

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS

ANO XVII nº01 - 01 à 52 Semanas epidemiológicas janeiro a dezembro de 2003 - ISSN 1517 1159

Apresentação	03
Comentários	05
Perspectiva histórica das definições de caso de aids no Brasil vigentes até 2003	08
Nova definição de caso de aids em adultos e crianças no Brasil - 2004	17
Dados epidemiológicos - Brasil	
Tabela I Casos de aids e taxas de incidência (por 100000 hab.), segundo ano de diagnóstico e local de residência. Brasil, 1980-2003	26
Tabela II Casos de aids em indivíduos do sexo masculino, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2003	27
Tabela III Casos de aids em indivíduos do sexo feminino, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2003	28
Tabela IV Casos de aids, segundo ano de diagnóstico e categoria de exposição hierarquizada. Brasil, 1980 a 2003	29
Tabela V Casos de aids, segundo tipo de exposição e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2003	30
Tabela VI Casos de aids em indivíduos menores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2003	31
Tabela VII Casos de aids em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2003	32
Tabela VIII Casos de aids em indivíduos do sexo feminino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2003	33
Tabela IX Casos de aids em indivíduos do sexo masculino com 19 anos de idade ou mais, segundo anos de estudo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2003	33
Tabela X Casos de aids em indivíduos do sexo feminino com 19 anos de idade ou mais, segundo anos de estudo e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2003	34
Tabela XI Número de óbitos por aids, segundo sexo, razão de sexo e taxa de mortalidade por (100.000 hab.). Brasil, 1983-2002.	35
Tabela XII Número de óbitos e taxa de mortalidade por aids (por 100.000 hab.), segundo região de residência e ano de óbito. Brasil e regiões, 1980-2002.	36
Gráfico 1 Taxa de incidência de aids (por 100000 hab.), segundo ano de diagnóstico e região de residência. Brasil, 1991-2003	37
Dados epidemiológicos - Regiões (Casos de aids, segundo ano de diagnóstico e as principais categorias de exposição, 1980-2003)	
Gráfico 2 Região Norte e respectivas Unidades Federadas	40
Gráfico 3 Região Nordeste e respectivas Unidades Federadas	42
Gráfico 4 Região Centro-Oeste e respectivas Unidades Federadas	44
Gráfico 5 Região Sudeste e respectivas Unidades Federadas	45
Gráfico 6 Região Sul e respectivas Unidades Federadas	46
Dados epidemiológicos - Municípios	
Tabela XIII Municípios brasileiros com maior número de casos de aids notificados, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2003	48
Tabela XIV Incidência de aids (por 100.000 hab.), nos 100 municípios com maiores números de casos notificados, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2003	50
Nota Técnica	52

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte SEPN 511, bloco C • CEP: 70750-000, Brasília – DF

www.aids.gov.br • aids@aids.gov.br • Disque Saúde/Pergunte Aids: 0800 61 1997

Expediente

Boletim Epidemiológico — Aids
Ano XVII nº1 - 1ª a 52ª/2003 semanas epidemiológicas
janeiro a dezembro de 2003

Tiragem: 22.000

ISSN: 1517-1159

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

Avenida W3 Norte
SEPN 511, Bloco C
CEP 70750-543 Brasília - DF
Brasil

Tel.: (61) 448-8024

Disque Saúde/Pergunte Aids - 0800 61 1997

e-mail: aids@aids.gov.br

Elaboração do Conteúdo: Unidade de Epidemiologia

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

Apresentação

Alexandre Grangeiro

Diretor – Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS

Este Boletim Epidemiológico apresenta os casos de aids notificados ao Ministério até 31/12/2003. Foi elaborado com a base de dados proveniente das transferências enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde ao Setor de Produção do DATASUS/Ministério da Saúde. São 310.310 diagnósticos e notificações do início de 1980 até dezembro último, indicando um aumento de 20,4% em relação aos dados consolidados até 31/12/2002. A região Sudeste concentra 68,7% (213.079) dos casos.

Os procedimentos realizados para preparação da base de dados utilizada na elaboração das tabelas e gráficos estão detalhados na Nota Técnica.

Como fatos marcantes dessa edição destacamos os novos dados de mortalidade por aids (tabelas XI e XII) em que, pelo quinto ano consecutivo, observamos taxas inferiores a 7 óbitos por 100.000 habitantes, sendo que nos três últimos anos, a taxa de mortalidade manteve-se exatamente a mesma (6,3 por 100.000). Chama a atenção, porém, o crescimento da mortalidade nas regiões Norte, Nordeste e Sul, sendo que, nessa última, a taxa já se igualou à da região Sudeste que sempre apresentou as maiores taxas, mas que mantém sua trajetória de queda.

Ainda é notável a estabilização na taxa de incidência, bem como a manutenção das principais tendências da epidemia. Tomando-se o ano de 2002 como referência para a análise de incidência, foram diagnosticados 22.295 casos no Brasil, com taxa de incidência de 12,8/100.000 habitantes, indicando uma redução de 13,5% nessa taxa em relação ao ano de 2001. A região Sul mantém-se como a região com as taxas de incidência mais elevadas, porém, como todas as demais, apresenta redução das taxas. Os estados de Rondônia, Acre e Pernambuco, entretanto, apresentaram aumento da incidência.

Essa atualização epidemiológica faz-se acompanhar de duas resenhas institucionais. O primeiro trabalho apresenta a evolução das definições de caso de aids ao longo do tempo, desde 1987, quando foi estabelecida a primeira definição de caso de aids no Brasil, como subsídio ao entendimento da atual definição e para que se proceda a análises e a interpretações das tendências históricas fundamentadas nas revisões dos critérios de definição. Ressalta-se, além disso, a importância da adequada definição de caso para as ações de vigilância da aids.

A segunda resenha apresenta a nova definição de caso de aids no Brasil, vigente desde janeiro de 2004, aprovada pelo Comitê Assessor de Epidemiologia do Programa Nacional de DST e Aids, em reuniões realizadas em 2003 que contaram, além disso, com a participação de representantes da Sociedade

Brasileira de Medicina Tropical (SBMT), da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

Em adultos (indivíduos com treze anos de idade ou mais), os principais critérios de definição de caso de aids para fins de vigilância epidemiológica foram revistos, mantendo-se o Critério Rio de Janeiro/Caracas e introduzindo-se adaptações e ajustes no Critério CDC Modificado, que passou, dessa maneira, a ser denominado Critério CDC Adaptado. A principal alteração no Critério CDC Adaptado foi a inclusão da reativação da doença de Chagas, expressa clinicamente por meio de miocardite e/ou meningoencefalite, na lista de doenças definidoras de aids.

Em relação aos critérios excepcionais de definição de caso de aids em adultos, foram excluídos o Critério Excepcional ARC + Óbito e o Critério Excepcional CDC, tendo permanecido Critério Excepcional Óbito, ampliado, entretanto, em sua definição, de modo a incorporar não apenas a menção de aids e de seus termos correlatos em algum dos campos da Declaração de Óbito, mas também a menção de infecção pelo HIV ou termos correlatos, desde que, nesse último caso, haja ainda o registro de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV.

Em crianças (indivíduos com menos de treze anos de idade), da mesma forma como para os adultos, os principais critérios de definição de caso de aids (para fins de vigilância epidemiológica) foram revistos. Foram redefinidos os critérios CDC Modificado e CD4, que passaram a compor um único critério, o Critério CDC Adaptado. Além disso, excluiu-se o Critério de Confirmação por Sinais, que foi incorporado ao CDC Adaptado, o que

gerou a necessidade de ajustes nos critérios de diagnóstico de algumas condições clínicas deste Critério CDC Adaptado.

Esse novo critério representa uma adaptação das categorias da classificação clínica dos CDC (caráter leve, moderado ou grave, respectivamente A, B e C) definidoras de imunodeficiência. Para a definição de caso, além da evidência laboratorial da infecção pelo HIV, passam a ser necessárias duas (2) situações clínicas consideradas leves ou uma (1) situação de caráter moderado ou grave. Quanto aos critérios excepcionais de definição de caso, foi excluído o Critério Excepcional HIV + Óbito e revisto o Critério Excepcional Óbito, que permaneceu como único critério excepcional.

Em relação à evidência laboratorial de infecção pelo HIV por meio da detecção de anticorpos, a idade mínima de referência passou para dezoito (18) meses, ajustando-se ao Consenso de Terapia Anti-Retroviral em Crianças. Para os menores de 18 meses, a infecção é configurada pela presença de RNA ou DNA viral detectável acima de 1.000 cópias/ml, em duas amostras coletadas em momentos diferentes, após o segundo mês de vida. Quanto à definição de imunodeficiência laboratorial, manteve-se a referência à contagem de linfócitos T CD4+ segundo faixas etárias estabelecida em 1999.

A elaboração dessa nova definição de caso de aids no Brasil traduz o amadurecimento do processo de vigilância da aids no Brasil ao longo de dezoito anos, tendo decorrido, principalmente, da necessidade de simplificação dos critérios vigentes, sem prejuízo à sua sensibilidade e especificidade, bem como à comparabilidade em nível internacional. Informações detalhadas a respeito da atual revisão podem ser encontradas no documento Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças, disponibilizado em meio impresso ou em formato eletrônico no site www.aids.gov.br.

Comentários

Tabelas de I a XII

Na tabela I, observa-se que, de 1980 a 31/12/2003, foram diagnosticados no Brasil 310.310 casos de aids. As regiões Sudeste e Sul concentram 84,8% dos casos. No ano de 2003 foram diagnosticados um total de 9.762 casos de aids, com taxa de incidência de 5,5/100.000 hab. As taxas de incidência por 100.000 hab., para o ano de 2003, são: de 8,5 para a Região Sul; 7,5 para o Sudeste; 3,5 para o Centro-Oeste; 2,3 para o Nordeste e 2,5 para a Região Norte.

Como os dados de incidência relativos ao ano de 2003 ainda são preliminares, considerando-se o atraso da notificação e as dificuldades de implantação do SINAN Windows, tomou-se o ano de 2002 como referência para a análise de incidência. Ainda na tabela I, observa-se que no ano de 2002, foram diagnosticados 22.295 casos de aids no Brasil, com taxa de incidência de 12,8/100.000 hab. Houve uma redução de 13,5% na taxa de incidência em relação ao ano anterior que foi de 14,8/100.000 hab.

Com relação as taxas de incidência por 100.000 hab., no ano de 2002, tem-se em ordem decrescente por regiões: Sul (20,7) Sudeste (17,1); Centro-Oeste (7,9); Nordeste (5,3) e Norte (5,1). Chamam atenção, na re-

gião Sudeste, São Paulo e Rio de Janeiro, com respectivamente 22,8 e 16,5/100.000 hab. e, na região Sul, os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina com, respectivamente, 26,6 e 22,8/100.000 hab.

Em todas as regiões brasileiras houve uma redução na taxa de incidência de aids em relação ao ano de 2001, sendo de 7,2% no Norte, 1,8% no Nordeste, 23,3% no Centro-Oeste, 17,7% no Sudeste, e de 2,7% no Sul. Dentre os 26 estados e Distrito Federal, o aumento de incidência da doença em relação ao ano de 2001 ocorreu nos estados de Rondônia, Acre e Pernambuco.

Pode-se observar na tabela II, os casos de aids, segundo faixa etária no sexo masculino, diagnosticados entre os anos de 1980 e 2003. Foi diagnosticado um número de 220.783 casos no sexo masculino em todas as faixas etárias, ou seja 71,1% do total de casos registrados no País. A faixa etária mais acometida é a de 25 a 49 anos, na qual estão 79% dos casos da doença no sexo masculino. É interessante notar na série histórica o progressivo aumento percentual de casos de aids em faixas mais avançadas da população masculina.

A tabela III refere-se a casos de aids diagnosticados no País, entre 1983 e 2003, no sexo feminino, segundo faixas etárias. Desde 1983, foram notificados 89.527 casos, representando 28,8% do total de casos de aids do País. A

razão de sexo nesse período foi de 2,5 casos masculinos para cada caso feminino com diagnóstico de aids. Com relação à faixa etária, tem-se no sexo feminino, assim como no masculino, um adoecimento maior na faixa etária de 20 a 49 anos, tendo essa faixa 83,4% dos casos da doença. Assim como na tabela II pode-se observar aumento de casos de aids em faixas etárias mais velhas da população feminina.

Com relação à categoria de exposição, a tabela IV mostra que entre os casos diagnosticados de 1980 e 2003, 197.902 (63,8%) tiveram exposição sexual; 63.000 (20,3%) sangüínea; e 8.900 (2,9%) perinatal. Observa-se ainda que na categoria de exposição sexual, o maior número de casos está na subcategoria heterossexual, assim como na categoria sangüínea chama atenção a subcategoria de UDI. Pode-se verificar ao longo da série histórica, modificações na categoria de exposição sexual prevalente, de homo/bissexual masculino para heterossexual de ambos os sexos, já na década de 90, mostrando uma desconcentração e, conseqüentemente, a expansão da doença para outros grupos da população.

Corroborando com a tabela IV, a tabela V hierarquiza os diversos tipos de exposição, inclusive daqueles indivíduos com mais de uma categoria de exposição, e mostra a importância da transmissão sexual da aids, com destaque já na década de 90, para a transmissão heterossexual dos casos, seguida da transmissão homossexual.

A tabela VI, mostra os casos pediátricos de aids (<13 anos de idade), segundo categoria de exposição, no período de 1983 a 2003, que somam 10.577, ou seja 3,4% do total geral de casos do País. Desses 83,6% (8.843) são perinatais, 4,7% (502) decorreram de exposição sangüínea e 1,3% (135) sexual. É importante observar pela tabela VI que a causa de exposição sangüínea vem decrescendo ao longo da série histórica de 9,2% dos casos em 1992 para nenhum caso desde 2002, em conseqüência do controle do sangue e hemoderivados

oferecidos pelos hemocentros, e com aumento da causa de exposição perinatal, decorrente do aumento da doença nas mulheres em idade fértil.

Na tabela VII, estão os casos de aids diagnosticados entre 1980 e 2003, em homens, com 13 anos e mais de idade, por tipo de exposição. Tem-se um número de 215.467 casos (69,4%) de todos os casos diagnosticados no País. Observa-se, nessa tabela, a importância da exposição sexual (57,8%), sendo que a subcategoria homo e bissexual contribuem juntas com 32,1%. É importante ressaltar que a exposição homossexual masculina vem caindo ao longo da série histórica, 25,2% em 1992 para 15,9% em 2003, enquanto que a subcategoria heterossexual vem sofrendo processo inverso, de 16,2% em 1992, para 39,6% em 2003. Também relevante, e que denota problemas na investigação dos casos, é o percentual de casos com a categoria de exposição ignorada, há cinco anos esse percentual ultrapassa os 20%. A exposição sangüínea contribui com 24%, com destaque para os UDI com 22,8%. Essa subcategoria de exposição também vem diminuindo ao longo da série histórica. Em 1992 era de 30,6% dos casos e em 2003 aparece com 13,9%.

A tabela VIII refere-se às mulheres com mais de 13 anos de idade, por tipo de exposição. Esse grupo concentra 84.266 casos da doença. Verifica-se que 86,9% dos casos decorreram de transmissão sexual (heterossexual) seguida de transmissão sangüínea (12,8%). A transmissão heterossexual vem aumentando ao longo da série histórica, passando de 70,7% em 1992 para 93,5% em 2003. Com relação aos UDI, houve uma acentuada redução na série histórica, passando de 26,1% em 1992 para 5,7% em 2003, assim como na transfusional (3,0% em 1992, para 0,1% em 2003).

O grau de escolaridade nos casos de aids do sexo masculino, de 19 anos e mais de idade, mostrado na tabela IX, aponta para um adoecimento maior em indivíduos de baixa escolaridade (1 a 7 anos), representando 46,3% dos

casos da doença. É importante observar que, ao longo da série histórica, houve um decréscimo da doença em homens com maior grau de escolaridade, ocorrendo o inverso em indivíduos do sexo masculino com menor grau de escolaridade.

Com relação ao sexo feminino, a tabela X mostra que, assim como nos homens, a doença atinge mais mulheres com menor escolaridade (1 a 7 anos), representando 54,5% dos casos, e, como no sexo masculino, verifica-se que, ao longo da série histórica de 1983 a 2003, o número de doentes vem aumentando entre as de baixa escolaridade. Os casos em mulheres diminuem quando aumenta o grau de escolaridade, mas não com a mesma intensidade da queda entre os homens.

Na tabela XI, que pela primeira vez tem como fonte o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) em substituição aos dados de mortalidade do SINAN, observa-se, no período de 1983 a 2002, um total de óbitos por aids de 149.723, sendo 113.377 (75,7%) no sexo masculino e 36.244 (24,2%) no sexo feminino, correspondendo a 3,1 óbitos do sexo masculino para cada óbito feminino em decorrência da aids, ao longo do período. A razão de sexo, com relação à mortalidade, em 1992, foi de 4,8 óbitos masculinos para cada feminino, passando para 2,2 homens para cada mulher em 2002, tendo como pano de fundo o crescimento da epidemia entre as mulheres. A taxa de mortalidade por aids no País vem mostrando uma tendência de estabilização desde 1998, sendo que nos últimos 3 anos apresentados ela se mantém em 6,3/100.000 hab. Essa tendência se deve, principalmente, à introdução e à garantia de acesso do tratamento anti-retroviral de alta eficácia (Highly Active Antiretroviral Therapy – HAART), a partir de 1996.

A tabela XII mostra as taxas de mortalidade por aids em cada 100.000 hab., no Brasil e suas

macrorregiões, de 1983 a 2003. As mais altas taxas de mortalidade estão nas regiões Sudeste e Sul do Brasil (ambas com 8,7/100.000 hab.) e a menor taxa na região Nordeste (2,7/100.000 hab.). No entanto é preocupante notar que as regiões Norte e Nordeste apresentam crescimento nas suas taxas, apesar de mostrarem patamares mais baixos. A região Sul também merece atenção especial, pois em 2001 e 2002 houve crescimento na taxa de mortalidade, enquanto na região Sudeste a tendência ainda é de queda.

A tabela XIII mostra os 100 municípios brasileiros com maior detecção de casos de aids entre 1980 e 2003. Esses municípios diagnosticaram no período um total de 236.748 casos de aids, representando 76,2% de todos os casos do País. Com relação ao ano de 2002, esses mesmos municípios diagnosticaram 15.295 casos, representando 68% dos casos detectados nesse ano. Destacam-se, com relação ao número absoluto de casos detectados, os municípios de São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, que totalizam um número de casos de 100.315 (42% do total dos casos). Pode-se observar que tem havido redução do número absoluto de casos novos detectados nesses municípios desde 1999 até 2002 (1,7% entre 1999 e 2000, 7,2% entre 2000 e 2001 e 15,1% entre 2001 e 2002).

Com relação ao coeficiente de incidência de aids por 100.000 hab., no período de 1992 a 2003, a tabela XIV mostra os 100 municípios com maiores incidências. Tomando-se como base o ano de 2002, observa-se que a maior incidência do País é de 93,5/100.000 hab. do município de Itajaí (SC) seguida de Caçapava (SP), com 90,6/100.000 hab. É importante ressaltar que dos 100 municípios com maior número de casos de aids, mais de 80 deles são das regiões Sul e Sudeste, mostrando a concentração da doença nessas regiões.

Perspectiva histórica das definições de caso de aids no Brasil vigentes até 2003

Resumo

Este artigo reconstrói o processo de definição de caso de aids no Brasil, desde 1986 até 2003, como fundamento para a contextualização do processo de vigilância epidemiológica da aids, em nosso país, subsidiando o entendimento da atual definição de caso de aids em indivíduos com treze anos de idade ou mais e em menores de treze anos de idade vigente desde janeiro de 2004. Ressalta-se a importância da adequada definição e revisão de caso para as ações de vigilância da aids, bem como o reconhecimento dessa modalidade de vigilância como sendo uma das estratégias para se proceder à vigilância da infecção pelo HIV.

Introdução

De uma forma geral, para o estabelecimento das ações de vigilância epidemiológica, são necessárias estratégias para a coleta contínua e sistemática de dados, bem como para a sua adequada análise e interpretação. O objetivo

principal é a pronta identificação de eventos relacionados ao processo saúde-doença que requeiram ações bem-definidas de saúde pública associadas à avaliação de programas¹. Nesse sentido, para que um sistema de vigilância epidemiológica seja estruturado e funcione com eficiência e efetividade, faz-se necessário estabelecer normas técnicas capazes de uniformizar procedimentos dentro do processo de vigilância e viabilizar a comparabilidade de dados e de informações.

Especial destaque deve ser dado à definição de caso que possibilita a identificação de indivíduos que apresentam um agravo ou doença de interesse de forma a padronizar critérios para o monitoramento das condições de saúde e para a descrição da ocorrência de doença em uma determinada população. A definição de caso de uma doença representa, portanto, o conjunto específico de critérios aos quais um determinado indivíduo deve atender para ser considerado um caso de uma doença ou agravo sob investigação. Estabelecida a definição de caso, pode-se comparar a ocorrência de casos ou evento adverso à saúde, em determina-

do período e lugar, com o número de casos no mesmo lugar num momento anterior ou em momentos e lugares diferentes². Para o preenchimento de critérios para definição de caso é necessário a obtenção de dados por meio da história clínico-epidemiológica, do exame clínico e/ou dos exames complementares.

No caso da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), como outras doenças crônicas (tuberculose e hanseníase), para fins epidemiológicos, notificam-se apenas os casos confirmados havendo diferentes critérios para definição que são utilizados segundo as tecnologias disponíveis. Além disso, tendo em vista a diferença entre a história natural da aids em adultos e crianças, os critérios para definição de caso são também diferentes.

Entretanto, o processo de definição de caso não é estático. Do ponto de vista da vigilância, a definição de caso pode se modificar ao longo do tempo devido à expansão dos conhecimentos clínicos específicos relacionados aos aspectos clínicos e de avaliação complementar, às alterações epidemiológicas e à intenção de ampliar ou reduzir os parâmetros de entrada de casos no sistema, aumentando ou diminuindo sua sensibilidade e especificidade, de acordo com as etapas e as metas estabelecidas por um programa de controle de um país^{1,3}.

A definição de caso de aids, portanto, vem passando por diferentes modificações nas últimas duas décadas não apenas no Brasil, mas também em outras partes do mundo. Esse artigo tem como objetivo principal descrever todas essas modificações anteriores à atual definição de caso de aids (vigente a partir de janeiro de 2004), contextualizando o processo de vigilância epidemiológica da aids em nosso País. Essa reconstrução visa a possibilitar o reconhecimento da evolução das definições de caso ao longo do tempo para que se proceda a análises e a interpretações realísticas de tendências históricas fundamentadas nas diferentes modificações dos critérios de definição.

Antecedentes

Em 1981, após os primeiros relatos de casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii*, sarcoma de Kaposi e de outras infecções oportunistas em homens jovens que tinham relações sexuais com outros homens nas cidades de São Francisco, Nova York e em Los Angeles, os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos da América (EUA) iniciaram a vigilância de condições associadas à nova doença que surgia⁴. O processo de vigilância desenvolvido desde então pelos EUA teve grande impacto e serviu como referência para vários outros países, incluindo o Brasil.

Em setembro de 1982, os CDC estabelecem a primeira definição de caso de aids nos EUA, a primeira também no mundo, baseada exclusivamente na presença de infecções oportunistas⁵. Nesse mesmo ano, foram relatados os primeiros casos de aids em crianças⁶. Essa primeira definição de caso foi modificada posteriormente em 1985, com uma lista de vinte (20) condições oportunistas, incluindo sarcoma de Kaposi, três (3) tipos de linfomas, além de infecções oportunistas causadas por bactérias, fungos, protozoários e outros agentes infecciosos⁷ e foi endossada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁸.

Considerando-se a grande variabilidade da expressão individual da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), foi estabelecido em 1986 um sistema de estagiamento da infecção pelo HIV em adultos, baseado apenas em dados que compunham categorias clínicas⁹, para fins de vigilância epidemiológica. No ano seguinte, 1987, também foi estabelecido um sistema de estagiamento da infecção pelo HIV baseado em dados clínicos (mais limitados) em crianças, com esse mesmo objetivo¹⁰. Considerando a inadequação dos critérios anteriores, em 1987 houve nova mudança incorporando-se as seguintes condições: tuberculose extrapulmonar, demência ou encefalopatia pelo HIV e síndrome de emaciação - wasting syndrome -¹¹, que foram

responsáveis por um aumento de aproximadamente 25% do número de casos notificados nos EUA naquele momento. Esse critério de definição de caso foi avaliado e aceito pela OMS no ano seguinte¹². Até esse período, a definição de casos adotada pelos países europeus era igual à definição norte-americana. Ressalta-se que desde 1984, o Centro Europeu para Monitoramento Epidemiológico da Aids (Euro-HIV) é responsável pela coordenação da vigilância da infecção pelo HIV e da aids em cinquenta e um (51) países europeus.

A revisão de 1992, específica para adolescentes e adultos, implementada em 1993 nos EUA, incluiu três condições clínicas: câncer cervical invasivo, pneumonia bacteriana recorrente e tuberculose pulmonar, mantendo as demais vinte e três (23) condições clínicas, e incluindo a evidência laboratorial de imunossupressão em indivíduo infectado pelo HIV baseada na contagem de linfócitos T CD4+ menor ou igual a 200 células/mm³ ou inferior a 14% do total de linfócitos¹³. Esse novo critério gerou um aumento de 111% no número de caso de aids, ao se comparar com o ano de 1992, excedendo a estimativa de aumento esperada de 75%¹⁴. Desta vez, o Euro-HIV estabeleceu pela primeira vez, em 1993, um critério diferente de definição de caso, ao não incluir os parâmetros laboratoriais de imunodeficiência entre os critérios^{15, 16}. De forma complementar, foi revisto o sistema de estagiamento da infecção pelo HIV, incorporando agora, além das categorias clínicas, categorias laboratoriais baseadas na contagem de linfócitos T CD4+¹³.

Em 1994, para casos de aids em crianças nos EUA, houve a revisão do sistema de classificação da infecção pelo HIV em crianças menores de 13 anos de idade, incorporando uma classificação que refletia o estágio da doença em crianças infectadas pelo HIV com categorias de classificação mutuamente exclusivas e que possibilitava um equilíbrio entre simplicidade e acurácia da avaliação médica para o processo de classificação¹⁷. Em 1995,

houve a revisão da definição de caso de aids em crianças para vigilância epidemiológica na Europa, baseada na revisão de casos dos CDC de 1987, incorporando também a revisão do sistema de classificação da infecção pelo HIV também dos CDC¹⁸.

Definições de caso de aids no Brasil

No Brasil, a vigilância epidemiológica da aids vem sendo realizada tomando-se como referência a notificação universal dos casos na fase mais avançada da infecção pelo HIV, incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória, em 22 de dezembro de 1986, por meio da Portaria no 542 do Ministério da Saúde, juntamente com a sífilis congênita. Como discutido anteriormente, a definição de caso de aids norte-americana vem representando uma importante referência para os critérios brasileiros.

Para a definição de caso de aids, com fins epidemiológicos, vários critérios foram propostos, implantados e redefinidos no Brasil, tanto para indivíduos com treze anos de idade ou mais quanto para indivíduos com menos de treze anos de idade. Todas essas revisões de critérios para a definição de casos de aids visaram ao aumento da sua sensibilidade, sem perda significativa da especificidade, adequando-a à realidade epidemiológica brasileira e aos avanços técnicos, científicos e organizacionais do Sistema Único de Saúde do País, incorporando as experiências dos serviços de vigilância de todos os níveis do sistema.

Definições de Caso de aids em Adultos

Em 1987, foi estabelecida a primeira definição de caso de aids no Brasil¹⁹, tomando como referência a definição de caso dos CDC em 1985⁷ para indivíduos com quinze (15) anos de idade ou mais. Esse critério, modificado do original dos CDC, fundamentava-se na evidência laboratorial da infecção pelo

HIV e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência utilizando-se, basicamente, métodos diagnósticos definitivos altamente específicos¹⁹. O sistema de classificação da infecção pelo HIV estabelecido pelos CDC em 1986⁹ foi colocado como sendo potencialmente utilizável para registros clínicos e epidemiológicos mais elaborados, não implicando em mudanças na definição de caso adotada para notificação¹⁹. Tendo em vista a elevada especificidade desse critério, por se basear em diagnóstico definitivo das doenças indicativas, sua aplicabilidade na realidade brasileira e de outros países em desenvolvimento foi bastante dificultada.

Diante da necessidade de critérios mais simplificados para a definição de casos, que não dependessem de exames complementares complexos e sofisticados, foram propostos critérios diferenciados que garantissem a sensibilidade, sem perdas da especificidade, e que fossem mais adequados à realidade de países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento^{20, 21, 22, 23}. Nesse sentido, em 1989 foi realizada uma reunião promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizada na cidade de Caracas, na Venezuela, onde foi proposta a definição de OPAS/Caracas²⁴. O autor principal do trabalho, que serviu de base para a definição, ao publicá-lo na íntegra, chama-a também de Critério de Caracas²⁵. Entretanto, tendo em vista a participação de pesquisadores brasileiros, em colaboração com os CDC, e o fato de que os dados referentes à definição em questão foram obtidos na cidade do Rio de Janeiro, esse critério, divulgado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1992²⁶, passou a ser denominado, desde então, Critério Rio de Janeiro/Caracas. Esse critério inédito baseia-se na identificação e na pontuação total dada a sinais, sintomas e doenças característicos da aids²⁶.

Ainda em 1992, houve revisão do critério dos CDC adotado desde então no Brasil, passando a ser reconhecido como Critério CDC Modificado, que incluía indivíduos sem a

evidência laboratorial da infecção pelo HIV, mas que possuíam diagnóstico definitivo para determinadas doenças indicativas de imunodeficiência e presuntivo para outras doenças indicativas, desde que excluídas outras causas de imunodeficiência após investigação epidemiológica²⁶. Esse critério baseou-se na lista revista de doenças oportunistas dos CDC de 1987¹¹.

Ambos os critérios são não excludentes para indivíduos com treze (13) anos de idade ou mais (nos critérios anteriores, a faixa etária era de quinze [15] anos ou mais).

Um terceiro critério, referido como Excepcional CDC, aplicava-se a indivíduos sem evidência laboratorial de infecção pelo HIV (ou resultado desconhecido) permitia a definição de um caso de aids por meio do diagnóstico definitivo de doença indicativa de aids e exclusão de outras causas de imunodeficiência que não a própria infecção pelo HIV²⁶.

Já na revisão de 1992, havia a sinalização de que algumas doenças endêmicas no Brasil como a leishmaniose, a doença de Chagas e a paracoccidiodomicose poderiam ter comportamento oportunista em indivíduos infectados pelo HIV, indicando a necessidade de atenção especial dos serviços de saúde, em termos da assistência e da vigilância, visando ao estabelecimento de evidência que permitisse incluí-las no futuro como indicativas de aids²⁶.

Em 1996, com o objetivo de recuperar uma quantidade significativa de casos da doença que não se enquadravam nas definições vigentes, foram estabelecidos dois critérios excepcionais: o Critério Excepcional Óbito e o Critério Excepcional ARC + Óbito. O Critério Excepcional Óbito, passa a abranger as situações em que as declarações de óbito faziam menção à aids, em algum dos campos de preenchimento, e a investigação epidemiológica era inconclusiva. Já o Critério Excepcional ARC + Óbito incluía aquelas situações em que indivíduos sabidamente infectados pelo HIV, em acompanhamento, iam a óbito com

manifestações clínicas do complexo relacionado à aids (Aids Related Complex - ARC), por causa não externa. Esses critérios excepcionais refletiam, necessariamente, a falha do sistema de vigilância epidemiológica em detectar o indivíduo ainda em vida, com a conseqüente baixa qualidade da informação.

Ainda em 1996, foi estabelecido o primeiro Consenso Nacional de Terapia Anti-Retroviral no Brasil diante das possibilidades geradas pelo surgimento dos inibidores de protease que passaram a compor um esquema combinado de terapia anti-retroviral altamente ativa (Highly Active Anti-Retroviral Therapy - HAART)²⁷, trazendo novas possibilidades e desafios para a vigilância epidemiológica da aids.

A revisão da definição de caso de aids em indivíduos com treze anos de idade ou mais que entrou em vigor em janeiro de 1998 foi resultado da reunião de especialistas promovida pelo Programa Nacional de DST e Aids, em novembro de 1997, considerando-se os novos parâmetros da doença e das perspectivas, naquele momento, oferecidas à sobrevivência dos indivíduos em virtude da disponibilização da terapia anti-retroviral combinada para a infecção pelo HIV, bem como a influência e o reflexo imediato nessa nova realidade epidemiológica, gerando a necessidade de uma abordagem epidemiológica mais efetiva da epidemia de aids²⁸.

Algumas questões importantes, que passaram (e que ainda perpassam atualmente) todas as definições anteriores, foram levantadas durante essa reunião. “Qual seria, no atual estágio da epidemia, a fronteira entre a definição da infecção pelo HIV e a manifestação da doença?”, “Quais os critérios necessários, nos dias de hoje, a uma definição de caso de aids para fins de vigilância epidemiológica com adequada especificidade?” e “Qual o impacto de uma decisão sobre a Revisão da definição de caso de aids em indivíduos maiores de 13 anos, considerando as suas implicações sociais, políticas e econômicas para a distribui-

ção de medicação anti-retroviral combinada para o HIV?”²⁸

Foram incorporadas as doenças da revisão dos CDC implementada em 1993¹³, retirando, entretanto, da lista de doenças e agravos indicativos de aids do Critério CDC Modificado a coccidioidomicose por ser um evento raro no Brasil, e a tuberculose pulmonar por ser de elevada prevalência no País. Além disso, incluiu-se o carcinoma cervical invasivo de colo de útero tendo em vista a sua importância em termos da especificidade clínica diante da infecção pelo HIV e do valor estratégico para o avanço da assistência à saúde da mulher²⁸. É importante lembrar que essa condição clínica encontrava-se inserida desde 1993 na definição dos CDC dos EUA¹³.

Um grande avanço, para aumentar a sensibilidade da definição de caso de 1998, foi a inclusão de um marcador laboratorial de imunossupressão, baseado na contagem de linfócitos T CD4+ (menor do que 350 células/mm³)²⁸. Ressalta-se ainda que os CDC estabelecem desde 1993 como critério para definição de caso um ponto de corte na contagem de linfócitos T CD4+ em 200 células/mm³¹³. Essa diferença justifica-se pela maior sensibilidade que se pretendeu conferir ao critério brasileiro.

Ainda nessa definição, reiterou-se a potencial participação de doenças endêmicas específicas da realidade brasileira como condições oportunistas e a necessidade de monitoramento e avaliação para inclusão futura como condições definidoras de aids.

Definições de Caso de aids em Crianças

No caso das crianças, a primeira definição de caso de aids data de 1988 e teve como referência de idade os menores de quinze (15) anos, baseando-se nos critérios clínicos de definição de caso de aids e no sistema de classificação da infecção pelo HIV em crianças, ambos estabelecidos pelos CDC^{10, 11}.

Em abril de 1994, essa definição foi revista e ficou restrita aos menores de treze (13)

anos que apresentavam evidência laboratorial da infecção pelo HIV além de dois critérios fundamentais: o Critério CDC Modificado e o Critério de Confirmação por Sinais. Para o estabelecimento da evidência sorológica de infecção pelo HIV definiu-se como idade de referência vinte e quatro meses (24) meses. Ao Critério CDC Modificado, baseado na revisão da lista de doenças oportunistas dos CDC¹⁷, foi acrescentado outro critério, não excludente em relação ao primeiro, baseado na presença de sinais, sintomas e doenças (existência de pelo menos um [01] sinal maior e dois [02] menores ou de dois [02] sinais maiores [sinais, sintomas e doenças característicos da aids]), o Critério de Confirmação por Sinais. A definição dos sinais e sintomas foi estabelecida em reunião de especialistas coordenada pelo Programa Nacional de DST e Aids que foi realizada em Outubro de 1993²⁹.

Em dezembro de 1999, houve nova revisão da definição de caso de aids em menores de treze anos de idade, mantendo-se todos os critérios anteriores, ampliando os critérios de diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV e atualizando o Critério CDC Modificado³⁰, tomando-se como referência a revisão realizada pelos CDC¹⁴.

Como na revisão para indivíduos com treze anos de idade ou mais, além de incluir as modificações realizadas pelos CDC, optou-se por excluir a coccidioidomicose e a tuberculose das doenças consideradas indicativas de aids. Nessa revisão, incorporou-se mais um critério principal - o CD⁴, baseado na evidência laboratorial de imunossupressão pela contagem de linfócitos T CD⁴+, avaliada de forma absoluta e proporcional, segundo a faixa etária do indivíduo com menores de treze anos de idade -, e dois critérios excepcionais: Excepcional HIV + Óbito e Excepcional Óbito³⁰.

Com a mesma lógica do Critério ARC + Óbito em indivíduos com treze anos de idade ou mais, constituiu-se nessa revisão o Critério Excepcional HIV + Óbito, abrangendo aque-

las situações em menores de treze anos de idade sabidamente infectadas pelo HIV que apresentavam manifestação de sinais e/ou sintomas relacionados à aids e evoluíam para óbito por causas não externas, sem que pudessem ser enquadradas em quaisquer dos demais critérios de definição de caso após investigação epidemiológica³⁰.

Já o Critério Excepcional Óbito, testado e confirmado como um critério bastante útil na definição de caso de aids em indivíduos com treze (13) anos de idade ou mais, foi também estabelecido em menores de treze anos de idade para dar conta das situações em que as declarações de óbito faziam menção à aids, em algum dos campos de preenchimento, e a investigação epidemiológica era inconclusiva. Tal como em indivíduos com treze anos de idade ou mais, reflete a falha do sistema de vigilância em detectar o caso ainda em vida, comprometendo, muitas das vezes, a qualidade das informações obtidas post mortem³⁰.

Considerações Finais

A vigilância epidemiológica tem, como propósito, fornecer orientação técnica permanente para os responsáveis pela decisão e execução de ações de controle de doenças e agravos. Para tanto, as normas de notificação devem adequar-se - no tempo e no espaço - às características de distribuição das doenças consideradas, ao conteúdo de informação requerido, aos critérios de definição de casos, à periodicidade da transmissão dos dados, às modalidades de notificação indicadas e à representatividade das fontes de notificação³¹.

A definição de casos é uma etapa fundamental para o desenvolvimento de sistemas de vigilância e requer avaliação constante no sentido de se adequar aos objetivos e à logística desses sistemas. Tais definições, necessariamente devem estar ajustadas à sensibilidade e à especificidade, bem como à viabilidade do

critério estabelecido¹. A questão principal é estabelecer revisões baseadas em processos conscientes, críticos e claros de avaliação e validação dos critérios de definição, considerando-se o potencial impacto na vigilância epidemiológica frente à mudança.

No caso da aids, supondo-se a notificação compulsória da totalidade dos casos existentes no Brasil, e com base na história natural da infecção, poder-se-ia calcular retrospectivamente o avanço da epidemia da infecção pelo HIV em nosso País. A notificação dos casos de aids tem sido de grande valor para ajudar no direcionamento da resposta nacional à epidemia, seja nas atividades de prevenção, seja no planejamento das necessidades de assistência³².

Entretanto, após dezoito (18) anos de experiência em vigilância nacional da aids, ainda existem no Brasil muitas questões a serem aprimoradas e lacunas a serem preenchidas, o que justifica as revisões das definições de caso de aids visando aos ajustes e às simplificações, sem prejuízos à sensibilidade e à especificidade dos critérios e sem perder de vista a comparabilidade internacional. Conhecê-las torna-se tarefa fundamental para todo o profissional que atua nas ações de controle da infecção pelo HIV/aids.

Referências bibliográficas

1. Buehler, J.H. Surveillance. In: Rothman K.J.; Greenland, S. *Modern Epidemiology*. 2nd ed. Lippincot-Raven: Philadelphia, p. 435-457, 1998.
2. Waldman, E.A. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade Federal de São Paulo; Instituto para o Desenvolvimento de Saúde; Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar. Série “Saúde e Cidadania”, volume 7, 1998.
3. Laguardia, J.; Penna M.L. Definição de Caso e Vigilância Epidemiológica. *Informe Epidemiológico do SUS*, 8(4): 63-66, 1999.
4. Centers for Disease Control and Prevention. *Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 30:250-252. June 5, 1981.
5. Centers for Disease Control and Prevention. *Update on Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) - United States*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 31 (37):507-508, 513-514. September 24, 1982.
6. Centers for Disease Control and Prevention. *Unexplained Immunodeficiency and Opportunistic Infection in Infants – New York, New Jersey, California*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 31 (49): 665-667. December 17, 1982.
7. Centers for Disease Control and Prevention. *Revision of the CDC Surveillance Case Definition of Acquired Immunodeficiency Syndrome for National Reporting – United States*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 34 (25):373-375. June 28, 1985.

8. World Health Organization. Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), Provisional WHO/CDC Case Definition for AIDS. *Weekly Epidemiological Record*, 61(10):72-73. March, 1986.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Classification System for Human T-Lymphotropic Virus Type III/Lymphadenopathy-Associated Virus Infections. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 35(20): 334-339. May 23, 1986.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Classification System for Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in Children Under 13 Years Old. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 36(15): 225-230, 235-236. April 24, 1987.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Revision of the CDC Surveillance Case Definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 36 (supplement 1): 1S-15S. August 14, 1987.
12. World Health Organization. Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), 1987 Revision of CDC/WHO Case Definition for AIDS. *Weekly Epidemiological Record*, 63(1/2):1-7. January, 1988.
13. Centers for Disease Control and Prevention. 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 41 (RR-17). December 18, 1992.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Update: Acquired immunodeficiency Syndrome: Impact of the Expanded AIDS Surveillance Definition for Adolescents and Adults on Case Reporting – United States, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 43(9): 160-161, 167-170. March 11, 1994.
15. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 Revision of the European AIDS Surveillance Case Definition. *HIV/AIDS Surveillance in Europe*. 37: 23a-28a. March, 1993.
16. Ancelle-Park, R.A. Expanded European AIDS Case Definition. *Lancet*, 341: 441, 1993.
17. Centers for Disease Control and Prevention. 1994 Revised Classification System for Human Immunodeficiency Virus Infection in Children Less Than 13 Years of Age. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43 (RR-12). September 30, 1994.
18. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. European Case Definition for AIDS Surveillance in Children: Revision 1995. 48: 46-53, December, 1995.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – SIDA/AIDS. *Recomendações para Prevenção e Controle da Infecção pelo Vírus HIV (SIDA-AIDS). Normas e Manuais Técnicos*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 27p. Abril, 1987.
20. World Health Organization. Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), WHO/CDC Case Definition for AIDS. *Weekly Epidemiological Record*, 61(10): 69-72. March, 1985.

21. World Health Organization. WHO/Bangüi AIDS Case Definition. Workshop on AIDS in Central Africa – Bangüi, Central African Republic, 22 to 25 October 1985. 16 p, 1985.
22. Durovni, B.; Pinto, M.; Schechter, M. AIDS Case Definitions in Developing Countries. *Lancet* 324: 1054, 1993.
23. World Health Organization. WHO Case Definition for AIDS Surveillance in Adults and Adolescents. *Weekly Epidemiological Record*, 69:273-275. September, 1994.
24. Pan American Health Organization. Working Group on AIDS Case Definition. *Epidemiological Bulletin*, 10(4):9-11, 1990.
25. Weninger, B.G.; Quinhões, E.P., Sereno, A.B.; Perez, M.A. De; Krebs, J.W.; Ismael, C.; Sion, F.S.; Ramos Filho, C.F.; Sá, C.A.M. De; Byers, R.H.; Rayfield, M.A.; Rodrigues, L.G.M.; Zacarias, F.; Heyward, W.L. The clinical AIDS study group, and the working group on AIDS case definition - a simplified surveillance case definition of AIDS derived from empirical clinical data. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 5:1212-1223, 1992.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Controle de DST/AIDS. Revisão da Definição Nacional de Caso de AIDS em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 12 p. Agosto, 1992.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Documento do Consenso sobre Terapia Anti-Retroviral em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 8 p. 1996.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Revisão da Definição Nacional de Caso de AIDS em Indivíduos com 13 anos ou mais, para Fins de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 36 p. Janeiro, 1998.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Controle de DST/AIDS. Revisão da Definição Nacional de Caso de AIDS em Crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 12 p. Abril, 1994.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Revisão da Definição Nacional de Caso de AIDS em Indivíduos Menores de 13 anos, para Fins de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 82 p. Agosto, 2000.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Vigilância Epidemiológica. In: Guia de Vigilância Epidemiológica, 842 pág. Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília : FUNASA, 2002, pág. 10-27.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Vigilância do HIV no Brasil: Novas Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 16 p. Outubro, 2002.

Nova definição de caso de aids em adultos e crianças no Brasil - 2004

Resumo

Este artigo apresenta a nova definição de caso de aids no Brasil, vigente desde janeiro de 2004, em indivíduos com treze (13) anos de idade ou mais e em indivíduos com menos de treze (13) anos de idade.

Introdução

A definição de caso de aids no Brasil vem passando por diferentes modificações nas últimas duas décadas. A presente definição de caso entrou em vigor a partir de janeiro de 2004 e foi o resultado de reuniões do Comitê Assessor de Epidemiologia do Programa Nacional de DST e Aids com técnicos do programa realizadas em 2003, e que contaram com a importante participação de representantes da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT), da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), bem

como de outros importantes colaboradores. Tendo como base a experiência acumulada desde 1986, com o início da vigilância da aids no Brasil, a atual definição de caso de aids é consequência principalmente da necessidade de simplificação dos critérios vigentes, sem prejuízo à sua sensibilidade e especificidade, bem como à comparabilidade em nível internacional.

O presente artigo tem como objetivo principal apresentar a atual definição de caso de aids em indivíduos com treze (13) anos de idade ou mais e em indivíduos com menos de treze (13) anos de idade no Brasil, identificando-se os principais pontos de mudança.

Informações detalhadas a respeito da atual revisão podem ser encontradas no documento: Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 – 56p (Série Manuais no 60), em sua 2ª edição revisada e ampliada, disponibilizada impressa ou em formato eletrônico pelo site www.aids.gov.br. Nesse documento encontram-se ainda as novas fichas de notificação/investigação de casos de aids.

Definições de Caso de aids em Adultos – Indivíduos com Treze (13) anos de Idade ou Mais

Nessa revisão, definiu-se que a evidência laboratorial da infecção pelo HIV é estabelecida pela presença de dois (2) testes de triagem¹ (excetuando-se o teste rápido) ou de um (1) confirmatório² reagente.

Os principais critérios de definição de caso de aids (para fins de vigilância epidemiológica) foram revistos, mantendo-se o Critério Rio de Janeiro/Caracas^{1, 2}, tendo em vista a sua aplicabilidade e validação anterior, e introduzindo-se adaptações e ajustes na evidência clínica de imunodeficiência estabelecidas no Critério CDC Modificado^{1, 2}, que passou, dessa maneira, a ser denominado Critério CDC Adaptado.

Critério Rio de Janeiro/Caracas

Definido pela evidência laboratorial da infecção pelo HIV e, além disso, por um somatório de pelo menos dez (10) pontos numa escala de sinais, sintomas ou doenças, independente da presença de outras causas de imunodeficiência. Ressalta-se a necessidade de cuidadosa avaliação de cada um dos sinais, sintomas e doenças no sentido de evitar sobreposição dos eventos (como por exemplo, no caso da tuberculose – pulmonar, pleural ou de linfonodos localizados numa única região e/ou outras formas de tuberculose – em relação à tosse, astenia, caquexia e febre).

Critério CDC Adaptado

Definido pela evidência laboratorial da infecção pelo HIV associada à evidência de imunodeficiência (laboratorial: contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm³ – e/ou clínica: pelo menos uma doença indicativa de aids), independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência.

Segundo esse critério, para algumas doenças indicativas de aids faz-se necessário o

diagnóstico definitivo, enquanto para outras se aceita o diagnóstico presuntivo³. Nessa revisão, além de correções nos métodos diagnósticos clínicos e complementares de algumas doenças, a principal alteração no Critério CDC Adaptado foi a inclusão da reativação da doença de Chagas, expressa clinicamente por meio de miocardite e/ou meningoencefalite, na lista de doenças definidoras de aids.

Do ponto de vista epidemiológico, a doença de Chagas vem-se caracterizando por controle da transmissão vetorial, principalmente pelo *Triatoma infestans*, e por maior destaque às outras modalidades, como a transfusional. Entretanto, existe um grande contingente de indivíduos cronicamente infectados pelo *Trypanosoma cruzi* distribuídos em parte do território brasileiro, havendo superposição de áreas epidemiológicas em relação à infecção pelo HIV.

Durante as referidas reuniões do Comitê Assessor de Epidemiologia em 2003, avaliou-se a possibilidade de inclusão de outras doenças endêmicas da realidade brasileira, como a leishmaniose visceral, na lista de doenças definidoras. Apesar das possibilidades, tendo em vista a maior complexidade e polimorfismo da co-infecção HIV e *Leishmania spp.*, concluiu-se haver a necessidade de desenvolvimento de estudos e avaliações mais aprofundados para a validação de critérios, visando ao estabelecimento da leishmaniose visceral como doença indicativa de aids. Além disso, discutiu-se a necessidade de avaliação de formas alternativas de vigilância, diante da elevada prevalência das leishmanioses no Brasil. Outras doenças endêmicas não apresentam expressão marcante do ponto de vista clínico quando da co-infecção com o HIV. Nesse sentido, na presente revisão, optou-se por incluir apenas a reativação da doença de Chagas.

Essa inclusão justifica-se tendo em vista as evidências clínicas e epidemiológicas da reativação dessa condição em pacientes com aids e com outras formas de imunossupressão. Apesar de o processo de reativação da doença

de Chagas ser incomum, encontra na infecção pelo HIV em fase avançada um espaço para expressão mais freqüente. Nessa situação, a grande maioria dos casos publicados que incluiu a avaliação da contagem de linfócitos T CD4+ tinha esse parâmetro laboratorial inferior a 200 células/mm³ ^{3,4, 5}. Acrescenta-se ainda o fato da marcante especificidade da expressão clínica da reativação da doença de Chagas por meio de quadros clínicos de meningoencefalite e miocardite chagásicas agudas ^{6,7,8,9}.

Do ponto de vista epidemiológico, não se espera que a inclusão dessa condição represente um fator para aumento significativo da sensibilidade ou da especificidade do critério, apresentando um caráter principal de possibilitar uma maior visibilidade a essa condição específica no sistema de saúde brasileiro, permitindo uma maior compreensão dessa associação em nossa realidade.

Por fim, ressalta-se a relevância da evidência laboratorial de imunodeficiência como condição de elevada sensibilidade para captação de casos de aids no Brasil desde a sua implementação em 1998, baseada na contagem de linfócitos T CD4+ (menor do que 350 células/mm³)². Nos EUA, utiliza-se desde 1993 a contagem de linfócitos T CD4+ menor ou igual a 200 células/mm³ ou inferior a 14% do total de linfócitos como indicação laboratorial de imunodeficiência ¹⁰.

Critério Excepcional

Os critérios excepcionais refletem necessariamente a falha do sistema de vigilância epidemiológica em detectar o indivíduo ainda em vida, com a conseqüente redução da qualidade da informação. Utilizado em determinadas situações excepcionais onde um determinado caso não pode ser enquadrado em um dos dois (ou nos dois) critérios principais discutidos acima.

Em relação aos critérios excepcionais anteriores de definição de caso de aids em adultos, foram excluídos o Critério Excepcional ARC

+ Óbito² e o Critério Excepcional CDC2 tendo em vista a sua pouca representatividade e a baixa resposta epidemiológica de captação de casos, não correspondendo às expectativas quando de sua elaboração.

O Critério Excepcional Óbito² permaneceu como único critério excepcional em casos de óbito. O processo de revisão ampliou a definição anterior de modo a incorporar, não apenas a menção de aids e de seus termos correlatos em algum dos campos da Declaração de Óbito, mas também a menção de infecção pelo HIV ou termos correlatos, desde que, nesse último caso, haja ainda o registro de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV. É importante destacar que a utilização desse critério excepcional deve ser feita de maneira criteriosa e adotada quando a investigação em prontuário ou em outras fontes de dados for inconclusiva, ou seja, quando o caso não puder ser descartado ou enquadrado em um dos critérios de caso de aids principais, pelo não registro de dados clínicos e/ou laboratoriais.

De forma adicional, quando em algum dos campos de preenchimento da DO houver menção a alguma doença indicativa de imunodeficiência, mas não houver registro da infecção pelo HIV ou da aids, deve-se realizar também investigação epidemiológica com a finalidade de se obterem dados clínicos e/ou laboratoriais adicionais necessários para a classificação do caso como aids. Da mesma forma, deverão ser necessariamente excluídas outras causas de imunodeficiência.

Definições de Caso de aids em Crianças – Indivíduos com Menos de Treze (13) Anos de Idade – 2004

Em relação à evidência laboratorial de infecção pelo HIV em crianças por meio da detecção de anticorpos, para fins de vigilância epidemiológica, modificou-se a idade de referência, passando de vinte e quatro (24)

meses de idade^{11, 12} para dezoito (18) meses. Essa mudança permitiu o ajuste com a idade limite estabelecida pelo Consenso de Terapia Anti-Retroviral em Crianças¹³.

Assim, para as crianças com dezoito (18) meses ou mais de idade, expostas ao HIV por transmissão vertical, ou para aquelas de qualquer idade, cuja exposição ao HIV tenha sido outra forma de transmissão que não a vertical, segue-se o mesmo critério descrito anteriormente para indivíduos com treze (13) anos de idade ou mais.

Estabeleceu-se ainda que para as crianças menores de 18 meses de idade, expostas ao HIV por transmissão vertical, a infecção é configurada quando houver a presença de RNA ou DNA viral detectável acima de 1.000 cópias/ml em duas amostras (testes de carga viral) obtidas em momentos diferentes. Apesar da possibilidade da realização desses testes após duas semanas de vida, o Ministério da Saúde manteve a orientação de que as amostras testadas sejam coletadas após o segundo mês de vida, em virtude do aumento da sensibilidade observado a partir dessa idade.

Da mesma forma como para os adultos, os principais critérios de definição de caso de aids (para fins de vigilância epidemiológica) foram revistos. Baseando-se nos resultados da avaliação dos critérios de definição de casos, até então vigentes, foram revistos os critérios CDC Modificado¹² e CD4¹², que passaram a compor um único critério, o Critério CDC Adaptado. Além disso, excluiu-se o Critério de Confirmação por Sinais¹² que foi incorporado às diferentes categorias da classificação clínica do Critério CDC Adaptado, o que gerou a necessidade de ajustes nos critérios de diagnóstico de algumas condições clínicas estabelecidas pela definição anterior.

Critério CDC Adaptado

Definido pela evidência laboratorial da infecção pelo HIV associada à evidência de imunodeficiência (laboratorial e/ou clínica), independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência.

Tomando-se como referência o critério original dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC)¹⁴ e com o objetivo de padronização com o referido critério, foram incluídas as seguintes condições consideradas de caráter moderado: hepatite, leiomiossarcoma, nefropatia, nocardiose, e varicela disseminada. Ressalta-se que a tuberculose pulmonar e a tuberculose disseminada ou extrapulmonar, que antes compunham um dos critérios de sinais maiores em crianças da revisão de 1999¹², passam a fazer parte, respectivamente, da categoria de caráter moderado e grave do Critério CDC Adaptado.

Esse novo critério representa, portanto, uma adaptação brasileira das categorias da classificação clínica dos CDC¹⁴ (caráter leve, moderado ou grave, respectivamente A, B e C) definidoras de imunodeficiência, garantindo a comparabilidade internacional. Para a definição de caso, além da evidência laboratorial da infecção pelo HIV, passam a ser necessárias duas (2) situações clínicas consideradas leves ou uma (1) situação de caráter moderado ou grave.

Em relação à definição de imunodeficiência laboratorial, manteve-se a referência de contagem de linfócitos T CD4+ segundo faixas etárias estabelecida pela revisão realizada em 1999¹², pela sua relevância do ponto de vista da garantia de maior sensibilidade, como discutido para os indivíduos com treze anos de idade ou mais.

Critério Excepcional

Quanto aos critérios excepcionais de definição de caso de aids em crianças, foi excluído o Critério Excepcional HIV + Óbito¹² e revisto o Critério Excepcional Óbito¹², que permaneceu como único critério excepcional, como nos adultos. Como discutido anteriormente para os adultos, na revisão desse critério para as crianças, ampliou-se a definição anterior de modo a incorporar, além de aids ou de seus termos correlatos, infecção pelo HIV ou termos correlatos, desde que haja ainda o registro de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV,

caso a investigação epidemiológica se revelar inconclusiva.

Quando em algum dos campos de preenchimento da DO houver menção a alguma doença indicativa de imunodeficiência, mas não houver registro da infecção pelo HIV ou da aids, deve-se realizar também investigação epidemiológica com a finalidade de se obterem dados clínicos e/ou laboratoriais adicionais necessários para a classificação do caso como aids. Nessa situação, também deverão ser excluídas outras causas de imunodeficiência e avaliada a possibilidade de investigação da situação sorológica da mãe em relação à infecção pelo HIV.

Considerações Finais

A atual definição de caso de aids traduz o amadurecimento do processo de vigilância da aids no Brasil ao longo de dezoito anos. Ao se proceder a análise dos critérios até então vigentes, a partir do banco de dados de aids em nível nacional, observou-se que alguns dos critérios excepcionais vigentes até então não mais se justificavam. Diante da necessidade de adequação dos critérios, a presente revisão procurou garantir a sensibilidade dos critérios de definição de caso de aids em adultos e crianças (para fins de vigilância epidemiológica no Brasil) sem levar à perda de especificidade.

Além disso, a partir dessa avaliação e de reuniões do Comitê Assessor de Epidemiologia, realizadas nos meses de maio e junho de 2003, e considerando que apenas o Critério Rio de Janeiro/Caracas foi o único a ser validado, identificou-se a necessidade de se estabelecer um processo de validação de critérios, bem como de monitoramento e de avaliação, para fortalecer a vigilância da aids no Brasil.

Apesar da compulsoriedade do processo de vigilância ainda prevalecer como estratégia de vigilância, como reflexo desse processo de

avaliação, é importante ressaltar que a vigilância da aids vem sendo reconhecida como um dos componentes entre as múltiplas estratégias possíveis de vigilância da infecção pelo HIV^{15, 16, 17}. Essas questões aplicam-se a todas as outras situações passíveis de vigilância¹⁸.

Considerando-se que vários fatores influenciam negativamente a notificação dos casos de aids, que o tratamento anti-retroviral vem contribuindo para a modificação da história natural da infecção pelo HIV, tornando esta informação de difícil interpretação, e que a vigilância da aids reflete uma situação de vários anos após a infecção ter acontecido, estratégias adicionais são necessárias para a adequação das ações relacionadas com o controle da infecção pelo HIV e da aids. Por esta razão, o Brasil e o mundo estão voltando sua atenção à notificação de casos de infecção pelo HIV^{15, 16}, não se limitando apenas à vigilância da aids que, entretanto, mantém-se como uma das importantes estratégias para o enfrentamento da epidemia.

NOTAS

¹ São testes de triagem: várias gerações de ensaio por imunoadsorção ligado à enzima (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, ELISA), ensaio imunoenzimático (Enzyme Immuno Assay, EIA), ensaio imunoenzimático com micropartículas (Microparticle Enzyme Immuno Assay, MEIA) e ensaio imunoenzimático com quimioluminescência) para detecção de anticorpos anti-HIV.

² São testes confirmatórios: imunofluorescência indireta, imunoblot, Western Blot, teste de amplificação de ácidos nucleicos como, por exemplo, a reação em cadeia da polimerase (Polimerase Chain Reaction, PCR) e a amplificação sequencial de ácidos nucleicos (Nucleic Acid Sequence Based Amplification, NASBA).

³ Os critérios para diagnóstico definitivo e presuntivo encontram-se especificados no documento "Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003".

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Controle de DST/AIDS. Revisão da Definição Nacional de Caso de AIDS em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 12 p. Agosto, 1992.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Revisão da Definição Nacional de Caso de AIDS em Indivíduos com 13 anos ou mais, para Fins de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 36 p. Janeiro, 1998.
3. Pacheco, R.S., Ferreira, M.S., Machado, M.I., Brito, C.M.M., Pires, M.Q., Da-Cruz, A.M., Coutinho, S.G. Chagas' disease and HIV co-infection: genotypic characterization of the *Trypanosoma cruzi* strain. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 93(2): 165-169, 1998.
4. Sartori, A.M.C., Shikanai-Yasuda, M.A., Neto, V.A., Lopes, M.H. Follow-up of 18 patients with human immunodeficiency virus (HIV) infection and chronic Chagas' disease with reactivation of Chagas' disease causing cardiac disease in three patients. *Clinical Infectious Diseases*, 26:177-179, 1998.
5. Lima, J.N. Co-Infecção da Doença de Chagas e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: Frequência de Casos em Acompanhamento, Perfil Clínico, Laboratorial e Evolução dos Pacientes Atendidos no Hospital de Clínicas da UNICAMP. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2001.
6. Lazo, J.E., Meneses, A.C.O., Rocha, A., Frenkel, J.K., Marquez, J.O., Chapadeiro, E., Lopes, E.R. Meningoencefalites toxoplásmica e chagásica em pacientes com infecção com vírus das imunodeficiência humana: diagnóstico diferencial anatomopatológico e tomográfico. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 31 (21):163-171, 1998.
7. Ferreira, M.S. Chagas Disease and Immunosuppression. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, 94(Suppl. I): 325-327, 1999.
8. Ramos Jr., A.N. Reativação da Doença de Chagas: a Associação entre *Trypanosoma cruzi* e Vírus da Imunodeficiência Humana. Monografia de Conclusão de Residência Médica em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 79 pp., 1999.
9. Rocha A., Ferreira, M.S., Nishioka, S.A., Lopes, E.R. Doença de Chagas: Interação com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sida). In: Brener, Z., Andrade, Z.A., Barral-Neto, M. *Trypanosoma cruzi* e Doença de Chagas, 2ª edição. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, p. 406-415, 2000.
10. Centers for Disease Control and Prevention. 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 41 (RR-17). December 18, 1992.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Controle de DST/AIDS. Revisão da Definição Nacional de Caso de AIDS em Crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 12 p. Abril, 1994.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Revisão da Definição Nacional de Caso de AIDS em Indivíduos Menores de 13 anos, para Fins de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 82 p. Agosto, 2000.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 44 p. Dezembro, 2002.
14. Centers for Disease Control and Prevention. 1994 Revised Classification System for Human Immunodeficiency Virus Infection in Children Less Than 13 Years of Age. Morbidity and Mortality Weekly Report, 43 (RR-12). September 30, 1994.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Vigilância do HIV no Brasil: Novas Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 16 p. Outubro, 2002.
16. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/ Organización Mundial de la Salud. Vigilancia del HIV de segunda generación: El próximo decenio. 43 p, 2000.
17. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Guidelines for National Human Immunodeficiency Virus Case Surveillance, Including Monitoring for Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome. Morbidity and Mortality Weekly Report, 48:RR 13. December 10, 1999.
18. Hammann, E.M., Laguardia, J. Reflexões sobre a Vigilância Epidemiológica: Mais Além da Notificação Compulsória. Informe Epidemiológico do SUS, 9(3): 211-219, 2000.

Dados epidemiológicos Brasil

Tabela 1 Casos de aids e taxas de incidência (por 100.000 hab.), segundo ano de diagnóstico e local de residência. Brasil, 1980-2003*.

Local de Residência	1980-1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		1980-2003			
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa		
Brasil	38076	15719	10.6	17954	11.8	22843	14.7	25920	16.5	27950	17.5	30206	18.7	27101	16.5	27226	16.4	22519	14.8	22295	12.8	9758	5.5	9758	5.5	31031	31031	5.5	31031	
Norte	364	190	1.9	225	2.1	388	3.5	470	4.2	568	4.9	660	5.6	761	6.3	690	5.6	731	5.5	694	5.1	351	2.5	351	2.5	6418	6418	2.5	6418	
Rondônia	18	19	1.7	18	1.5	53	4.0	46	3.7	66	5.3	62	4.9	47	3.6	74	5.6	74	5.3	87	6.1	10	0.7	10	0.7	614	614	0.7	614	
Acre	18	5	1.2	8	1.8	1	0.2	6	1.2	11	2.2	18	3.5	27	5.1	19	3.5	27	4.7	40	6.8	2	0.3	2	0.3	190	190	0.3	190	
Amazonas	94	55	2.6	58	2.6	90	3.9	113	4.7	168	6.8	188	7.5	258	10.0	251	9.5	200	6.9	132	4.5	51	1.7	51	1.7	1743	1743	1.7	1743	
Roraima	30	7	3.1	7	2.9	8	3.1	17	6.9	14	5.5	21	8.1	21	7.9	39	14.3	30	8.9	27	7.8	40	11.2	40	11.2	268	268	11.2	268	
Pará	167	84	1.7	117	2.2	184	3.4	229	4.2	244	4.3	295	5.1	320	5.4	213	3.5	294	4.6	298	4.6	206	3.1	206	3.1	2805	2805	3.1	2805	
Amapá	18	15	4.9	2	0.6	31	9.5	35	9.2	35	8.7	25	5.9	43	9.8	33	7.2	40	8.0	40	7.7	7	1.3	7	1.3	335	335	1.3	335	
Tocantins	19	5	0.5	15	1.5	21	2.1	24	2.3	30	2.8	51	4.6	45	4.0	61	5.3	66	5.6	70	5.8	35	2.8	35	2.8	463	463	2.8	463	
Nordeste	2472	1038	2.4	1233	2.8	1595	3.5	2004	4.5	2353	5.2	2843	6.2	2821	6.1	2725	5.8	2626	5.4	2582	5.3	1147	2.3	1147	2.3	26854	26854	2.3	26854	
Maranhão	201	81	1.6	116	2.3	128	2.5	186	3.6	215	4.1	292	5.5	264	4.9	287	5.2	284	5.0	263	4.5	199	3.4	199	3.4	2666	2666	3.4	2666	
Piauí	84	32	1.2	27	1.0	63	2.3	76	2.8	99	3.7	88	3.2	113	4.1	144	5.2	145	5.1	138	4.8	75	2.6	75	2.6	1161	1161	2.6	1161	
Ceará	286	162	2.5	166	2.5	271	4.0	283	4.2	355	5.1	595	8.5	533	7.5	518	7.2	521	6.9	518	6.8	153	2.0	153	2.0	4563	4563	2.0	4563	
Rio Grande do Norte	116	49	2.0	69	2.8	88	3.5	104	4.1	125	4.8	172	6.6	128	4.8	158	5.9	160	5.7	101	3.5	56	1.9	56	1.9	1395	1395	1.9	1395	
Paraíba	177	68	2.1	103	3.1	132	4.0	144	4.4	158	4.7	195	5.8	249	7.4	196	5.8	187	5.4	183	5.2	87	2.5	87	2.5	2009	2009	2.5	2009	
Pernambuco	765	254	3.5	314	4.3	352	4.8	570	7.7	586	7.8	767	10.2	651	8.6	641	8.4	705	8.8	901	11.1	378	4.6	378	4.6	7284	7284	4.6	7284	
Alagoas	141	66	2.6	76	2.9	77	2.9	104	4.0	154	5.8	106	3.9	126	4.6	135	4.9	146	5.1	106	3.7	61	2.1	61	2.1	1383	1383	2.1	1383	
Sergipe	87	39	2.6	45	2.9	75	4.8	76	4.7	91	5.5	91	5.4	105	6.1	93	5.3	61	3.4	70	3.8	49	2.6	49	2.6	966	966	2.6	966	
Bahia	615	287	2.4	317	2.6	298	2.4	329	2.6	461	3.7	570	4.5	537	4.2	652	5.0	553	4.2	302	2.3	89	0.7	89	0.7	5427	5427	0.7	5427	
Centro-Oeste	1257	641	6.7	768	7.8	1148	11.2	1248	11.9	1544	14.3	1324	12.0	1160	10.3	1354	11.8	1230	10.3	954	7.9	430	3.5	430	3.5	13980	13980	3.5	13980	
Mato Grosso do Sul	224	105	5.8	192	10.4	170	9.0	218	11.4	278	14.4	290	14.7	249	12.3	249	12.1	254	12.0	192	9.0	15	0.7	15	0.7	2730	2730	0.7	2730	
Mato Grosso	206	99	4.8	109	5.0	169	7.5	206	8.9	281	12.6	318	13.9	254	10.9	202	8.3	189	7.4	184	7.1	126	4.8	126	4.8	2492	2492	4.8	2492	
Goiás	405	209	5.1	248	5.9	338	8.0	451	10.5	385	8.5	571	12.3	432	8.9	546	11.0	515	10.1	344	6.6	183	3.4	183	3.4	5086	5086	3.4	5086	
Distrito Federal	422	228	13.9	219	13.1	245	14.4	273	15.7	304	16.7	365	19.4	317	16.5	357	17.7	272	13.0	234	10.9	106	4.8	106	4.8	3672	3672	4.8	3672	
Sudeste	30891	12322	19.4	13643	21.1	14547	22.2	16499	24.9	18348	27.4	19982	29.0	17354	24.8	16855	23.8	15306	20.8	12749	17.1	5622	7.5	5622	7.5	213079	213079	7.5	213079	
Minas Gerais	1732	945	5.9	1499	9.3	1844	11.3	2069	12.5	2134	12.8	2260	13.4	1926	11.1	1586	9.1	1292	7.1	1253	6.8	636	3.4	636	3.4	21226	21226	3.4	21226	
Espírito Santo	233	115	4.4	166	6.2	209	7.6	252	9.0	343	12.0	370	12.8	365	12.4	358	12.0	391	12.4	343	10.7	213	6.6	213	6.6	3565	3565	6.6	3565	
Rio de Janeiro	8167	2814	21.8	2835	21.7	2975	22.6	3357	25.2	4068	30.3	4435	32.7	3862	28.0	3865	27.7	3485	23.9	2434	16.5	757	5.1	757	5.1	47560	47560	5.1	47560	
São Paulo	20759	8448	26.4	9143	28.0	9519	28.7	10866	32.2	11894	34.9	11923	34.3	11201	31.3	11046	30.4	10138	26.9	8719	22.8	4016	10.4	4016	10.4	140728	140728	10.4	140728	
Sul	3092	1528	6.8	2085	9.2	3213	13.9	3850	16.4	4524	19.0	5397	22.3	5005	20.5	5602	22.6	5626	22.1	5315	20.7	2208	8.5	2208	8.5	49970	49970	8.5	49970	
Paraná	710	430	5.0	555	6.5	627	7.2	852	9.8	1048	11.6	1317	14.4	1341	14.5	1442	15.2	1398	14.4	1284	13.1	768	7.8	768	7.8	13171	13171	7.8	13171	
Santa Catarina	755	419	9.1	572	12.2	752	15.8	953	19.7	1095	22.5	1129	22.8	1254	24.6	1426	27.6	1561	28.7	1261	22.8	310	5.5	310	5.5	12866	12866	5.5	12866	
Rio Grande do Sul	1627	679	7.4	958	10.2	1146	12.1	1408	14.7	1707	17.7	2078	21.3	2677	27.1	2734	27.1	2667	25.9	2770	26.6	1130	10.8	1130	10.8	23933	23933	10.8	23933	
Outros Países	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	38076	15719	-	17954	-	22843	-	25920	-	27951	-	30207	-	27101	-	27226	-	25521	-	22295	-	9762	-	9762	-	310310	310310	-	310310	

*Dados preliminares até 31/12/03, sujeitos a revisão.

Fonte: MS/SIS/PNDST e Aids/SINAN

Fonte: MS/SEIDATA/SUS/IBGE

Tabela III Casos de aids em indivíduos do sexo masculino, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2003*.

Faixa Etária	1980-1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		1980-2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 5 anos	447	1.4	216	1.7	234	1.7	312	2.1	364	2.2	437	2.4	447	2.3	449	2.2	380	2.1	320	1.8	248	1.5	197	1.4	65	1.0	4116	1.9
05 a 12	261	0.8	40	0.3	44	0.3	72	0.5	61	0.4	71	0.4	104	0.5	87	0.4	103	0.6	105	0.6	104	0.6	97	0.7	51	0.8	1200	0.5
13 a 19	1270	3.9	308	2.4	281	2.0	282	1.9	287	1.7	226	1.2	263	1.4	274	1.4	224	1.3	208	1.2	173	1.1	147	1.0	64	1.0	4007	1.8
20 a 24	4142	12.8	1476	11.7	1526	10.9	1442	9.5	1458	8.6	1434	7.8	1545	8.1	1466	7.2	1252	7.0	1194	6.8	1050	6.5	882	6.2	393	6.2	19260	8.7
25 a 29	6769	20.9	2867	22.8	3219	23.0	3318	22.0	3575	21.2	3676	19.9	3546	18.6	3616	17.9	3066	17.2	2830	16.1	2507	15.6	2081	14.7	890	14.1	41960	19.0
30 a 34	6965	21.5	2797	22.2	3263	23.3	3608	23.9	3857	22.9	4495	24.4	4730	24.7	4908	24.3	4111	23.1	3950	22.5	3594	22.3	2896	20.4	1297	20.5	50471	22.9
35 a 39	5151	15.9	2122	16.8	2250	16.1	2574	17.0	3024	17.9	3370	18.3	3495	18.3	3791	18.7	3501	19.7	3531	20.1	3260	20.2	3004	21.2	1298	20.5	40371	18.3
40 a 49	5080	15.7	1960	15.6	2243	16.0	2473	16.4	3013	17.9	3370	18.3	3580	18.7	3965	19.6	3559	20.0	3812	21.7	3639	22.6	3342	23.6	1541	24.4	41577	18.8
50 a 59	1634	5.1	569	4.5	684	4.9	735	4.9	876	5.2	992	5.4	1031	5.4	1215	6.0	1194	6.7	1228	7.0	1151	7.1	1149	8.1	551	8.7	13009	5.9
60 e mais	569	1.8	212	1.7	244	1.7	274	1.8	335	2.0	348	1.9	356	1.9	440	2.2	400	2.2	412	2.3	391	2.4	394	2.8	173	2.7	4548	2.1
Ignorado	92	0.3	30	0.2	27	0.2	21	0.1	30	0.2	20	0.1	15	0.1	18	0.1	6	0.0	1	0.0	2	0.0	1	0.0	1	0.0	264	0.1
Total	32380	100.0	12597	100.0	14015	100.0	15111	100.0	16880	100.0	18439	100.0	19112	100.0	20229	100.0	17796	100.0	17591	100.0	16119	100.0	14190	100.0	6324	100.0	220783	100.0

*Dados preliminares até 31/12/03, sujeitos a revisão.
Fonte: MS/SYS/PN DST e Aids/SINAN.

Tabela III Casos de aids em indivíduos do sexo feminino, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2003*.

Faixa Etária	1983-1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		1983-2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<5 anos	480	8.4	197	6.3	216	5.5	300	6.5	387	6.5	470	6.3	491	5.6	446	4.5	426	4.6	331	3.4	273	2.9	213	2.6	72	2.1	4302	4.8
05 a 12	64	1.1	30	1.0	45	1.1	41	0.9	72	1.2	80	1.1	78	0.9	84	0.8	105	1.1	110	1.1	106	1.1	91	1.1	53	1.5	959	1.1
13 a 19	292	5.1	117	3.7	119	3.0	141	3.1	188	3.2	187	2.5	225	2.5	296	3.0	247	2.7	262	2.7	237	2.5	180	2.2	68	2.0	2559	2.9
20 a 24	1018	17.9	495	15.9	621	15.8	668	14.4	714	12.0	937	12.5	1064	12.0	1167	11.7	1057	11.4	1094	11.4	1058	11.3	831	10.3	320	9.3	11044	12.3
25 a 29	1224	21.5	707	22.6	941	23.9	1015	22.0	1272	21.3	1575	21.1	1806	20.4	2011	20.2	1760	18.9	1891	19.6	1746	18.6	1473	18.2	617	17.9	18038	20.1
30 a 34	960	16.9	626	20.1	748	19.0	917	19.8	1225	20.5	1579	21.1	1811	20.5	2116	21.2	1885	20.3	1916	19.9	1883	20.0	1588	19.6	688	20.0	17942	20.0
35 a 39	661	11.6	393	12.6	485	12.3	635	13.7	838	14.1	1107	14.8	1295	14.7	1521	15.2	1545	16.6	1484	15.4	1450	15.4	1379	17.0	584	17.0	13377	14.9
40 a 49	631	11.1	378	12.1	509	12.9	626	13.5	845	14.2	1062	14.2	1388	15.7	1595	16.0	1562	16.8	1707	17.7	1777	18.9	1604	19.8	712	20.7	14396	16.1
50 a 59	242	4.2	129	4.1	202	5.1	203	4.4	295	4.9	357	4.8	502	5.7	545	5.5	520	5.6	614	6.4	648	6.9	548	6.8	240	7.0	5045	5.6
60 e mais	112	2.0	47	1.5	49	1.2	75	1.6	108	1.8	125	1.7	172	1.9	194	1.9	197	2.1	226	2.3	224	2.4	198	2.4	83	2.4	1810	2.0
Ignorado	12	0.2	3	0.1	4	0.1	3	0.1	19	0.3	2	0.0	7	0.1	3	0.0	1	0.0	-	-	-	-	-	-	1	0.0	55	0.1
Total	5696	100.0	3122	100.0	3939	100.0	4624	100.0	5963	100.0	7481	100.0	8839	100.0	9978	100.0	9305	100.0	9635	100.0	9402	100.0	8105	100.0	3438	100.0	89527	100.0

*Dados preliminares até 31/12/03, sujeitos a revisão.
Fonte: MS/SVS/PN DST e Aids/SINAN.

Tabela IV Casos de aids, segundo ano de diagnóstico e categoria de exposição hierarquizada. Brasil, 1980 a 2003*.

Categoria de Ex- posição	1980-1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		1980-2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexual	21181	55.6	8647	55.0	10049	56.0	11381	57.7	13273	58.1	15612	60.2	18223	65.2	20343	67.3	18589	68.6	19135	70.3	18175	71.2	16130	72.3	7164	73.4	197902	63.8
Homossexual	10165	26.7	3111	19.8	3132	17.4	3297	16.7	3268	14.3	3560	13.7	3598	12.9	3641	12.1	3019	11.1	2889	10.6	2589	10.1	2252	10.1	989	10.1	45510	14.7
Bissexual	4383	11.5	1480	9.4	1456	8.1	1577	8.0	1577	6.9	1617	6.2	1922	6.9	2264	7.5	1992	7.4	1844	6.8	1610	6.3	1371	6.2	609	6.2	23702	7.6
Heterossexual	6633	17.4	4056	25.8	5461	30.4	6507	33.0	8428	36.9	10435	40.3	12703	45.4	14438	47.8	13578	50.1	14402	52.9	13976	54.8	12507	56.1	5566	57.0	128690	41.5
Sanguínea	11848	31.1	4877	31.0	5288	29.5	5144	26.1	5378	23.5	5570	21.5	5460	19.5	4979	16.5	3992	14.7	3695	13.6	3186	12.5	2525	11.3	1058	10.8	63000	20.3
Udi	10213	26.8	4537	28.9	4904	27.3	4809	24.4	5000	21.9	5209	20.1	5209	18.6	4904	16.2	3954	14.6	3661	13.4	3134	12.3	2503	11.2	1049	10.7	59086	19.0
Hemofílico	702	1.8	75	0.5	76	0.4	65	0.3	80	0.4	82	0.3	76	0.3	44	0.1	23	0.1	23	0.1	23	0.1	14	0.1	6	0.1	1297	0.4
Transfusão	933	2.5	265	1.7	308	1.7	270	1.4	298	1.3	279	1.1	175	0.6	31	0.1	15	0.1	11	0.0	21	0.1	8	0.0	3	0.0	2617	0.8
Perinatal	781	2.1	400	2.5	441	2.5	601	3.1	747	3.3	933	3.6	1033	3.7	965	3.2	892	3.3	745	2.7	642	2.5	519	2.3	201	2.1	8900	2.9
Acid.de Trabalho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0
Ignorada	4266	11.2	1795	11.4	2176	12.1	2609	13.2	3445	15.1	3804	14.7	3235	11.6	3920	13.0	3628	13.4	3651	13.4	3518	13.8	3121	14.0	1339	13.7	40507	13.1
Total	38076	12.3	15719	5.1	17954	5.8	19735	6.4	22843	7.4	25920	8.4	27951	9.0	30207	9.7	27101	8.7	27226	8.8	25521	8.2	22295	7.2	9762	3.1	310310	100.0

*Dados preliminares até 31/12/03, sujeitos a revisão.
Fonte:MS/SVS/PN DST e Aids/SINAN.

Tabela V Casos de aids, segundo tipo de exposição e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2003*.

Tipo de Exposição	80-91		92		93		94		95		96		97		98		99		00		01		02		03		1980-2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Homossexual	10152	26.7	3104	19.7	3127	17.4	3294	16.7	3266	14.3	3556	13.7	3594	12.9	3639	12.1	3012	11.1	2887	10.6	2587	10.1	2250	10.1	989	10.1	45457	14.6
Homo/hemof	13	0.0	7	0.1	5	0.0	3	0.0	2	0.0	4	0.0	4	0.0	1	0.0	7	0.0	2	0.0	2	0.0	2	0.0	-	-	52	0.0
Homo/transf	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0
Bissexual	4371	11.5	1473	9.4	1454	8.1	1572	8.0	1574	6.9	1615	6.2	1919	6.9	2261	7.5	1990	7.3	1842	6.8	1608	6.3	1371	6.2	608	6.2	23658	7.6
Bi/hemof	12	0.0	7	0.1	2	0.0	5	0.0	3	0.0	2	0.0	3	0.0	2	0.0	2	0.0	2	0.0	2	0.0	-	-	1	0.0	43	0.0
Bi/transf	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0
Heterossexual	5053	13.3	3287	20.9	4491	25.0	5260	26.7	6660	29.2	8323	32.1	10413	37.3	11843	39.2	11062	40.8	11800	43.3	11346	44.5	10206	45.8	4442	45.5	104186	33.6
Heterossexual** (Não Especificado)	1580	4.2	769	4.9	970	5.4	1247	6.3	1768	7.7	2112	8.1	2290	8.2	2595	8.6	2516	9.3	2602	9.6	2630	10.3	2301	10.3	1124	11.5	24504	7.9
Udi	5427	14.3	1992	12.7	2058	11.5	1965	10.0	2035	8.9	2131	8.2	1823	6.5	1159	3.8	845	3.1	814	3.0	632	2.5	560	2.5	228	2.3	21669	7.0
Udi/hemof	36	0.1	22	0.1	12	0.1	20	0.1	8	0.0	15	0.1	10	0.0	4	0.0	1	0.0	-	-	-	-	2	0.0	-	-	130	0.0
Udi/transf	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0
Udi/homo	1020	2.7	323	2.1	303	1.7	291	1.5	322	1.4	303	1.2	353	1.3	409	1.4	357	1.3	276	1.0	220	0.9	204	0.9	72	0.7	4453	1.4
Udi/homo/hemof	4	0.0	3	0.0	2	0.0	-	-	2	0.0	1	0.0	2	0.0	2	0.0	2	0.0	-	-	4	0.0	1	0.0	1	0.0	24	0.0
Udi/homo/transf	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Udi/bi	1006	2.6	350	2.2	343	1.9	344	1.7	343	1.5	328	1.3	401	1.4	443	1.5	372	1.4	351	1.3	288	1.1	206	0.9	99	1.0	4874	1.6
Udi/bi/hemof	3	0.0	1	0.0	-	-	-	-	1	0.0	1	0.0	2	0.0	1	0.0	5	0.0	-	-	1	0.0	-	-	-	-	15	0.0
Udi/bi/transf	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Udi/hetero	2713	7.1	1833	11.7	2176	12.1	2185	11.1	2280	10.0	2428	9.4	2611	9.3	2879	9.5	2365	8.7	2216	8.1	1985	7.8	1527	6.9	644	6.6	27842	9.0
Udi/hetero/hemof	4	0.0	13	0.1	10	0.1	4	0.0	9	0.0	2	0.0	7	0.0	6	0.0	7	0.0	4	0.0	4	0.0	3	0.0	5	0.1	78	0.0
Udi/hetero/transf	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hemofílico	651	1.7	63	0.4	63	0.4	55	0.3	69	0.3	64	0.2	48	0.2	23	0.1	14	0.1	15	0.1	12	0.1	5	0.0	4	0.0	1086	0.4
Hemof/hetero	51	0.1	12	0.1	13	0.1	10	0.1	11	0.1	18	0.1	28	0.1	21	0.1	9	0.0	8	0.0	19	0.1	9	0.0	2	0.0	211	0.1
Transfusão	864	2.3	198	1.3	223	1.2	184	0.9	192	0.8	164	0.6	95	0.3	27	0.1	14	0.1	11	0.0	21	0.1	8	0.0	3	0.0	2004	0.6
Transf/hetero	69	0.2	67	0.4	85	0.5	86	0.4	106	0.5	115	0.4	80	0.3	4	0.0	1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	613	0.2
Acidente De Trabalho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0
Perinatal	781	2.1	400	2.5	441	2.5	601	3.1	747	3.3	933	3.6	1033	3.7	965	3.2	892	3.3	745	2.7	642	2.5	519	2.3	201	2.1	8900	2.9
Ignorada	4266	11.2	1795	11.4	2176	12.1	2609	13.2	3445	15.1	3804	14.7	3235	11.6	3920	13.0	3628	13.4	3651	13.4	3518	13.8	3121	14.0	1339	13.7	40507	13.1
Total	38076	12.3	15719	5.1	17954	5.8	19735	6.4	22843	7.4	25920	8.4	27951	9.0	30207	9.7	27101	8.7	27226	8.8	25521	8.2	22295	7.2	9762	3.1	310310	100.0

*Dados preliminares até 31/1/2003, sujeitos a revisão
Fonte:MS/SYS/PN DST e Aids/SINAN.

Tabela VI Casos de aids em indivíduos menores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2003.*

Categoria de Exposição	1983-1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		1983-2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexual	14	1.1	6	1.2	8	1.5	6	0.8	12	1.4	12	1.1	12	1.1	11	1.0	10	1.0	13	1.5	7	1.0	14	2.3	9	3.7	135	1.3
Homossexual	2	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.1	-	-	2	0.3	-	-	5	0.1
Bissexual	-	-	-	-	-	-	1	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Heterossexual	12	1.0	6	1.2	8	1.5	6	0.8	12	1.4	12	1.1	12	1.1	11	1.0	10	1.0	12	1.4	7	1.0	12	2.0	9	3.7	129	1.2
Sanguínea	335	26.8	34	7.0	34	6.3	37	5.1	34	3.8	11	1.0	10	0.9	1	0.1	2	0.2	2	0.2	1	0.1	-	-	-	-	502	4.7
Udi	6	0.5	-	-	4	0.7	1	0.1	1	0.1	-	-	2	0.2	1	0.1	-	-	2	0.2	1	0.1	-	-	-	-	18	0.2
Hemofílico	179	14.3	10	2.1	4	0.7	7	1.0	3	0.3	2	0.2	2	0.2	-	-	2	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-	209	2.0
Transfusão	150	12.0	24	5.0	26	4.8	29	4.0	30	3.4	9	0.9	6	0.5	-	-	-	-	1	0.1	-	-	-	-	-	-	275	2.6
Perinatal	780	62.3	400	82.8	441	81.8	601	83.0	746	84.4	933	88.2	1031	92.1	962	90.2	889	87.7	735	85.0	626	85.6	506	84.6	193	80.1	8843	83.6
Ignorada	123	9.8	43	8.9	56	10.4	80	11.1	92	10.4	102	9.6	67	6.0	92	8.6	113	11.1	115	13.3	97	13.3	78	13.0	39	16.2	1097	10.4
Total	1252	11.8	483	4.6	539	5.1	724	6.8	884	8.4	1058	10.0	1120	10.6	1066	10.1	1014	9.6	865	8.2	731	6.9	598	5.7	241	2.3	10577	100.0

*Dados preliminares até 31/12/03, sujeitos a revisão
Fonte:MS/SIS/PN DST e Aids/SINAN.

Tabela VII Casos de aids em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2003.*

Categoria de Exposição	1980-1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		1980-2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexual	17968	56.7	53.4	53.4	7274	53.0	7962	54.1	8624	52.4	9693	54.1	10902	58.7	11775	59.8	10521	60.8	10557	61.5	9781	62.0	8830	63.5	4058	65.4	124538	57.8
Homossexual	10163	32.1	3111	25.2	3132	22.8	3297	22.4	3268	19.9	3560	19.9	3598	19.4	3641	18.5	3019	17.4	2888	16.8	2589	16.4	2250	16.2	989	15.9	45505	21.1
Bissexual	4383	13.8	1480	12.0	1456	10.6	1577	10.7	1577	9.6	1617	9.0	1922	10.4	2264	11.5	1992	11.5	1844	10.7	1610	10.2	1371	9.9	609	9.8	23702	11.0
Heterossexual	3422	10.8	2002	16.2	2686	19.6	3088	21.0	3779	23.0	4516	25.2	5382	29.0	5870	29.8	5510	31.8	5825	33.9	5582	35.4	5209	37.5	2460	39.6	55331	25.7
Sanguínea	9566	30.2	3998	32.4	4348	31.7	4241	28.8	4483	27.2	4551	25.4	4508	24.3	4112	20.9	3303	19.1	3100	18.1	2592	16.4	2057	14.8	867	14.0	51726	24.0
Udi	8559	27.0	3780	30.6	4087	29.8	4045	27.5	4238	25.8	4303	24.0	4342	23.4	4055	20.6	3273	18.9	3072	17.9	2549	16.2	2040	14.7	861	13.9	49204	22.8
Hemofílico	523	1.7	65	0.5	72	0.5	58	0.4	77	0.5	80	0.4	74	0.4	44	0.2	21	0.1	23	0.1	23	0.1	14	0.1	6	0.1	1088	0.5
Transfusão	484	1.5	153	1.2	189	1.4	138	0.9	168	1.0	168	0.9	92	0.5	13	0.1	9	0.1	5	0.0	12	0.1	3	0.0	0	0.0	1434	0.7
Perinatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0	1	0.0	3	0.0	5	0.0	5	0.0	4	0.0	4	0.1	23	0.0
Ignorada	4138	13.1	1750	14.2	2115	15.4	2524	17.1	3348	20.3	3687	20.6	3150	17.0	3805	19.3	3486	20.1	3504	20.4	3389	21.5	3005	21.6	1279	20.6	39180	18.2
Total	31672	14.7	12341	5.7	13737	6.4	14727	6.8	16455	7.6	17931	8.3	18561	8.6	19693	9.1	17313	8.0	17166	8.0	15767	7.3	13896	6.5	6208	2.9	215467	100.0

*Dados preliminares até 31/12/03, sujeitos a revisão.
Fonte:MS/SYSPN DST e Aids/SINAN.

Tabela VIII Casos de aids em indivíduos do sexo feminino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1983-2003*.

Categoria de Exposição	1983-1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		1980-2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexual	3199	62.1	2048	70.7	2767	75.2	3413	79.7	4637	84.2	5907	85.2	7309	88.4	8557	90.6	8058	91.8	8565	93.2	8387	93.0	7286	93.4	3097	93.5	73230	86.9
Heterossexual	3199	62.1	2048	70.7	2767	75.2	3413	79.7	4637	84.2	5907	85.2	7309	88.4	8557	90.6	8058	91.8	8565	93.2	8387	93.0	7286	93.4	3097	93.5	73230	86.9
Sanguínea	1947	37.8	845	29.2	906	24.6	866	20.2	861	15.6	1008	14.5	942	11.4	866	9.2	687	7.8	592	6.4	593	6.6	468	6.0	191	5.8	10772	12.8
Udi	1648	32.0	757	26.1	813	22.1	763	17.8	761	13.8	906	13.1	865	10.5	848	9.0	681	7.8	587	6.4	584	6.5	463	5.9	188	5.7	9864	11.7
Transfusão	299	5.8	88	3.0	93	2.5	103	2.4	100	1.8	102	1.5	77	0.9	18	0.2	6	0.1	5	0.1	9	0.1	5	0.1	3	0.1	908	1.1
Perinatal	1	0.0	-	-	-	-	-	-	1	0.0	-	-	1	0.0	2	0.0	-	-	5	0.1	11	0.1	9	0.1	4	0.1	34	0.0
Atividade de Trabalho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0
Ignorada	5	0.1	2	0.1	5	0.1	4	0.1	5	0.1	15	0.2	18	0.2	23	0.2	29	0.3	32	0.3	32	0.4	38	0.5	21	0.6	229	0.3
Total	5152	6.1	2895	3.4	3678	4.4	4283	5.1	5504	6.5	6931	8.2	8270	9.8	9448	11.2	8774	10.4	9194	10.9	9023	10.7	7801	9.3	3313	3.9	84266	100.0

*Dados preliminares até 31/12/03, sujeitos a revisão.
Fonte:MS/SVS/PN DST e Aids/SINAN.

Tabela IX Casos de aids em indivíduos do sexo masculino com 19 anos de idade ou mais, segundo anos de estudo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2003.*

Anos de Estudo	1980-1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		1980-2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhum	467	1.5	255	2.1	363	2.7	385	2.6	463	2.8	595	3.3	682	3.7	693	3.6	598	3.5	623	3.7	556	3.6	517	3.7	228	3.7	6425	3.0
1 a 3	4602	14.9	2179	17.9	2575	19.0	3014	20.7	3315	20.4	3801	21.4	4140	22.5	5743	29.4	5262	30.6	5003	29.3	3920	25.0	2212	16.0	777	12.6	46543	21.9
4 a 7	5797	18.8	2982	24.5	3313	24.4	3512	24.1	4087	25.1	4574	25.7	5002	27.2	4551	23.3	3937	22.9	4156	24.4	4124	26.3	4022	29.1	1813	29.4	51870	24.4
8 a 11	4648	15.1	1918	15.8	2317	17.1	2556	17.6	2722	16.7	2764	15.5	2974	16.2	3037	15.6	2777	16.2	2838	16.6	2763	17.6	2731	19.8	1271	20.6	35316	16.6
12 e mais	5112	16.6	1598	13.2	1487	11.0	1416	9.7	1481	9.1	1512	8.5	1380	7.5	1537	7.9	1263	7.4	1210	7.1	1019	6.5	1038	7.5	483	7.8	20536	9.6
Ignorado	10224	33.1	3216	26.5	3499	25.8	3674	25.2	4193	25.8	4545	25.5	4225	23.0	3962	20.3	3338	19.4	3227	18.9	3283	21.0	3279	23.8	1600	25.9	52265	24.5
Total	30850	14.5	12148	5.7	13554	6.4	14557	6.8	16261	7.6	17791	8.4	18403	8.6	19523	9.2	17175	8.1	17057	8.0	15665	7.4	13799	6.5	6172	2.9	212955	100.0

*Dados preliminares até 31/12/03, sujeitos a revisão.
Fonte:MS/SVS/PN DST e Aids/SINAN.

Tabela X Casos de aids em indivíduos do sexo feminino com 19 anos de idade ou mais, segundo anos de estudo e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2003.*

Anos de Estudo	1983-1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		1983-2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhum	154	3.1	109	3.9	159	4.4	198	4.7	280	5.2	341	5.0	459	5.6	524	5.6	429	5.0	493	5.5	457	5.1	427	5.6	159	4.9	4189	5.1
1 a 3	1226	24.7	688	24.4	920	25.5	1086	25.9	1319	24.4	1667	24.4	2257	27.7	3180	34.2	2957	34.2	3045	33.7	2469	27.8	1490	19.4	501	15.3	22805	27.6
4 a 7	1058	21.3	693	24.6	973	27.0	1073	25.6	1441	26.7	1882	27.6	2361	29.0	2274	24.5	2156	25.0	2361	26.2	2467	27.8	2408	31.3	1107	33.8	22254	26.9
8 a 11	518	10.4	352	12.5	460	12.7	511	12.2	718	13.3	820	12.0	965	11.9	1123	12.1	1178	13.6	1209	13.4	1328	15.0	1329	17.3	561	17.1	11072	13.4
12 e mais	317	6.4	168	6.0	166	4.6	192	4.6	223	4.1	299	4.4	284	3.5	331	3.6	300	3.5	319	3.5	335	3.8	323	4.2	155	4.7	3412	4.1
Ignorado	1685	34.0	808	28.7	932	25.8	1137	27.1	1424	26.3	1813	26.6	1809	22.2	1857	20.0	1615	18.7	1602	17.7	1824	20.5	1712	22.3	789	24.1	19007	23.0
Total	4958	6.0	2818	3.4	3610	4.4	4197	5.1	5405	6.5	6822	8.2	8135	9.8	9289	11.2	8635	10.4	9029	10.9	8880	10.7	7689	9.3	3272	4.0	82739	100.0

*Dados preliminares até 31/12/03, sujeitos a revisão.
Fonte:MS/SYS/PN DST e Aids/SINAN.

Tabela XI Número de óbitos por aids e taxa de mortalidade por aids, segundo sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1983-2002*.

Ano	Número de óbitos			Razão de sexo (M/F)	Taxa de Mortalidade (por 100.000 hab.)		Total
	Masculino (M)	Feminino (F)	Ignorado		Masculino (M)	Feminino (F)	
1983	1	-	-	-	0,002	-	0,001
1984	4	1	-	4,0	0,01	0,002	0,004
1985	149	6	-	24,8	0,2	0,01	0,1
1986	363	22	-	16,5	0,5	0,0	0,3
1987	878	85	-	10,3	1,3	0,1	0,7
1988	1,800	256	-	7,0	2,6	0,4	1,5
1989	2,840	434	-	6,5	4,1	0,6	2,3
1990	4,632	750	1	6,2	6,5	1,0	3,7
1991	6,135	1,229	3	5,0	8,5	1,7	5,0
1992	7,449	1,564	7	4,8	10,2	2,1	6,1
1993	9,239	2,220	10	4,2	12,4	2,9	7,6
1994	10,582	2,790	19	3,8	13,9	3,6	8,7
1995	11,599	3,535	22	3,3	15,1	4,5	9,7
1996	11,176	3,828	13	2,9	14,4	4,8	9,6
1997	8,749	3,321	8	2,6	11,1	4,1	7,6
1998	7,670	3,093	4	2,5	9,6	3,8	6,7
1999	7,487	3,027	7	2,5	9,3	3,6	6,4
2000	7,537	3,187	3	2,4	9,0	3,7	6,3
2001	7,512	3,426	3	2,2	8,9	3,9	6,3
2002	7,575	3,470	2	2,2	8,8	3,9	6,3
Total	113,377	36,244	102	3,1			

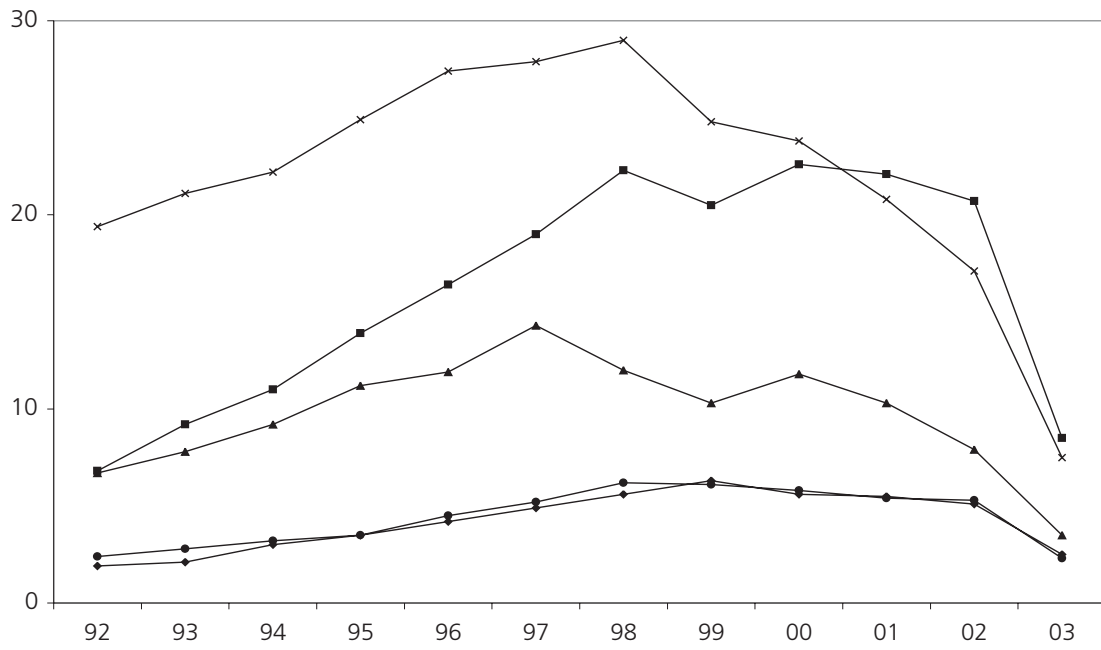
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

Tabela XII Número de óbitos e taxa de mortalidade por aids (por 100.000 hab.), segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil e regiões, 1983-2002*.

Ano	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro - Oeste	
	nº de óbitos	taxa	nº de óbitos	taxa	nº de óbitos	taxa	nº de óbitos	taxa	nº de óbitos	taxa	nº de óbitos	taxa
1983	1	0,001	-	-	-	-	1	0,002	-	-	-	-
1984	5	0,004	-	-	-	-	4	0,007	1	0,005	-	-
1985	155	0,1	-	-	8	0,02	142	0,3	2	0,00	3	0,04
1986	385	0,3	2	0,02	21	0,1	331	0,6	27	0,1	4	0,05
1987	963	0,7	6	0,1	42	0,1	822	1,4	68	0,3	25	0,3
1988	2,056	1,5	14	0,2	123	0,3	1,738	2,9	118	0,6	63	0,7
1989	3,274	2,3	26	0,3	242	0,6	2,696	4,4	231	1,1	79	0,9
1990	5,383	3,7	42	0,4	312	0,7	4,520	7,3	389	1,8	120	1,3
1991	7,367	5,0	58	0,6	460	1,1	6,046	9,6	585	2,6	218	2,3
1992	9,020	6,1	85	0,8	562	1,3	7,261	11,4	818	3,7	294	3,1
1993	11,469	7,6	120	1,1	727	1,7	9,056	14,0	1,194	5,3	372	3,8
1994	13,391	8,7	171	1,6	1,000	2,3	10,303	15,7	1,458	6,4	459	4,6
1995	15,156	9,7	209	1,9	1,159	2,6	11,310	17,1	1,787	7,7	691	6,7
1996	15,017	9,6	270	2,4	1,200	2,7	10,914	16,3	1,972	8,4	661	6,3
1997	12,078	7,6	220	1,9	984	2,2	8,488	12,5	1,811	7,6	575	5,3
1998	10,767	6,7	231	1,9	951	2,1	7,167	10,4	1,866	7,7	552	5,0
1999	10,521	6,4	245	2,0	989	2,1	6,796	9,7	1,945	8,0	546	4,9
2000	10,727	6,3	309	2,4	1,144	2,4	6,773	9,4	1,961	7,8	540	4,6
2001	10,941	6,3	389	2,9	1,261	2,6	6,631	9,0	2,114	8,3	546	4,6
2002	11,047	6,3	415	3,1	1,340	2,7	6,496	8,7	2,239	8,7	557	4,6

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

Gráfico 1 Taxa de incidência de aids (por 100.000 hab.), segundo ano de diagnóstico e região de residência. Brasil, 1991-2003*.



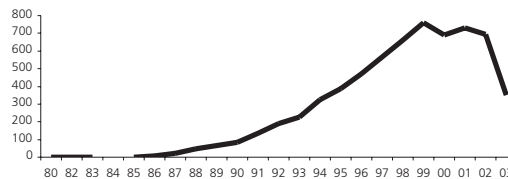
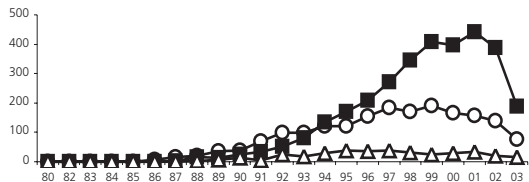
Fonte1: MS/SVS/PN DST e Aids/SINAN
 Fonte2: MS/SE/DATASUS-IBGE

Dados epidemiológicos

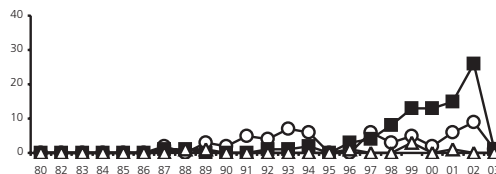
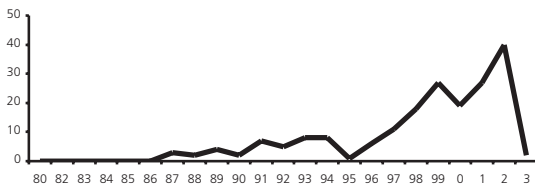
Regiões

Gráfico 2 Casos de aids, segundo ano de diagnóstico e as principais categorias de exposição. Região Norte e respectivas Unidades Federadas, 1980 - 2003**.

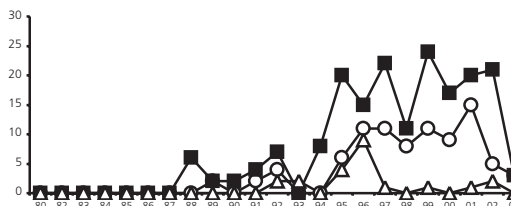
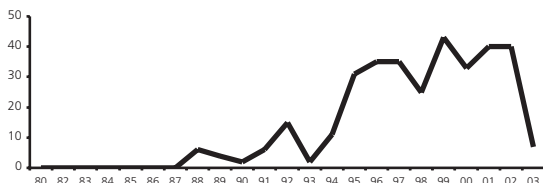
Região Norte



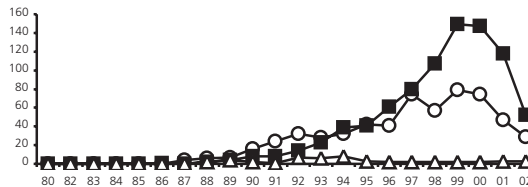
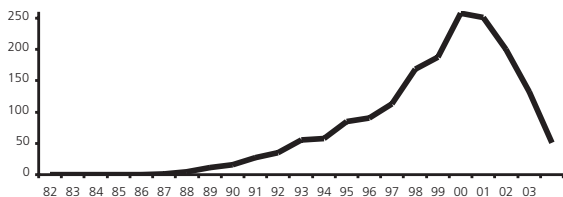
Acre



Amapá



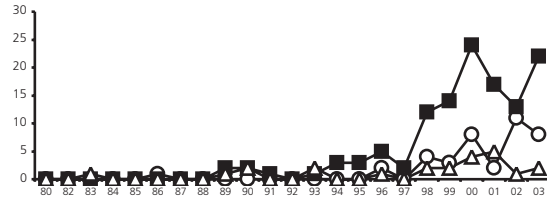
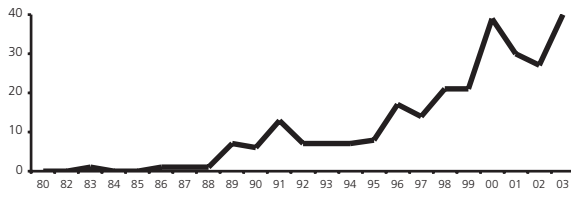
Amazonas



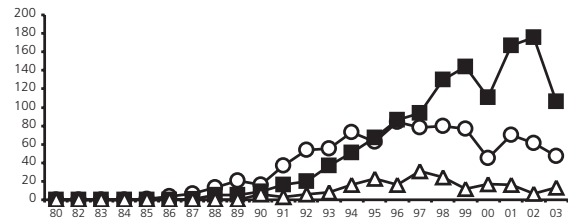
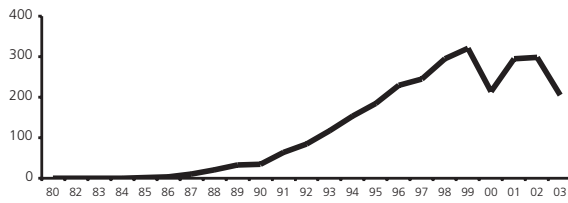
— Casos notificados
* 1º caso notificado

—○— HOMO/BI —■— HETERO —▲— UDI
** Dados preliminares até 31/12/02, sujeitos a revisão.

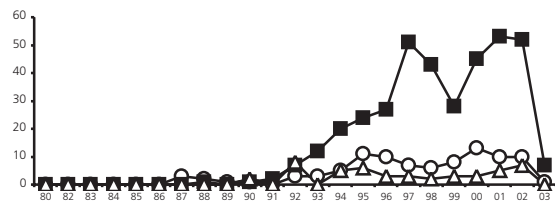
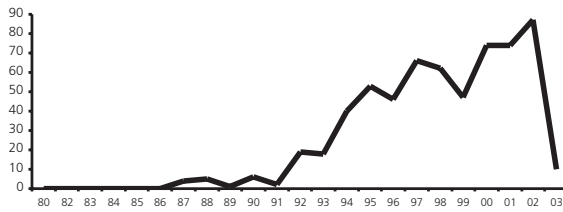
Roraima



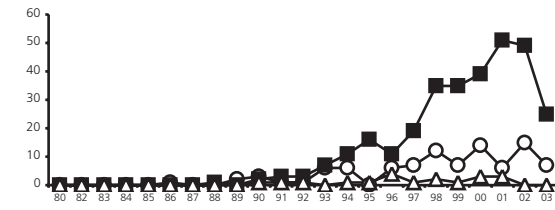
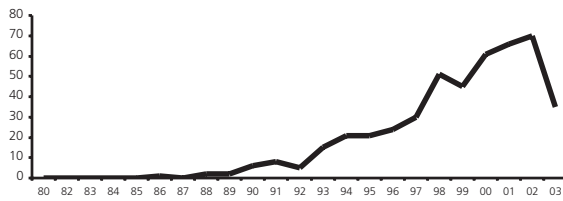
Pará



Rondônia



Tocantins

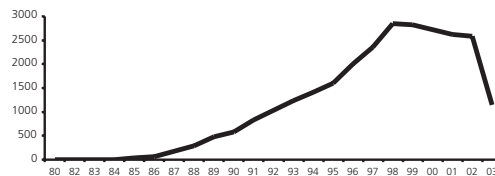
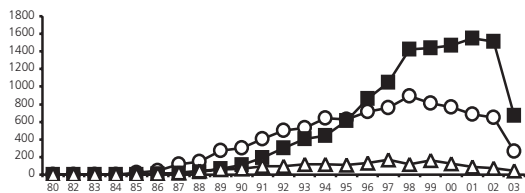


— Casos notificados
* 1º caso notificado

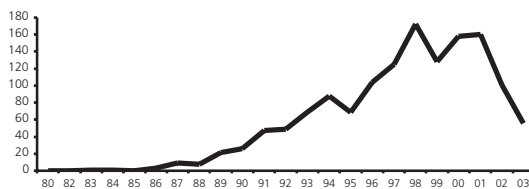
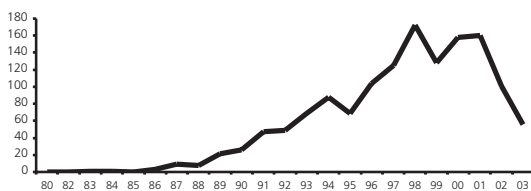
○ HOMO/BI ■ HETERO ▲ UDI

Gráfico 3 Casos de aids, segundo ano de diagnóstico e as principais categorias de exposição. Região Nordeste e respectivas Unidades Federadas, 1980 - 2003**.

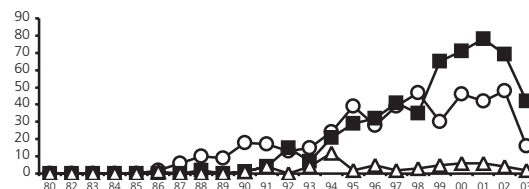
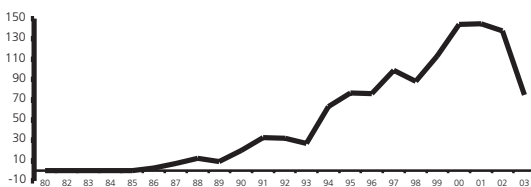
Região Nordeste



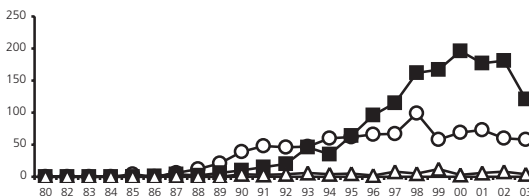
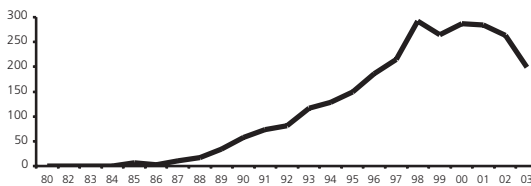
Rio Grande do Norte



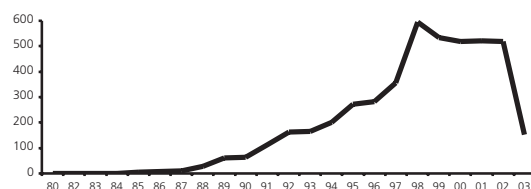
Piauí



Maranhão



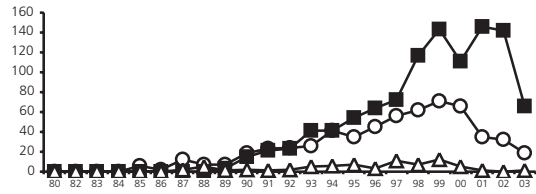
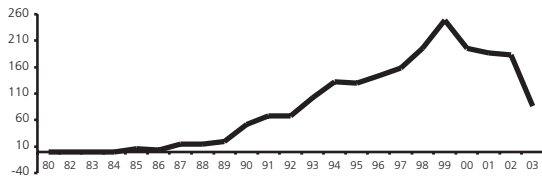
Ceará



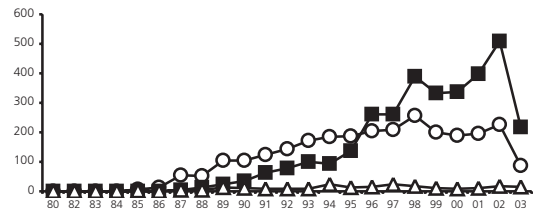
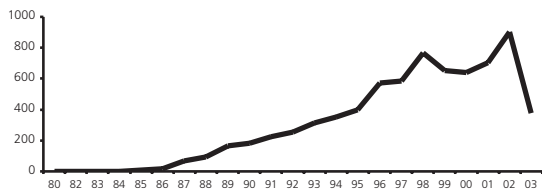
— Casos notificados
* 1º caso notificado

○ HOMO/BI ■ HETERO ▲ UDI
** Dados preliminares até 31/12/02, sujeitos a revisão.

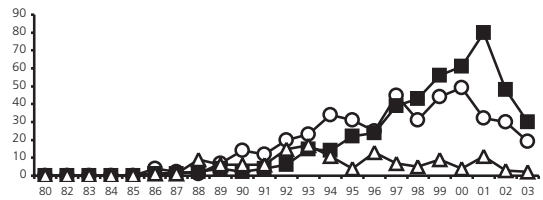
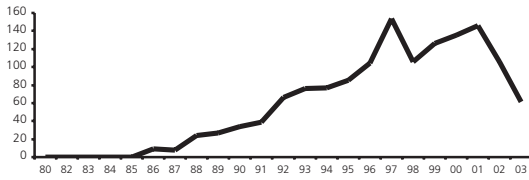
Paraíba



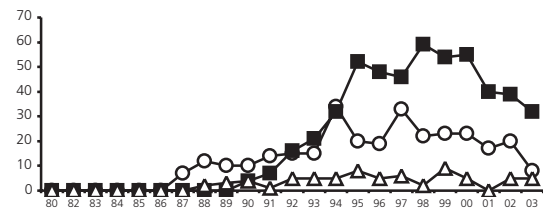
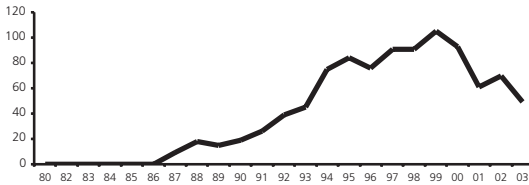
Pernambuco



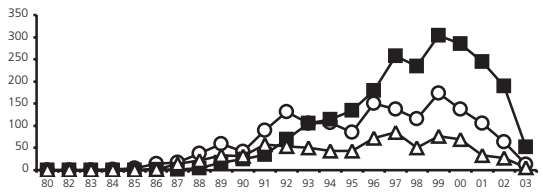
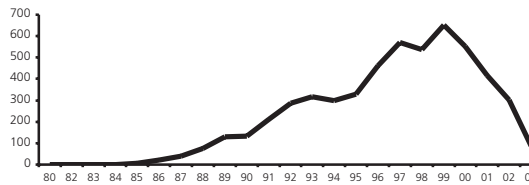
Alagoas



Sergipe



Bahia

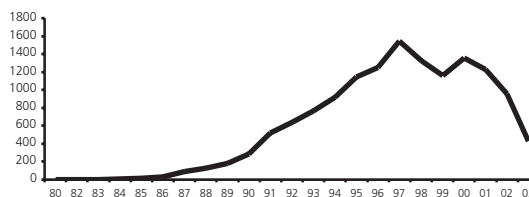
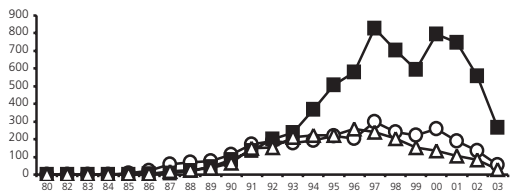


— Casos notificados
* 1º caso notificado

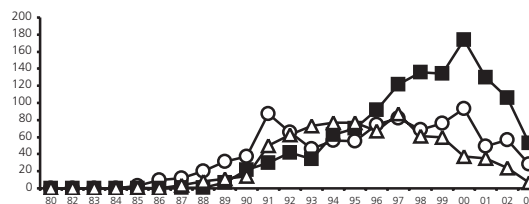
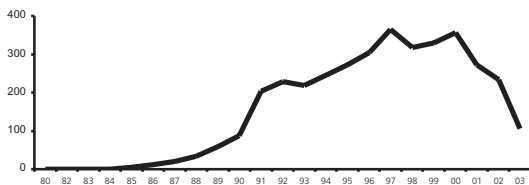
○ HOMO/BI ■ HETERO ▲ UDI

Gráfico 4 Casos de aids, segundo ano de diagnóstico e as principais categorias de exposição. Região Centro-Oeste e respectivas Unidades Federadas, 1980 - 2003**.

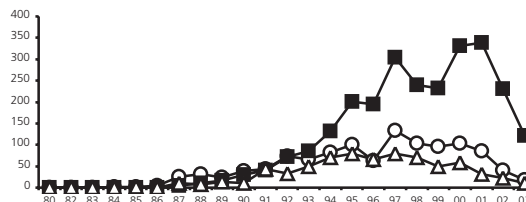
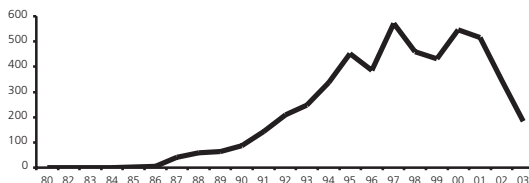
Região Centro-Oeste



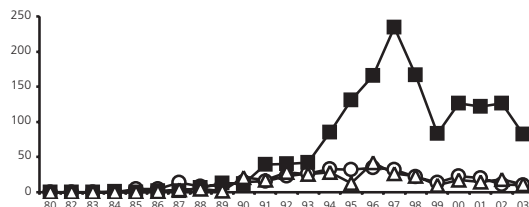
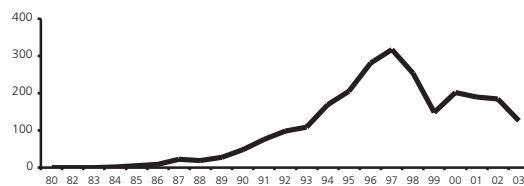
Distrito Federal



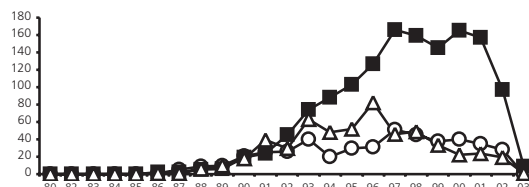
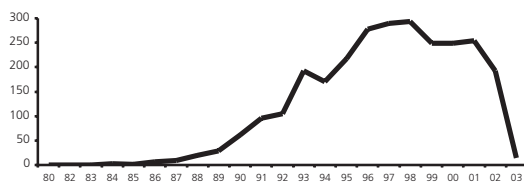
Goiás



Mato Grosso



Mato Grosso do Sul

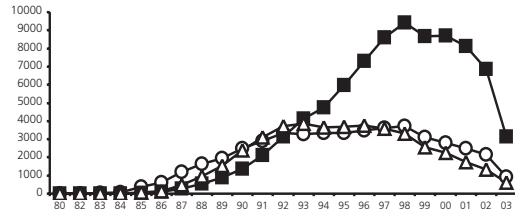
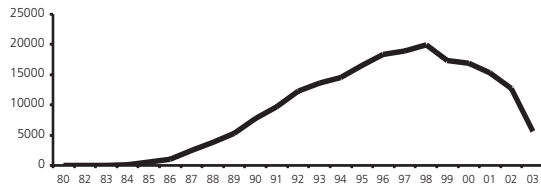


— Casos notificados
* 1º caso notificado

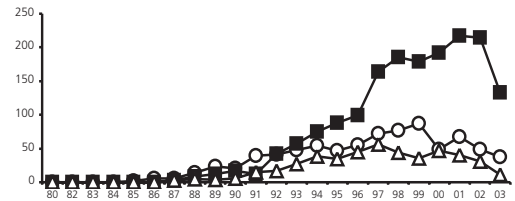
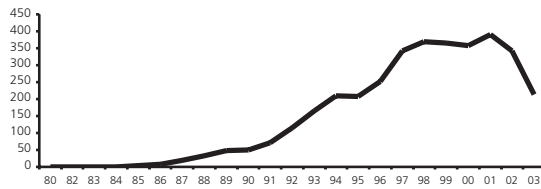
○ HOMO/BI ■ HETERO ▲ UDI
** Dados preliminares até 31/12/02, sujeitos a revisão.

Gráfico 5 Casos de aids, segundo ano de diagnóstico e as principais categorias de exposição. Região Sudeste e respectivas Unidades Federadas, 1980 - 2003**.

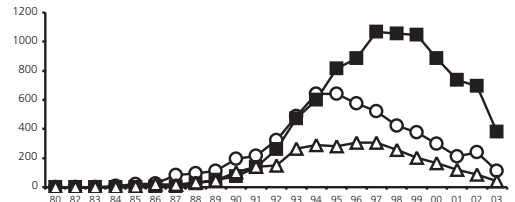
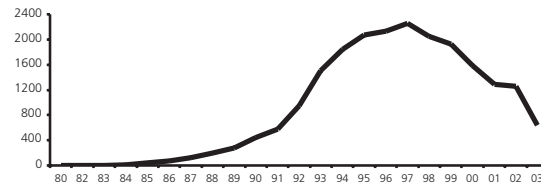
Região Sudeste



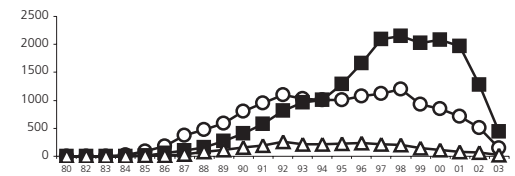
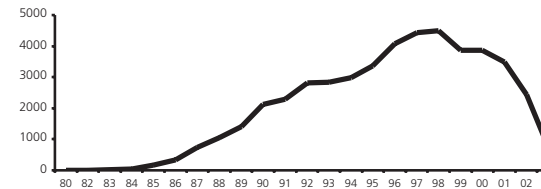
Espírito Santo



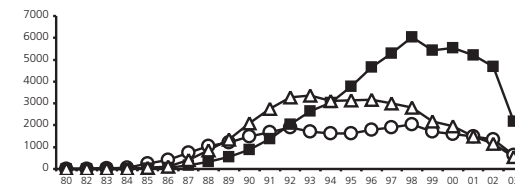
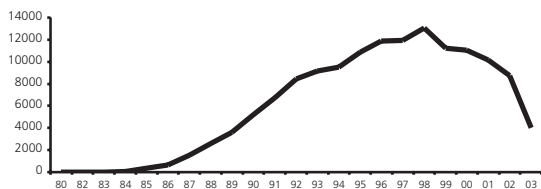
Minas Gerais



Rio de Janeiro



São Paulo

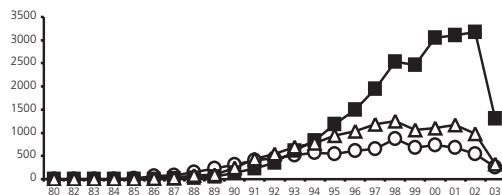
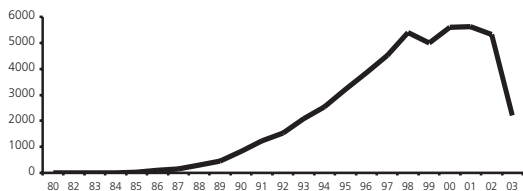


— Casos notificados
* 1º caso notificado

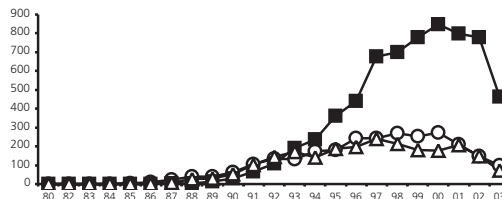
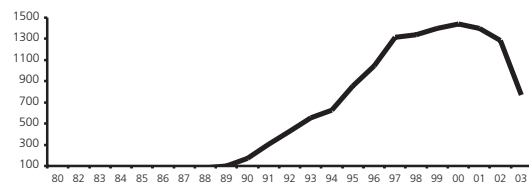
○ HOMO/BI ■ HETERO ▲ UDI
** Dados preliminares até 31/12/02, sujeitos a revisão.

Gráfico 6 Casos de aids, segundo ano de diagnóstico e as principais categorias de exposição. Região Sul e respectivas Unidades Federadas, 1980 - 2003**.

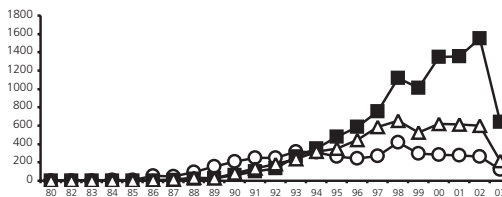
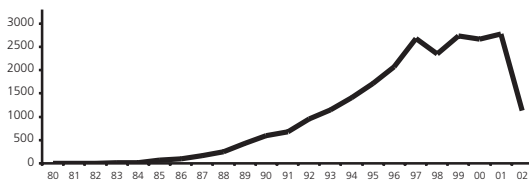
Região Sul



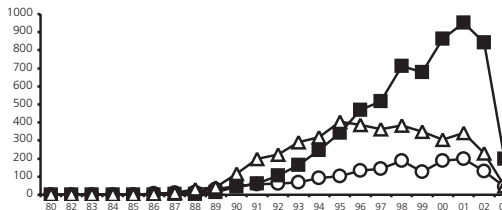
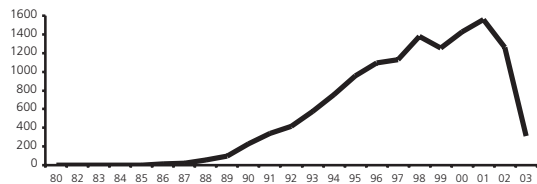
Paraná



Rio Grande do Sul



Santa Catarina



— Casos notificados
* 1º caso notificado

○ HOMO/BI ■ HETERO ▲ UDI
** Dados preliminares até 31/12/02, sujeitos a revisão.

Dados epidemiológicos Municípios

Tabela XIII Municípios brasileiros com maior número de casos de aids notificados, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2003*.

	Município de Residência	Período de Diagnóstico													1980-2003	
		80-91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	Nº	%
		Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº		
1	São Paulo (SP)	10987	4011	3986	4054	4263	4613	4746	5072	4587	4024	4091	3626	1713	59773	19.3
2	Rio de Janeiro (RJ)	6018	1857	1925	1960	2020	2492	2642	2761	2340	2193	1771	1119	254	29352	9.5
3	Porto Alegre (RS)	996	403	542	629	688	826	989	1229	900	1182	1188	1244	374	11190	3.6
4	Belo Horizonte (MG)	769	412	702	920	1031	932	934	731	655	491	400	381	100	8458	2.7
5	Curitiba (PR)	334	197	263	274	425	536	640	609	614	624	523	454	292	5785	1.9
6	Santos (SP)	993	428	343	355	388	458	411	315	309	239	202	117	3	4561	1.5
7	Ribeirão Preto (SP)	617	241	281	322	346	394	423	382	342	303	310	238	99	4298	1.4
8	Campinas (SP)	659	237	281	299	374	416	308	381	279	296	242	273	121	4166	1.3
9	Brasília (DF)	422	228	219	245	273	304	365	317	330	357	272	234	106	3672	1.2
10	Salvador (BA)	455	215	200	186	176	297	368	356	383	293	235	141	2	3307	1.1
11	Recife (PE)	462	154	155	189	223	268	237	347	276	268	289	314	115	3297	1.1
12	Fortaleza (CE)	259	155	161	183	226	208	250	397	339	320	298	320	86	3202	1.0
13	São José do Rio Preto (SP)	378	220	251	234	240	279	289	356	250	239	152	157	44	3089	1.0
14	Nova Iguaçu (RJ)	376	195	106	142	209	311	375	228	237	227	282	184	80	2952	1.0
15	Guarulhos (SP)	353	167	186	176	163	164	177	370	320	264	192	167	72	2771	0.9
16	Santo André (SP)	357	169	199	200	260	241	295	261	177	190	196	103	19	2667	0.9
17	São Vicente (SP)	542	194	197	218	270	217	205	169	130	146	103	80	20	2491	0.8
18	Florianópolis (SC)	199	153	165	186	279	257	203	234	214	185	228	159	24	2486	0.8
19	São José dos Campos (SP)	236	106	115	157	219	219	187	218	162	216	174	208	105	2322	0.7
20	Osasco (SP)	276	114	167	127	171	181	204	208	175	222	196	190	57	2288	0.7
21	Goiânia (GO)	296	123	141	178	275	211	281	219	171	230	152	0	0	2277	0.7
22	Sorocaba (SP)	300	138	158	185	216	204	149	281	170	197	131	32	16	2177	0.7
23	Duque de Caxias (RJ)	221	96	117	116	147	173	174	189	171	211	280	158	35	2088	0.7
24	Niterói (RJ)	438	134	132	134	172	167	142	140	167	148	125	121	38	2058	0.7
25	São Bernardo do Campo (SP)	243	100	119	120	152	179	172	173	205	150	145	142	65	1965	0.6
26	Belém (PA)	142	68	83	113	134	161	169	186	180	121	168	171	103	1799	0.6
27	São Gonçalo (RJ)	181	90	107	117	110	143	174	183	126	126	124	110	27	1618	0.5
28	Itajaí (SC)	154	49	109	117	117	106	161	190	140	141	147	141	19	1591	0.5
29	Manaus (AM)	93	50	54	79	79	106	155	176	239	223	159	114	43	1570	0.5
30	Campo Grande (MS)	157	64	124	101	123	171	168	169	109	128	120	106	2	1542	0.5
31	Bauru (SP)	137	73	107	144	154	144	118	106	112	132	101	136	22	1486	0.5
32	Guarujá (SP)	234	99	88	103	111	146	76	152	100	117	95	105	24	1450	0.5
33	Juiz de Fora (MG)	198	74	77	112	107	144	158	168	142	101	60	32	17	1390	0.4
34	Joinville (SC)	51	33	38	48	82	80	93	165	161	223	196	156	63	1389	0.4
35	Taubaté (SP)	125	70	96	80	108	98	122	123	96	124	116	77	72	1307	0.4
36	São João de Meriti (RJ)	168	47	67	57	90	108	104	137	133	137	157	74	26	1305	0.4
37	Cuiabá (MT)	173	74	66	93	108	137	144	112	75	108	77	71	49	1287	0.4
38	São Luis (MA)	100	49	62	69	73	81	93	122	108	125	124	99	96	1201	0.4
39	Londrina (PR)	100	64	96	66	85	96	95	107	93	92	106	107	57	1164	0.4
40	Araraquara (SP)	93	65	90	90	80	98	135	103	83	84	89	79	47	1136	0.4
41	Jundiaí (SP)	90	52	70	84	71	99	106	120	107	112	90	65	56	1122	0.4
42	Diadema (SP)	100	46	58	43	93	93	87	99	88	119	101	73	43	1043	0.3
43	Criciúma (SC)	58	47	50	68	55	87	68	103	75	120	182	91	18	1022	0.3
44	Cubatão (SP)	139	78	69	62	113	114	78	86	73	58	52	48	21	991	0.3
45	Maceió (AL)	98	46	56	63	69	76	111	79	85	88	97	74	45	987	0.3
46	Belford Roxo (RJ)	38	22	21	52	76	97	119	114	70	111	124	96	17	957	0.3
47	Contagem (MG)	53	34	73	99	84	99	107	90	84	73	59	64	26	945	0.3
48	Piracicaba (SP)	109	67	79	82	88	109	105	107	53	73	38	11	6	927	0.3
49	Canoas (RS)	55	19	37	35	52	50	58	105	109	124	130	108	45	927	0.3
50	Praia Grande (SP)	108	46	52	64	67	88	91	89	95	77	68	58	20	923	0.3

continua

Tabela XIII Municípios brasileiros com maior número de casos de aids notificados, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2003*.

Município de Residência	Período de Diagnóstico														1980-2003	%
	80-91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	1980-2003		
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº		
51	Mauá (SP)	92	53	51	56	80	66	58	100	75	79	87	103	22	922	0.3
52	Uberaba (MG)	43	29	36	45	65	108	111	108	98	92	69	60	35	899	0.3
53	São Leopoldo (RS)	24	11	19	24	43	78	125	121	114	115	121	82	14	891	0.3
54	Carapicuíba (SP)	101	42	51	44	55	68	74	92	72	90	79	67	28	863	0.3
55	Vitória (ES)	81	28	44	54	45	58	87	91	78	82	104	72	35	859	0.3
56	Franca (SP)	99	52	64	69	71	80	98	82	63	51	50	45	18	842	0.3
57	Viamão (RS)	28	24	26	31	46	55	68	107	81	113	113	107	28	827	0.3
58	Uberlândia (MG)	59	34	56	65	69	95	45	57	91	81	70	58	41	821	0.3
59	Catanduva (SP)	93	54	59	55	68	69	84	95	59	65	52	45	19	817	0.3
60	São José (SC)	34	18	15	52	66	76	94	70	94	100	118	60	11	808	0.3
61	Rio Grande (RS)	35	25	35	36	35	62	79	69	86	68	71	118	75	794	0.3
62	Natal (RN)	75	29	47	53	49	53	64	102	68	72	90	57	31	790	0.3
63	Jacaréi (SP)	80	38	59	61	86	81	69	83	59	60	54	37	16	783	0.3
64	Blumenau (SC)	49	18	32	46	70	89	78	87	75	80	93	64	-	781	0.3
65	Jaboatão Dos Guararapes (PE)	59	28	26	30	28	57	69	77	80	72	83	110	40	759	0.2
66	Araçatuba (SP)	57	26	24	49	73	85	76	86	71	83	42	40	31	743	0.2
67	Barretos (SP)	75	33	57	62	68	63	99	72	57	53	51	39	9	738	0.2
68	Alvorada (RS)	23	14	15	36	53	38	63	78	75	101	86	109	45	736	0.2
69	Teresina (PI)	65	20	17	38	52	49	58	59	59	89	80	85	42	713	0.2
70	Betim (MP)	36	18	66	50	65	88	103	77	47	43	38	45	35	711	0.2
71	Olinda (PE)	65	21	27	31	48	53	71	73	58	73	54	71	31	676	0.2
72	Presidente Prudente (SP)	94	44	48	44	42	58	46	55	40	51	54	51	42	669	0.2
73	Marília (SP)	83	34	49	42	47	59	53	67	64	51	42	58	15	664	0.2
74	São Caetano do Sul (SP)	111	51	49	56	57	52	64	50	38	35	42	46	12	663	0.2
75	Petropolis (RJ)	85	38	26	20	54	35	59	74	66	79	62	34	13	645	0.2
76	Gravataí (RS)	39	9	15	20	30	36	36	60	88	79	98	94	34	638	0.2
77	São Carlos (SP)	51	32	39	28	45	40	46	81	66	71	67	53	14	633	0.2
78	Caçapava (SP)	51	24	45	35	48	60	57	60	51	61	57	52	13	614	0.2
79	Vila Velha (ES)	36	20	24	33	45	44	56	75	56	65	65	63	27	609	0.2
80	Taboão da Serra (SP)	101	43	46	42	41	51	34	58	52	32	37	42	12	591	0.2
81	Passo Fundo (RS)	38	22	50	53	44	56	46	72	47	52	46	33	31	590	0.2
82	Foz do Iguaçu (PR)	22	11	8	14	30	52	54	58	64	70	81	78	37	579	0.2
83	João Pessoa (PB)	69	21	31	29	40	31	41	56	67	45	72	51	25	578	0.2
84	Paranaguá (PR)	22	15	21	25	32	52	54	71	55	73	65	58	32	575	0.2
85	Moji das Cruzes (SP)	47	14	15	26	54	40	53	73	64	59	45	48	33	571	0.2
86	Bebedouro (SP)	77	47	48	58	50	52	48	50	27	32	36	29	15	569	0.2
87	Rio Claro (SP)	39	23	32	30	51	60	43	56	68	67	52	25	20	566	0.2
88	Santa Maria (RS)	32	13	26	37	63	78	72	56	35	39	30	44	37	562	0.2
89	Maringá (PR)	43	19	18	34	41	44	38	57	59	68	58	48	34	561	0.2
90	Pelotas (RS)	36	11	23	24	46	31	38	70	95	62	31	47	15	529	0.2
91	Cariacica (ES)	28	12	29	33	27	35	59	58	60	55	57	45	25	523	0.2
92	Balneário Camboriú (SC)	46	16	20	17	40	50	37	62	34	62	42	61	27	514	0.2
93	Aracajú (SE)	52	26	30	36	48	37	49	39	41	47	36	39	23	503	0.2
94	Ponta Grossa (PR)	23	11	17	17	35	40	70	61	56	46	56	34	240	490	0.2
95	Itú (SP)	37	18	28	37	39	46	33	44	40	55	39	43	28	487	0.2
96	Itaquaquecetuba (SP)	38	10	12	30	15	25	57	53	45	58	45	64	23	475	0.2
97	Campina Grande (PB)	40	13	29	35	44	50	42	48	64	43	19	20	9	456	0.1
98	Novo Hamburgo (RS)	22	9	9	33	36	38	43	50	50	51	47	45	19	452	0.1
99	Magé (RJ)	49	14	18	23	23	29	32	52	39	50	41	58	21	449	0.1
100	Americana (SP)	41	17	25	27	35	52	53	39	37	40	33	30	20	449	0.1
	Subtotal	32865	13125	14596	15755	17972	20082	21147	22625	19767	19412	18017	15295	6090	236748	76.3
	Putros Municípios	5211	2594	3358	3980	4871	5838	6804	7582	7334	7814	7504	7000	3672	73562	23.7

* Dados preliminares até 31/12/03, sujeitos a revisão.

Fonte: MS/SUS/PNDST e Aids/SINAN.

Tabela XIV Incidência de aids (por 100.000 hab.), nos municípios brasileiros com maior número de casos notificados, segundo ano de diagnóstico*, 1980-2003**.

	Município de Residência	Período de diagnóstico											
		92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03
1	Itajaí (SC)	41.0	89.1	93.4	92.0	82.2	119.3	136.9	98.6	97.1	99.7	93.5	12.4
2	Balneário Camboriú (SC)	39.7	45.9	40.1	93.0	114.6	63.6	102.6	54.6	96.7	57.2	78.9	33.6
3	Porto Alegre (RS)	31.9	43.1	49.1	53.1	63.1	76.7	94.7	68.9	90.0	87.3	90.6	27.0
4	Caçapava (SP)	36.3	67.7	51.2	69.2	85.2	83.7	87.3	73.7	87.6	74.9	67.5	16.6
5	Criciúma (SC)	32.1	33.6	44.2	35.2	54.9	42.7	63.5	45.5	71.6	106.8	52.5	10.3
6	São José do Rio Preto (Sp)	77.5	86.1	78.0	78.8	90.3	88.6	106.5	72.9	67.9	42.4	42.8	11.7
7	Florianópolis (SC)	59.9	63.9	69.7	103.0	93.5	74.8	85.0	76.8	65.6	66.6	45.1	6.7
8	São José (SC)	12.9	10.6	35.1	43.9	49.8	62.2	46.6	61.5	64.5	68.0	33.8	6.1
9	Ribeirão Preto (SP)	55.2	64.5	71.4	75.6	84.8	92.7	82.6	73.1	64.0	61.4	46.3	19.0
10	São Leopoldo (RS)	6.6	11.2	13.4	23.7	42.5	69.2	65.8	61.1	60.8	62.5	41.7	7.0
11	Catanduva (SP)	57.9	63.7	58.6	71.3	71.3	83.2	91.8	55.9	60.3	49.1	41.8	17.4
12	Santos (SP)	99.8	82.4	84.6	91.1	106.0	99.7	76.7	75.4	58.5	48.3	28.0	0.7
13	Paranaguá (PR)	13.9	19.0	22.3	28.4	45.7	43.2	59.5	44.8	57.9	51.1	44.4	24.0
14	Alvorada (RS)	9.9	10.3	23.9	34.8	24.7	38.9	46.7	43.8	57.5	46.7	57.7	23.3
15	Cubatão (SP)	85.6	74.8	66.8	119.8	119.1	80.2	86.7	72.5	56.7	48.0	43.7	18.8
16	Viamão (RS)	14.2	14.2	16.8	24.6	29.1	34.6	53.3	39.7	54.4	49.7	46.0	11.8
17	Taubate (SP)	33.8	45.9	37.5	49.8	44.6	55.4	55.0	42.4	54.1	47.5	31.0	28.6
18	Joinville (SC)	9.5	10.5	12.9	21.7	20.9	23.4	40.3	38.5	52.1	45.6	35.0	13.9
19	São Vicente (SP)	72.2	72.8	77.5	94.5	74.8	73.3	59.9	45.7	50.9	33.9	26.1	6.4
20	Barretos (SP)	34.6	59.2	62.8	67.9	61.9	98.4	70.6	55.3	50.9	49.1	37.2	8.5
21	Guarujá (Sp)	47.1	41.3	46.8	49.6	64.3	33.6	66.0	42.8	49.3	35.9	38.6	8.7
22	Araçatuba (SP)	16.3	15.5	31.1	45.7	52.4	46.7	52.1	42.5	49.0	24.8	23.4	17.9
23	Araraquara (SP)	39.0	54.5	53.0	46.4	56.0	78.2	60.3	48.1	48.2	48.8	42.7	25.1
24	Praia Grande (SP)	37.3	40.5	48.0	49.5	64.1	60.5	56.7	58.4	45.7	35.1	29.0	9.6
25	Sorocaba (SP)	36.4	40.7	46.5	53.5	49.8	34.5	63.2	37.3	42.2	26.5	6.3	3.1
26	Canoas (RS)	6.8	13.6	12.6	18.4	17.5	20.4	36.5	37.5	42.2	42.5	34.8	14.3
27	Bauru (SP)	28.0	40.1	52.6	55.4	51.0	40.3	35.3	36.5	42.1	32.0	42.2	6.7
28	São Jose dos Campos (SP)	24.0	25.5	33.5	46.0	45.3	38.5	43.8	32.0	41.9	32.3	37.8	18.8
29	Bebedouro (SP)	69.4	69.9	80.6	68.4	70.1	66.1	67.5	35.9	41.9	48.1	38.3	19.7
30	Itú (Sp)	16.8	25.4	32.8	34.0	39.5	26.9	34.8	30.9	41.4	28.8	31.0	19.8
31	Rio Claro (Sp)	16.6	22.7	21.0	35.1	40.7	28.0	35.6	42.4	41.0	30.9	14.6	11.5
32	São Paulo (Sp)	41.6	41.2	41.2	42.7	45.5	48.2	51.3	46.2	40.4	39.2	34.5	16.2
33	Curitiba (PR)	15.0	19.6	20.1	30.9	38.7	43.4	40.2	39.6	39.4	32.9	28.0	17.8
34	Rio de Janeiro (RJ)	33.9	35.0	35.3	36.1	44.1	47.6	49.6	41.9	39.2	30.2	19.0	4.3
35	São Carlos (SP)	20.2	24.2	17.0	26.9	23.6	26.2	45.0	36.0	37.9	34.7	26.9	7.0
36	Jundiaí (SP)	18.0	24.1	28.5	23.7	32.6	36.1	40.8	36.2	37.8	27.8	19.9	16.9
37	Rio Grande (RS)	14.5	20.2	20.4	19.6	34.3	44.3	38.4	47.5	37.3	38.1	62.7	39.6
38	Uberaba (MG)	13.7	16.6	21.0	30.0	49.4	46.8	45.3	40.2	36.9	27.4	23.4	13.4
39	Diadema (SP)	15.1	18.8	13.5	28.8	28.4	26.9	30.2	26.6	35.5	28.3	20.1	11.7
40	Gravataí (RS)	5.0	8.1	10.3	15.3	18.1	17.5	28.3	40.5	35.4	42.1	39.4	14.0
41	Jacaré (SP)	23.2	35.9	35.5	49.2	45.7	41.1	49.2	34.8	35.2	28.2	19.0	8.1
42	Osasco (SP)	20.1	28.9	21.7	28.8	30.1	32.8	32.7	27.0	33.7	30.0	28.7	8.5
43	Blumenau (SC)	8.5	14.8	20.8	31.2	39.1	33.7	36.8	31.2	32.7	35.5	23.9	-
44	Niterói (RJ)	30.7	30.1	30.3	38.5	37.1	31.5	30.8	36.6	32.2	27.2	26.2	8.2
45	Passo Fundo (RS)	14.9	34.7	36.1	29.7	37.4	29.4	45.0	28.8	31.3	27.3	19.2	17.8
46	Campinas (SP)	28.0	32.7	34.0	41.9	45.9	33.9	41.2	29.8	31.2	25.0	27.8	12.2
47	São João de Meriti (RJ)	11.0	15.7	13.2	20.7	24.7	23.9	31.4	30.3	31.1	34.9	16.4	5.7
48	Vitória (ES)	10.8	16.9	20.2	16.6	21.0	32.7	34.0	29.0	30.3	35.6	24.3	11.7
49	Santo André (SP)	27.4	32.2	31.9	40.8	37.2	47.2	41.6	28.1	30.2	30.2	15.8	2.9
50	Petropolis (RJ)	14.9	10.1	7.7	20.6	13.2	21.9	27.1	23.9	28.3	21.6	11.7	4.4

Tabela XIV Incidência de aids (por 100.000 hab.), nos municípios brasileiros com maior número de casos notificados, segundo ano de diagnóstico*, 1980-2003**

	Município de Residência	Período de diagnóstico											
		92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03
51	Duque de Caxias (RJ)	14.4	17.3	17.0	21.3	24.9	24.3	26.0	23.2	28.3	36.1	20.2	4.4
52	Presidente Prudente (SP)	26.6	29.0	26.2	24.7	33.5	26.2	31.0	22.2	27.9	29.1	27.0	21.9
53	Marília (SP)	21.1	30.4	25.6	28.0	34.6	30.6	37.7	35.2	27.5	22.3	29.4	7.4
54	Foz do Iguaçu (PR)	5.8	4.2	7.1	14.9	25.7	26.5	25.0	26.4	27.9	31.2	30.2	13.9
55	Nova Iguaçu (RJ)	15.0	8.2	18.2	26.4	38.9	46.5	27.6	28.2	26.7	32.7	20.0	10.5
56	São Caetano do Sul (SP)	34.1	32.8	37.9	38.7	34.8	42.2	35.8	27.7	25.9	31.5	32.8	8.6
57	Belford Roxo (RJ)	6.0	5.7	14.1	20.5	26.0	31.6	28.5	17.1	26.6	29.2	22.1	3.8
58	Magé (RJ)	7.3	9.4	13.8	13.7	17.2	18.8	28.4	20.7	26.0	20.9	28.2	10.0
59	Carapicuíba (SP)	14.8	18.0	15.1	18.3	22.3	23.9	28.1	21.2	25.8	22.1	19.4	8.0
60	Guarulhos (SP)	21.2	23.6	21.4	19.6	19.4	20.7	38.1	31.4	25.0	17.5	15.6	6.5
61	Cuiabá (MT)	18.4	16.4	22.8	24.8	30.5	31.1	25.8	17.0	24.1	17.0	14.7	9.9
62	Maringá (PR)	7.9	7.5	13.9	16.2	17.3	14.8	21.3	21.5	24.2	20.2	16.6	11.6
63	Belo Horizonte (MG)	20.4	34.8	45.3	50.0	44.7	44.3	35.0	31.1	23.1	18.7	17.0	4.4
64	Piracicaba (Sp)	23.6	27.8	29.0	30.3	36.9	35.1	35.3	17.2	23.3	11.9	3.3	1.8
65	Americana (SP)	11.1	16.3	17.3	22.0	32.2	32.3	23.2	21.6	22.9	18.6	16.4	10.8
66	Juiz de Fora (MG)	19.2	19.9	28.5	26.8	35.7	38.7	39.6	32.7	22.8	13.3	7.0	3.7
67	Goiânia (GO)	13.3	15.3	19.0	28.7	21.7	28.4	21.8	16.7	22.1	14.4	0.0	0.0
68	Itaquaquecetuba (SP)	6.1	7.3	17.0	8.3	13.6	30.6	23.2	18.4	22.5	16.6	23.4	8.1
69	Novo Hamburgo (RS)	4.4	4.4	15.8	16.6	17.3	19.3	22.1	21.6	21.7	19.6	19.1	7.9
70	Londrina (PR)	16.4	24.6	16.7	21.0	23.5	23.1	25.4	22.1	21.6	24.5	23.9	12.5
71	Mauá (SP)	18.0	17.3	18.4	25.8	21.0	18.1	29.2	21.1	21.6	23.2	28.3	5.9
72	São Bernardo do Campo (SP)	17.6	21.0	20.6	25.7	29.8	28.2	26.2	30.0	21.3	20.1	20.2	9.1
73	Olinda (PE)	6.2	7.9	9.0	13.7	14.9	19.8	20.9	16.5	20.7	15.2	19.3	8.3
74	Vila Velha (ES)	7.5	9.0	12.2	16.3	15.7	19.6	25.2	18.3	20.8	20.4	18.2	7.6
75	Campo Grande (MS)	12.2	23.6	18.7	21.7	29.7	28.7	28.2	17.6	20.2	18.5	16.0	0.3
76	Pelotas (RS)	3.8	7.9	8.2	15.4	10.2	12.4	22.8	30.8	19.9	9.8	14.5	4.6
77	Recife (PE)	11.9	11.9	14.5	17.0	20.2	17.7	25.8	20.3	19.6	21.0	22.1	8.0
78	Brasília (DF)	14.2	13.7	14.9	16.3	17.8	21.0	17.4	17.6	18.6	13.8	11.4	5.1
79	Manaus (AM)	4.9	5.3	7.6	7.3	9.6	13.7	15.2	20.0	18.2	12.7	8.1	3.0
80	Franca (SP)	22.3	27.5	28.8	28.7	31.8	38.4	30.7	22.8	18.0	17.2	15.6	6.1
81	Moji das Cruzes (SP)	5.1	5.5	9.3	18.9	13.8	18.0	23.3	19.8	17.8	13.3	14.5	9.8
82	Cariacica (ES)	4.4	10.6	11.8	9.3	11.9	19.8	19.3	19.5	17.5	17.9	13.9	7.6
83	Ponta Grossa (PR)	4.7	7.3	7.1	14.5	16.4	28.5	23.8	21.6	17.5	20.9	12.4	8.6
84	Uberlândia (MG)	9.3	15.3	17.1	17.8	24.2	11.3	13.0	19.9	17.2	14.4	11.6	7.9
85	Santa Maria (RS)	6.0	11.9	17.0	28.5	34.9	31.9	24.0	15.2	16.6	12.6	18.1	14.9
86	Taboão da Serra (SP)	26.9	28.7	25.6	24.0	29.4	19.3	31.8	27.6	16.6	18.7	21.3	5.9
87	Fortaleza (CE)	8.8	9.1	10.1	12.2	11.1	13.2	20.2	16.8	15.6	14.2	14.9	3.9
88	São Luis (MA)	7.0	8.9	9.7	9.9	10.8	12.3	15.6	13.5	15.3	14.8	11.4	10.8
89	São Gonçalo (RJ)	11.5	13.7	14.8	13.6	17.5	21.2	22.0	14.9	14.7	14.3	12.3	3.0
90	Betim (MG)	10.5	38.6	27.0	35.0	46.9	54.3	30.9	17.5	15.1	12.6	14.7	10.8
91	Contagem (MG)	7.6	16.2	21.6	17.6	20.5	21.9	18.3	16.7	14.3	11.3	11.9	4.7
92	Jaboatão dos Guararapes (PE)	5.7	5.3	6.1	5.5	11.0	13.2	14.5	14.8	13.1	14.9	18.9	6.8
93	Teresina (PI)	3.3	2.8	6.2	8.2	7.6	8.9	9.0	8.8	13.1	11.6	11.9	5.8
94	Salvador (BA)	10.4	9.6	8.9	8.1	13.5	16.4	16.1	17.1	12.9	10.2	5.8	0.1
95	Campina Grande (PB)	4.0	8.9	10.6	13.0	14.6	12.1	13.9	18.6	12.3	5.4	5.6	2.5
96	Maceió (AL)	7.3	8.9	9.8	10.3	11.2	16.1	10.9	11.4	11.5	12.3	9.3	5.5
97	Aracaju (SE)	6.5	7.5	8.8	11.4	8.6	11.3	9.1	9.4	10.7	8.1	8.5	4.9
98	Natal (RN)	4.8	7.7	8.6	7.7	8.2	9.7	15.5	10.2	10.6	13.1	8.0	4.3
99	Belém (PA)	5.5	6.7	10.3	10.3	12.1	12.5	16.3	15.5	10.3	14.2	13.4	7.9
100	João Pessoa (PB)	4.2	6.2	5.7	7.6	5.8	7.6	10.2	11.9	7.9	12.3	8.5	4.1

* Foi utilizado o ano de 2000 para ordenação dos municípios para minimizar o efeito do atraso de notificação no cálculo das incidências.

** Dados preliminares até 31/12/03 sujeitos a revisão.

Fonte1: MS/SVS/PN DST e Aids/SINAN.

Fonte2: MS/SE/DATASUS/IBGE.

Nota Técnica

Este é o primeiro boletim epidemiológico elaborado com a base de dados proveniente das transferências enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde ao Setor de Produção do DATASUS/Ministério da Saúde, até 31/12/2003.

É importante salientar que mantivemos alguns casos com provável duplicidade ou imprecisões, pois não é possível, no nível federal, investigar as notificações para completar, corrigir ou excluir casos que foram transferidos pelas unidades federadas. É uma atribuição dos níveis municipal e estadual rever sistematicamente suas bases de dados, excluir duplicidades e completar ou corrigir informações imprecisas. Todos os possíveis casos de duplicidade, ou com problemas de consistência da informação, serão informados aos estados para que procedam a investigação e a correção, quando pertinente.

Vários procedimentos foram realizados antes da elaboração das tabelas e gráficos. Para facilitar a compreensão de possíveis diferenças encontradas ao se comparar informações do nível nacional com as dos estados e municípios, descreveremos os procedimentos realizados para preparação da base de dados antes da divulgação.

Procedimentos realizados:

1. Identificação e correção dos erros na data de diagnóstico gerados pela rotina de migração base SINAN-DOS para SINAN-Windows. Utilizou-se como referência para correção a data de diagnóstico existente na base nacional do SINAN-DOS.
2. Identificação e exclusão das duplicidades de registros geradas na versão 4.1 do SINAN-Windows (ausência de padronização dos códigos de unidades de saúde notificadoras na respectiva tabela). Utilizou-se como chave: número de notificação, município de notificação, data da notificação, nome do paciente, nome da mãe, data de nascimento, critério de definição de caso e categoria de exposição. Foram excluídos os registros que atendiam a condição de igualdade de todas as variáveis descritas acima (foram excluídos 20.994 registros da base de dados de aids adulto e 1209 da base de dados de aids criança).
3. Identificação das duplicidades de registros usando como chave: município de notificação, nome do paciente, data de nascimento e nome da mãe. Essas duplicidades são aquelas provocadas pela dupla entrada do caso no sistema ou por ausência de padronização da tabela de unidades de saúde (fontes notificadoras) nos níveis estadual e municipal.
4. Comparação das bases de dados com a inclusão ou exclusão dos registros duplicados. Foram realizadas tabulações da distribuição proporcional das seguintes variáveis: sexo, idade, categoria de exposição, ano de diagnóstico, município de residência e critério de definição de caso com o objetivo de verificar possíveis alterações na análise da tendência da epidemia se os registros duplicados fossem mantidos. Optou-se pela manutenção dos registros duplicados na análise epidemiológica (Tabela 1).
5. Correção de registros com categoria de exposição em branco ou categoria ignorada e usuário de drogas injetáveis não classificados em nenhuma categoria. Os registros foram atualizados segundo categoria de exposição hierarquizada.

6. Correção do critério de definição de caso em branco incluídos em versões anteriores à versão 5.0 do SINAN-Windows. Os registros foram atualizados segundo critério de definição de caso por ocasião da data de diagnóstico.
7. Exclusão dos registros dos casos com critério de definição descartado e HIV+. Foram excluídos 16.812 registros da base de dados de aids adulto e 993 da base de dados de aids criança.
8. Devido à grande diferença observada no número de casos já informado ao PN-DST/Aids em anos anteriores e o número de casos existente na base recebida no Setor de Produção do DATASUS/Ministério da Saúde, foi solicitado o envio da base original da Secretaria Estadual de Saúde de Roraima para comparação. Optou-se pela substituição integral da base.
9. Análise de consistência dos dados:
 - Câncer cervical em indivíduos do sexo masculino: corrigido para categoria 2 (não);
 - Situação atual óbito com data de óbito em branco: mantida a situação igual a óbito;
 - Situação atual vivo com data de óbito: alterada a situação atual para morto;
 - Ano de diagnóstico inferior ao ano de 1980: os registros foram excluídos;
 - Categoria de exposição acidente de trabalho: os registros foram excluídos. Os casos em que a informação da investigação não foi adequadamente documentada para concluir como categoria de exposição acidente de trabalho foram alocados em outras categorias quando possível a recuperação de informações adicionais (Ex: se usuário de drogas igual a sim, foi alocado na categoria drogas). Os demais casos foram classificados como categoria de exposição ignorada. Apenas um caso é reconhecido como pertencente à categoria de exposição acidente de trabalho;
 - Idade inferior a 13 anos na base de dados de adulto: os casos foram excluídos ou classificados como idade ignorada;
 - Município de residência em branco: atribuído o município de notificação ao município de residência, exceto para os identificados como de outro país;
 - Sexo ignorado: correção pela recuperação do nome do paciente. Foram excluídos os registros em que não foi possível a recuperação da informação pelo nome;
 - Categoria de exposição homossexual ou bissexual no sexo feminino: quando possível foi realizada a recuperação de informações adicionais (Ex: se usuária de drogas igual a sim, foi alocado na categoria drogas) e corrigida a categoria de exposição. Os demais casos foram classificados como categoria de exposição ignorada;
 - Categoria de exposição hemofilia no sexo feminino: corrigidos todos os registros. A categoria 32 (hetero/hemofílico) foi corrigida para 31 (hetero/droga) quando usuário de droga igual a sim (ant_droga=1). A categoria 41 (drogas/hemofílico) foi corrigida para 40 (drogas). A categoria 50 (hemofílico) foi corrigida para 90 (ignorado). A categoria 34 (hetero/droga/hemof) foi corrigida para 31 (hetero/droga). A categoria 32 (hetero/hemofílico) foi corrigida para 30 (heterossexual) quando usuário de droga igual a não (ant_droga=2).
 - Categoria de exposição perinatal em maiores de 21 anos de idade: corrigidos os registros para categoria de exposição ignorada
 - Caso com categoria de transfusão com intervalo entre a data de diagnóstico e da data de transfusão inferior a 1 ano ou com data de transfusão ignorada após data de diagnóstico de 1998: corrigidos os registros para categoria de exposição ignorada
 - Casos com categoria de transfusão sem investigação após data de diagnóstico ano

de 1998: corrigidos os registros para categoria de exposição ignorada

- Ano de diagnóstico inferior ao ano de 1983: registro excluído (base de dados aids em menores de 13 anos de idade);
- Idade superior a 12 anos na base de dados de casos de aids em menores de 13 anos de idade: registros excluídos;
- Categoria de exposição perinatal e usuário de drogas injetáveis: registros cor-

rigidos. Os casos foram classificados na categoria de exposição ignorada;

- Categoria de exposição homossexual, heterossexual e bissexual em menores de 7 anos: registros corrigidos. Os casos foram classificados na categoria de exposição ignorada;
- Data de diagnóstico igual a data de nascimento: mantida a data de diagnóstico e data de nascimento.

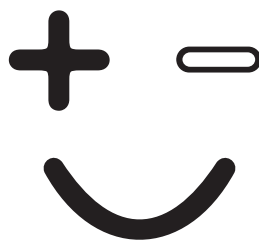
Tabela I Número de casos duplicados por Unidade Federada de notificação. Brasil 1980-2003(1).

Unidade Federada de notificação	Total de casos	Casos duplicados	
		nº	%
Rondônia	575	17	2.96
Acre	178	0	0
Amazonas	1734	3	0.2
Roraima	256	0	0
Pará	2564	72	2.81
Amapá	345	64	18.55
Tocantins	553	17	3,07
Maranhão	2053	7	0.34
Piauí	1787	33	1.85
Ceará	4603	39	0.85
Rio Grande do Norte	1384	11	0.79
Paraíba	2064	133	6.44
Pernambuco	7209	31	0.43
Alagoas	1387	11	0.79
Sergipe	1007	5	0.5
Bahia	5288	30	0.57
Minas Gerais	20876	2143	10.27
Espírito Santo	3589	23	0.64
Rio de Janeiro	47460	5248	11.06
São Paulo	141332	5066	3.58
Paraná	13129	347	2.64
Santa Catarina	12816	519	4.05
Rio Grande do Sul	23915	335	1.4
Mato Grosso do Sul	2635	55	2.09
Mato Grosso	2388	34	1.42
Goiás	4580	57	1.24
Distrito Federal	4603	169	3.67
Total	310310	14469	4.66

Fonte: MS/SVS/PN-DST e Aids/SINAN

(1) Casos notificados até 31/12/03. Sujeitos a revisão.

Nota: Os campos utilizados para identificação das duplicidades foram: município de notificação, nome do paciente, data de nascimento, sexo e nome da mãe.



FiqueSabendo

DISQUE SAÚDE
0800 61 1997

www.aids.gov.br



**Programa Nacional
de DST/Aids**

**Ministério
da Saúde**

