

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

AIDS

Apresentação 03

Tabela A	Casos de aids (número e taxa por 100 mil hab.) segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico e origem dos dados. Brasil, 2001 - 2005	06
----------	---	----

Implantar ações de prevenção e assistência às DST/AIDS na rede de atenção básica - Desafio possível 07

Vigilância de sífilis congênita: ações complementares no município do Rio de Janeiro..... 12

Gestante HIV positiva: evento sentinela 17

Dados Epidemiológicos - Aids

Tabela I	Casos de aids segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2005	24
Tabela II	Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de aids segundo UF de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1994-2004.	25
Tabela III	Casos de aids (número e taxa por 100.000 hab.) segundo ano de diagnóstico por sexo. Brasil, 1980-2005.....	26
Tabela IV	Casos de aids segundo faixa etária por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2005.....	27
Tabela V	Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de aids segundo faixa etária por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1993-2004	28
Tabela VI	Casos de aids (número e percentual) em indivíduos menores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição hierarquizada por ano de diagnóstico. Brasil, 1983-2005.....	29
Tabela VII	Casos de aids (número e percentual) na categoria de exposição transmissão vertical segundo idade por ano de diagnóstico. Brasil, 1983-2005.....	29
Tabela VIII	Casos de aids (números e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2004	30
Tabela IX	Casos de aids (número e percentual) segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2000 a 2005.....	31
Tabela X	Óbitos por aids segundo UF e região de residência por ano de óbito. Brasil 1980-2004.....	32
Tabela XI	Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.) por aids, segundo UF e região de residência, por ano de óbito. Brasil, 1994-2004	33
Tabela XII	Óbitos por aids (número e taxa por 100.000 hab.) segundo ano de óbito por sexo. Brasil, 1985-2004.....	34
Tabela XIII	Óbitos por aids (número e percentual) segundo raça/cor por sexo e ano de óbito. Brasil, 1996-2004.....	34

Dados Epidemiológicos - Sífilis Congênita

Tabela XIV	Casos de sífilis congênita (número e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos) segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2005	36
Tabela XV	Casos de sífilis congênita (número e percentual) segundo características selecionadas por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2005.....	37
Tabela XVI	Casos de sífilis congênita (número e percentual) segundo características maternas selecionadas por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2005	38
Tabela XVII	Óbitos (número e taxa de mortalidade por 100.000 nascidos vivos) por sífilis congênita segundo UF e região de residência por ano de óbito. Brasil, 1996 a 2004.....	39

Dados Epidemiológicos -Gestantes Soropositivas para o HIV

Tabela XVIII	Casos de gestantes soropositivas para o HIV segundo UF e região de notificação por ano de notificação. Brasil, 2000-2005	42
--------------	--	----

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE
Saraiva Felipe

SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Jarbas Barbosa

DIRETOR DO PROGRAMA NACIONAL DE DST-AIDS
Pedro Chequer

DIRETORES-ADJUNTOS DO PROGRAMA NACIONAL DE DST-AIDS
Mariângela Batista Galvão Simão

UNIDADE DE INFORMAÇÃO E VIGILÂNCIA
Maria Goretti Pereira Fonseca

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

Expediente

Boletim Epidemiológico - Aids e DST
Ano II - nº 1 - 01ª - 26ª de 2005 - semanas epidemiológicas
janeiro a junho de 2005

ISSN: 1517-1159
Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids
Av. W3 Norte
SEPN 511, Bloco C
CEP 70750-543 - Brasília - DF
Telefone: (61) 448-8000

Disque Saúde - 0800 61 1997
e-mail: aids@aims.gov.br
site: www.aims.gov.br

Elaboração do Conteúdo:

Unidade de Informação e Vigilância - UIV
Elaboração de tabelas, projeto gráfico, editoração eletrônica e arte final
Assessor Técnico: Marcos Cleuton de Oliveira

Apresentação

Pedro Chequer

Diretor - Programa Nacional de DST e Aids

Dando continuidade ao processo de recuperação da base de dados dos casos de aids no país, apresentamos este novo número do Boletim Epidemiológico com os dados recebidos do Setor de Produção do DATASUS do Ministério da Saúde, transferidos das secretarias estaduais de saúde até 30 de junho de 2005. Os casos recebidos foram revisados novamente, utilizando-se, basicamente, os mesmos procedimentos descritos na Nota Técnica 1 do Boletim Epidemiológico AIDS DST, de janeiro a junho de 2004, com a implementação, através da utilização do Reclink, aplicativo de relacionamento de bancos de dados⁽¹⁾, de maior número de chaves de relacionamento. Este procedimento proporcionou melhoria na identificação das duplicidades nos bancos de dados provenientes do SINAN, versões D.O.S e windows, e do SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais) e SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos). Além disso, foram mantidos no banco de dados os casos notificados como HIV (provindos de algumas unidades federadas) que estavam registrados no SISCEL com CD4 abaixo de 350/mm³ e/ou no SICLOM (ou seja, em tratamento), conforme acordado com representantes das secretarias estaduais e dos cinco principais municípios dos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, em reunião ocorrida em julho passado; e os casos considerados “descartados” na variável critério diagnóstico, dado que, em supervisões realizadas nos estados e municípios, detectou-se elevado percentual

de erro de digitação, permitindo ao SINAN descartar, inadvertidamente, um caso confirmado de aids para fins de vigilância epidemiológica.

Neste sentido, do total de 386.003 casos em adultos e 13.770 casos em crianças, identificaram-se 11% de duplicidade, modificando, inclusive, as taxas de incidência de aids da década passada, principalmente do sexo masculino e de algumas unidades federadas, notadamente São Paulo. No processo de relacionamento entre as duas plataformas (DOS e Windows), incluindo adultos e crianças, foram recuperados, ainda, cerca de 10 mil casos da base D.O.S, além do importante incremento de casos notificados no SINAN, que estavam registrados no SISCEL até junho de 2005, diminuindo consideravelmente a participação deste Sistema na recuperação de casos de aids ainda não notificados, notabilizando esforço das equipes de vigilância epidemiológica dos estados e municípios na busca de casos e agilização das notificações. Entretanto, para a recuperação de casos diagnosticados entre 1999 e 2001, há necessidade de se manter a agilidade da investigação dos 33.676 casos de aids registrados no SISCEL, com contagem de linfócito T CD4⁺ menor que 350/mm³ e passíveis de notificação (Tabela A), somados à utilização de outras fontes, como os pacientes registrados nas Unidades de Dispensação de Medicamentos, acessados através do SICLOM naquelas Unidades informatizadas, ou no Sistema de Internação Hospitalar (SIH), visando, com isso, à redução do atraso ainda observado neste período.

Embora o módulo gerencial do SISCEL, que permite o acesso à base de dados de cada área de gestão, já esteja disponível para as coordenações estaduais e municipais desde o início deste ano, é necessário ressaltar que apenas as secretarias estaduais do Amazonas, Roraima, Ceará, Pernambuco, Sergipe, Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo, Santa

Catarina, Mato Grosso e do Distrito Federal, além das secretarias municipais de Campo Grande (MS), Salvador (BA), Aracaju (SE), Juiz de Fora (MG), Rio de Janeiro (RJ), Santo André (SP) e Curitiba (PR) solicitaram as senhas de acesso até o fechamento desta edição. Como dito anteriormente, mantém-se, entre nossos objetivos, dar prosseguimento a esse processo de relacionamento com outras bases de dados, notadamente com o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Internações Hospitalares (SIH) e, para as crianças, Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), não somente para recuperar casos ainda sujeitos à notificação e investigação, mas também para o aporte de informações complementares, propiciando implementação das análises epidemiológicas. Ressaltamos, ainda, que a conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância da notificação de casos de aids, de gestantes soropositivas para o HIV ou com sífilis (de notificação compulsória através da Portaria 33 de 14 de julho de 2005, da Secretaria de Vigilância em Saúde, que atualiza a relação de doenças de notificação compulsória no país) e de sífilis congênita é um passo decisivo na visualização destes agravos como problema de saúde pública, além de reforçar tanto as ações de prevenção como as de assistência, subsidiando, principalmente, o aporte de insumos para diagnóstico e tratamento.

Maiores detalhes sobre os procedimentos utilizados, tanto para a identificação de duplicidades no SINAN e dos casos registrados no SISCEL já notificados quanto suas repetições na base do boletim anterior para efeitos de comparação, deverão ser publicados posteriormente.

Os óbitos por aids, registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, foram apresentados desagregados por unidade federada, sexo e pelo quesito raça/cor.

Os casos apresentados de sífilis congênita se referem aos 90% dos 31.660 casos notificados que foram investigados, com notório incremento em relação aos casos notificados em anos anteriores, segundo unidade da federação e região de residência e algumas características selecionadas. Também estão registrados os óbitos por este agravo registrados no SIM.

Pela primeira vez, divulgamos as informa-

ções referentes as 23.462 gestantes soropositivas para o HIV notificadas desde 2000, por unidade da federação de notificação.

Os casos apresentados de sífilis congênita se referem somente àqueles notificados que foram investigados, com notório incremento em relação aos casos notificados em anos anteriores, embora bem aquém dos 12 mil casos estimados através de estudos de prevalência nacionais.

Dos 371.827 casos de aids notificados no SINAN e registrados no SISCEL com contagem de linfócitos T CD4⁺ menor que 350/mm³, para maiores de 13 anos e respeitando a contagem por faixa etária para crianças⁽²⁾, 338.151 foram provenientes do SINAN, representando um incremento de 16.988 casos em relação aos casos publicados no Boletim anterior. Dos 19 mil novos casos de aids para fins de vigilância epidemiológica identificados no SISCEL, de julho de 2004 a junho de 2005, 9 mil (47%) já haviam sido notificados, tendo sido incorporados à base atual os 10 mil restantes.

Com as correções das taxas, pela retirada das duplicidades e inclusão dos casos recuperados no SISCEL (Tabela I), observa-se, basicamente, a manutenção das tendências descritas no Boletim anterior, em que a taxa de incidência de aids mantém-se, ainda, em patamares elevados, em 19,2 casos por 100 mil habitantes, em 2003 (Tabela II), basicamente devido à persistência da tendência de crescimento entre as mulheres que, nesse mesmo ano, atingiu 15 casos por 100 mil mulheres (Tabela II). A razão entre os casos masculinos e femininos continua decrescente, ficando em 15 casos masculinos para cada 10 femininos (ou 1,5:1) (Tabela III). Entre as regiões brasileiras (Tabela II), com exceção da Sudeste, mantém-se a tendência de crescimento, principalmente nas regiões Norte, com destaque para o estado de Roraima, e Centro-Oeste. A partir de 1997-8, as taxas de incidência por idade (Tabela V) apresentam declínio persistente em menores de 5 anos, em ambos os sexos, mesmo após a recuperação de casos através do SISCEL, certamente reflexo das ações de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV adotadas no país. Chama ainda a atenção, no sexo masculino, a redução das taxas de incidência nas faixas etárias de 13 a 29 anos e o crescimento nas faixas posteriores, principalmente entre 40 e

59 anos. Entre as mulheres, observa-se após 1998, a tendência à estabilidade entre aquelas na faixa de 13 a 24 anos, com crescimento persistente em praticamente todas as faixas etárias.

Em relação à categoria de exposição (Tabela VIII), embora com prejuízo da análise dos casos ainda não investigados do SISCEL, observa-se, para o sexo masculino, estabilidade na proporção de casos devido à transmissão Homo/Bissexual, aumento proporcional da Heterossexual e redução importante e persistente dos casos na categoria Uso de Drogas Injetáveis. Entre as mulheres, a transmissão heterossexual vem representando quase a totalidade dos casos em maiores de 13 anos.

A epidemia de aids continua seu processo de crescimento entre as populações mais vulneráveis socioeconomicamente, expresso pelo aumento persistente da proporção de casos com raça/cor “Parda” e redução da “Branca”, em ambos os sexos (Tabela IX).

A Mortalidade por aids (registrada no SIM) mantém-se estabilizada em cerca de 11 mil óbitos anuais desde 1998 (Tabela X) e com taxa de 6,4 óbitos por 100 mil habitantes (Tabela XI), embora observe-se, ainda, o crescimento nas regiões Norte e Sul, com destaque para o estado do Rio Grande do Sul e, notadamente, a redução das taxas em São Paulo e Distrito Federal. Mantém-se, também, o crescimento da mortalidade entre as mulheres (Tabela XII). Como observado para os casos de aids, entre 55 e 60% dos óbitos por aids ocorreram entre aqueles que foram categorizados como de raça/cor “Branca”, mas com crescimento persistente da proporção de óbitos nas categorias “Preta” e “Parda”, em ambos os sexos, entre 1998 e 2004 (Tabela III), expondo a iniquidade no acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento precoces das populações menos favorecidas socioeconomicamente.

A partir de 2002, a notificação e investigação dos casos de sífilis congênita vêm aumentando (Tabela XIV), embora represente, ainda, menos de 50% dos 12 mil casos estimados, baseados nos estudos sorológicos em parturientes em todo o país. Continua elevado o percentual de casos cujas mães realizaram pré-natal e fizeram o diagnóstico de sífilis durante a gestação, mas o parceiro não foi adequadamente tratado (Tabela XVI). Apresentamos, também, a mortalidade por este importante agravo em nosso país, registrada no SIM, que, embora variável, a tendência tem sido de queda desde 1999.

As notificações das gestantes soropositivas para o HIV, de notificação compulsória desde o ano de 2000, vem aumentando ao longo do período analisado, embora aquém do número estimado nos estudos de prevalência de âmbito nacional. Para o ano de 2004, das 12.644 gestantes soropositivas para o HIV estimadas, cerca de 52% foram notificadas. A notificação de gestantes HIV⁺ contribui, não somente para identificar os fatores que possam estar contribuindo para a transmissão vertical do HIV, mas também como instrumento importante para o monitoramento das tendências do HIV na população de 15 a 49 anos de idade, pelo fato de serem consideradas representantes da população sexualmente ativa do país.

O presente Boletim também apresenta três artigos de trabalhos que foram selecionados como “Experiências bem sucedidas” na 4ª EXPOEPI - Mostra nacional de experiências bem sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças - ocorrida em Brasília, em novembro de 2004. O trabalho “Integrar as ações de prevenção e assistência às DST/AIDS na rede da atenção básica – Um desafio possível” mostrou a importância do planejamento, execução e monitoramento, para integração das ações de DST e aids na atenção básica em municípios do estado de São Paulo. O segundo, denominado “Vigilância da sífilis congênita: ações complementares”, mostra a importância da busca ativa de casos, utilizando outras fontes já existentes para verificar problemas e propor novas estratégias de vigilância epidemiológica. O terceiro trabalho, “Gestante HIV positiva – evento sentinela”, mostra como este evento foi um bom instrumento para avaliar a qualidade do pré-natal e da vigilância à saúde no distrito sanitário leste de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Todas as informações contidas neste Boletim estão também disponíveis em formato eletrônico no endereço: www.aids.gov.br.

Referências

- 1 - Camargo Jr KR, Coeli CM. Reclink: Aplicativo para o relacionamento de banco de dados implementando o método probabilistic record linkage. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:439 – 47).
- 2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS, 2004: Critérios para definição de casos de aids em adultos e crianças.).

TABELA A - Casos de aids (número e taxa por 100.000 hab.) segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico e origem dos dados. Brasil, 2001 - 2005*.

UF de residência	2001				2002				2003				2004				2005			
	SINAN		SINAN + SISCEL		SINAN		SINAN + SISCEL		SINAN		SINAN + SISCEL		SINAN		SINAN + SISCEL		SINAN		SINAN + SISCEL	
	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx
Brasil	25593	14,8	25611	14,9	25783	14,8	30843	17,7	24304	13,7	33904	19,2	19259	10,8	30886	17,2	4628		11940	
Norte	857	6,5	857	6,5	922	6,8	1119	8,3	949	6,9	1265	9,2	1198	8,5	1564	11,1	303		538	
Rorônia	82	5,8	82	5,8	129	9,0	129	9,0	118	8,1	120	8,2	96	6,5	101	6,8	19		25	
Acre	29	5,0	29	5,0	42	7,2	43	7,3	36	6,0	37	6,2	43	7,0	54	8,8	10		21	
Amazonas	249	8,6	249	8,6	245	8,3	360	12,2	225	7,4	376	12,4	309	10,0	488	15,7	101		222	
Roraima	40	11,9	40	11,9	31	8,9	32	9,2	60	16,8	76	21,3	69	18,8	103	28,0	17		32	
Pará	347	5,5	347	5,5	360	5,6	428	6,6	419	6,4	544	8,3	587	8,8	667	10,0	139		175	
Amapá	44	8,8	44	8,8	50	9,7	60	11,6	28	5,2	37	6,9	42	7,6	62	11,2	11		24	
Tocantins	66	5,6	66	5,6	65	5,4	67	5,6	63	5,1	75	6,1	52	4,1	89	7,1	6		39	
Nordeste	2957	6,1	2957	6,1	3325	6,8	3604	7,4	3497	7,1	4013	8,1	3013	6,0	4355	8,7	657		1849	
Maranhão	309	5,4	309	5,4	322	5,5	325	5,6	428	7,3	431	7,3	392	6,6	656	11,0	92		291	
Piauí	152	5,3	152	5,3	161	5,6	163	5,6	163	5,6	166	5,7	171	5,8	261	8,9	37		107	
Ceará	567	7,5	567	7,5	590	7,7	650	8,5	650	8,4	813	10,5	673	8,6	846	10,8	121		253	
Rio Grande do Norte	158	5,6	158	5,6	126	4,4	126	4,4	174	6,0	175	6,1	77	2,6	80	2,7	7		120	
Paraíba	211	6,1	211	6,1	203	5,8	216	6,2	200	5,7	254	7,2	169	4,8	304	8,6	24		105	
Pernambuco	760	9,5	760	9,5	1024	12,7	1026	12,7	850	10,4	858	10,5	589	7,1	731	8,9	126		386	
Alagoas	170	6,0	170	6,0	147	5,1	174	6,0	179	6,1	211	7,2	138	4,7	178	6,0	64		89	
Sergipe	77	4,2	77	4,2	95	5,1	104	5,6	141	7,5	169	9,0	105	5,5	130	6,8	39		62	
Bahia	553	4,2	553	4,2	657	4,9	820	6,2	712	5,3	936	7,0	699	5,2	1169	8,6	147		436	
Sudeste	14380	19,6	14390	19,6	13863	18,6	17153	23,0	12741	16,9	18823	25,0	9217	12,1	16554	21,7	2282		6667	
Minas Gerais	1530	8,4	1532	8,5	1758	9,6	2349	12,8	1943	10,5	2846	15,3	1501	8,0	2492	13,3	340		1099	
Espírito Santo	443	14,0	443	14,0	487	15,2	620	19,4	440	13,5	637	19,6	408	12,4	612	18,6	123		254	
Rio de Janeiro	3335	22,9	3339	22,9	2782	18,9	3949	26,8	2470	16,6	4858	32,6	1755	11,7	4758	31,6	321		1845	
São Paulo	9072	24,1	9076	24,1	8836	23,1	10235	26,8	7888	20,4	10482	27,1	5553	14,2	8692	22,2	1498		3469	
Sul	5967	23,4	5972	23,5	6128	23,8	7054	27,4	5590	21,5	7299	28,0	4407	16,7	6079	23,1	1118		2063	
Paraná	1582	16,3	1583	16,3	1540	15,7	1838	18,8	1409	14,2	2015	20,3	1107	11,1	1512	15,1	292		555	
Santa Catarina	1575	28,9	1575	28,9	1522	27,5	1716	31,0	1242	22,2	1558	27,8	928	16,3	1471	25,9	202		396	
Rio Grande do Sul	2810	27,3	2814	27,3	3066	29,5	3500	33,6	2939	28,0	3726	35,4	2372	22,3	3096	29,2	624		1112	
Centro-Oeste	1432	12,0	1435	12,1	1545	12,8	1913	15,8	1527	12,4	2504	20,3	1424	11,4	2334	18,6	268		823	
Mato Grosso do Sul	275	13,0	277	13,1	301	14,1	396	18,5	287	13,2	465	21,4	255	11,6	400	18,2	62		188	
Mato Grosso	279	10,9	279	10,9	359	13,8	456	17,5	384	14,5	611	23,0	382	14,2	655	24,3	76		222	
Goiás	596	11,6	597	11,7	593	11,4	678	13,0	537	10,1	778	14,7	558	10,3	805	14,9	73		225	
Distrito Federal	282	13,4	282	13,4	292	13,6	383	17,8	319	14,6	650	29,7	229	10,3	474	21,2	57		188	

*Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/05.

**Para os anos de 1980 a 1993, consultar Boletim Epidemiológico Aids anteriores ou para maiores detalhes acessar www.aids.gov.br no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/DADOS DE AIDS NO BRASIL.

Fonte: MS/SIS/SPN DST-AIDS.

Implantar ações de prevenção e assistência às DST/AIDS na rede de atenção básica - Desafio possível

Ivone Aparecida de Paula⁽¹⁾

Elisa Maria da Silva Brito⁽²⁾

Naila Janilde Seabra Santos⁽³⁾

Paula Oliveira e Sousa⁽⁴⁾

Maria Clara Gianna⁽⁵⁾

Elvira Maria Ventura Filipe⁽⁶⁾

1 Diretoria do Núcleo de Atenção Básica - Divisão de Prevenção - Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - SES-SP;

2 Doutora em Saúde Pública - Divisão de Prevenção - Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - SES - SP;

3 Gerente I da Divisão de Prevenção - Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - SES - SP;

4 Psicóloga do Núcleo de Atenção Básica - Divisão de Prevenção - Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - SES - SP;

5 Coordenadora Adjunta do Programa Estadual de DST/AIDS e Assistente de Direção do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - SES - SP;

6 Gerente II da Divisão de Prevenção - Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - SES - SP;

Introdução

Historicamente, as ações de prevenção às DST/Aids têm sido voltadas para as populações mais vulneráveis^(1,2,3). Com a expansão, heterossexualização e feminização^(4,5,6) da epidemia surge a questão de como levar à população, não identificada por como um grupo específico, as informações, cuidados e assistência necessários para a prevenção das DST/Aids.

Os serviços de atenção básica, no Brasil, têm atendido prioritariamente a população de baixa renda, hoje vista como vulnerável ao HIV/Aids^(7,8). Pela sua característica de regionalização, a unidade básica de saúde (UBS) permite um conhecimento das necessidades da população a que se destina e facilita seu acesso. Observações empíricas demonstram que a maioria da demanda destes serviços é composta por mulheres, sendo local de acesso destas ao planejamento familiar e pré-natal, e portanto um espaço privilegiado para a prevenção da transmissão vertical da sífilis, do HIV e das outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Neste sentido, no ano 2000 formou-se um Grupo de Trabalho na Secretaria de Estado da Saúde para discutir, avaliar e planejar as ações de DST/Aids na rede de atenção básica no Estado de São Paulo,

que contou com a participação das Coordenadorias de Saúde do Interior, Região Metropolitana da Grande São Paulo, Instituto de Saúde, Instituto Adolfo Lutz, Assistência Farmacêutica e dos Programas de DST/Aids, Saúde da Família, Saúde da Criança, Saúde da Mulher e do Adolescente. Integraram-se, posteriormente, representantes do Conselho Estadual e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde.

No mesmo ano, este grupo organizou três oficinas, dividindo o Estado de São Paulo em três regiões, considerando similaridade e proximidade de municípios que facilitassem politicamente a discussão proposta. Nestas oficinas discutiu-se o documento elaborado pelo Programa Estadual de DST/Aids, que traça as diretrizes e ações de assistência, prevenção e vigilância às DST/Aids para a rede de atenção básica⁽⁹⁾. Realizou-se um diagnóstico da situação das Direções Regionais de Saúde (DIR) e municípios quanto à integração das ações de prevenção e assistência às DST/Aids, onde foram apontadas questões como: a necessidade de maior comprometimento dos gestores e dos profissionais, desconhecimento das diretrizes propostas, deficiência na articulação para referência e contra-referência nos diversos níveis, tempo inadequado de liberação dos resultados de exames laboratoriais, dificuldades no fluxo de distribuição dos medicamentos, sub-notificação de DST, processo de trabalho desorganizado, falta de integração entre os programas e entre as equipes dentro das UBS.

Para dar seguimento ao processo, elaborou-se um projeto estratégico com o objetivo de construir um modelo integrado de ações programáticas em DST/Aids e, ainda, implantar, implementar e monitorar as ações de prevenção e assistência às DST/Aids na rede de atenção básica.

Metodologia

Para iniciar a execução da proposta foram selecionados os municípios do Estado de São Paulo que, além de estar entre os 100 municípios com maior número de casos notificados de Aids no Estado, apresentaram um crescimento de mais de 50% desse número entre os anos de 1997 e 1998. Utilizou-se também para seleção dos municípios o IPRS (Índice de Responsabilidade Social) e o Coeficiente de Mortalidade Materna, constituindo-se, assim, uma amostra de 23 municípios.

Como, obedecendo estes critérios, ficaram incluídos todos os municípios do litoral norte do Estado, o Grupo de Trabalho considerando a importância epidemiológica dos municípios da Baixada Santista (litoral Sul), decidiu incluí-los nesta proposta inicial, ainda que estes não tivessem sido enquadrados nos critérios anteriores, estendendo assim a cobertura do trabalho a todo o litoral paulista.

Posteriormente, a pedido das Coordenações Municipais de DST/Aids dos municípios de Taboão da Serra, Itapeverica e Bragança Paulista, que apresentaram especial interesse no desenvolvimento imediato da proposta, estes municípios também foram incluídos.

Assim, a amostra final foi composta por 30 municípios e as sete DIR correspondentes.

Discutiu-se com cada DIR e seus respectivos municípios, uma proposta regional de ações prioritárias. Essas discussões apontaram para a necessidade de se ter um diagnóstico local para realizar capacitações, pois apesar de a princípio todos trazerem como necessidade treinamento de pessoal, no decorrer das discussões foram sendo detectados muitos outros problemas, já apontados nas três oficinas realizadas no ano 2000, como longo tempo de espera pelo resultado de exames, falta de medicação e de notificação de DST, além de problemas com gestão e gerência, processo de trabalho, falta de integração entre os programas e entre as equipes dentro das UBS e falta de monitoramento das ações implantadas.

Elaborou-se um questionário contendo 77 questões relativas aos seguintes temas: gestão e gerência, processo de trabalho, ações programáticas, acesso de populações mais vulneráveis aos serviços de saúde, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica e laboratório. Este instrumento

permitiu a identificação dos problemas e deverá ser utilizado para avaliação e monitoramento das ações de uma forma contínua, buscando soluções para o seu enfrentamento.

Realizou-se um pré teste em 23 UBS de três municípios para validação do instrumento que após algumas adaptações foi aplicado nas 370 UBS dos 30 municípios da amostra final.

Os dados foram informatizados usando o pacote estatístico SPSS versão 10.

Para repasse das informações obtidas utilizou-se uma estratégia, que denominamos de devolutiva: agendamento de reuniões nos municípios, nas quais os técnicos dos mesmos ou das DIR eram encarregados de providenciar o local para sua realização e convidar os participantes, sendo acordado previamente que deveriam estar presentes os Coordenadores de Saúde dos municípios, os responsáveis pelas áreas programáticas, os gerentes e profissionais das UBS, representantes da assistência farmacêutica e do laboratório. Os técnicos da Coordenação Estadual de São Paulo compilavam, analisavam e apresentavam os dados, para discussão com os profissionais da rede de atenção básica de cada município. Esta discussão foi realizada de forma interativa, possibilitando a participação dos profissionais na discussão do processo de trabalho e articulando soluções para os problemas detectados.

Além das devolutivas, foram realizadas capacitações dos profissionais para abordagem sindrômica das DST, e outras, solicitadas pelos municípios, como treinamento individual de técnicos de laboratório.

Numa segunda fase do projeto, prevê-se a re-aplicação do questionário para o monitoramento das ações implantadas, comparando os dados obtidos nas duas fases e rediscutindo-os em novas devolutivas com os profissionais dos municípios.

Durante a primeira fase, as devolutivas foram realizadas pelos técnicos do Núcleo de Atenção Básica da Divisão de Prevenção da Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo. Para viabilizar a continuidade deste trabalho, na segunda fase, os técnicos dos próprios municípios deverão conduzir as devolutivas.

Após cada devolutiva, em ambas as fases, é realizado um relatório de todos os problemas detectados, repassando-o para os técnicos que participaram das discussões para posterior encaminhamento aos Coordenadores Municipais de DST/Aids.

Resultados e Discussão

A análise dos resultados permitiu diagnosticar alguns problemas que consideramos como nós críticos⁽¹⁰⁾ da incorporação das ações de prevenção e assistência das DST/Aids na rede de atenção básica: a falta de articulação com as ações de pré-natal, o desenvolvimento de ações com as populações mais vulneráveis à infecção e adoecimento pelas DST/AIDS e o tratamento destas visando a interrupção da cadeia de transmissão.

Com relação as ações de pré-natal, a tabela 1 mostra que apenas 13% (4/30) dos municípios realizam teste de gravidez em todas as unidades e que em aproximadamente metade dos municípios, menos de 50% das unidades realizam o teste. A não realização do teste de gravidez pode indicar que os serviços básicos de saúde apresentam limitações quanto a infra-estrutura⁽¹¹⁾. Sugere também que as ações voltadas ao pré-natal ainda necessitam ser melhor articuladas para propiciar maior resolutividade no que se refere à qualidade das ações oferecidas.

Tabela 1. Realização do teste de gravidez pelos serviços por municípios

Realização da recomendação	nº de municípios	% de municípios
todos realizam	4	13
50% ou mais realizam	5	17
menos de 50% realizam	12	40
nenhum realiza	9	30
total	30	100

A recomendação normativa de realizar a sorologia para sífilis (VDRL) no primeiro e no terceiro trimestre da gestação⁽¹²⁾ é seguida em todas as unidades de 10% (3/30) dos municípios, e em 40% (12/30) dos municípios mais da metade das unidades a realiza. A tabela 2 apresenta os dados referentes a realização da sorologia para sífilis. Na tabela 3 são apresentados os dados para o tratamento da sífilis identificada na gestação por meio da aplicação de penicilina benzatina. Pode-se observar que em apenas 17% (5/30) dos municípios a aplicação é realizada em todas as unidades.

Tabela 2. Realização de dois testes de VDRL na destação nos serviços por municípios

Realização da recomendação	nº de municípios	% de municípios
todos realizam	3	10
50% ou mais realizam	12	40
menos de 50% realizam	10	33
nenhum realiza	5	17
total	30	100

Tabela 3. Realização de aplicação de penicilina nos serviços por municípios

Realização da recomendação	nº de municípios	% de municípios
todos realizam	5	17
50% ou mais realizam	4	13
menos de 50% realizam	12	40
nenhum realiza	9	30
total	30	100

Chama a atenção o fato de que em 30% dos municípios não existe uma única unidade que realize a aplicação da penicilina benzatina. Isto deve-se a má interpretação da portaria que previa a não aplicação do medicamento nas farmácias comerciais^(13,14). Outros fatores que podem ter colaborado para diminuir esta atividade pode ter sido a recomendação da presença de médicos em período integral e a existência de material de emergência nos serviços. Durante as discussões dos dados pudemos observar que grande parte dos municípios não estão equipados com este material de emergência.

O teste anti-HIV durante o pré-natal, é oferecido na maioria dos municípios (tabela 4), como preconiza a Lei Estadual de 1999⁽¹⁵⁾, indicando que as recomendações são seguidas, o que pode levar a uma maior redução das taxas de transmissão vertical do HIV. No entanto, verificamos que o mesmo não é oferecido com aconselhamento pré e pós teste, mostrando a necessidade não só de capacitação para os profissionais da rede como também organização dos serviços, e sensibilização dos profissionais para a importância desta atividade⁽¹⁶⁾.

Tabela 4. Realização do teste anti-HIV na gestação por serviços por municípios

Realização da recomendação	nº de municípios	% de municípios
todos realizam	18	60
50% ou mais realizam	12	40
menos de 50% realizam	0	0
nenhum realiza	0	0
total	30	100

Pela resposta dada à pergunta sobre a oferta da vacina contra hepatite B pode-se inferir que grande parte das UBS não desenvolvem ações de prevenção e assistência às DST/Aids para populações mais vulneráveis a essas infecções. Observou-se que em 30% (9/30) dos municípios todas as unidades oferecem a vacinação para adolescentes até 19 anos. No entanto, para profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e homens que fazem sexo com homens somente 7% dos municípios oferecem a vacinação em todas as unidades (tabelas 5, 6 e 7). O número reduzido de cidades que

oferecem a imunização contra a hepatite B para populações mais vulneráveis pode sugerir que os serviços de saúde ainda não estão suficientemente capacitados e ou sensibilizados para o trabalho com essas populações. Há que se considerar que estas populações são as que apresentam maiores dificuldades para acessar os serviços de saúde, necessitando de estratégias específicas como por exemplo um trabalho face a face extra muros, que incentivem o encaminhamento para os serviços de saúde^(17,18).

Tabela 5. Realização de vacinação contra hepatite B para profissionais do sexo

Realização da recomendação	nº de municípios	% de municípios
todos realizam	2	7
50% ou mais realizam	11	37
menos de 50% realizam	14	46
nenhum realiza	3	10
total	30	100

Tabela 6. Realização de vacinação contra hepatite B para homens que fazem sexo com homens

Realização da recomendação	nº de municípios	% de municípios
todos realizam	2	7
50% ou mais realizam	9	30
menos de 50% realizam	12	40
nenhum realiza	7	23
total	30	100

Tabela 7. Realização de vacinação contra hepatite B para usuários de drogas injetáveis

Realização da recomendação	nº de municípios	% de municípios
todos realizam	2	7
50% ou mais realizam	9	30
menos de 50% realizam	12	40
nenhum realiza	7	23
total	30	100

Com relação a notificação das DST nos municípios podemos observar na tabela 8 que em somente 50% dos municípios todas as unidades realizam a notificação. Em discussão com os técnicos dos municípios observamos que em alguns casos a notificação é realizada pelo setor de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e em outros este trabalho dentro da unidade não é priorizado, gerando sub-notificação das DST. Em discussão com os profissionais das UBS, ressaltamos a importância das unidades notificarem os casos de DST, alimentando o sistema de vigilância epidemiológica colaborando assim para que as fontes oficiais de informação possam subsidiar o planejamento das atividades de prevenção e assistência e ainda mostrar a necessidade de políticas públicas^(19,20).

Tabela 8. Realização de notificação das DST nos municípios

Realização da recomendação	nº de municípios	% de municípios
todos realizam	15	50
50% ou mais realizam	14	47
menos de 50% realizam	1	3
nenhum realiza	0	0
total	30	100

Conclusão

A metodologia mostrou os nós críticos nas unidades e na política dos municípios, identificando governabilidades, permitindo intervenções tanto no nível municipal como estadual, objetivando melhorar o acesso da população, a qualidade do atendimento, o funcionamento do serviço e a implantação das ações de DST/Aids na rede básica de saúde.

Consolidou-se, deste modo, a construção de um modelo integrado de ações, que contempla os objetivos traçados pelo SUS, apontando para a necessidade de um diagnóstico local, para implantação e/ou implementação de ações de prevenção e assistência às DST/Aids na rede básica e a elaboração de um instrumento de avaliação e monitoramento dessas ações, que deverá ser estendido aos demais municípios do Estado.

A rede básica de saúde possibilita a realização destas ações além de permitir a identificação de usuários em situação de maior vulnerabilidade, o que pode significar não só aumento de cobertura populacional como também promover a sustentabilidade das ações de prevenção e assistência.

Assim, o Núcleo de Atenção Básica da Divisão de Prevenção da Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo, adotou como estratégia de trabalho a descentralização das ações de prevenção e assistência às DST/Aids, expandindo, para mais 32 municípios pertencentes à quatro Direções Regionais de Saúde do Estado, a primeira fase do trabalho. Os 30 municípios que iniciaram o projeto encontram-se atualmente na segunda fase do mesmo.

Espera-se, desta forma, contribuir para que os serviços de atenção básica dos municípios envolvidos neste processo possam incorporar paulatinamente as ações de prevenção e assistência das DST/Aids à sua rotina, transformando a prática diária e levando à uma melhora da qualidade das ações oferecidas e à uma ampliação do acesso destas ações para a população geral e para as populações mais vulneráveis.

Referências Bibliográficas

1. Bastos FI. Ruína e construção: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1996 (História Social da AIDS, 6).
2. Parker R. Sexo entre homens: Consciência da AIDS e comportamento Sexual entre os homens homossexuais e bissexuais no Brasil. In: Parker R. et al [Orgs.], A Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, p.129-149.
3. Sabino EC, Salles NA, Sáez-Alquézar A, Ribeiro-dos-Santos G, Chamone DF, Busch MP. Estimated risk of transfusion-transmitted HIV infection in São Paulo, Brazil. *Transfusion*, 1999, 39(10):1152-1153.
4. Bastos FI. A feminização da epidemia de Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de enfrentamento. In: Saúde Sexual e Reprodutiva, nº 3. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ, 2000 (Coleção ABIA).
5. Centers for Disease Control and Prevention – CDC. The Global HIV and AIDS Epidemic, 2001. *MMWR*, June 2001, (50):434-439.
6. Giffin K. Beyond empowerment: heterosexualities and the prevention of AIDS. *Social Science and Medicine*, 1998, 46(2):151-156.
7. Parker R, Camargo Jr KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 2000, 16(Supl. 1): 89-102.
8. Szwarcwald CL, Bastos FI. AIDS e Pauperização: Principais conceitos e evidências empíricas. In: Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS, Sobre a epidemia da aids no Brasil: distintas abordagens. Brasília: 1999, p.7-19.
9. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/Aids. Ações de Prevenção e Assistência às DST/aids na Rede de Atenção Básica à Saúde do Estado de São Paulo - normas e instruções. São Paulo, 2003.
10. Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. São Paulo, 2003
11. Oliveira, RN de. As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. São Paulo, 2004 [Mestrado: Escola de Enfermagem, USP]
12. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre Vranjac. Manual de Vigilância Epidemiológica Sífilis Congênita - normas e instruções. São Paulo, 1998.
13. Portaria CVS-2 de 20 de janeiro de 1995, republicada em 24 de janeiro de 1995, Estado de São Paulo. Pub. D.O.E. de 24/01/95.
14. Portaria CVS-05 de 8 de maio de 2000, Estado de São Paulo. Pub. D.O.E. de 08/05/2000.
15. Lei Nº 10.449 de 20 de dezembro de 1999. Institui a obrigatoriedade do oferecimento às gestantes do teste para detecção de anticorpos anti-HIV e da sífilis, em todo pré-natal realizado pelos serviços públicos e privados no Estado de São Paulo. Pub. D.O.E. de 21/12/99.
16. Goldani MZ, Giugliani ERJ, Scanlon T et al. Aconselhamento e testagem voluntária para o HIV durante a assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, 2003, 37(5): 552-558
17. Giovanetti M, Westin C, Araujo T, Silva C, Filipe, EMV. Estratégias para garantir o acesso das profissionais do sexo à imunização contra Hepatite B. In: V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST e AIDS/ I Congresso Brasileiro de AIDS. Recife, 29/08 a 01/09 de 2004. Anais.
18. Beverley WC, Moyer I, Schmid G, Mast E, Voigt R, Mahoney F, Margolis H: Hepatitis B Vaccination in Sexually Transmitted Disease (STD) Clinics. *Sexually Transmitted Diseases*, March 2001, 148-152.
19. Tayra, A. O Sistema de Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita no Estado de São Paulo, 1989 a 1997. São Paulo, 2001. [Mestrado: Faculdade de Saúde Pública, USP].
20. Santos, NJS; Tayra, A; Silva, SR; Buchalla, CM; Laurenti, R. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2002, 5(3):286-310.

Vigilância de sífilis congênita: ações complementares no município do Rio de Janeiro

Valéria Saraceni⁽¹⁾

Martha Andrade Vilela e Silva⁽²⁾

Maria Helena Freitas da Silva Guimarães⁽³⁾

Mariza Miranda Theme Filha⁽⁴⁾

Tatiana Pacheco Campos⁽⁵⁾

Lilian de Mello Lauria⁽⁶⁾

- 1 - Assistente, Coordenação de Doenças Transmissíveis-SVS/SUBASS/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
 2 - Gerente, Programa de Saúde da Criança - ATCMA/SUBASS/ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
 3 - Técnica, Programa de Saúde da Criança - ATCMA/SUBASS/ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
 4 - Assistente, Superintendência de Vigilância em Saúde - SVS/SUBASS/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
 5 - Técnica, Gerência de Indicadores Epidemiológicos - SVS/SUBASS/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
 6 - Gerente, Programa de DST/AIDS - SVS/SUBASS/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Resumo

O objetivo deste trabalho foi o de utilizar múltiplas fontes de identificação de casos de sífilis congênita (SC) que resultaram em mortalidade perinatal, dada a magnitude do agravo no Município do Rio de Janeiro (MRJ). Foram cruzadas as informações das bases de dados do Sistema de Informação de Mortalidade, do Sistema Nacional de Agravos de Notificação, das Fichas de Investigação de Óbito Fetal e Neonatal do MRJ e das Planilhas de Notificação de Sífilis na Gestação no MRJ, para o ano de 2003. Com isto foi possível encontrar casos de SC que, de outra forma, não teriam sido notificados. Consideramos ser necessário para a melhoria da vigilância epidemiológica da SC a instalação dos Comitês de Mortalidade Fetal e Infantil, a introdução da notificação compulsória da sífilis na gestação e a realização de Curso Básico de Vigilância Epidemiológica em sífilis na gestação e SC.

Abstract

Multiple sources of information were used to identify cases of congenital syphilis (CS) resulting in fetal or neonatal deaths, given the burden of the disease in Rio de Janeiro City (RJC). We performed the linkage of databases of Mortality Infor-

mation System, National Disease Surveillance System, Investigational Reports of Fetal and Neonatal Deaths of RJC and Information on Syphilis during Pregnancy of RJC in 2003. With this procedure we were able to recognize cases of CS that otherwise wouldn't be reported. We consider that implementation of Committees of Investigation of Fetal and Infant Mortality, of mandatory reporting of syphilis in pregnancy and training in surveillance of CS and syphilis in pregnancy are needed to increase the quality of CS surveillance.

Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (MS), a eliminação da sífilis congênita (SC) será alcançada quando a taxa de incidência for menor do que 1 caso por mil nascidos vivos^(1, 2). Utilizando a notificação compulsória do agravo (FUNASA, 1998), os estados e municípios monitoram a situação. A definição de caso de SC foi revista e a nova definição passou vigorar em janeiro de 2004⁽³⁾.

Utilizando uma base de dados de serviços de saúde, obtida durante as campanhas para eliminação da SC realizadas no Município do Rio de Janeiro (MRJ) nos anos de 1999 e 2000⁽⁴⁾, foi possível verificar uma subnotificação importante de casos de SC⁽⁵⁾. Assim sendo, almejar eliminar um agravo, do qual não se conhece sequer a magnitude, necessita de novas estratégias de vigilância.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) instituiu, após a campanha de 1999, uma planilha padrão, intitulada "Relatório de Investigação de Sífilis Congênita", que é preenchida trimestralmente, com informações sobre a sífilis na gestação e no momento do parto, e sobre a SC. A planilha permite acompanhar a prevalência de sífilis nas gestantes e nas parturientes, assim como a incidência de SC nas maternidades. Em 2003, foi insti-

tuída a notificação nominal de sífilis em grávidas, como forma de incrementar o conhecimento sobre o agravo, nas unidades próprias da SMS-RJ.

No MRJ também é realizado o monitoramento dos óbitos fetais e neonatais nas nove maternidades próprias desde 1998, através da notificação obrigatória de 24 horas para os óbitos neonatais e da investigação tanto dos óbitos fetais como neonatais. O levantamento das fichas de investigação permite a busca dos casos de SC entre os óbitos, uma vez que as informações encontradas nas fichas são bem mais completas do que as das declarações de óbito, principalmente no caso dos fetais. Esse procedimento qualifica tanto o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), pois esclarece melhor a causa da morte, no caso do SIM, e informa casos não conhecidos de SC ao SINAN.

Como a sífilis é uma importante causa de perda fetal e prematuridade⁽⁶⁾, e conseqüentemente, pode levar a perdas não fetais precoces, utilizou-se esse trabalho de cruzamentos de informações de bases de dados distintas para monitorar a mortalidade perinatal (mortalidade fetal somada à mortalidade neonatal precoce) por SC no MRJ, ser por este um indicador mais fidedigno de impacto das ações para a eliminação da SC⁽⁷⁾.

Métodos

No presente trabalho, as fichas de investigação de óbitos fetais e neonatais do MRJ foram o ponto de partida para verificação da consistência e da cobertura das informações sobre os casos de SC no SIM e no SINAN. O nome da mãe foi a variável utilizada para o linkage. As informações adicionais sobre sífilis durante a gestação foram retiradas das notificações nominais encaminhadas pelas unidades municipais de saúde que participam da atenção pré-natal.

Para o cruzamento inicial das informações foi utilizado o software RECLINK⁽⁸⁾. Os casos não encontrados foram checados manualmente, um a um.

O cruzamento das fichas de notificação com o SIM permite conferir se a SC consta da declaração de óbito, em qualquer linha dos eventos que conduziram à morte. Muitas vezes, este procedimento contribuiu para esclarecer a causa do óbito, quando apenas prematuridade, anóxia intra-uterina ou causa indeterminada estão declaradas pelo médico que

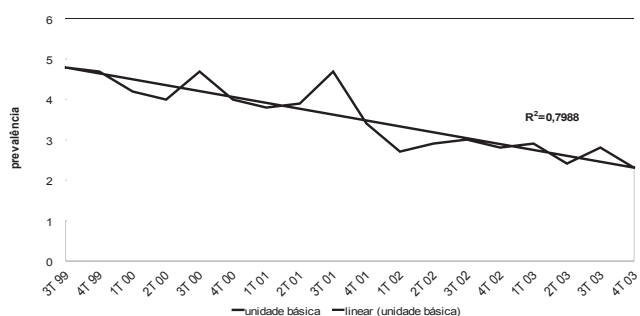
atestou o óbito. Essas informações obtidas das fichas de investigação qualificam o SIM.

Do mesmo modo, esse relacionamento de bancos de dados permite resgatar casos de SC que não foram notificados ao SINAN, pois o diagnóstico de sífilis nas mães dos casos de óbitos fetais é suficiente para fechar o caso como SC, dimensionando melhor a situação do agravo no município.

Resultados

A prevalência da sífilis em gestantes, que era de 4,8% na campanha de 1999, caiu para 2,3% ao final de 2003 (Gráfico 1). Entre as parturientes, reduziu-se para 3,0%. Pela notificação nominal, foram encontradas 1.363 gestantes, provenientes de 78 unidades de saúde, do universo de 102 unidades que poderiam estar notificando. Seis maternidades municipais forneceram informações sobre partos de mulheres com sífilis. Pode-se observar que 12,3% das gestações terminaram em aborto, 5,8% em natimortos e 2,1% de neomortos.

Gráfico 1 - Prevalência de Sífilis em gestantes, SMS-RJ, 1999 - 2003



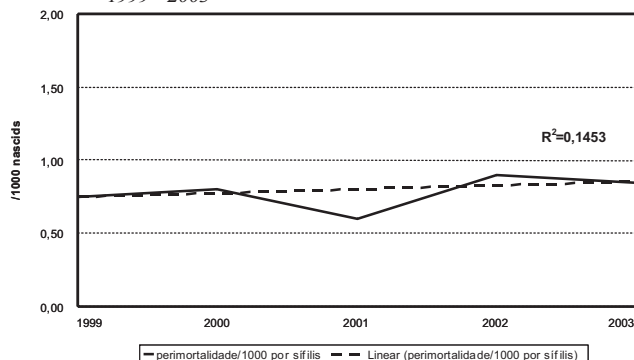
Na busca dos óbitos, e trabalhando apenas com mães residentes no MRJ, que representaram 77,9% dos óbitos perinatais encontrados, foi possível identificar mais casos de SC entre os óbitos fetais e neonatais.

Em 2002, a SC foi a quinta causa de mortalidade fetal no MRJ, com 7,2% dos casos. Em 2003, a SC representou 6,0%. Nas nove maternidades municipais com obrigatoriedade de investigar os óbitos fetais e neonatais, a SC foi responsável por ou esteve associada com 16,2% dos óbitos fetais e 7,9% dos óbitos neonatais em 2002. Em 2003, a SC esteve associada com 13,5% dos óbitos fetais e 5,3% dos neonatais.

Entre 991 óbitos fetais foram identificados 59 relacionados à SC, e 15 óbitos neonatais precoces por SC entre 671, totalizando 74 óbitos perinatais

por SC. A mortalidade perinatal específica por SC foi de 0,83/1.000 nascidos em 2003 (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Mortalidade perinatal por sífilis congênita, SMS-RJ, 1999 - 2003



Dos 74 casos de óbitos perinatais, 70 tinham fichas de investigação de óbito, por serem oriundos das maternidades municipais. Dos 4 restantes, 2 casos ocorreram fora dessas maternidades e, os outros dois, embora de maternidades municipais, não tiveram suas fichas encontradas.

Sessenta e seis casos (88,6%) foram encontrados no SIM, onde estavam todos os casos de óbitos neonatais precoces e 41 dos 59 natimortos. Do total, 63,6% dos casos tinham a SC como causa básica ou associada.

Entre as mães, 62,6% delas encontravam-se notificadas como casos de sífilis na gestação.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos óbitos por fonte de verificação.

Como características maternas, viu-se que 32,4% eram adolescentes, 14,9% relataram aborto anterior e 72,7% fizeram pré-natal. Em relação ao VDRL materno maior ou igual a 1:16, indicativo de sífilis recente, as mães dos casos de óbitos fetais apresentavam proporção significativamente maior do que das mães dos casos de óbitos neonatais precoces (73,1% versus 40,0%, $p=0,017$). Quanto aos nascimentos, 87,7% foram de prematuros e 89,2% de baixo peso.

Tabela 1 - Distribuição dos óbitos perinatais, divididos em fetal e neonatal precoce, segundo fonte de verificação, SMS-RJ, 2003

	FI		SIM		SINAN		Sífilis Nominal	
	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
Fetal	55	4	51	8	33	26	37	22
Neonatal Precoce	15	0	15	0	8	7	10	5
Total	70	4	66	8	41	33	47	27

Fonte: Fichas de Investigação de óbitos fetais e neonatais (FI), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e Banco de dados de Notificação Nominal da Sífilis na Gestação (Sífilis Nominal), SMS-RJ, 2003.

Discussão

Os resultados descritos apontam para questões largamente conhecidas da patogênese da sífilis na gestação^(9, 10).

Entretanto, o objetivo desse trabalho foi levantar outras estratégias de monitoramento da sífilis nas grávidas e da SC. O cruzamento das informações dessas quatro bases de dados permitiu um monitoramento desses agravos mais próximos da realidade. O SIM e o SINAN já fazem parte dos Sistemas de Informação em Saúde disponíveis para todos os municípios e, também, para gestores, planejadores e pesquisadores.

A investigação dos óbitos fetais e infantis foi recomendada pelo Ministério da Saúde em 2004, através da implantação de comitês semelhantes aos de mortalidade materna⁽¹¹⁾, e deverá ser paulatinamente adotada pelos gestores municipais.

Já a relação nominal das gestantes com sífilis é um avanço que permite o cruzamento com os casos notificados ao SINAN, possibilitando a verificação de casos não notificados, e qualificando ainda mais a vigilância epidemiológica.

Outros instrumentos disponíveis para monitoramento de ações em saúde, como o SISPRE-NATAL (Sistema de Informações de Pré-natal) e o SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica) necessitam de modificações para passar a fornecer informações sobre esses agravos.

Conclusão

Três movimentos devem ser iniciados para aumentar a cobertura das ações para a eliminação da SC. O primeiro é tornar a sífilis na gestação doença de notificação compulsória. O segundo é a implantação dos comitês de investigação de óbitos fetais e infantis e, por fim, a implantação do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) de sífilis na gestação e de SC.

Essas medidas, acopladas ao esforço de capacitação dos profissionais de saúde encarregados da assistência pré-natal, podem levar a uma mudança drástica no sentido da eliminação do agravo.

Referências Bibliográficas

- 1 - Ministério da Saúde. Bases técnicas para a eliminação da sífilis congênita. Brasília: Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, Ministério da Saúde, 1993.
- 2 - Pan American Health Organization (PAHO). Plan of action for the elimination of congenital syphilis in the Americas: Area of Family and Community Health HIV/AIDS unit. July, 2004. Mimeo.
- 3 - Paz LC, Pereira GI, Matida LH, Saraceni V, Ramos Jr. AN. Vigilância epidemiológica da sífilis no Brasil: Definição de casos, 2004. Boletim Epidemiológico Aids e DST, Ano XVIII - nº 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 10-5.
- 4 - Saraceni V, Nicolai C, Domingues R, Lauria LM, Durovni B, Boaretto MC. Sífilis adquirida e sífilis congênita: ações do município do Rio de Janeiro. DST j. bras. doenças sex. transm 2000; 12(5):95.
- 5 - Saraceni V, Leal M C. Evaluation of the effectiveness of the congenital syphilis elimination campaigns on reducing the perinatal morbidity and mortality: Rio de Janeiro, 1999-2000. Cad Saude Publica 2003; 19(5):1341-9.
- 6 - Hira SK, Bhart G, Chikamata DM, Nkowane B, Tembo G, Perine PL, et al. Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project. Genitourin Med 1990; 66:159-64.
- 7 - Saraceni V, Guimarães MHSF, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. Rev Bras Epidemiologia, 2004, Abstract 1530.
- 8 - Camargo Jr. KR, Coeli CM. Reclink: an application for database linkage implementing the probabilistic record linkage method. Cad Saude Publica 2000; 16:439-47.
- 9 - Sanchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. Clin Perinatol 1997; 24:71-90.
- 10 - Wicher V, Wicher K. Pathogenesis of maternal-fetal syphilis revisited. Clin Infect Dis 2001; 33:354-63.
- 11 - Ministério da Saúde. Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Hira, S. K.; Bhat, G. J.; Chikamata, D. M.; Nkowane, B.; Tembo, G.; Perine, P. L.; Meheus, A., 1990. Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project. Genitourinary Medicine 66(3):159-64.

Gestante HIV positiva: evento sentinela

Simone Passos de Castro e Santos⁽¹⁾

Ana Lúcia Cabral⁽¹⁾

Maria de Fátima Pereira Batista⁽¹⁾

1 - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Resumo

A Portaria 2104/GM de 19 de Novembro de 2002 institui o projeto “Nascer-Maternidade” que tem como um dos seus objetivos a redução da transmissão vertical do HIV. Em 2003 as Maternidades do SUS BH passaram a realizar o teste rápido em todas as parturientes (não testadas) criando possibilidades de detectar casos de gestantes HIV⁺ não identificadas durante o pré natal.

Estabeleceu-se como Evento Sentinela todos os casos de residentes na área do Distrito Sanitário Leste que:

- 1 – Diagnóstico de HIV⁺ na gestante tenha ocorrido no momento do pré parto imediato, ou após o parto e/ou
- 2 – Gestante HIV⁺ que teve parto vaginal.

Foram avaliadas as “Fichas de Investigação de Gestante HIV⁺ e Crianças Expostas” do SINAN e os prontuário das gestantes com vistas a verificar possíveis problemas ocorridos durante o pré natal, fluxo dos resultados dos exames, encaminhamentos, dentre outras. O resultado foi discutido com a gerência e Equipe da Unidade de Saúde.

Concluimos que este Evento Sentinela é um instrumento que possibilita reflexão e discussão da equipe a respeito pré natal e da Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário Leste.

Introdução

1.1 - Gestante HIV e criança exposta – Projeto Nascer e Situação atual

A Portaria 2104/GM de 19 de Novembro de 2002 institui o projeto “Nascer-Maternidade” que tem como um dos seus objetivos a redução da transmissão vertical do HIV.

Este projeto preconiza, dentre outros, “estabelecer mediante a testagem para o HIV no período pré parto imediato, e com o consentimento informado da gestante após aconselhamento, o status sorológico de 100% das parturientes que não tenham realizado esta testagem durante o pré natal”.

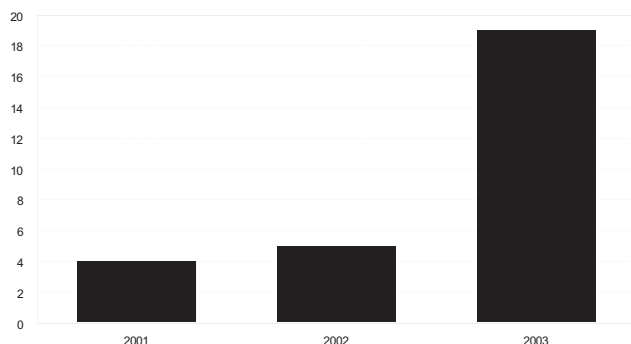
A implementação do Projeto no nível municipal foi realizada pela Coordenação Municipal de DST/Aids com apoio das Coordenações da Mulher e da Criança e da Gerência de Epidemiologia e Informação. A gerência do Programa, inicialmente, foi feita executada pela Coordenação Estadual de DST/Aids. Atualmente, a Coordenação Municipal assumiu esta função.

Desde Outubro de 2002, a Coordenação Municipal de DST/Aids, apoiadas pelas Coordenações Estaduais e Nacional, promoveu 5 oficinas de treinamento com a participação total de 454 profissionais de saúde das 8 maternidades cadastradas em Belo Horizonte. Os hospitais cadastrados em BH foram os seguintes: Hospital Santa Lúcia, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (Maternidade Hilda Brandão); Hospital das Clínicas; Hospital Municipal Odilon Behrens; Maternidade Odete Valadares; Hospital Sofia Feldman; Hospital Júlia Kubitschek e Mater Clínica.

Sendo assim em 2003 as Maternidades cadastradas no Projeto Nascer Maternidade do SUS BH passaram a realizar o teste rápido em todas a

parturientes (não testadas) conforme determina a referida Portaria. Este pode ser um dos fatores que levou a um aumento no número de notificações de gestante HIV positiva em 2003 (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição das notificações de gestantes HIV positivas residentes no Distrito Sanitário Leste - 2001 a 2003



Fonte: Gerência de Regulação em Epidemiologia e Informação - Distrito Sanitário Leste

Em dezembro de 2002, foi publicada uma Portaria que inclui, na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SUS-SIH/SUS), os procedimentos especiais de triagem para sífilis e AIDS referentes ao Programa de Humanização do Pré Natal e nascimento.

Em julho de 2003, foi publicada a Portaria 1071, através da qual os Estados e Municípios poderiam pleitear recursos adicionais para a disponibilização de fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV, durante os primeiros seis meses de vida.

Em março de 2004, a Secretaria Municipal de Saúde passou a adquirir e distribuir a fórmula infantil para as maternidades cadastradas e para o CTR Orestes Diniz (Centro de Treinamento e Referência) que acompanha estas crianças nos primeiros 6 meses de vida.

Com base no acima exposto e considerando que:

- A transmissão perinatal é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil;
- A probabilidade de transmissão vertical do HIV na ausência de qualquer procedimento profilático é de 25,5%;
- 65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem no trabalho de parto;
- O projeto “Nascer-Maternidade” cria possibilidades, com a realização do teste rápido no pré parto imediato, de detectar casos de gestantes HIV⁺ não identificadas durante o pré natal;
- Belo Horizonte tem como modelo na atenção básica a estratégia de Saúde da Família: BH VIDA SAÚDE INTEGRAL devendo portanto garantir a inserção da gestante no Serviço de

Saúde, o seu acompanhamento e todo o trabalho de VIGILÂNCIA À SAÚDE;

- O evento sentinela é uma importante ferramenta para identificação de falhas na organização do serviço.

Decidiu-se estabelecer o Evento Sentinela – Gestante HIV⁺ com a finalidade de avaliar, principalmente, a Vigilância à Saúde e a Assistência no pré natal da rede SUS BH – Leste.

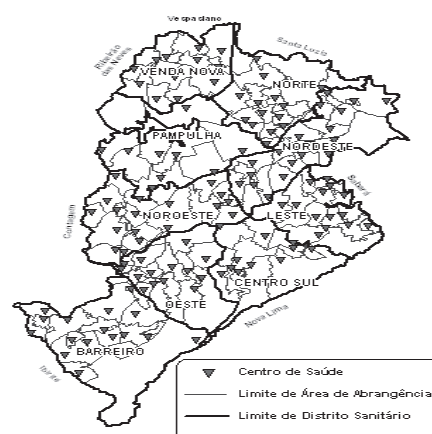
1.2 - Caracterização do Município de Belo Horizonte e da Rede de Assistência à Saúde.

O município de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais possui uma população de 2.238.332 habitantes (censo demográfico de 2000 - I.B.G.E) e extensão territorial de 335Km². Limita-se, geograficamente, com os municípios de Sabará, Santa Luzia, Contagem, Nova Lima, Ribeirão das Neves, Ibirité, Brumadinho e Vespasiano. Por sua condição de município-sede da Região Metropolitana, atrai para si grande contingente populacional vindo de várias regiões, principalmente do interior, seja em busca de melhores condições de vida, seja em busca de serviços básicos ou especializados de diversos setores como saúde e educação, entre outros.

Administrativamente, a cidade está dividida em nove regionais e, no que se refere ao setor saúde, a partir de 1989, respectivos distritos sanitários: Leste, Nordeste, Oeste, Barreiro, Centro-Sul, Venda Nova, Noroeste, Pampulha e Norte.

O mapa a seguir apresenta os nove distritos sanitários e o conjunto de unidades de saúde ambulatoriais da rede própria do município de Belo Horizonte.

Mapa 1- Distritos Sanitários e Centros de Saúde do Município de Belo Horizonte



Fonte: Sistema de Informação - DEPLAR/SMSA/BH

Cada um dos nove Distritos Sanitários, têm definido um certo espaço geográfico, populacional e administrativo. Em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais fazem parte de um Distrito, constituído de unidades básicas (Centros de Saúde) e unidades secundárias como os PAM's (Postos de Assistência Médica), além da rede hospitalar pública e contratada. Cada unidade básica, responde por um território denominado "área de abrangência do Centro de Saúde".

em: "baixo", "médio", "elevado" e "muito Elevado".

Com base nesta referência de organização do espaço territorial e com a implantação gradativa do PSF, a partir de janeiro de 2002, as áreas de abrangências dos Centros de saúde foram fracionadas em Áreas de equipes de PSF, compostas por micro-áreas agregadas de acordo com seu nível de "risco".

A tendência apontada por este modelo, sinte-

Tabela 1 - Unidades assistenciais ambulatoriais (próprias) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - 2004

Distrito Sanitário	Centro de Saúde	Laboratório	Policlínica	Unidade Especializada	Unidade Emergência	Total
Barrero	20	0	0	5	1	26
Centro Sul	12	3*	2	1	0	18
Leste	14	1	2	5	0	22
Nordeste	20	0	0	1	1	22
Noroeste	19	1	1	3	0	24
Norte	18	1	0	1	1	21
Oeste	15	1	1	0	1	18
Pampulha	8	0	0	2	1	11
Venda Nova	12	0	0	0	1	13
Total	138	7	6	18	6	175

Fonte: PBH/SMSA - 2004

* Incluindo Laboratório Central

Obs: Existem atualmente 138 áreas de abrangência. O atendimento hospitalar é feito através de 49 hospitais, sendo 48 conveniados e 1 próprio.

Esse conjunto de unidades, constituído a partir do processo de municipalização do setor saúde, realiza atividades específicas de atenção básica e vigilância à saúde.

Quanto à rede contratada e conveniada, encontram-se sob gestão do município aproximadamente 50 hospitais e 400 prestadores ambulatoriais. Essas unidades, de direito privado ou de caráter filantrópico, prestam serviços à clientela do SUS, através de contrato ou convênio, sob regulação do Sistema Municipal de Saúde. É característico dos serviços da rede contratada e conveniada o propósito curativo da atenção, através de internações, consultas ou exames laboratoriais.

Para fins de caracterização de suas áreas, foram agregados, em Belo Horizonte, Indicadores de vulnerabilidade social (mortalidade infantil, renda, escolaridade, etc), de forma a caracterizar os diversos setores censitários, que compõem as áreas de abrangência, segundo o risco de adoecer e morrer da sua população. Os níveis de "risco" estão convencionados

tizada na proposta denominada "BH VIDA-SAÚDE INTEGRAL", é uma aproximação maior entre equipe de saúde e realidade da população assistida, possibilitando um conhecimento mais aprofundado da área e dos problemas prevalentes. Até o presente momento o PSF está implantado em 100% das áreas de risco "Muito Elevado", "Elevado" e "Médio" da cidade.

1.3 - Perfil e dados populacionais do Distrito Sanitário Leste

O Distrito Sanitário Leste - DISAL, alvo deste trabalho, compreende uma área de 26,9 Km², atendendo à uma população de 249.094 habitantes (pop. estimada/2000) distribuída em 25 bairros. Limita-se com o município de Sabará, Nova Lima e com os Distritos Sanitários Centro-Sul, Nordeste e Noroeste. (mapa DISAL).

Mapa 2- Distrito Sanitário Leste



Fonte: Sistema de Informação - DEPLAR/SMSA/BH

O Distrito está dividido em 14 áreas de abrangências compreendendo portanto, 14 (quatorze) Centros de Saúde, dois serviços de atenção secundária (URSS), um Laboratório Distrital que atende as unidades de dois distritos (Leste e Nordeste) e 05 unidades especializadas (Centro de Referência para Saúde Mental, Centro de Convivência Arthur Bispo, Centro de Reabilitação, Núcleo de Cirurgia Ambulatorial e o CTA (Centro de Testagem e apoio) que presta serviços e orienta sobre a AIDS e as DST. Possui ainda uma farmácia distrital, Central de Esterilização. A sede do Distrito Sanitário é composta além da gerência distrital (GERSA), pelas gerências dos serviços de: Zoonoses (GERCZO), Vigilância Sanitária (GERVIS), Assistência (GERASA) e de Regulação, Epidemiologia e Informação (GEREPI).

A população do DISAL divide-se pelas áreas de abrangência da seguinte forma:

Tabela 2 - Distribuição por área de abrangência da população residente na Regional Leste

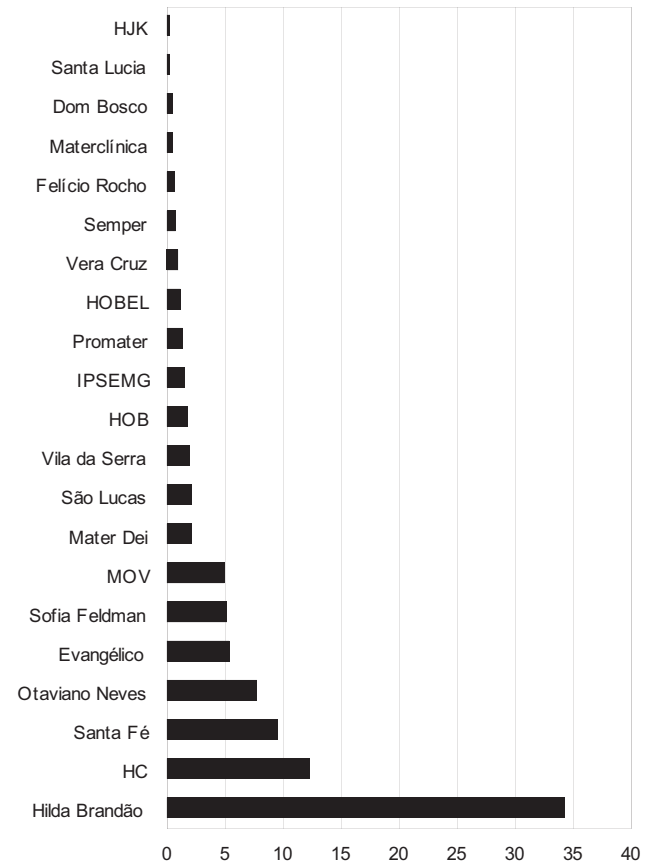
Áreas de Abrangência	População Adscrita 2000*
Alto Vera Cruz	14.506
Boa Vista	9.114
Granja de Freitas	4.723
Horto	34.471
Mariano de Abreu	16.643
Novo Horizonte	11.297
Paraíso	34.125
Pompéia	19.788
Sagrada Família	41.967
Santa Inês	12.127
São Geraldo	15.354
São José Operário	9.063
Taquaril	9.247
Vera Cruz	16.669
Total	249.094

Fonte: CENSO IBGE/2000 - GEEPI/SMSA/PBH

O Distrito sanitário Leste possui 7,3% da população em áreas de muito elevado risco; 19,1% em áreas de elevado risco; 35,9% em áreas de médio risco e 37,7% em áreas de baixo risco.

Aproximadamente 70 % da população da área é usuária do SUS.

Gráfico 2 - Referências Hospitalares para parto - DISAL- 2003



O gráfico 2 apresenta as referências hospitalares para parto no Distrito Sanitário Leste. As Maternidades Hilda Brandão, Hospital das Clínicas (HC); Sofia Feldman; e Odete Valadares (MOV), são conveniadas com o SUS, sendo a Maternidade Hilda Brandão a principal referência hospitalar para parto no Distrito Sanitário Leste. Em 2003 ocorreram 3447 nascimentos na área do Distrito Sanitário Leste.

Metodologia

Estabeleceu-se como EVENTO SENTINELA todos os casos de residentes na área do Distrito Sanitário Leste que:

- 1 – Diagnóstico de HIV positivo na gestante tenha ocorrido no momento do pré parto imediato, ou após o parto e/ou
- 2 – Gestante HIV positiva que teve parto vaginal.

Realizou-se então um estudo piloto com a seguinte metodologia:

Avaliação das “Fichas de Investigação de Gestante HIV⁺ e Crianças Expostas” do SINAN, a fim de verificar se preenchem o critério acima estabelecido (tipo de parto e momento de conhecimento da condição de HIV⁺). Na falta de informações, notadamente tipo de parto, foi pesquisado na Declaração de Nascido Vivo. Do Cadastro do SIS PRÉNATAL. Foi retirado o endereço da gestante. Este é importante para identificação da Unidade de Saúde a qual a gestante pertence e onde possivelmente foi feito o pré natal. Localizada a Unidade de realização do pré natal é feito contato com o gerente para que seja providenciado o prontuário.

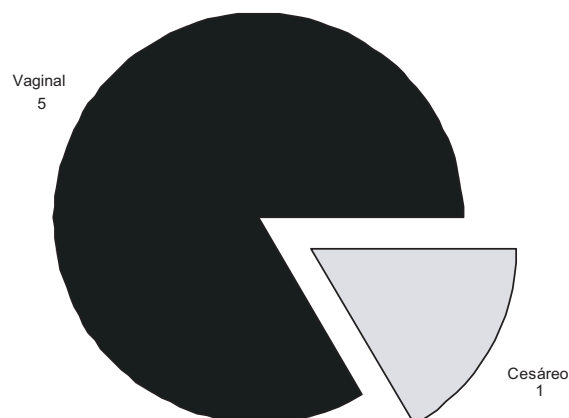
Uma comissão de profissionais do Distrito Sanitário (membros da Atenção à Saúde e Epidemiologia) faz a avaliação do prontuário com vistas a verificar possíveis problemas ocorridos durante o pré natal, pesquisando principalmente o número de consultas no pré natal, trimestre de início do mesmo, repasse de informações para a gestante, exames solicitados (tipo, data da solicitação, data da entrega do resultado, ...), fluxo dos resultados dos exames, encaminhamentos, dentre outras. Finda a investigação, o resultado é discutido com a gerência e Equipe da Unidade de Saúde.

Resultados

Em 2003 foram notificadas 19 gestantes HIV⁺ que residiam na área do Distrito Sanitário Leste. Destas 6 preencheram os critérios estabelecidos para o Evento Sentinela.

Neste piloto foram avaliadas 3 das 6 notificações que preencheram os critérios estabelecidos. Destas, 5 gestantes tiveram parto vaginal e apenas 1 teve parto cesáreo.

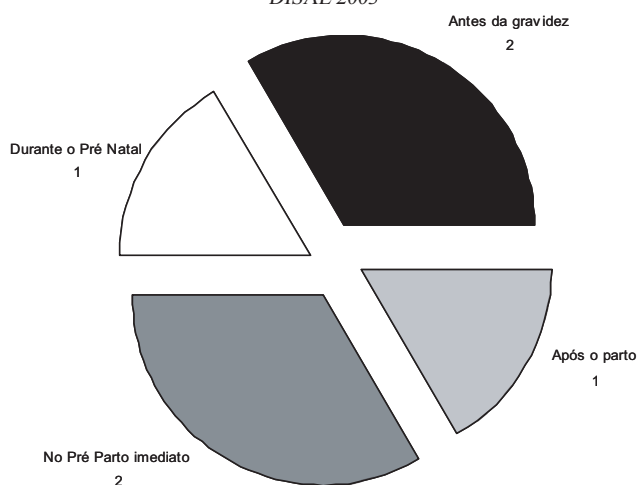
Distribuição das gestantes HIV⁺ que preenchem o critério para o EventoSentinela segundo o tipo de parto - DISAL 2003



Fonte: Gerência de Regulação em Epidemiologia e Informação - Distrito Sanitário Leste

Em relação ao momento de conhecimento da condição de HIV⁺ constatamos que 02 já sabiam antes da gravidez que eram HIV⁺, 01 ficou sabendo durante o pré natal, 02 no pré parto imediato e 01 após o parto.

Distribuição das gestantes que preenchem o critério do Evento Sentinela de acordo como momento de conhecimento da condição de HIV⁺ DISAL 2003



Fonte: Gerência de Regulação em Epidemiologia e Informação - Distrito Sanitário Leste

Os principais problemas encontrados ao avaliar os prontuários foram:

- Demora na entrega do exame a paciente,
- Não entrega do resultado do exame para a gestante,
- Despreparo dos profissionais para abordar o assunto,
- Falta de acompanhamento adequado do RN e/ou gestante pela Unidade,
- Fragilidade no processo de Vigilância à Saúde, notadamente devido a inexistência de rotina para captação de gestante faltosa,
- Falta de informações claras e precisas no prontuário,
- Dificuldade de acesso ao prontuário de gestantes que fizeram o pré natal em consultório particular.

Conclusões e Recomendações

O Evento Sentinela evidenciou falhas no processo de trabalho da Unidade que realizou o pré natal , a partir das quais a Equipe teve a oportunidade de discutir, avaliar e reorganizar suas atividades e fluxos, o que consequentemente levará à melhoria na qualidade da Assistência.

Concluimos que este Evento Sentinela é um bom instrumento para avaliar a qualidade do pré natal e da Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário Leste.

Após este estudo piloto recomendamos a investigação de todos os casos de gestantes HIV⁺ residentes no Distrito Sanitário Leste, na cidade de Belo Horizonte, e que se enquadram nos critérios descritos anteriormente.

Referências Bibliográficas

1. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência. Coordenação Municipal de DST/AIDS. Cartilha Projeto Nascir, 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças. Brasília, 2003.
3. Brasil. Ato Portaria n. 2104/GM de 19 de Novembro de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o projeto Nascir-Maternidades.
4. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Disponível no site: www.pbh.gov.br



Dados Epidemiológicos Aids

TABELA I - Casos de aids segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2005*.

UF de residência	1980-1993**	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total 1980-2005
Brasil	68758	18642	21000	23586	26185	28318	25909	26245	25611	30843	33904	30886	11940	371827
Norte	804	342	393	467	575	681	789	755	857	1119	1265	1564	538	10149
Rondônia	82	50	62	57	65	76	61	96	82	129	120	101	25	1006
Acre	36	12	1	6	13	20	26	23	29	43	37	54	21	321
Amazonas	205	85	94	111	176	210	272	276	249	360	376	488	222	3124
Roraima	42	9	7	15	14	21	27	46	40	32	76	103	32	464
Pará	370	156	184	228	237	279	305	227	347	428	544	667	175	4147
Amapá	20	7	18	21	35	24	43	34	44	60	37	62	24	429
Tocantins	49	23	27	29	35	51	55	53	66	67	75	89	39	658
Nordeste	5549	1547	1711	2123	2488	2881	2902	2858	2957	3604	4013	4355	1849	38837
Maranhão	392	128	147	184	207	288	271	297	309	325	431	656	291	3926
Piauí	141	65	77	78	100	92	111	150	152	163	166	261	107	1663
Ceará	864	263	348	349	453	573	555	540	567	650	813	846	253	7074
Rio Grande do Norte	307	92	75	112	131	178	129	159	158	126	175	80	120	1842
Paraíba	380	127	122	134	150	187	242	207	211	216	254	304	105	2639
Pernambuco	1342	348	402	555	586	770	659	644	760	1026	858	731	386	9067
Alagoas	318	85	87	117	150	116	133	140	170	174	211	178	89	1968
Sergipe	205	92	84	82	98	101	113	99	77	104	169	130	62	1416
Bahia	1600	347	369	512	613	576	689	622	553	820	936	1169	436	9242
Sudeste	52098	13110	14467	15834	16965	17739	15706	15230	14390	17153	18823	16554	6667	234736
Minas Gerais	4060	1570	1657	1694	1793	1746	1759	1611	1532	2349	2846	2492	1099	26208
Espírito Santo	534	215	208	247	352	390	412	408	443	620	637	612	254	5332
Rio de Janeiro	11983	2477	2918	3518	3959	3892	3408	3419	3339	3949	4858	4758	1845	54323
São Paulo	35521	8848	9684	10375	10861	11711	10127	9792	9076	10235	10482	8692	3469	148873
Sul	7279	2617	3235	3903	4640	5643	5275	5947	5972	7054	7299	6079	2063	67006
Paraná	1773	673	896	1127	1421	1452	1544	1629	1583	1838	2015	1512	555	18018
Santa Catarina	1717	749	959	1101	1120	1440	1317	1467	1575	1716	1558	1471	396	16586
Rio Grande do Sul	3789	1195	1380	1675	2099	2751	2414	2851	2814	3500	3726	3096	1112	32402
Centro-Oeste	3028	1026	1194	1259	1517	1374	1237	1455	1435	1913	2504	2334	823	21099
Mato Grosso do Sul	741	238	249	281	283	300	265	263	277	396	465	400	188	4346
Mato Grosso	415	176	212	290	333	284	187	267	279	456	611	655	222	4387
Goiás	1025	370	467	391	543	474	452	556	597	678	778	805	225	7361
Distrito Federal	847	242	266	297	358	316	333	369	282	383	650	474	188	5005

*Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/05.

**Para os anos de 1980 a 1993, consultar Boletim Epidemiológico Aids anteriores ou para maiores detalhes acessar www.aids.gov.br no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/DADOS DE AIDS NO BRASIL.

Fonte: MS/SIS/PN DST-AIDS.

TABELA II - Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de aids segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1994-2004*.

UF de residência	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Brasil	12,1	13,5	15,0	16,4	17,5	15,8	15,5	14,9	17,7	19,2	17,2
Norte	3,1	3,5	4,1	5,0	5,7	6,5	5,9	6,5	8,3	9,2	11,1
Rondônia	3,9	4,6	4,6	5,2	6,0	4,7	7,0	5,8	9,0	8,2	6,8
Acre	2,7	0,2	1,2	2,6	3,9	4,9	4,1	5,0	7,3	6,2	8,8
Amazonas	3,7	4,1	4,6	7,2	8,3	10,5	9,8	8,6	12,2	12,4	15,7
Roraima	3,6	2,7	6,1	5,5	8,1	10,1	14,2	11,9	9,2	21,3	28,0
Pará	2,9	3,4	4,1	4,2	4,8	5,2	3,7	5,5	6,6	8,3	10,0
Amapá	2,2	5,5	5,5	8,7	5,7	9,8	7,1	8,8	11,6	6,9	11,2
Tocantins	2,3	2,7	2,8	3,2	4,6	4,8	4,6	5,6	5,6	6,1	7,1
Nordeste	3,5	3,8	4,7	5,5	6,3	6,3	6,0	6,1	7,4	8,1	8,7
Maranhão	2,5	2,8	3,5	3,9	5,4	5,0	5,3	5,4	5,6	7,3	11,0
Piauí	2,4	2,8	2,9	3,7	3,4	4,1	5,3	5,3	5,6	5,7	8,9
Ceará	4,0	5,2	5,1	6,5	8,2	7,8	7,3	7,5	8,5	10,5	10,8
Rio Grande do Norte	3,6	2,9	4,4	5,0	6,8	4,9	5,7	5,6	4,4	6,1	2,7
Paraíba	3,8	3,7	4,1	4,5	5,6	7,2	6,0	6,1	6,2	7,2	8,6
Pernambuco	4,7	5,4	7,5	7,8	10,2	8,7	8,1	9,5	12,7	10,5	8,9
Alagoas	3,2	3,2	4,4	5,6	4,3	4,9	5,0	6,0	6,0	7,2	6,0
Sergipe	5,8	5,2	5,0	5,9	6,0	6,6	5,5	4,2	5,6	9,0	6,8
Bahia	2,8	2,9	4,1	4,8	4,5	5,3	4,8	4,2	6,2	7,0	8,6
Sudeste	20,0	21,8	23,6	24,9	25,7	22,5	21,0	19,6	23,0	25,0	21,7
Minas Gerais	9,6	10,0	10,2	10,6	10,2	10,2	9,0	8,5	12,8	15,3	13,3
Espírito Santo	7,8	7,5	8,8	12,3	13,5	14,0	13,2	14,0	19,4	19,6	18,6
Rio de Janeiro	18,8	21,9	26,2	29,2	28,4	24,7	23,8	22,9	26,8	32,6	31,6
São Paulo	26,6	28,7	30,4	31,3	33,2	28,3	26,4	24,1	26,8	27,1	22,2
Sul	11,4	14,0	16,6	19,4	23,4	21,6	23,7	23,5	27,4	28,0	23,1
Paraná	7,8	10,3	12,5	15,5	15,7	16,5	17,0	16,3	18,8	20,3	15,1
Santa Catarina	15,7	19,8	22,6	22,6	28,6	25,8	27,4	28,9	31,0	27,8	25,9
Rio Grande do Sul	12,6	14,4	17,4	21,5	27,9	24,2	28,0	27,3	33,6	35,4	29,2
Centro-Oeste	10,2	11,6	12,0	14,1	12,5	11,0	12,5	12,1	15,8	20,3	18,6
Mato Grosso do Sul	12,6	13,0	14,6	14,4	15,0	13,1	12,7	13,1	18,5	21,4	18,2
Mato Grosso	7,8	9,2	13,0	14,6	12,2	7,9	10,7	10,9	17,5	23,0	24,3
Goiás	8,7	10,8	8,7	11,7	10,0	9,3	11,1	11,7	13,0	14,7	14,9
Distrito Federal	14,2	15,3	16,3	19,1	16,4	16,9	18,0	13,4	17,8	29,7	21,2

*Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/05.

População: MSISE/DATASUS, em <www.datasus.gov.br/informações em saúde/população> acessado em 24/11/2004.

Fonte: MS/SIN/SPN DST-AIDS.

TABELA III - Casos de aids (número e taxa por 100.000 hab.) segundo ano de diagnóstico por sexo. Brasil, 1980-2005*.

Ano de diagnóstico	Número de casos		Razão M/F	Taxa de incidência	
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino
1980	1	0	-	0,0	0,0
1981	-	-	-	-	-
1982	10	0	-	0,0	0,0
1983	36	3	12,0	0,1	0,0
1984	127	7	18,1	0,2	0,0
1985	530	20	26,5	0,8	0,0
1986	1074	71	15,1	1,6	0,1
1987	2443	270	9,0	3,6	0,4
1988	3903	603	6,5	5,7	0,9
1989	5458	908	6,0	7,8	1,3
1990	7630	1422	5,4	10,7	2,0
1991	9905	2135	4,6	13,7	2,9
1992	12135	3049	4,0	16,5	4,0
1993	13201	3813	3,5	17,6	5,0
1994	14154	4487	3,2	18,7	5,8
1995	15414	5584	2,8	20,0	7,1
1996	16655	6926	2,4	21,5	8,7
1997	17710	8465	2,1	22,5	10,5
1998	18674	9636	1,9	23,4	11,7
1999	16712	9185	1,8	20,7	11,1
2000	16586	9633	1,7	19,8	11,2
2001	15792	9805	1,6	18,6	11,2
2002	18852	11975	1,6	21,9	13,5
2003	20421	13473	1,5	23,5	15,0
2004	18395	12451	1,5	20,9	13,7
2005	6873	5041	1,4	-	-

*Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/05.

Fonte: MS/SIS/PN DST-AIDS.

População: MS/SE/DATASUS, em <www.datasus.gov.br/informações em saúde/população> acessado em 24/11/2004.

TABELA IV - Casos de aids segundo faixa etária por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2005*.

Faixa etária	1980-1993**	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Masculino														
< 5 anos	832	289	340	411	444	476	405	390	304	384	395	365	114	5149
05 a 12	347	57	64	67	103	93	101	107	112	239	321	322	125	2058
13 a 19	1842	281	271	232	263	275	235	215	199	233	263	207	57	4573
20 a 24	6980	1431	1358	1342	1468	1410	1249	1167	1105	1172	1286	1006	390	21364
25 a 29	12357	3123	3297	3273	3327	3343	2896	2746	2490	2694	2716	2458	923	45643
30 a 34	12438	3361	3527	4038	4323	4442	3803	3686	3481	3792	3906	3403	1273	55473
35 a 39	9018	2379	2720	3029	3215	3420	3248	3253	3113	3820	4117	3548	1294	46174
40 a 49	8786	2281	2705	3014	3285	3675	3285	3516	3498	4458	5029	4639	1776	49947
50 a 59	2738	681	801	904	940	1113	1094	1133	1115	1506	1668	1701	631	16025
60 e mais	949	251	298	318	326	400	379	366	361	485	588	564	161	5446
Total	56287	14134	15381	16627	17694	18647	16695	16579	15778	18783	20289	18213	6744	251851
Feminino														
< 5 anos	792	274	366	424	482	467	435	409	351	414	396	338	107	5255
05 a 12	132	38	60	66	80	81	106	123	126	246	361	306	122	1847
13 a 19	532	152	186	193	243	304	281	288	302	308	319	293	101	3502
20 a 24	2088	650	695	907	1038	1179	1082	1190	1188	1249	1290	1162	441	14159
25 a 29	2809	990	1187	1478	1758	1943	1731	1923	1832	2059	2271	2004	761	22746
30 a 34	2285	896	1140	1436	1702	1999	1849	1895	1913	2282	2466	2230	955	23048
35 a 39	1486	609	774	1016	1247	1455	1485	1419	1461	1959	2248	2042	796	17997
40 a 49	1410	606	782	993	1290	1508	1508	1598	1751	2308	2729	2641	1084	20208
50 a 59	545	191	280	309	458	511	513	580	644	787	996	960	456	7230
60 e mais	195	76	95	103	156	180	190	205	224	299	311	329	129	2489
Total	12274	4482	5565	6923	8454	9627	9180	9630	9792	11911	13387	12305	4952	118482

*Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/05.

**Para os anos de 1980 a 1993, consultar Boletim Epidemiológico Aids anteriores ou para maiores detalhes acessar www.aids.gov.br no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/DADOS DE AIDS NO BRASIL.

Fonte: MS/SIS/PN DST-AIDS.

TABELA V - Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de aids segundo faixa etária por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1993-2004*.

Faixa etária	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Masculino												
< 5 anos	2,3	3,3	3,8	5,2	5,5	5,8	4,9	4,7	3,6	4,5	4,5	4,1
05 a 12	0,3	0,4	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	1,7	2,3	2,2
13 a 19	2,5	2,5	2,3	1,9	2,2	2,2	1,9	1,7	1,6	1,8	2,0	1,6
20 a 24	21,3	20,4	19,1	18,8	20,2	19,1	16,7	14,5	13,5	14,1	15,3	11,8
25 a 29	47,7	48,4	50,4	51,4	51,4	50,9	43,5	40,3	36,0	38,4	38,2	34,1
30 a 34	55,5	59,5	61,6	67,0	70,5	71,4	60,3	57,9	53,8	57,9	58,8	50,6
35 a 39	44,5	49,5	55,9	57,2	59,7	62,7	58,7	54,6	51,5	62,3	66,3	56,4
40 a 49	29,5	31,9	37,3	37,0	39,7	43,8	38,6	37,7	36,9	46,4	51,7	47,1
50 a 59	13,9	14,4	16,7	17,5	17,9	21,0	20,4	18,9	18,3	24,4	26,7	27,0
60 e mais	4,4	4,8	5,7	5,7	5,7	6,9	6,3	5,6	5,5	7,2	8,7	8,2
Total	17,7	18,8	20,3	21,5	22,5	23,4	20,7	19,8	18,6	21,9	23,3	20,7
Feminino												
< 5 anos	2,4	3,2	4,2	5,5	6,2	5,9	5,4	5,1	4,3	5,0	4,7	4,0
05 a 12	0,3	0,3	0,5	0,5	0,6	0,6	0,8	0,9	0,9	1,8	2,6	2,2
13 a 19	1,0	1,3	1,6	1,6	2,0	2,5	2,3	2,3	2,4	2,4	2,5	2,2
20 a 24	8,6	9,1	9,6	12,5	14,0	15,7	14,2	14,7	14,4	15,0	15,3	13,6
25 a 29	14,0	14,7	17,3	22,4	26,2	28,5	25,1	27,3	25,6	28,4	30,9	26,9
30 a 34	12,6	15,2	19,0	22,6	26,3	30,5	27,8	28,4	28,3	33,3	35,5	31,7
35 a 39	9,5	12,0	15,0	18,2	21,9	25,2	25,4	22,5	22,8	30,2	34,2	30,7
40 a 49	6,5	8,2	10,4	11,6	14,9	17,2	16,9	16,1	17,4	22,6	26,4	25,2
50 a 59	3,6	3,8	5,5	5,6	8,1	9,0	8,9	8,9	9,8	11,8	14,7	14,0
60 e mais	0,8	1,2	1,6	1,5	2,3	2,6	2,7	2,6	2,8	3,6	3,8	3,9
Total	5,0	5,8	7,2	8,7	10,5	11,7	11,0	11,2	11,2	13,4	14,9	13,5

*Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/04.

Fonte: MS/SIS/PN DST-AIDS.

População: MS/SE/DATASUS, em <www.datasus.gov.br/informacoes em saude/populacao> acessado em 24/11/2004.

TABELA VI - Casos de aids (número e percentual) em indivíduos menores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição hierarquizada por ano de diagnóstico. Brasil, 1983-2005*.

Categoria de exposição	1983-1993**		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total 19800-2005	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sexual																
Homossexual	4	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1	2	0,2	2	0,0	1	0,2
Bissexual	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	2	0,3
Heterossexual	101	4,8	24	3,6	40	4,8	51	5,3	35	3,2	63	5,6	51	4,9	76	7,4
UDI	10	0,5	1	0,2	1	0,1	0	0,0	2	0,2	2	0,2	1	0,1	0	0,0
Hemofílico	200	9,5	5	0,8	6	0,7	2	0,2	2	0,2	0	0,0	3	0,3	0	0,0
Transfusão	190	9,0	21	3,2	22	2,7	10	1,0	7	0,6	8	0,7	7	0,7	10	1,0
Transmissão vertical	1451	69,0	559	85,0	712	85,8	870	89,8	89,8	90,5	991	88,6	933	89,2	873	84,9
Ignorado	147	7,0	48	7,3	49	5,9	33	3,4	59	5,3	56	5,0	51	4,9	66	6,4
Total	2103	100,0	658	100,0	830	100,0	969	100,0	1107	100,0	1119	100,0	1.046	100,0	894	100,0

*Casos notificados no SINAN até 30/06/03.

**Para os anos de 1980 a 1993, consultar Boletim Epidemiológico Aids anteriores ou para maiores detalhes acessar www.aids.gov.br no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/DADOS DE AIDS NO BRASIL.
Fonte: MS/SIS/PN DST-AIDS.

TABELA VII - Casos de aids (número e percentual) na categoria de exposição transmissão vertical, segundo idade por ano de diagnóstico. Brasil, 1983-2005*.

Idade	1983-1993**		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total 1983-2005	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
< de 1 ano	788	54,3	274	49,0	332	46,5	399	45,8	397	39,5	388	39,0	364	38,8	266	30,1
1	259	17,8	96	17,2	139	19,5	159	18,2	204	20,3	161	16,2	150	16,0	118	13,3
2	155	10,7	74	13,2	81	11,3	112	12,8	123	12,3	149	15,0	117	12,5	124	14,0
3	102	7,0	35	6,3	48	6,7	60	6,9	78	7,8	94	9,5	83	8,8	100	11,3
4	52	3,6	26	4,7	36	5,0	38	4,4	59	5,9	54	5,4	52	5,5	72	8,1
5	34	2,3	19	3,4	24	3,4	34	3,9	43	4,3	45	4,5	55	5,9	61	6,9
6	21	1,4	11	2,0	16	2,2	24	2,8	32	3,2	24	2,4	42	4,5	37	4,2
7	16	1,1	13	2,3	10	1,4	19	2,2	21	2,1	23	2,3	25	2,7	40	4,5
8	10	0,7	7	1,3	16	2,2	11	1,3	17	1,7	20	2,0	14	1,5	20	2,3
9	10	0,7	2	0,4	4	0,6	6	0,7	9	0,9	14	1,4	14	1,5	16	1,8
10	1	0,1	1	0,2	3	0,4	5	0,6	12	1,2	9	0,9	8	0,9	7	0,8
11	3	0,2	1	0,2	1	0,1	0	0,0	4	0,4	5	0,5	5	0,5	5	0,6
12	0	0,0	0	0,0	2	0,3	3	0,3	3	0,3	5	0,5	4	0,4	7	0,8
13	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	2	0,2	4	0,4	8	0,9
14 anos e +	1	0,1	0	0,0	2	0,3	2	0,2	0	0,0	1	0,1	2	0,2	4	0,5
Total	1452	100,0	559	100,0	714	100,0	872	100,0	1004	100,0	994	100,0	939	100,0	885	100,0

*Casos notificados no SINAN até 30/06/03.

**Para os anos de 1980 a 1993, consultar Boletim Epidemiológico Aids anteriores ou para maiores detalhes acessar www.aids.gov.br no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/DADOS DE AIDS NO BRASIL.
Fonte: MS/SIS/SINAN/PN DST-AIDS.

TABELA VIII - Casos de aids (números e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2005*.

Categoria de exposição	1980-1993**		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		Total 1983-2005	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
sexual	Masculino																											
	Homossexual																											
	16116	309	22,4	3023	20,1	3336	20,6	3375	19,7	3430	19,0	2889	17,8	2789	17,3	2626	17,1	2607	16,8	2414	16,4	1848	15,7	441	15,8	47990		
	7429	1542	11,2	1528	10,2	1587	9,8	1811	10,6	2118	11,7	1892	11,7	1762	11,0	1607	10,5	1600	10,3	1446	9,8	1223	10,4	256	9,2	25801		
Heterossexual																												
7825	2992	21,7	3582	23,9	4184	25,9	5094	29,7	5585	30,9	5366	33,1	5693	35,4	5804	37,8	6103	39,2	6088	41,5	4925	41,9	1252	44,8	64493			
Sanguínea	UDI																											
	15536	3853	27,9	3934	26,2	3951	24,4	3966	23,1	3761	20,8	3056	18,9	2923	18,2	2422	15,8	2162	13,9	1812	12,3	1278	10,9	278	9,9	48932		
	698	68	0,5	73	0,5	86	0,5	81	0,5	42	0,2	24	0,1	24	0,1	28	0,2	18	0,1	11	0,1	12	0,1	0	0,0	1165		
	659	102	0,7	128	0,9	130	0,8	58	0,3	16	0,1	9	0,1	3	0,0	10	0,1	7	0,0	11	0,1	17	0,1	6	0,2	1156		
TV/ Perinatal																												
1	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,0	2	0,0	6	0,0	6	0,0	6	0,0	6	0,0	8	0,1	12	0,1	2	0,1	51	
Ignorado																												
7009	2155	15,6	2740	18,3	2900	17,9	2773	16,2	3144	17,4	2953	18,2	2884	17,9	2866	18,6	3063	19,7	2896	19,7	2444	20,8	559	20,0	38386			
Total																												
55273	13808	100	15008	100	16175	100	17159	100	18098	100	16195	100	16084	100	15369	100	15566	100	14686	100	11759	100	2794	100	227974			
Feminino																												
Heterossexual																												
7683	3331	79,8	4318	83,7	5453	84,7	6981	88,4	8231	90,6	7936	91,9	8495	93,4	8647	92,8	8753	93,7	8271	93,4	6567	93,9	1609	94,6	86277			
UDI																												
3114	732	17,5	718	13,9	855	13,3	821	10,4	810	8,9	675	7,8	563	6,2	598	6,4	523	5,6	467	5,3	294	4,2	73	4,3	10243			
Transfusão																												
498	100	2,4	103	2,0	109	1,7	71	0,9	14	0,2	6	0,1	5	0,1	10	0,1	6	0,1	15	0,2	20	0,3	11	0,6	968			
TV/ Perinatal																												
0	0	0,0	2	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,0	6	0,1	14	0,2	10	0,1	13	0,1	12	0,2	1	0,1	61			
Ignorado																												
81	12	0,3	17	0,3	17	0,3	26	0,3	24	0,3	21	0,2	28	0,3	48	0,5	50	0,5	90	1,0	97	1,4	7	0,4	518			
Total																												
11376	4175	100,0	5158	100,0	6435 [§]	100,0	7900	100,0	9080	100,0	8638	100,0	9097	100,0	9317	100,0	9342	100,0	8858	100,0	6990	100,0	1701	100,0	98067			

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

**Casos notificados no SINAN até 30/06/03.

**Para os anos de 1980 a 1993, consultar Boletim Epidemiológico Aids anteriores.

Fonte: MS/SIS/PN DST-AIDS.

TABELA IX - Casos de aids (número e percentual) segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2000 a 2005*.

Ano de diagnóstico	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Sub total		Ignorado		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino																
2000	1259	65,9	205	10,7	14	0,7	432	22,6	1	0,1	1911	11,5	14675	88,5	16586	100
2001	2520	64,1	442	11,2	26	0,7	936	23,8	10	0,3	3934	24,9	11858	75,1	15792	100
2002	5187	64,0	898	11,1	53	0,7	1956	24,1	16	0,2	8110	43,0	10742	57,0	18852	100
2003	7250	60,7	1372	11,5	75	0,6	3225	27,0	17	0,1	11939	58,5	8482	41,5	20421	100
2004	5771	56,5	1228	12,0	69	0,7	3125	30,6	18	0,2	10211	55,5	8184	44,5	18395	100
2005	1403	55,3	276	10,9	29	1,1	821	32,4	6	0,2	2535	36,9	4338	63,1	6873	100
Feminino																
2000	888	61,4	192	13,3	8	0,6	358	24,8	0	0,0	1446	15,0	8187	85,0	9633	100
2001	1790	64,1	331	11,9	21	0,8	646	23,1	5	0,2	2793	28,5	7012	71,5	9805	100
2002	3289	62,2	689	13,1	41	0,8	1259	23,8	10	0,2	5288	44,2	6687	55,8	11975	100
2003	4384	58,4	1011	13,5	62	0,8	2033	27,1	18	0,2	7508	55,7	5965	44,3	13473	100
2004	3257	52,8	887	14,4	49	0,8	1963	31,8	15	0,2	6171	49,6	6280	50,4	12451	100
2005	848	53,8	204	13,0	13	0,8	507	32,1	5	0,3	1577	31,3	3464	68,7	5041	100

*Casos notificados no SINAN e registrados no SINCEL até 30/06/05.

Fonte: MS/SIS/SINAN/PN DST-AIDS.

TABELA X - Óbitos por aids segundo UF e região de residência, por ano de óbito. Brasil, 1980-2004*.

UF de residência	1980-1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total 1980-2004
Brasil	40079	13391	15156	15017	12078	10770	10521	10730	10948	11055	11283	10895	171923
Norte	353	171	209	270	220	231	245	309	390	415	495	489	3797
Roraima	30	13	18	25	29	37	38	40	42	42	63	49	426
Acre	10	1	2	5	3	6	7	15	11	10	14	15	99
Amazonas	78	41	58	74	56	46	66	61	102	108	113	124	927
Roraima	15	7	6	16	5	13	15	20	20	19	18	17	171
Pará	200	103	111	133	114	116	104	154	188	204	242	253	1922
Amapá	9	0	8	6	8	1	7	4	7	11	13	11	85
Tocantins	11	6	6	11	5	12	8	15	20	21	32	20	167
Nordeste	2495	1000	1159	1200	984	954	989	1147	1263	1341	1404	1338	15274
Maranhão	205	46	65	70	50	69	69	92	121	130	160	146	1223
Piauí	55	30	32	36	39	30	25	44	46	51	52	64	504
Ceará	345	136	166	188	156	109	134	173	150	204	204	208	2173
Rio Grande do Norte	142	77	96	67	37	23	28	39	49	39	48	36	681
Paraíba	168	83	76	55	41	49	46	50	70	68	94	61	861
Pernambuco	758	331	381	407	300	344	312	339	371	395	376	366	4680
Alagoas	98	31	41	45	44	28	24	41	63	60	62	49	586
Sergipe	51	32	50	35	30	21	37	42	37	36	28	54	453
Bahia	673	234	252	297	287	281	314	327	356	358	380	354	4113
Sudeste	32619	10303	11310	10914	8488	7167	6796	6773	6634	6496	6409	6132	120041
Minas Gerais	1677	751	917	1069	828	738	831	783	862	810	857	860	10983
Espírito Santo	253	106	141	158	143	150	125	158	149	147	175	205	1910
Rio de Janeiro	8502	2286	2490	2404	1974	1694	1571	1644	1652	1679	1744	1727	29367
São Paulo	22187	7160	7762	7283	5543	4585	4269	4188	3971	3860	3633	3340	77781
Sul	3434	1458	1787	1972	1811	1866	1945	1961	2115	2246	2356	2354	25305
Paraná	857	401	458	532	410	400	451	444	470	506	520	503	5952
Santa Catarina	669	338	379	418	412	405	448	462	469	487	516	502	5505
Rio Grande do Sul	1908	719	950	1022	989	1061	1046	1055	1176	1253	1320	1349	13848
Centro-Oeste	1178	459	691	661	575	552	546	540	546	557	619	582	7506
Mato Grosso do Sul	252	82	121	122	125	114	126	117	108	113	145	127	1552
Mato Grosso	120	59	137	106	114	120	119	114	137	128	144	146	1444
Goiás	353	129	198	221	177	189	168	183	206	178	218	197	2417
Distrito Federal	453	189	235	212	159	129	133	126	95	138	112	112	2093

* Dados preliminares.

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

TABELA XI - Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.) por aids segundo UF e região de residência por ano de óbito. Brasil, 1994-2004*.

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

* Dados preliminares.

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

População: MS/SIS/DASIS em <www.datasus.gov.br/Informações em Saúde/população>, acessado em 22/11/2005.

TABELA XII - Óbitos por aids (número e taxa por 100.000 hab.) segundo ano de óbito por sexo. Brasil, 1985-2004*.

Ano de diagnóstico	Número de óbitos			Razão M/F	Taxa de mortalidade		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
1985	149	6	155	24,8	0,2	0,0	0,1
1986	363	22	385	16,5	0,5	0,0	0,3
1987	878	85	963	10,3	1,3	0,1	0,7
1988	1800	256	2056	7,0	2,6	0,4	1,5
1989	2840	434	3274	6,5	4,1	0,6	2,3
1990	4632	750	5382	6,2	6,5	1,0	3,7
1991	6135	1229	7364	5,0	8,5	1,7	5,0
1992	7449	1564	9013	4,8	10,2	2,1	6,1
1993	9239	2220	11459	4,2	12,3	2,9	7,6
1994	10582	2790	13372	3,8	13,9	3,6	8,7
1995	11599	3535	15134	3,3	15,1	4,5	9,7
1996	11176	3828	15017	2,9	14,4	4,8	9,6
1997	8749	3321	12078	2,6	11,1	4,1	7,6
1998	7671	3095	10770	2,5	9,6	3,8	6,7
1999	7487	3027	10521	2,5	9,3	3,6	6,4
2000	7540	3187	10730	2,4	9,0	3,7	6,3
2001	7517	3428	10948	2,2	8,9	3,9	6,4
2002	7580	3473	11055	2,2	8,8	3,9	6,3
2003	7672	3610	11283	2,1	8,8	4,0	6,4
2004	7378	3517	10895	2,1	8,4	3,9	6,1

* Dados preliminares.

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

População: MS/SVS/DASIS em <www.datasus.gov.br/Informações em Saúde/população>, acessado em 22/11/2005.

TABELA XIII - Óbitos por aids (número e percentual) segundo raça/cor por sexo e ano de óbito. Brasil, 1996-2004*.

Ano de diagnóstico	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Sub total		Ignorado		Total 1996-2004	
	nº	%	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	%
Masculino																
1998	3565	64,8	585	10,6	31	0,6	1318	23,9	5	0,1	5504	71,8	2167	28,2	7671	100,0
1999	3837	64,3	547	9,2	112	1,9	1457	24,4	18	0,3	5971	79,8	1516	20,2	7487	100,0
2000	4105	61,9	713	10,7	115	1,7	1682	25,4	19	0,3	6634	88,0	906	12,0	7540	100,0
2001	4150	61,7	784	11,7	22	0,3	1760	26,2	6	0,1	6722	89,4	795	10,6	7517	100,0
2002	4142	59,9	816	11,8	23	0,3	1929	27,9	6	0,1	6916	91,2	664	8,8	7580	100,0
2003	4221	59,5	910	12,8	44	0,6	1919	27,0	3	0,0	7097	92,5	575	7,5	7672	100,0
2004	4006	58,3	852	12,4	23	0,3	1989	28,9	7	0,1	6877	93,7	460	6,3	7337	100,0
Feminino																
1998	1302	58,9	283	12,8	17	0,8	603	27,3	5	0,2	2210	71,4	885	28,6	3095	100,0
1999	1390	57,5	307	12,7	69	2,9	646	26,7	5	0,2	2417	79,8	610	20,2	3027	100,0
2000	1622	58,2	358	12,9	45	1,6	749	26,9	11	0,4	2785	87,4	402	12,6	3187	100,0
2001	1738	56,3	464	15,0	9	0,3	870	28,2	5	0,2	3086	90,0	342	10,0	3428	100,0
2002	1739	55,1	460	14,6	4	0,1	954	30,2	0	0,0	3157	90,9	316	9,1	3473	100,0
2003	1872	56,0	491	14,7	14	0,4	962	28,8	4	0,1	3343	92,6	267	7,4	3610	100,0
2004	1742	53,1	499	15,2	15	0,5	1016	31,0	7	0,2	3279	93,5	227	6,5	3506	100,0

* Dados preliminares.

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

Dados Epidemiológicos Sífilis Congênita

TABELA XIV - Casos de sífilis congênita (número e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos) segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2005*

UF/Região	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		Total
	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº
Brasil	2840	0,9	3198	1,0	4100	1,3	3899	1,3	3769	1,2	5020	1,7	4713	1,6	1857	1,6	29396
Norte	79	0,3	104	0,4	190	0,7	223	0,7	212	0,7	500	1,6	280	0,9	141	0,9	1729
Rondonia	0	0,0	5	0,2	9	0,3	3	0,1	1	0,0	6	0,2	3	0,1	1	0,1	28
Acre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,2	2	0,1	10	0,6	0	0,6	15
Amazonas	19	0,3	40	0,6	16	0,2	23	0,3	26	0,4	56	0,8	60	0,8	17	0,8	257
Roraima	0	0,0	2	0,2	0	0,0	2	0,2	0	0,0	8	0,8	1	0,1	1	0,1	14
Para	39	0,3	19	0,1	107	0,8	98	0,7	64	0,5	248	1,7	121	0,8	101	0,8	797
Amapa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	61	4,2	82	5,8	119	8,1	33	2,4	0	2,4	295
Tocantins	21	0,8	38	1,4	58	2,2	36	1,3	36	1,4	61	2,3	52	2,0	21	2,0	323
Nordeste	789	0,9	631	0,7	725	0,8	998	1,1	1038	1,1	1400	1,5	1457	1,6	578	1,6	7616
Maranhao	0	0,0	1	0,0	22	0,2	83	0,8	144	1,2	241	1,9	211	1,7	69	1,7	771
Piaui	0	0,0	3	0,1	22	0,4	16	0,3	42	0,7	42	0,8	53	1,0	4	1,0	182
Ceara	57	0,4	71	0,5	6	0,0	37	0,2	51	0,4	101	0,7	153	1,1	115	1,1	591
Rio Grande do Norte	37	0,6	93	1,6	61	1,1	65	1,2	29	0,5	60	1,1	95	1,9	54	1,9	494
Paraiba	10	0,2	8	0,1	4	0,1	50	0,8	127	2,0	50	0,8	75	1,2	5	1,2	329
Pernambuco	515	3,2	323	2,0	416	2,5	551	3,4	466	3,0	574	3,8	552	3,7	214	3,7	3611
Alagoas	24	0,4	44	0,7	22	0,3	28	0,4	27	0,4	59	0,9	106	1,8	38	1,8	348
Sergipe	2	0,0	7	0,2	9	0,2	17	0,4	9	0,2	137	3,7	32	0,9	5	0,9	218
Bahia	144	0,6	81	0,3	163	0,7	151	0,6	143	0,6	136	0,6	180	0,8	74	0,8	1072
Sudeste	1457	1,1	1703	1,3	2578	2,0	2145	1,7	2013	1,7	2514	2,1	2437	2,1	886	2,1	15733
Minas Gerais	0	0,0	42	0,1	36	0,1	83	0,3	44	0,2	121	0,4	100	0,4	49	0,4	475
Espirito Santo	7	0,1	121	2,0	283	4,8	248	4,3	220	4,0	299	5,6	264	5,0	117	5,0	1559
Rio de Janeiro	852	3,3	798	3,0	1347	5,2	1043	4,3	1047	4,5	1181	5,1	1249	5,4	417	5,4	7934
Sao Paulo	598	0,9	742	1,0	912	1,3	771	1,2	702	1,1	913	1,5	824	1,3	303	1,3	5765
Sul	227	0,5	282	0,6	290	0,6	307	0,7	252	0,6	303	0,8	219	0,5	96	0,5	1976
Parana	105	0,6	156	0,8	31	0,2	59	0,4	95	0,6	104	0,7	55	0,3	21	0,3	626
Santa Catarina	17	0,2	6	0,1	22	0,2	14	0,2	8	0,1	16	0,2	23	0,3	8	0,3	114
Rio Grande do Sul	105	0,6	120	0,6	237	1,3	234	1,5	149	1,0	183	1,2	141	0,9	67	0,9	1236
Centro-Oeste	288	1,2	478	2,0	317	1,4	226	1,0	254	1,1	303	1,3	320	1,4	156	1,4	2342
Mato Grosso do Sul	0	0,0	107	2,6	49	1,2	23	0,6	55	1,4	25	0,6	45	1,1	24	1,1	328
Mato Grosso	7	0,1	15	0,3	3	0,1	6	0,1	17	0,4	32	0,7	17	0,3	7	0,3	104
Goiás	112	1,1	155	1,6	126	1,3	91	1,0	87	0,9	119	1,3	117	1,3	49	1,3	856
Distrito Federal	169	3,5	201	4,1	139	2,9	106	2,3	95	2,1	127	2,8	141	3,1	76	3,1	1054

* Casos investigados e notificados no SINAN até 30/06/2005.

População: MS/SIS/DASIS em <www.datasus.gov.br/informacoes em Saúde/população> acessado em 22/11/2005.

Fonte: MS/SIS/DASIS-Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos-SINASC.

**TABELA XV - Casos de sífilis congênita (número e percentual) segundo características selecionadas por ano de diagnóstico.
Brasil, 1998-2005*.**

Brasil	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade da criança																		
menor de 7 dias	1595	56,2	1687	52,8	3267	79,7	3154	80,9	3224	85,5	4562	90,9	4331	91,9	1714	92,3	23534	80,1
7 a 27 dias	612	21,5	784	24,5	560	13,7	459	11,8	324	8,6	254	5,1	192	4,1	85	4,6	3270	11,1
28 a 364 dias	365	12,9	403	12,6	254	6,2	253	6,5	202	5,4	180	3,6	175	3,7	54	2,9	1886	6,4
1 ano	20	0,7	18	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	38	0,1
2 a 4 anos	8	0,3	15	0,5	12	0,3	19	0,5	14	0,4	12	0,2	10	0,2	2	0,1	92	0,3
5 a 12 anos	8	0,3	11	0,3	7	0,2	14	0,4	5	0,1	12	0,2	5	0,1	2	0,1	64	0,2
Ignorada	232	8,2	280	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	512	1,7
Idade gestacional da criança ao nascer																		
menos de 22	17	0,6	21	0,7	8	0,2	5	0,1	15	0,4	81	1,6	107	2,3	45	2,4	299	1,0
25 a 35	379	13,3	392	12,3	502	12,2	494	12,7	439	11,6	552	11,0	531	11,3	188	10,1	3477	11,8
36 e mais	2187	77,0	2459	76,9	3128	76,3	2926	75,0	3022	80,2	4021	80,1	4030	85,5	1605	86,4	23378	79,5
Ignorado	257	9,0	326	10,2	462	11,3	474	12,2	293	7,8	366	7,3	45	1,0	19	1,0	2242	7,6
Peso ao nascimento																		
< 500 gramas	157	5,5	218	6,8	334	8,1	320	8,2	134	3,6	11	0,2	22	0,5	22	1,2	1218	4,1
500 a 1499 gramas	125	4,4	140	4,4	151	3,7	145	3,7	160	4,2	185	3,7	169	3,6	51	2,7	1126	3,8
1500 a 2499 gramas	454	16,0	485	15,2	666	16,2	577	14,8	510	13,5	687	13,7	641	13,6	263	14,2	4283	14,6
2500 e mais gramas	2086	73,5	2336	73,0	2946	71,9	2831	72,6	2886	76,6	3818	76,1	3622	76,9	1431	77,1	21956	74,7
Ignorado	18	0,6	19	0,6	3	0,1	26	0,7	79	2,1	319	6,4	259	5,5	90	4,8	813	2,8
Diagnóstico clínico																		
Assintomático	1815	63,9	2047	64,0	2539	61,9	2325	59,6	2459	65,2	3544	70,6	3449	73,2	1446	77,9	19624	66,8
Sintomático	664	23,4	710	22,2	872	21,3	934	24,0	892	23,7	989	19,7	717	15,2	234	12,6	6012	20,5
Não se aplica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	0,2	279	5,9	93	5,0	384	1,3
Ignorado	361	12,7	441	13,8	689	16,8	640	16,4	418	11,1	475	9,5	268	5,7	84	4,5	3376	11,5
Diagnóstico Final																		
Sífilis congênita recente	2559	90,1	2844	88,9	3384	82,5	3174	81,4	3290	87,3	4617	92,0	4425	93,9	1753	94,4	26046	88,6
Sífilis congênita tardia	16	0,6	26	0,8	58	1,4	69	1,8	38	1,0	108	2,2	19	0,4	5	0,3	339	1,2
Natimorto sífilítico	108	3,8	109	3,4	176	4,3	172	4,4	144	3,8	190	3,8	153	3,2	61	3,3	1113	3,8
Aborto por sífilis	157	5,5	219	6,8	0	0,0	2	0,1	15	0,4	41	0,8	115	2,4	38	2,0	587	2,0
Ignorado	0	0,0	0	0,0	482	11,8	482	12,4	282	7,5	64	1,3	1	0,0	0	0,0	1311	4,5
Total	2840	-	3198	-	4100	-	3899	-	3769	-	5020	-	4713	-	1857	-	29396	-

* Dados investigados e notificados no SINAN até 30/06/05.
População: MS/SIS/DASIS em <www.datasus.gov.br/informacoes em Saúde/população>, acessado em 22/11/2005.
Fonte: MS/SIS/PN DST-AIDS.

TABELA XVI - Casos de sífilis congênita (números e percentual) segundo características maternas selecionadas por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2005*.

Brasil	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária da mãe																		
10 a 14 anos	9	0,3	31	1,0	27		28	0,7	30	0,8	17	0,3	18	0,4	5	0,3	165	0,6
15 a 19 anos	566	19,9	564	17,6	775		689	17,7	661	17,5	892	17,8	742	15,7	270	14,5	5159	17,6
20 a 29 anos	1528	53,8	1701	53,2	2098		2021	51,8	2001	53,1	2753	54,8	2645	56,1	1042	56,1	15789	53,7
30 a 39 anos	596	21,0	709	22,2	839		768	19,7	830	22,0	1107	22,1	1105	23,4	455	24,5	6409	21,8
40 ou mais	47	1,7	66	2,1	89		83	2,1	84	2,2	142	2,8	158	3,4	67	3,6	736	2,5
Ignorado	94	3,3	127	4,0	272		310	8,0	163	4,3	109	2,2	45	1,0	18	1,0	1138	3,9
Realização de pré-natal																		
Sim	2061	72,6	2316	72,4	2852		2835	72,7	2871	76,2	4003	79,7	3714	78,8	1457	78,5	22109	75,2
Não	563	19,8	574	17,9	821		645	16,5	583	15,5	771	15,4	778	16,5	317	17,1	5052	17,2
Ignorado	216	7,6	308	9,6	427		419	10,7	315	8,4	246	4,9	221	4,7	83	4,5	2235	7,6
Sífilis diagnosticada durante gravidez**																		
Sim	907	44,0	1159	50,0	1300		1500	52,9	1655	57,6	2283	57,0	2143	57,7	815	55,9	11762	53,2
Não	645	31,3	661	28,5	881		827	29,2	773	26,9	1288	32,2	1229	33,1	508	34,9	6812	30,8
Ignorado	509	24,7	496	21,4	671		508	17,9	443	15,4	432	10,8	342	9,2	134	9,2	3535	16,0
Parceiro tratado**																		
Sim	380	18,4	488	21,1	520		495	17,5	535	18,6	716	17,9	522	14,1	195	13,4	3851	17,4
Não	842	40,9	898	38,8	1348		1383	48,8	1401	48,8	2036	50,9	2354	63,4	959	65,8	11221	50,8
Ignorado	839	40,7	930	40,2	984		957	33,8	935	32,6	1251	31,3	838	22,6	303	20,8	7037	31,8
Total	2840	-	3198	-	4100		3899	-	3769	-	5020	-	4713	-	1857	-	29396	-

* Dados investigados e notificados no SINAN até 30/06/05.

**Para essa análise foram excluídos os casos que não realizaram o pré-natal.

Fonte: MS/SIST/SPN DST-AIDS.

TABELA XVII - Óbitos (números e taxa de mortalidade por 100.000 nascidos vivos) por sífilis congênita segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1996 a 2004*.

UF/Região	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004*		Total	
	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa
Brasil	130	4,4	123	4,1	127	4,0	146	4,5	85	2,7	90	2,9	102	3,3	76	2,5	50	1,7	929	1,7
Norte	10	4,2	9	3,5	16	6,0	11	3,9	5	1,7	15	5,0	8	2,7	5	1,6	1	0,3	80	0,3
Rorônia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Acre	0	0,0	0	0,0	1	7,5	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Amazonas	6	12,2	5	8,9	5	8,7	6	9,7	3	4,4	7	10,0	3	4,2	2	2,8	0	0,0	37	0,0
Roraima	1	13,6	0	0,0	3	36,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0
Pará	2	2,0	1	0,9	2	1,7	1	0,8	0	0,0	5	3,7	3	2,2	1	0,7	1	0,7	16	0,7
Amapá	1	7,1	1	7,0	1	6,9	2	14,7	2	14,0	0	0,0	1	7,0	1	6,8	0	0,0	9	0,0
Tocantins	0	0,0	2	7,8	4	15,6	2	7,5	0	0,0	1	3,7	1	3,8	1	3,8	0	0,0	11	0,0
Nordeste	53	6,7	33	4,0	37	4,2	47	5,1	24	2,6	29	3,1	36	3,9	27	2,9	16	1,8	302	1,8
Maranhão	2	3,3	6	8,0	1	1,3	6	6,2	4	4,0	4	3,7	7	5,9	2	1,6	2	1,6	34	1,6
Piauí	5	12,8	2	6,2	1	2,1	4	8,1	5	8,5	0	0,0	4	7,1	4	7,3	3	5,5	28	5,5
Ceará	5	4,3	1	0,7	3	2,1	3	2,1	1	0,7	1	0,7	1	0,7	0	0,0	0	0,0	15	0,0
Rio Grande do Norte	3	5,2	2	3,5	0	0,0	4	6,9	0	0,0	2	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	0,0
Paraíba	4	8,0	1	2,5	0	0,0	2	3,7	2	3,5	3	4,6	2	3,1	5	7,8	1	1,6	20	1,6
Pernambuco	20	12,8	11	7,2	17	10,5	13	7,9	8	4,9	7	4,3	11	7,0	11	7,3	4	2,7	102	2,7
Alagoas	4	6,1	3	4,5	5	7,7	0	0,0	2	3,0	4	5,9	9	14,0	3	4,8	0	0,0	30	0,0
Sergipe	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Bahia	10	5,0	6	2,6	10	4,3	15	6,2	2	0,8	7	3,0	2	0,8	2	0,8	6	2,6	60	2,6
Sudeste	48	4,0	60	4,9	59	4,5	72	5,3	43	3,3	40	3,3	45	3,8	34	2,9	21	1,8	422	1,8
Minas Gerais	0	0,0	4	2,1	1	0,3	7	2,3	4	1,3	8	2,7	2	0,7	5	1,8	2	0,7	33	0,7
Espírito Santo	4	7,2	4	6,6	5	8,5	5	8,2	6	10,3	1	1,8	2	3,6	0	0,0	0	0,0	27	0,0
Rio de Janeiro	32	11,9	46	17,1	51	19,7	51	19,0	29	11,2	24	9,9	37	15,9	26	11,2	14	6,1	310	6,1
São Paulo	12	1,7	6	0,9	2	0,3	9	1,3	4	0,6	7	1,1	4	0,6	3	0,5	5	0,8	52	0,8
Sul	17	3,5	15	3,2	10	2,2	11	2,3	7	1,6	4	1,0	11	2,7	9	2,3	10	2,5	94	2,5
Paraná	3	1,5	6	3,1	2	1,1	4	2,1	3	1,7	2	1,2	3	1,8	2	1,3	5	3,1	30	3,1
Santa Catarina	1	1,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0	1	1,1	0	0,0	4	4,7	0	0,0	1	1,2	9	1,2
Rio Grande do Sul	13	7,1	8	4,4	8	4,5	6	3,2	3	1,7	2	1,2	4	2,6	7	4,7	4	2,6	55	2,6
Centro-Oeste	2	0,8	6	2,5	5	2,1	5	2,1	6	2,6	2	0,9	2	0,9	1	0,4	2	0,9	31	0,9
Mato Grosso do Sul	1	2,3	2	4,6	0	0,0	1	2,4	1	2,5	0	0,0	1	2,5	0	0,0	1	2,4	7	2,4
Mato Grosso	1	2,0	0	0,0	3	6,1	3	6,1	2	4,0	1	2,1	1	2,1	1	2,1	1	2,0	13	2,0
Goiás	0	0,0	4	3,9	2	2,0	0	0,0	3	3,2	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,0
Distrito Federal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0

* Dados preliminares.

População: MS/SIS/DASIS em <www.datasus.gov.br/informacoes-em-saude/populacao>, acessado em 22/11/2005.

Fonte: MS/SIS/DASIS-Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos-SINASC.



Dados Epidemiológicos Gestantes Soropositivas para o HIV

TABELA XVIII - Casos de gestantes soropositivas para o HIV segundo UF e região de notificação por ano de notificação. Brasil, 2000-2005*.

UF/Região	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Brasil	734	2270	4616	6895	6625	2322	23462
Norte	9	18	43	114	215	82	481
Rorôônia	0	0	3	7	10	4	24
Acre	8	6	9	2	5	8	38
Amazonas	0	0	0	6	79	16	101
Roraima	0	0	0	0	0	1	1
Pará	0	2	16	69	93	38	218
Amapá	1	0	1	17	1	3	23
Tocantins	0	10	14	13	27	12	76
Nordeste	71	211	398	780	739	313	2512
Maranhão	5	11	39	61	54	3	173
Piauí	0	1	10	30	55	18	114
Ceará	0	66	60	113	147	59	445
Rio Grande do Norte	8	6	12	40	34	13	113
Paraíba	6	25	17	59	59	34	200
Pernambuco	43	82	164	236	185	91	801
Alagoas	2	7	13	30	35	10	97
Sergipe	2	0	10	28	8	28	76
Bahia	5	13	73	183	162	57	493
Sudeste	392	1175	2002	3416	3448	1066	11499
Minas Gerais	45	117	302	403	555	158	1580
Espírito Santo	7	79	104	199	115	56	560
Rio de Janeiro	77	234	260	633	618	88	1910
São Paulo	263	745	1336	2181	2160	764	7449
Sul	144	661	1862	2173	1905	748	7493
Paraná	9	71	104	357	357	155	1053
Santa Catarina	97	323	464	467	401	136	1888
Rio Grande do Sul	38	267	1294	1349	1147	457	4552
Centro-Oeste	118	205	311	412	318	113	1477
Mato Grosso do Sul	46	21	46	95	68	20	296
Mato Grosso	16	29	44	59	93	42	283
Goiás	50	96	170	160	73	20	569
Distrito Federal	6	59	51	98	84	31	329

* Casos notificados no SINAN até 30/06/2005.
Fonte: MS/SIS/PN DST-AIDS.



VISTA·SE

USE SEMPRE CAMISINHA

DISQUE SAÚDE
0800 61 1997

www.aids.gov.br



**Programa Nacional
de DST/Aids**

**Secretaria de
Vigilância em Saúde**

**Ministério
da Saúde**

