notifica 47% do total de casos de aids no País, Grangeiro et al. (1995) obtiveram um tempo médio de sobrevivência, de 1985 a 1991, de 232 dias, com variação de 201 dias (transmissão materno infantil) a 259 dias (hemofílicos) em 7.480 casos notificados.

Na cidade de Nova Iorque, os óbitos por aids, entre os adultos, apresentaram uma redução de 72% entre os anos de 1994 e 1998 (Fordyce EJ et al, 2002).

Um estudo publicado pelo Italian Register for HIV Infection in Children apresenta 1142 crianças infectadas pelo HIV por transmissão vertical, nascidas entre novembro de 1980 e dezembro de 1997 e acompanhadas até junho de 1999, e descreve que 421 (36,9%) foram a óbito com a mediana de 3,3 anos (39,6 meses) de idade (de Martino M et al., 2000).

Em 2001, foi publicado o estudo de uma coorte de 1028 crianças e adolescentes infectados pelo HIV, acompanhados desde o nascimento até 20 anos de idade, em clínicas de atendimento dos Estados Unidos, abrangendo casos desde o início da epidemia e seguidos prospectivamente até dezembro de 1999. Em função do início do uso do inibidor da protease na terapia combinada, houve a redução de 67% no risco de morte (Gortmaker SL et al., 2001).

Estudo

Por solicitação da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, planejou-se um estudo de coorte não concorrente (coorte retrospectiva) para análise de sobrevivência de aids em menores de 13 anos, no Brasil, no período de 01/01/1983 a 31/12/1998 e com seguimento até 31/12/2000.

O período cobre desde a data do primeiro caso diagnosticado em criança no Brasil e o seguimento estende-se até 30/06/2001, passando, portanto, por várias fases de condutas diagnósticas, terapêuticas e profiláticas que ocorreram ao longo desses anos em todo o território nacional.

1983	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2001
1. Caso notificado	profilaxia PCP	ARV	prot 076 Mud. Ref. Caso	ARV lab.: PCR profilaxias	TARV (HAART)	IP	TARV (HAART); Diag. Lab.	Mud. Ref. Caso	genotipagem

Uma amostra total de tamanho 1000, com Q1 = 0,30 e (g) = 0,15, apresentará um poder estatístico > 0,90, com significância no nível de 5%. Esta amostra tem por base o banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN-Aids).

Os dados do Estado de São Paulo revelam que, de 1987 a 1994, a proporção de crianças falecidas dentro da primeira semana após o diagnóstico foi de 0,20 (Matida LH, 1997). Admitindo um cenário nacional pior do que o paulista, pode-se estimar esta cifra em 0,30. Assim sendo, um acréscimo de 30% nos 1000 já calculados permitirá uma análise de sensibilidade, com inclusão e exclusão dos óbitos dentro da primeira semana após o diagnóstico.

Na seleção das localidades, foi dada preferência para os casos registrados nas capitais das UF, pois estas concentram quase 70% dos registros de casos notificados. Por questão de operacionalidade, nem todas as capitais foram incluídas, sendo selecionadas aquelas com maior número de casos dentro de cada uma das grandes regiões do País. Assim, foram escolhidas as cidades de Belém (N), Recife (NE), Brasília (CO) e Porto Alegre (S).

A exceção à essa regra foi a Região Sudeste. No Estado de São Paulo, quatro municípios com facilidade de trânsito contribuem com 18,0% dos casos em crianças do Estado e 8,9% do País, a saber: Santos, Campinas, Ribeirão Preto e Sorocaba. Esses e a Capital somam 79,9% dos registros do Estado e 39,2% do País, e foram então incluídos. Ainda na Região Sudeste, foi incluído o município do Rio de Janeiro, pela sua importância epidemiológica, pois se apresenta como o segundo município em incidência por aids em crianças.

Este estudo se propôs, entre outros, a avaliar a sobrevivência de acordo com o impacto dos esquemas de intervenções: diagnósticas, terapêuticas e profiláticas.

No trabalho de campo houve o contato com as unidades de serviço, localização e levantamento de prontuários, transcrição das informações disponíveis para a ficha específica do estudo e preparação do banco de dados.

Foram selecionados 1.154 casos (Tabela 1), nas 6 Unidades Federadas que representam as principais regiões do país e que correspondem aos Estados que apresentam o maior número de casos notificados (69,9%).

Tabela 1 - Composição obtida e planejada na amostra do estudo sobre aids-doença em crianças de 0-12 anos de idade até 31/12/1998, de acordo o município participante.

Município, UF	Amostra final
Belém, PA	19
Recife, PE	51
Rio de Janeiro, RJ	213
Campinas, SP	40
Ribeirão Preto, SP	57
Santos, SP	47
São José do Rio Preto, SP	14
São Paulo, SP	505
Porto Alegre, RS	173
Brasília, DF	35
Total	1154

Tabela 2 - Categorias de transmissão identificadas na amostra de 1154 casos no estudo sobre aids-doença em crianças de 0-12 anos de idade até 31/12/1998.

Categoria	Número	% do Total
Sexual	7	0,6
Drogas injetáveis	2	0,2
Hemofilia	68	5,9
Transfusão sangue/derivados	118	10,2
Transmissão Vertical	914	79,2
Ignorada	45	3,9
Total	1154	100

Para finalidade de análise estatística, a categoria de transmissão sexual (com 7 casos) foi excluída - restando três

categorias para comparações, que aparecem agrupadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Categorias agrupadas de transmissão identificadas em 1147 casos da amostra do estudo sobre aids-doença em crianças de 0-12 anos de idade até 31/12/1998.

Categorias Agrupadas	Número	% do total
Drogas + hemofilia + transfusão	188	16,4
Transmissão vertical	914	79,7
Ignorada	45	3,9
Total	1147	100

Quanto ao ano do diagnóstico, esses 1147 casos ficaram distribuídos como se mostra na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição quanto ao ano de diagnóstico em 1147 casos da amostra do estudo sobre aids-doença em crianças de 0-12 anos de idade até 31/12/1998.

Ano do Diagnóstico	Número	% do Total
Antes de 1988	66	5,8
De 1988 a 1992	377	32,9
De 1993 a 1994	230	20,1
De 1995 a 1996	244	21,3
De 1997 a 1998	230	20,1
Total	1147	100

A Tabela 5 revela que os óbitos relativos ao período de 1988 a 1992 correspondiam a 73,5% dos casos diagnosticados neste período, já no período de 1997 a 1998, esta porcentagem cai para 24,8%.

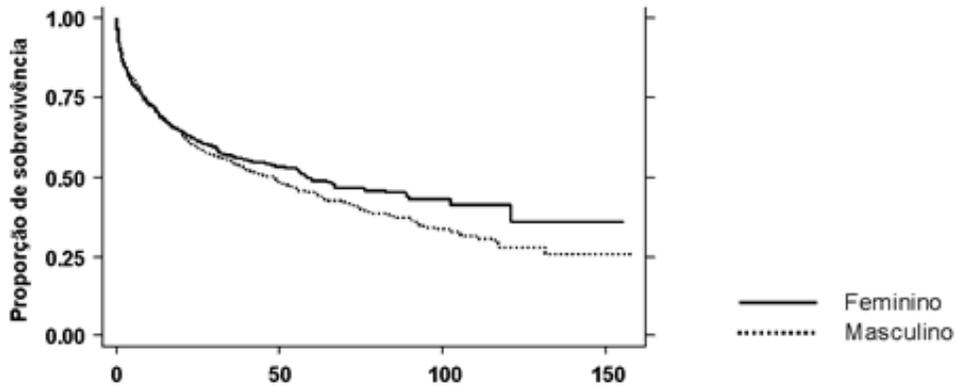
Tabela 5 - Número de óbitos ocorridos, de acordo com o ano do diagnóstico, em 1147 casos da amostra do estudo sobre aids-doença em crianças de 0-12 anos de idade até 31/12/1998.

Ano do diagnóstico	Não	Sim	Ignorado	Total
Antes de 1988	6	56	4	66
1988 a 1992	65	277	35	377
1993 a 1994	88	116	26	230
1995 a 1996	147	79	18	244
1997 a 1998	158	57	15	230
Total	464	585	98	1147

Após a data do diagnóstico, a mediana de sobrevivência geral dos 1154 casos foi de 52,8 meses (IC 95%: 41,9 - 60,8).

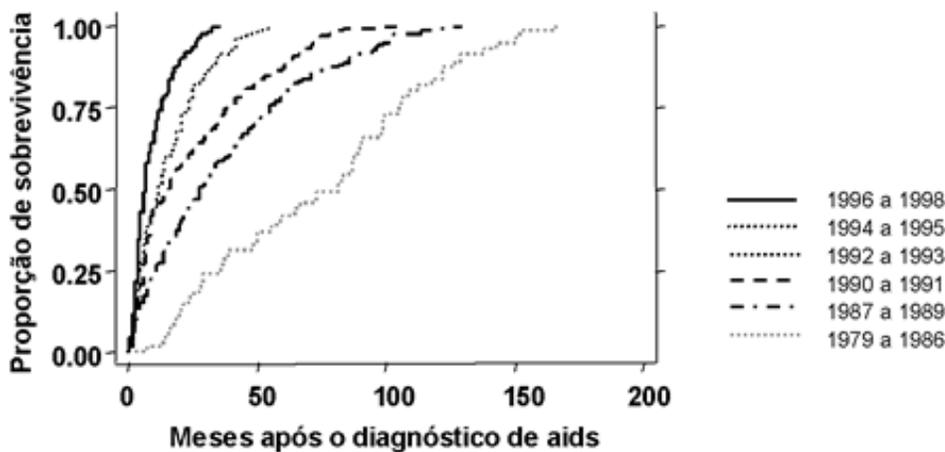
A Figura 1 mostra-se que, embora o tempo mediano de sobrevivência após o diagnóstico tivesse sido maior no sexo feminino, a diferença não atingiu significância estatística.

Figura 1 - Tempo de sobrevida (em meses) após o diagnóstico, de acordo com o sexo da criança, em 1147 casos da amostra do estudo sobre aids-doença em crianças de 0-12 anos de idade até 31/12/1998.



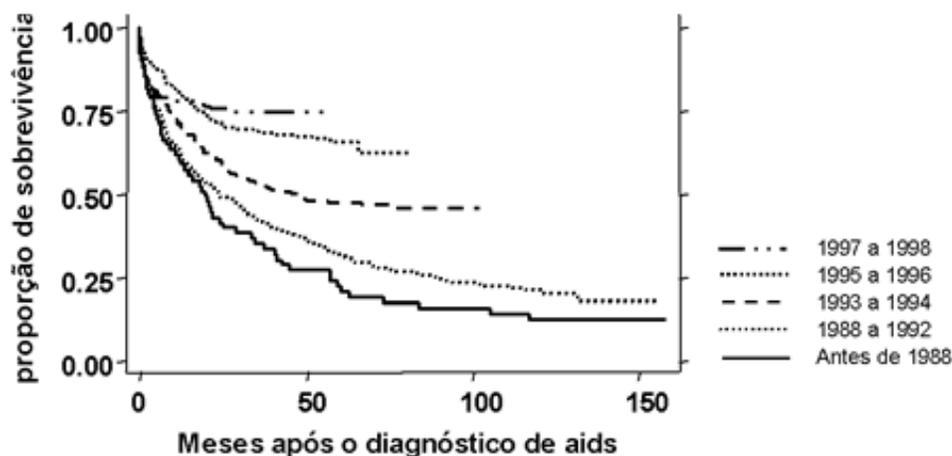
Entre os casos de transmissão vertical, considerando o tempo entre o nascimento e o diagnóstico, observa-se na Figura 2 o avanço inegável no manejo precoce e adequado dessas crianças.

Figura 2 - Aids - transmissão vertical: tempo (em meses) do nascimento ao diagnóstico, de acordo com o ano do nascimento, na amostra do estudo sobre aids-doença em crianças de 0-12 anos de idade até 31/12/1998.



A Figura 3 demonstra o aumento de sobrevida entre os casos de transmissão vertical, segundo o ano de diagnóstico. Esse aumento de sobrevida é uma resposta às diferentes intervenções diagnósticas e terapêuticas que o país vem implantando para o controle desta epidemia.

Figura 3 - Tempo de sobrevida (em meses) após o diagnóstico, de acordo com o ano do diagnóstico, em 1147 casos da amostra do estudo sobre aids-doença em crianças de 0-12 anos de idade até 31/12/1998.



Comentários:

Em se tratando de uma epidemia relativamente recente, é essencial identificar e compreender os determinantes do seu comportamento epidemiológico para a proposição correta de ações e intervenções realmente efetivas.

Na coleta de dados para este estudo, houve a possibilidade da detecção de pontos a serem considerados:

- necessidade de se dinamizar as atividades da vigilância epidemiológica, tendo como premissa básica que os dados corretos e atualizados são essenciais para o planejamento, implementação e avaliação das práticas de saúde pública, visando à prevenção e ao controle da epidemia;
- o fluxo do sistema de vigilância epidemiológico deve ser agilizado, para que o impacto das medidas de intervenção seja detectado mais precocemente;
- em relação aos óbitos, a investigação possibilitou demonstrar que a investigação no Sistema de Informação sobre Mortalidade é indispensável para uma correta vigilância.

Em se obtendo informações complementares sobre os casos notificados de aids nos menores de 13 anos, há a possibilidade de se estabelecer o diagnóstico definitivo, as fontes de infecção e/ou os fatores de risco, os mecanismos de transmissão e as medidas de prevenção e controle, propiciando a identificação e a compreensão dos determinantes do seu comportamento epidemiológico.

Com o desenvolvimento de estratégias terapêuticas houve melhora da qualidade e da duração da vida das crianças com infecção sintomática e, para otimizar esses avanços, a terapia anti-retroviral deve ser associada a cuidados multidisciplinares. Um seguimento clínico atento é necessário, para a identificação precoce dos diferentes agentes microbianos e principalmente para a profilaxia de alguns organismos oportunistas.

Em todo esse período, houve uma mudança de comportamento da população que procura os serviços de saúde para testes durante o período assintomático, e esse fato corroborou a necessidade de um aumento da eficiência do sistema de saúde no diagnóstico e no acompanhamento do portador de HIV/aids nos diferentes estágios da doença.

Deve ser lembrada a importância da mudança de definição de caso de aids nos tempos de sobrevida. No Brasil, em relação às crianças, houve uma primeira mudança no ano de 1994, quando a definição se baseava exclusivamente no quadro clínico e em 2000, quando além da clínica a definição abrange aspectos laboratoriais. Portanto, além das intervenções diagnósticas, profiláticas, terapêuticas, entre outras, essas mudanças na definição de caso também contribuíram para o aumento no tempo da sobrevida da aids em crianças.

Conclusões:

De uma maneira geral, os resultados encontrados mostram tanto diferenças em relação aos tempos de sobrevida, como algumas semelhanças com resultados de estudos realizados em outros países. Quando o resultado desse estudo é observado ao longo do período considerado, há um aumento constante do tempo de sobrevida.

As semelhanças citadas acima, consideradas como fatores preditores da sobrevivência, são influenciadas por

várias situações, entre elas:

- acesso ao diagnóstico e ao acompanhamento clínico-laboratorial;
- acesso à terapêutica (anti-retroviral, específica para diferentes situações, profilática);
- acesso a cuidados multidisciplinares.

Há necessidade de se avaliar a eficiência do atendimento especializado e do não especializado, no sentido de se detectar mais precocemente as crianças diagnosticadas e possibilitar diferentes intervenções globais.

A importância do diagnóstico precoce da aids na criança justifica-se também porque a síndrome tem evolução mais rápida do que a aids no adulto, bem como pela intervenção terapêutica que hoje é possível. A utilização dos recursos disponíveis tem demonstrado melhora na qualidade de vida permitindo retardo na progressão da doença o que pode ser inferido com os resultados deste estudo. E o conhecimento dos tempos de sobrevida pode subsidiar os indicadores que medem as ações voltadas para o controle da epidemia.

Grupo Brasileiro de Estudo da Sobrevida em Crianças com AIDS:

Comitê Técnico:

Luiza H. Matida (Coordenadora-Investigadora Principal/Coordenação Estadual de DST/AIDS de São Paulo); Luiz Francisco Marcopito (UNIFESP-Dep.Medicina Preventiva); Aristides Barbosa Júnior (Coordenação Nacional de DST/AIDS-Unidade de Epidemiologia); Heloísa H.S.Marques (USP-Instituto da Criança); Marinella della Negra (Instituto de Infectologia “Emílio Ribas”-SP); Regina Célia M. Succi (UNIFESP-Departamento de Infectologia Pediátrica-SP).

Colaboradores e Serviços Participantes:

Monitores/Investigadores:

Helena K.Sato (USP-Instituto da Criança); Ione A Guibu (Coordenação Estadual de DST/AIDS de São Paulo); Maria Angela S.Landroni (Centro de Referência do Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo); Naila J.S.Santos (Coordenação Estadual de DST/AIDS de São Paulo); Sirlene Caminada (Coordenação Estadual de DST/AIDS de São Paulo).

Serviços Participantes:

Coordenações Estaduais de DST/AIDS; Programas Municipais de DST/AIDS; IMIP-PE (Edvaldo S.Souza e José Carlos A Jr.); Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS (Carmem Lúcia O da Silva); Centro Municipal de Atendimento de DST/AIDS de Porto Alegre/RS; Hospital Conceição-Porto Alegre/RS; Hospital São Lucas-Porto Alegre/RS; HSE-PUC/Porto Alegre-RS; HMIB-Distrito Federal (Bruno Vaz da Costa); Centro de Saúde I de Brasília-DF; Ambulatório de Especialidades de Belém-PA (Paulo Guzzo); Programa Municipal de DST/AIDS do Rio de Janeiro (Ana Maria Monteiro de Castro); Casa do Hemofílico do RJ; Hospital Menino Jesus-RJ; Hospital Cardoso Fontes-RJ; Hospital da Lagoa-RJ; Hospital Salles Netto-RJ; Hospital Naval Marcílio Dias-RJ; Hospital Rocha Faria-RJ; Hospital do Servidor Estadual do Rio de Janeiro; HUGG-RJ; IFF-RJ; IPPMG-RJ; HCFMRP-USP-Ribeirão Preto (Maria Célia Cervi); UNIFESP-CEADIPE (Daisy Maria Machado); Instituto de Infectologia “Emílio Ribas” (Mariana Melillo Sauer); FMUSP-Instituto da Criança (Daniela Vinhas Bertolini); HC-UNICAMP; Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo; Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo; Complexo Hospitalar do Mandaqui-SP; Centros de Referência Cidade Líder-SP; CR Jardim Mitsutani-SP; CR Fidelis Ribeiro-SP; CR Jabaquara-SP; CR Sapopemba-SP; CR Vila Guarani-SP; CS Escola da OSEC-SP; Fundação Antonio Prudente-SP; Hospital Guilherme Alvaro-Santos/SP; Hospital Infantil Candido Fontoura-SP; Hospital N.Sra.de Lourdes; Hospital de Base de S.J.do Rio Preto-SP; Hospital e Maternidade São Camilo; Hospital Evaldo Foz; Hospital Sírio Libanês; SeNIC-Santos-SP; Hospital Perola Byington-SP; Santa Casa de São Paulo-SP; UBS Jd.Guanabara; Centro de Referência e Treinamento da Coordenação Estadual de DST/AIDS de São Paulo.

Financiamento:

Coordenação Nacional de DST/AIDS

Referências Bibliográficas

Bernstein R. 1992. Indicator for measuring the impact of HIV/AIDS on the survival of children and adults. Unpublished manuscript, US Agency for International Development, Washington, DC.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. 1994. Revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age; Official authorized addenda-human immunodeficiency virus infection codes and official guidelines for coding and reporting ICD-9-CM. MMWR 1994; 43(No.RR-12).

Chequer P, Hearst N, Hudes ES, Castilho E, Rutherford G, Loures L, Rodrigues L and The Brazilian State AIDS Program Co-ordinators. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. AIDS 1992;6:483-7.

de Martino M; Tovo P; Balducci M D; Galli L; Gabiano C; Rezza G; Pezzotti PD for the Italian Register for HIV Infection in Children and the Italian National AIDS Registry. Reduction in Mortality With Availability of Antiretroviral Therapy for Children With Perinatal HIV-1 Infection. JAMA.2000;284:190-197.

Fordyce EJ, Singh TP, Nash D, Gallagher B, Forlenza S. Survival Rates in NYC in the Era of Combination ART. JAIDS, Vol.30, No.1, May1, 2002;111-118.

Gortmaker SL, Hughes M, Cervia J, Brady M, Johnson GM, Seage GR, Song LY, Dankner W, Oleske JM. Effect of Combination Therapy Including Protease Inhibitors on Mortality among Children and Adolescents Infected with HIV-1. N Eng J Med 2001;345:1522-8.

Grangeiro A, Jamal LF, Munhoz R, Laurindo JS, Teixeira PR, Domingues CB. Avaliação de sobrevida em pacientes com AIDS no Estado de São Paulo. II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Salvador-Bahia-Brasil. 24 a 28 de Abril de 1995.

Grosse S. 1993. Modeling the effect of breastfeeding and HIV-1 on child survival in Rwanda. Unpublished paper. School of Public Health, University of Michigan.

Grubman S, Gross E, Lerner-Weiss N, Hernandez M, Mcsherry GD, Hoyt LG, Boland M, Oleske JM. Older children and adolescents living with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection. Pediatrics 1995;95:657-63.

Matida LH - AIDS de transmissão materno-infantil: análise de sobrevivência dos casos notificados ao sistema oficial do Estado de São Paulo de 1987 a 1994. Tese [Mestrado em Epidemiologia], EPM/UNIFESP, São Paulo, 1997. 130p.

MS - Ministério da Saúde do Brasil. 2001. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. AIDS Bol Epidem 2001; Ano XV, no.1.

Pizzo PA et al. Markers and determinants of disease progression in children with HIV infection. Journal of AIDS and Human Retrovirology 1995;8(1):30-44.

Pizzo PA, Wilfert CM, eds. Pediatric AIDS: the challenge of HIV infection in infants, children, and adolescents. 2nd ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins 1994:179-203.



Dados e Pesquisas em DST e Aids

dados de aids
dados do hiv
dados das dst
pesquisas
documentos e publicações
notificação
softwares e aplicativos
dados internacionais

Dados de Aids

Boletim Epidemiológico - AIDS

Ano XV nº 02 - 48ª/2001 à 13ª/2002 Semanas Epidemiológicas outubro de 2001 a março de 2002 - artigos:

- Sobrevivência atual dos pacientes com aids no Brasil. Evidência dos resultados de um esforço nacional
- Aumento do tempo de sobrevida das crianças com aids - Brasil

Ano XV nº 01 - 27ª a 40ª Semanas Epidemiológicas julho a setembro de 2001 - artigo:

- Estimativa do número de crianças (0-14 anos) infectadas pelo HIV, Brasil, 2000

Ano XIV nº 02 - 14ª a 26ª Semanas Epidemiológicas - abril a junho de 2001 - artigos:

- Sobre a correção do atraso de notificação dos casos de aids no Brasil
- Uma análise da incidência dos casos de aids por faixa etária
- Os caminhoneiros e o conhecimento sobre os meios de transmissão do HIV

Ano XIV Nº 01 - 1ª a 13ª Semanas Epidemiológicas - janeiro a março de 2001 - artigos:

- Estimativa do Número de Indivíduos de 15 a 49 anos Infectados pelo HIV, Brasil, 2000.
- Avaliação do Uso do Preservativo, segundo a Experiência com Drogas Lícitas e Ilícitas com Conscritos do Exército Brasileiro e Regiões Metropolitanas selecionadas e Distrito Federal.
- Curso Básico de Vigilância Epidemiológica em HIV e Aids*

Ano XIII Nº 03 - 36ª a 52ª Semanas Epidemiológicas - outubro a dezembro de 2000 - artigos:

- Projeto de Vigilância Sentinela do HIV: uma apreciação da amostragem e dos resultados obtidos no período de 1997–1999 em serviços de DST e prontos-socorros
- A evolução da mortalidade por aids no País, segundo sua distribuição geográfica

Ano XIII Nº 2 - 23ª a 36ª Semanas Epidemiológicas - julho a setembro 2000 - artigos:

- O Impacto da Aids na Esperança de Vida, Brasil, 1996
- Vigilância Epidemiológica das DST por meio da Notificação de casos: Uma Nova Abordagem

Ano XIII Nº 01 - Semana Epidemiológica - 48/99 a 22/00 - dezembro de 1999 a julho de

2000 - artigos:

- A Aids no Brasil: Situação Atual e Tendências
- Implantação da vigilância do HIV em gestantes e crianças expostas
- Campanha de Eliminação da Sífilis Congênita: A Experiência do Município do Rio de Janeiro

Ano XII Nº 04 - Semana Epidemiológica - 35/1999 a 47/1999 - setembro a novembro de 1999 - artigos:

- Programa Mãe Curitibana: Estratégias de intervenção na transmissão vertical de doenças sexualmente transmissíveis
- Estimativa do número de órfãos decorrente da aids materna
- Projeto Camisinha Express

Ano XII Nº 03 - Semana Epidemiológica - 22/1999 a 34/1999 - julho a agosto de 1999 - artigos:

- Epidemiologia da Transmissão Vertical do HIV no Brasil
- Prevenção da Transmissão Vertical no Brasil

Ano XII Nº 02 - Semana Epidemiológica - 09/1999 a 21/1999 - março a maio de 1999 - artigos:

- III Congresso Brasileiro de Prevenção
- Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998: uma nota técnica
- Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV - 1999

Ano XII Nº 01 - Semana Epidemiológica - 48/1998 a 08/1999 - dezembro de 1998 a fevereiro de 1999 - artigos:

- Mortalidade por aids no Brasil
- Testes rápidos: considerações gerais para seu uso, com ênfase na indicação de terapia anti-retroviral em situações de emergência
- Contagem de células TCD4+ e testes de carga viral: principais marcadores laboratoriais para indicação e monitorização do tratamento anti-retroviral

Ano XI Nº 04 - Semana Epidemiológica - 35 a 47 - SETEMBRO A NOVEMBRO de 1998 - artigo:

- Epidemia da aids no Brasil: Atualização, dezembro de 1998

Ano XI Nº 03 - Semana Epidemiológica - 22 a 34/98 - JUNHO A AGOSTO DE 1998 - artigos:

- Tendência da epidemia: A feminização dos casos de aids no Brasil Alternativas Assistenciais à Aids no Brasil: As estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviço de Assistência Especializada (SAE)
- Conceitos e Recomendações Básicas para Melhorar a Adesão ao Tratamento Anti-retroviral

Ano XI Nº 02 - Semana Epidemiológica - 09 a 21/98 - MARÇO A MAIO DE 1998 - artigos:

- Tendência da epidemia - Interiorização

- Desafios da prevenção do HIV/Aids no contexto transcultural

Ano XI Nº 01 - Semana Epidemiológica - 49/97 a 08/98 - DEZEMBRO DE 1997 A FEVEREIRO DE 1998 - artigos:

- Revisão da Definição Nacional de Casos de Aids em Indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de Vigilância Epidemiológica

Ano X Nº 04 - Semana Epidemiológica - 36/97 a 48/97 - SETEMBRO A NOVEMBRO 97 - artigos:

- Testes Rápidos Para o Diagnóstico da Infecção Pelo HIV: Considerações Técnicas e Éticas Para Seu Uso

Ano X Nº 03 - Semana Epidemiológica - 23/97 a 35/97 - JUNHO A AGOSTO 97 - artigos:

- A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e a Prática Esportiva
- Os Casos de Aids entre Usuários de Drogas Injetáveis. Brasil, 1980 - 1997

Ano IX Nº 06 - Semana Epidemiológica - 10/97 a 22/97 - MARÇO A MAIO 97

Ano IX Nº 05 - Semana Epidemiológica - 46/96 a 09/97 - DEZEMBRO 96 A FEVEREIRO 97

Ano IX Nº 04 - Semana Epidemiológica 36 A 45 - SETEMBRO A NOVEMBRO-96

Ano IX Nº 03 - Semana Epidemiológica - 23 A 35 - JUNHO A AGOSTO - 96

Ano IX Nº 02 - Semana Epidemiológica 06 A 22 - MARÇO A MAIO - 96

AIDS – Epidemiological Bulletin

Year X - # 4 - Epidemiological Week - 36 to 48 - September / November, 1997

Year X- # 3 - Epidemiological Week – 23 to 35 – June through August, 1997

Year IX- #. 6 - Epidemiological Week – 10 – 22- March to May, 1997

Year IX - # 4 - Epidemiological Week - 36 trough 45 - September through November, 1996

Boletins Estaduais

Sudeste

RIO DE JANEIRO - Outubro à Março - 2000

RIO DE JANEIRO - Abril/Maio/Junho/Julho - 1997

RIO DE JANEIRO - Janeiro/Fevereiro/Março - 1997

RIO DE JANEIRO - Janeiro/Fevereiro/Março - 1996

SÃO PAULO - Ano II - nº 01 - Janeiro de 1998

SÃO PAULO - Ano I - nº 02 - 1997

MINAS GERAIS - Vol. 03 - nº 06 - Set/Out-94

ESPIRITO SANTO - Dados de: 01/01/96 à 23/11/96

ESPIRITO SANTO - Ano VIII - Nº 02 - Semana Epidemiológica: 12 / Terminada em: 23/03/96

ESPIRITO SANTO - Ano VIII - Nº 03 - Dados de 1985 à 1996

Sul

RIO GRANDE DO SUL - Outubro de 1996

RIO GRANDE DO SUL - Ano VII - Nº 03 - Jul/Set. de 1996

PARANÁ - Curitiba - 1997

Centro-Oeste

DISTRITO FEDERAL - Dados de Julho à Novembro de 1996

DISTRITO FEDERAL - Dados do Terceiro Trimestre/97

GOIÁS - Semana Epidemiológica 20/97

GOIÁS - Semana Epidemiológica 10/97

GOIÁS - Semana Epidemiológica 41 Terminada em 12/10/96

Nordeste

PARAÍBA - Janeiro/Março - 1997

PIAUÍ - Dados de 1985 à 1996

SERGIPE - 1997 até outubro de 1995