



# MONITOR *aids*

SISTEMA DE  
MONITORAMENTO DE  
INDICADORES  
DO PROGRAMA  
NACIONAL DE DST E AIDS

*versão 1.0*



# MONITOR *aids*

SISTEMA DE  
MONITORAMENTO  
DE INDICADORES  
DO PROGRAMA  
NACIONAL DE DST  
E AIDS

VERSÃO 1.0  
BRASÍLIA, DEZEMBRO DE 2004

© 2004. Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.

Tiragem: 1.000 exemplares

PRESIDENTE DA REPÚBLICA: LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA  
MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE: HUMBERTO COSTA  
SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: JARBAS BARBOSA  
DIRETOR DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS: PEDRO CHEQUER  
DIRETORES-ADJUNTOS: RALDO BONIFÁCIO; JOSÉ RICARDO PIO MARINS

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS

Av. W3 Norte, SEPN 511, bloco C

CEP: 70.750-000, Brasília – DF

E-mail: [aids@ids.gov.br](mailto:aids@ids.gov.br) / [edicao@ids.gov.br](mailto:edicao@ids.gov.br)

Home page: <http://www.aids.gov.br>; [www.aids.gov.br/monitoraids](http://www.aids.gov.br/monitoraids)

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

Publicação financiada com recursos do Centers for Diseases Control and Prevention  
– CDC –

UNIDADE DE AVALIAÇÃO: Elizabeth Moreira dos Santos; Ana Roberta Pati Pascom;  
Aristides Barbosa Junior; Leandro Monteiro.

UNIDADE DE INFORMAÇÃO E VIGILÂNCIA: Maria Goretti P. Fonseca

PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ: Paulo Machiori Buss

DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DO CENTRO DE INFORMAÇÃO

CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA (DIS/CICT/FIOCRUZ): Célia Landmann

Szwarcwald; Heglácio da silva Barros; Maria Ângela Pires Esteves; Paulo Roberto  
Borges de Souza Júnior.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, GLOBAL AIDS

PROGRAM BRAZIL (CDC/GAP-BRASIL): William Brady; Suzanne Westman;

Jennifer Moore.

#### FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Centers for Diseases Control and Prevention. MonitorAIDS: Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids (Versão 1.0)/ Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Centers for Diseases Control and Prevention – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 100p. il

1. Sistemas de Informação. 2. Síndrome de imunodeficiência adquirida – Prevenção e controle. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. III. Centers for Diseases Control and Prevention. IV. Título.

NLM HQ 101

## SUMÁRIO

---

### A. SISTEMA DE MONITORAMENTO DE INDICADORES

#### DO PROGRAMA NACIONAL DE AIDS - MONITORAIDS

- ◆ APRESENTAÇÃO 6
- ◆ RELATÓRIO: BRASIL, AGOSTO 2004 12

#### I. INDICADORES CONTEXTUAIS

- 1) Indicadores de características demográficas,  
socioeconômicas e da situação de saúde da  
população 12
- 2) Indicadores relacionados ao Sistema  
Único de Saúde (SUS) 14
  - 1) Recursos despendidos 15
  - 2) Apoio social 15
  - 3) Disponibilidade de preservativos e  
atividades de prevenção 16
  - 4) Conhecimento 16
  - 5) Comportamento sexual 17
  - 6) Populações vulneráveis ao HIV 19

7) Práticas relacionadas ao HIV entre jovens do sexo masculino (17 a 21 anos)	20
8) Testagem de HIV	21
9) Transmissão materno infantil do HIV	22
10) Prevenção e controle de DST	24
11) Assistência à aids	24
12) Vigilância de aids	28
13) Controle e segurança do sangue	28
III. INDICADORES DE IMPACTO	28
♦ FONTES DE INFORMAÇÕES: GLOSSÁRIO	45
B. SITUAÇÃO DA AIDS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO	68

# SISTEMA DE MONITORAMENTO DE INDICADORES DO PROGRAMA NACIONAL DE AIDS:

## MONITORAIDS

---

Equipe  
Responsável

### COORDENAÇÃO

CÉLIA LANDMANN SZWARCWALD – DIS/CICT/FIOCRUZ

ARISTIDES BARBOSA JUNIOR – PN DST/AIDS

### EQUIPE DE PESQUISADORES

ANA ROBERTA PASCOM – PN DST/Aids

ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS – PN DST/AIDS E  
ENSP/FIOCRUZ

HEGLÁUCIO DA SILVA BARROS - DIS/CICT/FIOCRUZ

MARIA ÂNGELA PIRES ESTEVES - DIS/CICT/FIOCRUZ

PAULO ROBERTO BORGES DE SOUZA JÚNIOR - DIS/  
CICT/FIOCRUZ

### AUXILIARES DE PESQUISA (PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - FIOCRUZ)

BRUNO DE MATOS AZEVEDO

JULIANA DOS SANTOS SILVA

Apresentação

Conjunto de  
Indicadores

Consolidado a partir da iniciativa conjunta do PN DST/AIDS, do Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica (DIS/CICT) da Fundação Oswaldo Cruz e dos Centers for Disease Control and Prevention, Global Aids Program Brazil (CDC/GAP-Brazil), o MONITORAIDS cumpre o compromisso do PN DST/Aids de fornecer aos parceiros e à sociedade como um todo, informações úteis que possibilitem acompanhar a resposta brasileira para o controle da aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). Como produto dessa ação integrada, o sistema pressupõe compromissos de parceria entre as instituições envolvidas na definição e uso de dados para a produção de indicadores elaborados a partir dos principais sistemas de informações do Ministério da Saúde, pesquisas e estudos especiais do PN DST/Aids, bem como outras fontes de informações disponíveis.

### CONJUNTO DE INDICADORES

De modo geral, indicadores de saúde são medidas quantitativas, elaboradas por meio de informações da população, que visam sintetizar a situação de saúde bem como o desempenho do sistema de saúde.

No caso do MONITORAIDS, a elaboração do conjunto de indicadores obedeceu aos seguintes princípios: ser de relevância para monitorar a epidemia do HIV/aids e outras DST; ser úteis na avaliação das ações programáticas do PN DST/AIDS; e sugerir aspectos a serem avaliados no futuro. Além disso, tendo em vista que os fatores sociais constituem elementos fundamentais na determinação dos padrões de morbi-mortalidade populacionais e que, no Brasil, a diferenciação

por nível socioeconômico também existe em relação ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, fez-se necessário considerar a questão da equidade como um dos princípios centrais desse sistema de monitoramento.

Sob a ótica do Monitoramento e Avaliação, o sistema é o componente estrutural mais importante do Plano Nacional de Avaliação (PNA). Agregando informações não só dos componentes técnicos do programa, mas também da dimensão de integralidade e equidade coerente aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A análise desses indicadores constitui-se estratégia indispensável à adequação e melhoria do próprio programa.

São apresentados no MONITORAIDS os indicadores disponíveis para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Dependendo dos indicadores, eles podem ser desagregados segundo várias outras categorias, tais como idade, sexo, e alguma variável que caracterize o nível socioeconômico, possibilitando a análise das desigualdades socioeconômicas. Para cada indicador, há a correspondente Ficha do Indicador, destinada a orientar os usuários nos seguintes aspectos: Definição/Interpretação; Proposição; Classificação-Monitoramento; Classificação-PNA; Método de cálculo; Fontes dos dados; Possibilidade de analisar a dimensão da equidade; Limitações; Periodicidade; e Data de atualização.

O MONITORAIDS será editado com frequência anual, incorporando aperfeiçoamentos que correspondam à progressiva melhoria do sistema e à atualização dos dados já existentes. O sistema permite a emissão de relatórios com o resumo das estimativas dos indicadores para o Brasil e Grandes Regiões, como também para os cinco sítios de excelência em avaliação (estados de Pernambuco e São Paulo, municípios de Manaus, Campo Grande e Curitiba).



Para criar um ambiente amigável aos usuários do MONITORAIDS, os indicadores são apresentados de duas maneiras. A apresentação padrão é baseada na proposta do sistema HIV/AIDS Survey Indicators Database (<http://www.measuredhs.com/hivdata/>) que privilegia a organização dos indicadores de acordo com sua área programática. A segunda forma de apresentação baseia-se na lógica do Plano Nacional de Avaliação (PNA).

## FORMAS DE APRESENTAÇÃO

### I. CLASSIFICAÇÃO MONITORAMENTO

Na primeira apresentação, denominada de “Classificação – Monitoramento” (Figura 1), os indicadores são categorizados em três grandes áreas: I. Indicadores Contextuais; II. Indicadores Relacionados ao Programa; III. Indicadores de Impacto. A primeira dimensão é estabelecida pelo contexto em que ocorre a epidemia de aids no País, sendo representada por características demográficas e socioeconômicas da população, bem como por indicadores do sistema nacional de saúde. A segunda é dividida em 14 subáreas relacionadas ao PN DST/Aids, estabelecidas pela vulnerabilidade individual, pelas estratégias de prevenção, pela assistência prestada, pela vigilância de aids e pela prevenção e controle das DST. A terceira dimensão permite analisar o impacto na morbi-mortalidade das ações desenvolvidas para o controle da aids e das demais doenças sexualmente transmissíveis.

FIGURA 1	
CLASSIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO	
ÁREA	SUBÁREAS
I.INDICADORES CONTEXTUAIS	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS INDICADORES DO SUS
II.RELACIONADOS AO PROGRAMA	RECURSOS DESPENDIDOS APOIO SOCIAL DISPONIBILIDADE DE PRESERVATIVOS E ATIVIDADES DE PREVENÇÃO CONHECIMENTO COMPORTAMENTO SEXUAL POPULAÇÕES VULNERÁVEIS AO HIV TESTAGEM DE HIV TRANSMISSÃO MATERNO-INFANTIL DO HIV PREVENÇÃO E CONTROLE DE DST ASSISTÊNCIA DE AIDS VIGILÂNCIA DE AIDS PESQUISA CONTROLE E SEGURANÇA DO SANGUE ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO
III. INDICADORES DE IMPACTO	MORBIDADE MORTALIDADE

Figura 1

Os indicadores classificados sob a lógica do monitoramento podem ser ainda categorizados de acordo com a sua proposição - Banco Mundial ou UNGASS (United Nations General Assembly), instituições com as quais o PN DST/AIDS firmou o compromisso de monitorar conjuntos distintos de indicadores.

## II. CLASSIFICAÇÃO PNA

A segunda apresentação mostra a classificação dos indicadores segundo a lógica do Plano Nacional de Avaliação. Resumidamente, a concepção desse plano considera a possibilidade de avaliações por componentes técnicos (ou seja, a vigilância, a assistência, a prevenção e o componente inovador), mas prioriza o modelo de avaliação em *cluster*. Nesse tipo de modelo, os critérios de cluster pactuados (acesso, qualidade, efetividade e satisfação do usuário) agregam indicadores de produto e de resultado referidos a dimensões conceituais da avaliação: a implementação, o desempenho e o impacto. Além disso, o modelo considera a influência que tanto o contexto externo (características socioculturais, econômicas e demográficas da população que tem relação com o programa) quanto o contexto organizacional (o ambiente do SUS) possam exercer sobre os efeitos esperados do programa. Dentro dessa lógica, conforme mostra a Figura 2, os indicadores foram classificados em quatro níveis: dimensão da avaliação; critério de *cluster*; componente do modelo lógico; e componente/dimensão estratégica do programa.

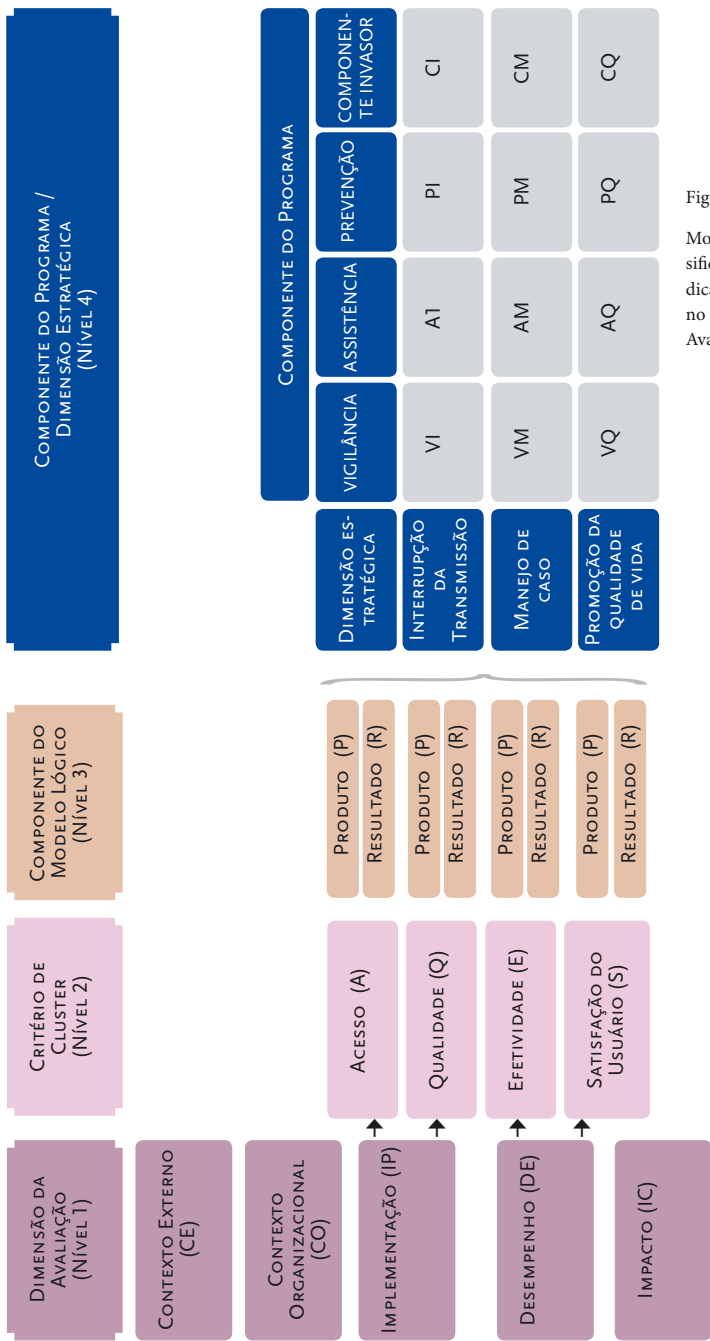


Figura 2  
Modelo de Classificação dos Indicadores do Plano Nacional de Avaliação

# RELATÓRIO: BRASIL

AGOSTO DE 2004

## I. INDICADORES CONTEXTUAIS

### INDICADORES DE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

INDICADOR	ESTIMATIVAS				
	1997	1998	1999	2000	2001
ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER (ANOS)	67,8	68,0	68,4	68,6	68,8
TAXA GERAL DE MORTALIDADE (/1000)	7,0	7,0	6,9	6,7	6,5
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL(/1000nv)	37,4	33,1	31,8	28,3	27,4
TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL	2,40	2,44	2,37	2,32	2,18
PROPORÇÃO DE GESTANTES COM 7+ CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	*	*	50,7	46,0	47,4
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO URBANA	77,6	77,6	77,7	81,3	83,9
RAZÃO DE RENDA DOS 20% MAIS RICOS EM RELAÇÃO AOS 20% MAIS POBRES	28,7	27,5	26,2	*	27,1

\* Informações não disponíveis

Fonte: DATASUS, RIPSА-IDB.

INDICADOR	ESTIMATIVAS - 2001					
	N	NE	SE	S	CO	BR
TAXA GERAL DE MORTALIDADE (/1000 HAB)	5,2	7,5	6,6	6,0	5,2	6,5
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (/1000 NV)	28,1	43,1	18,2	16,4	20,9	27,4
TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL	2,9	2,4	1,9	1,9	2,0	2,2
PROPORÇÃO(%) DE GESTANTE COM 7 + CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	26,9	34,0	57,9	56,9	55,2	47,4

Fonte: DATASUS, RIPSА-IDB.

INDICADOR	ESTIMATIVAS - 2002					
	N	NE	SE	S	CO	BR
ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER (ANOS)	69,0	66,4	70,0	71,5	69,9	69,0
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO URBANA	72,0	70,5	91,8	81,4	87,3	84,1
RAZÃO DE RENDA DOS 20% MAIS RICOS EM RELAÇÃO AOS 20% MAIS POBRES	18,3	21,7	18,4	15,3	21,6	26,1

Fonte: DATASUS, RIPSIA-IDB.

INDICADOR	ESTIMATIVA	
	1996	2000
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO DE 10 A 24 ANOS	31,0	30,3
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO DE 15 A 49 ANOS	53,6	54,5
PERCENTUAL DE ADOLESCENTES ANALFABETOS	15,7	5,0
PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS DE 15 A 49 ANOS COM ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	72,4	53,5

Fonte: FIBGE, Contagem de População, 1996 e Censo Demográfico, 2000.

INDICADOR	ESTIMATIVA - 2000
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM MUNICÍPIOS DE GRANDE PORTE	27,7
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE	36,7
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA EM ESTADO DE POBREZA	24,4
NÚMERO DE INDIVÍDUOS INDÍGENAS	734131

Fonte: FIBGE, Censo Demográfico, 2000.

INDICADOR	ESTIMATIVA - 2003
NÚMERO DE INDIVÍDUOS PRIVADOS DE LIBERDADE	308304

Fonte: DEPEN, Ministério da Justiça.

INDICADOR	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			
	15-24	25-39	40-54	15-54
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO QUE USA DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS				
FUMO	18,3	25,5	32,0	24,8
FUMA, MAS NÃO DIARIAMENTE	10,7	7,0	6,4	7,1
FUMA DIARIAMENTE	7,6	18,5	25,6	17,7
BEBIDA ALCOÓLICA	57,3	58,5	51,6	56,2
BEBE DE VEZ EM QUANDO	53,3	53,6	46,4	51,6
BEBE FREQUENTEMENTE	4,0	4,9	5,2	4,6
MACONHA	3,3	3,4	1,5	2,8
USA DE VEZ EM QUANDO	2,0	2,2	0,7	1,7
USA FREQUENTEMENTE	1,3	1,2	0,8	1,1
COCAÍNA CHEIRADA (USO ATUAL)	0,8	1,1	0,6	0,9
JÁ USOU PELO MENOS UMA VEZ	4,6	6,8	2,7	5,0

Fonte: PCAP-BR, 2004.

## INDICADORES RELACIONADOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

INDICADOR	ESTIMATIVA		
	2000	2001	2002
GASTO TOTAL DO GOVERNO COM SAÚDE			
GASTO TOTAL (EM MILHÕES DE US\$)	13470	14808	15893
GASTO PER CAPTA (EM US\$)	79,3	85,9	91,0
PERCENTUAL DO PIB	3,09	3,33	3,52

Fonte: SIOPS, Ministério da Saúde.

INDICADOR	1998	1999	2000	2001	2002	2003
NÚMERO TOTAL DE INTERNAÇÕES DO SUS	11714756	11950797	11937323	11756354	11713749	11638447
CUSTO MÉDIO DA INTERNAÇÃO DO SUS (R\$)	325,17	396,07	409,38	433,48	461,54	503,69
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DA INTERNAÇÃO DO SUS (DIAS)	6,4	6,3	6,1	6,2	6,2	6,0

Fonte: DATASUS, Morbidade e Informações Epidemiológicas.

## II. INDICADORES RELACIONADOS AO PROGRAMA

### 1. RECURSOS DESPENDIDOS

INDICADOR	ESTIMATIVA							
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
GASTO TOTAL COM AIDS								
EM MILHÕES DE US\$	*	340	436	640	503	401	274	*
EM MILHÕES DE R\$	*	379	506	1162	920	944	800	*
GASTO COM AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS ARV								
EM MILHÕES DE US\$	34	224	305	336	303	232	179	183
EM MILHÕES DE R\$	34	250	354	610	554	546	523	563

\* Informações não disponíveis, fonte: PN DST/Aids.

INDICADOR	1998	1999	2000	2001	2002	2003
GASTO ANUAL COM INTERNAÇÕES POR AIDS NO SUS (EM MILHÕES DE R\$)	19,1	23,1	19,0	20,2	23,5	25,8

Fonte: DATASUS, Morbidade e Informações Epidemiológicas.

### 2. APOIO SOCIAL

INDICADOR	ESTIMATIVA - 2003
NÚMERO DE ONGS COM ATUAÇÃO EM HIV/AIDS	1884

Fonte: PN DST/Aids.

INDICADOR	1996	1997	1998	1999	2000	2001
NÚMERO TOTAL DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS POR INCAPACIDADE E AMPARO SOCIAL PARA AIDS	5194	5572	7018	8781	9199	9106
POR AUXÍLIO DOENÇA	4181	4183	4313	4770	5027	5327
POR APOSENTADORIA POR INVALIDEZ	968	1146	1482	2583	2706	2310
POR AMPARO ASSISTENCIAL (LOAS)	45	243	1223	1428	1466	1468

Fonte: PN DST/Aids.



### 3. DISPONIBILIDADE DE PRESERVATIVOS E ATIVIDADES DE PREVENÇÃO

INDICADOR	ESTIMATIVA - 1999
PROPORÇÃO DE ESCOLAS COM ATIVIDADES DE PREVENÇÃO DAS DST E AIDS	70%

Fonte: Rua & Abramovay, 1999.

INDICADOR	ESTIMATIVA - 2003
NÚMERO DE PRESERVATIVOS VENDIDOS POR ANO	420 MILHÕES

Fonte: Nielsen, 2003.

### 4. CONHECIMENTO

INDICADOR	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			
	15-24	25-39	40-54	15-54
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO QUE ESPONTANEAMENTE CITA A RELAÇÃO SEXUAL COMO FORMA DE TRANSMISSÃO DO HIV	90,5	91,9	86,7	90,1
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM CONHECIMENTO CORRETO SOBRE AS FORMAS DE TRANSMISSÃO DO HIV	62,3	71,2	67,1	67,1
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO QUE ACHA QUE PODE SER INFECTADA PELO HIV POR PICADA DE INSETO	4,7	4,6	4,3	4,6
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO QUE ACHA QUE PODE SER INFECTADA PELO HIV PELO USO DE BANHEIROS PÚBLICOS	15,7	12,8	14,3	14,2
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO QUE ACHA QUE PODE SER INFECTADA PELO HIV PELO COMPARTILHAMENTO DE TALHERES, COPOS OU REFEIÇÕES	16,0	12,8	17,6	15,2
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO QUE ACHA QUE PODE SER INFECTADA PELO HIV PELO COMPARTILHAMENTO DE SERINGAS	87,3	94,8	92,5	91,6
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO QUE ACHA QUE PODE SER INFECTADA PELO HIV NAS RELAÇÕES SEXUAIS SEM PRESERVATIVO	96,4	96,3	94,7	95,9

Fonte: PCAP-BR, 2004.

INDICADOR	GRAU DE ESCOLARIDADE		TOTAL
	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	FUNDAMENTAL COMPLETO	
PERCENTUAL (%) DA POPULAÇÃO QUE ESPONTANEAMENTE CITA AS FORMAS DE TRANSMISSÃO DO HIV			
RELAÇÃO SEXUAL	87,4	97,0	90,8
COMPARTILHAMENTO DE SERINGAS	38,9	65,3	48,2
TRANSFUSÃO DE SANGUE	36,2	62,3	45,3
NÃO SOUBE CITAR NENHUMA	10,0	0,8	6,8

Fonte: PCAP-BR, 2004.

INDICADOR	GRAU DE ESCOLARIDADE		TOTAL
	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	FUNDAMENTAL COMPLETO	
PERCENTUAL (%) DA POPULAÇÃO COM CONHECIMENTO CORRETO			
NÃO É TRANSMITIDO POR PICADA DE INSETO	94,5	97,2	95,4
NÃO É TRANSMITIDO PELO USO DE BANHEIROS PÚBLICOS	82,7	91,5	85,8
NÃO É TRANSMITIDO PELO COMPARTILHAMENTO DE TALHERES, COPOS, REFEIÇÕES	79,9	93,9	84,8
É TRANSMITIDO POR COMPARTILHAMENTO DE SERINGAS	88,3	97,7	91,6
É TRANSMITIDO PELO NÃO-USO DE PRESERVATIVO	95,0	97,6	95,9
CONHECIMENTO CORRETO (5 ITENS CERTOS)	59,2	81,7	67,1

Fonte: PCAP-BR, 2004.

## 5. COMPORTAMENTO SEXUAL

INDICADOR	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			
	15-24	25-39	40-54	15-54
PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS SEXUALMENTE ATIVOS				
NA VIDA	73,9	97,2	98,1	89,5
NO ÚLTIMO ANO	66,4	91,1	86,7	81,4
PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS COM INÍCIO DE ATIVIDADE SEXUAL COM MENOS DE 15 ANOS	36,1	21,4	20,1	25,2
IDADE DE INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL (ANOS)	15,3	16,9	17,7	16,7
PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS COM MAIS DE 10 PARCEIROS NA VIDA	16,2	19,8	21,4	19,3
PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS COM MAIS DE 5 PARCEIROS EVENTUAIS NO ÚLTIMO ANO	6,6	3,0	2,9	4,0

Fonte: PCAP-BR, 2004.

INDICADOR	SEXO		TOTAL
	M	F	
PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS SEXUALMENTE ATIVOS			
NA VIDA	92,3	86,7	89,5
NO ÚLTIMO ANO	85,4	77,7	81,4
PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS COM INÍCIO DE ATIVIDADE SEXUAL COM MENOS DE 15 ANOS	36,3	14,4	25,2
IDADE DE INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL (ANOS)	15,5	17,8	16,7
PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS COM MAIS DE 10 PARCEIROS NA VIDA	34,2	4,2	19,3
PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS COM MAIS DE 5 PARCEIROS EVENTUAIS NO ÚLTIMO ANO	7,0	0,9	4,0

Fonte: PCAP-BR, 2004.

INDICADOR (%)	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			
	15-24	25-39	40-54	15-54
USO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL	57,3	36,6	22,3	38,4
USO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL COM PARCEIRO EVENTUAL	74,1	66,5	51,2	67,0
USO REGULAR DE PRESERVATIVO (QUALQUER PARCERIA)	39,0	22,0	16,1	25,3
COM PARCEIRO FIXO	38,8	21,9	16,2	24,9
COM PARCEIRO EVENTUAL	58,4	48,7	41,5	51,5

Fonte: PCAP-BR, 2004.

INDICADOR (%)	CLASSE SOCIO-ECONÔMICA			TOTAL
	A/B	C	D/E	
USO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO	42,7	39,9	36,1	38,4
USO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO EVENTUAL	70,5	70,3	63,4	67,0
USO REGULAR DE PRESERVATIVO (QUALQUER PARCERIA)	31,6	27,6	21,7	25,3
COM PARCEIRO FIXO	30,3	27,5	21,3	24,9
COM PARCEIRO EVENTUAL	58,2	53,7	47,8	51,5

Fonte: PCAP-BR, 2004.

## 6. POPULAÇÕES VULNERÁVEIS AO HIV

INDICADOR	ESTIMATIVA - 2004			
	% DA POPULAÇÃO			EM MILHARES DE PESSOAS DE 15-49 ANOS
	M	F	T	
TAMANHO DAS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS				
PERCENTUAL DE HSH	3,5			1682,9
PERCENTUAL DE UDI PELO MENOS UMA VEZ NA VIDA USA ATUALMENTE	1,4 1,1 0,3	0,4 0,3 0,1	0,9 0,7 0,2	871,5 677,7 193,8
PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS DO SEXO		*		*
PERCENTUAL DE CLIENTES DE PROFISSIONAIS DO SEXO	*			*

\*Informações não disponíveis.

Fontes: PCAP-BR, 2004.

INDICADOR (%)	ESTIMATIVA - 2004
USO DE PRESERVATIVO ENTRE HSH	
NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL	59,9
NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL COM PARCEIRO EVENTUAL	80,7
USO REGULAR DE PRESERVATIVO (QUALQUER PARCEIRO)	44,4
PARCEIRO FIXO	39,6
PARCEIRO EVENTUAL	66,9

Fonte: PCAP-BR, 2004.

INDICADOR	ESTIMATIVA - 1999
PERCENTUAL DE UDI QUE NÃO COMPARTILHAM SERINGA	76%

Fonte: PN DST/Aids, Série Avaliação, nº. 8, 2003.

## 7. PRÁTICAS RELACIONADAS AO HIV ENTRE JOVENS DO SEXO MASCULINO (17 A 21 ANOS)

GRUPO	INDICADORES	ANO			
		1997	1999	2000	2002
AMOSTRA TOTAL	ATIVIDADE SEXUAL	83,9	82,0	83,3	82,5
	USO DE COCAÍNA INJETADA (PELO MENOS EXPERIMENTOU)	*	2,0	*	0,6
CONSCRITOS SEXUALMENTE ATIVOS	UDI	*	0,7	*	0,2
	INICIAÇÃO SEXUAL <14 ANOS	*	19,3	19,7	20,3
	MAIS DO QUE 10 PARCEIROS NA VIDA	*	20,2	20,3	19,1
	HSH	*	3,5	3,2	2,8
CONSCRITOS SEXUALMENTE ATIVOS NO ÚLTIMO ANO	USO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL	*	61,5	69,6	69,3
	PELO MENOS UMA PARCERIA PAGA NO ÚLTIMO ANO	*	16,7	17,4	14,8
	O CONSCRITO FOI PAGO PELO MENOS UMA VEZ NO ÚLTIMO ANO	*	5,5	5,9	3,8
	USO REGULAR DE PRESERVATIVO				
	PARCEIRO FIXO	*	42,8	48,3	43,5
	PARCEIRO CASUAL	*	53,0	56,2	57,0
	PARCEIRO PAGO	*	69,0	66,7	77,3
CONSCRITO FOI PAGO	*	54,1	52,9	46,9	
QUALQUER TIPO DE PARCERIA		37,6	46,5	49,7	48,3

\* A informação não foi coletada nesse ano.

Fonte: PN DST/Aids

## 8. TESTAGEM DE HIV

INDICADOR	ESTIMATIVA - 2003
NÚMERO DE CTAs	247

Fonte: PN DST/Aids.

INDICADOR	2000	2001	2002	2003
NÚMERO DE TESTES PARA DETECÇÃO DE HIV PAGOS PELO SUS	2999514	3653252	4004028	3921690

Fonte: DATASUS, SIA.

INDICADOR	ESTIMATIVA - 2004
COBERTURA DE TESTAGEM DE HIV NA POPULAÇÃO SEXUALMENTE ATIVA	28,1%

Fonte: PCAP-BR, 2004.

INDICADOR	SEXO		TOTAL
	M	F	
COBERTURA (%) DE TESTAGEM DE HIV NA POPULAÇÃO SEXUALMENTE ATIVA			
FAIXA ETÁRIA			
15-54	11,8	35,9	22,6
25-39	28,1	44,3	36,4
40-54	21,9	20,7	21,3
15-54	21,4	35,0	28,1

Fonte: PCAP-BR, 2004.

INDICADOR	SEXO		TOTAL
	M	F	
COBERTURA (%) DE TESTAGEM DE HIV NA POPULAÇÃO SEXUALMENTE ATIVA			
CLASSE			
A/B	36,1	43,4	39,5
C	25,5	42,0	33,4
D/E	13,7	28,3	21,1
TOTAL	21,0	35,0	28,1

Fonte: PCAP-BR, 2004.

INDICADOR	ESTIMATIVA - 2003
PROPORÇÃO DE CTAs COM RECEBIMENTO DO RESULTADO DE PELO MENOS 50% DOS EXAMES EM ATÉ UMA SEMANA	22,8%
PROPORÇÃO DE MULHERES TESTADAS NO CTA QUE SÃO GESTANTES	46,1%

Fonte: SI-CTA, consolidado em dezembro de 2003.

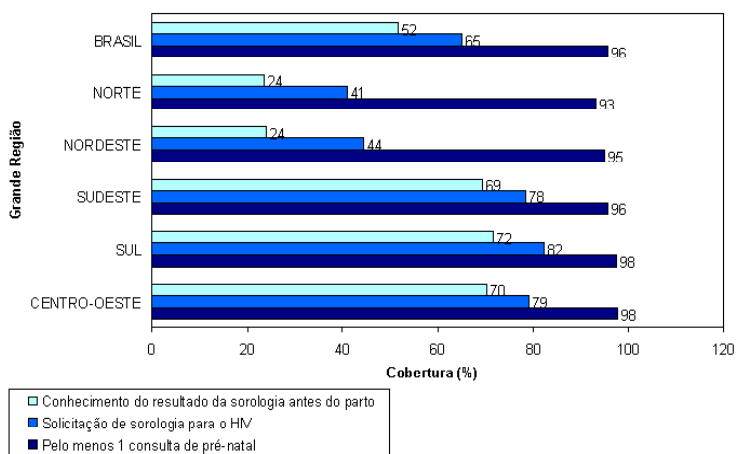
## 9. TRANSMISSÃO MATERNO INFANTIL DO HIV

INDICADOR	2002 (1)	2003 (2)
COBERTURA DE TESTAGEM DE HIV EM GESTANTES	51,6%	57,4%
PROPORÇÃO DE GESTANTES QUE RECEBEM ACONSELHAMENTO SOBRE HIV NO PRÉ-NATAL	*	60,7%

\* Informação não disponível.

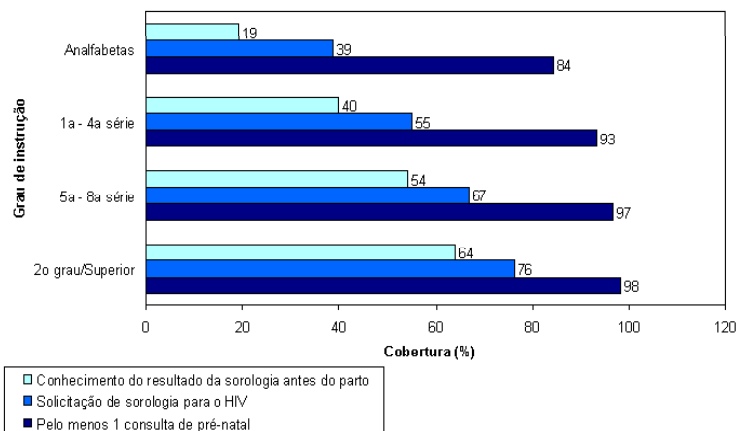
Fontes: (1) Estudo Sentinela-Parturiente, 2002; (2) PMS, 2003.

## COBERTURA EFETIVA DO TESTE DE HIV NA GESTAÇÃO POR GRANDE REGIÃO. BRASIL, 2002



Fonte: Souza-Júnior, 2004.

## COBERTURA EFETIVA DO TESTE DE HIV NA GESTAÇÃO POR GRAU DE INSTRUÇÃO DA MÃE. BRASIL, 2002



Fonte: Souza-Júnior, 2004.



INDICADOR	ESTIMATIVA – 2000	
	MÍNIMA	MÁXIMA
COBERTURA DO TRATAMENTO PROFILÁTICO NO PARTO DE MULHERES INFECTADAS PELO HIV	36%	40%

Fonte: PN DST/Aids.

INDICADOR	ESTIMATIVA - 2002					
	N	NE	SE	S	CO	BR
TAXA DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV	15%	11%	7%	6%	6%	7%

Fonte: Estudo da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2002.

## 10. PREVENÇÃO E CONTROLE DE DST

INDICADOR	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			
	15-24	25-39	40-54	15-54
COBERTURA DE EXAME GINECOLÓGICO EM MULHERES				
HÁ MENOS DE 3 ANOS COM PAPANICOLAOU	34,9	74,8	78,0	62,2
HÁ MENOS DE 3 ANOS SEM PAPANICOLAOU	18,1	13,5	8,7	13,7
PERCENTUAL DE HOMENS QUE RELATARAM CORRIMENTO NO CANAL DA URINA	2,6	10,2	22,9	10,7
PROCUROU SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO	1,0	6,7	16,0	7,1

Fonte: PCAP-BR, 2004.

INDICADOR	ESTIMATIVA - 2004
COBERTURA DE TESTAGEM DE SÍFILIS NO PRÉ-NATAL	
COLETA DE SANGUE NO PRÉ-NATAL	94,6%
SABE QUE FOI FEITO EXAME PARA SÍFILIS	69,2%

Fonte: PMS, 2003.

## 11. ASSISTÊNCIA À AIDS

INDICADOR	ESTIMATIVAS	
	2002	2003
CD4 MEDIANO DO TESTE INICIAL EM PESSOAS SEM TARV	387	340
NÚMERO MÉDIO DE EXAMES DE CONTAGEM DE CD4 POR PACIENTE POR ANO	1,54	1,67

Fonte: SISCEL, consolidado em dezembro de 2003.

INDICADOR	ESTIMATIVA - 2003
NÚMERO DE UNIDADES DISPENSADORAS DE MEDICAMENTOS ARV	480

Fonte: PN DST/Aids.

INDICADOR	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
NÚMERO DE PACIENTES EM TARV	35892	55603	72791	88084	105149	119314	133219

Fonte: PN DST/Aids.

INDICADOR	1998	1999	2000	2001	2002	2003
NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR AIDS	34940	36428	37147	38292	38558	39640
CUSTO MÉDIO DA INTERNAÇÃO POR AIDS (R\$)	547,36	634,17	512,27	527,50	609,83	650,86
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DA INTERNAÇÃO POR AIDS (DIAS)	18,2	19,2	18,1	16,7	16,7	16,1

Fonte: DATASUS, Morbidade e Informações Epidemiológicas.

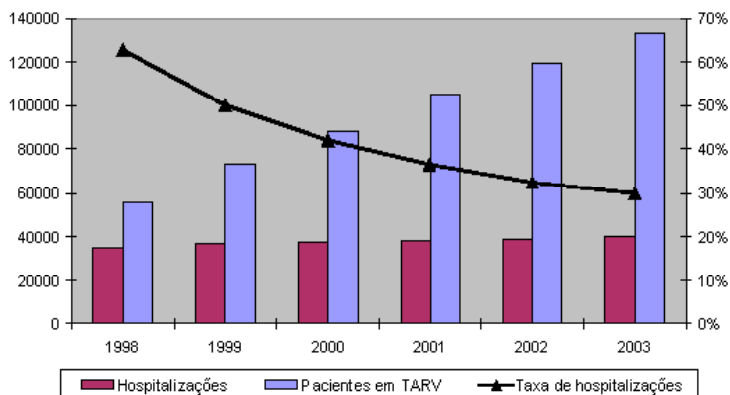
INDICADOR	ESTIMATIVA - 2002
TAXA DE ADERÊNCIA À TERAPIA ARV	75%

Fonte: Grupo QUALIAIDS, USP, São Paulo.

INDICADOR	1998	1999	2000	2001	2002	2003
TAXA DE HOSPITALIZAÇÕES POR AIDS POR PACIENTE EM TARV	63%	50%	42%	36%	32%	30%

Fonte: DATASUS, Morbidade e Informações Epidemiológicas; PN DST/Aids.

### TAXA DE HOSPITALIZAÇÕES POR AIDS POR PACIENTES EM TARV. BRASIL, 1998-2003

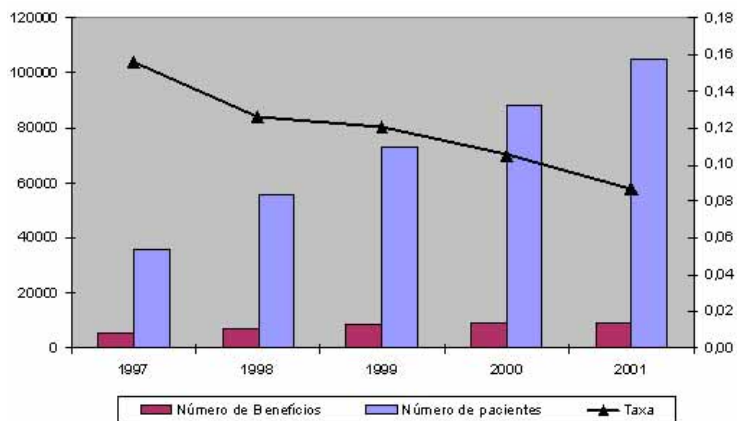


Fonte: DATASUS, Morbidade e Informações Epidemiológicas; PN DST/Aids.

INDICADOR	1997	1998	1999	2000	2001
TAXA DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS PARA AIDS POR PACIENTE EM TARV	0,16	0,13	0,12	0,10	0,09

Fonte: PN DST/Aids, 2001.

### TAXA DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS PARA AIDS POR PACIENTES EM TARV. BRASIL, 1997-2001



Fonte: PN DST/Aids, 2001

INDICADOR	ESTIMATIVA – 2002	
	CRIANÇAS (1)	ADULTOS (2)
SOBREVIDA MEDIANA DOS CASOS DE AIDS	67 MESES	58 MESES

Fontes: (1) Matida et al., 2002; (2) Marins et al., 2002.

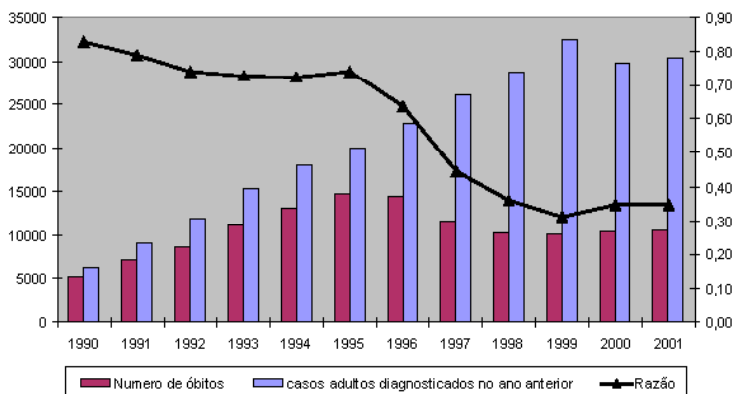
INDICADOR

TAXA DE MORTALIDADE ENTRE CASOS ADULTOS DE AIDS DIAGNOSTICADOS NO ANO ANTERIOR AO DA MORTE

ANO	ESTIMATIVA
1990	0,83
1991	0,79
1992	0,74
1993	0,73
1994	0,73
1995	0,74
1996	0,64
1997	0,45
1998	0,36
1999	0,31
2000	0,35
2001	0,35

Fontes: SIM e SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

TAXA DE MORTALIDADE ENTRE CASOS ADULTOS DE AIDS DIAGNOSTICADOS NO ANO ANTERIOR AO DA MORTE. BRASIL, 1990-2001



Fontes: SIM e SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

## 12. VIGILÂNCIA DE AIDS

INDICADOR	ESTIMATIVA - 1999
PERCENTUAL DE CASOS ADULTOS NOTIFICADOS AO SINAN COM MENOS DE UM ANO APÓS O DIAGNÓSTICO	67,3%
COMPLETITUDE DO NÚMERO DE ÓBITOS NO SINAN EM RELAÇÃO AO SIM	81,2%
PERCENTUAL DE COMPLETITUDE DO CAMPO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO ENTRE OS CASOS ADULTOS	86,8%
PERCENTUAL DE CASOS ADULTOS NOTIFICADOS PELO CRITÉRIO ÓBITO	8,7%

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

## 13. CONTROLE E SEGURANÇA DO SANGUE

INDICADOR	1998	1999	2000
CASOS ADULTOS DE AIDS SECUNDÁRIA À TRANSFUÇÃO DE SANGUE	24	14	9
PERCENTUAL DE CASOS DE AIDS SECUNDÁRIA À TRANSFUÇÃO DE SANGUE NOTIFICADOS APÓS 1998 QUE FORAM INVESTIGADOS	100	100	100

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

## III. INDICADORES DE IMPACTO

INDICADOR			
PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO HIV NA POPULAÇÃO DE 15-49 ANOS			
ESTIMATIVA - 2000	TAXA DE PREVALÊNCIA(%)	INTERVALO DE 95% DE CONFIANÇA	NÚMERO DE INFECTADOS
SEXO FEMININO	0,47	0,362 – 0,576	217641
SEXO MASCULINO	0,84	0,652 – 1,037	379802
TOTAL	0,65	0,505 – 0,803	597443

Fonte: Szwarcwald et al., 2001.

INDICADOR	ESTIMATIVA
TAXA DE PREVALÊNCIA DE HIV NA POPULAÇÃO DE 17 A 21 ANOS DO SEXO MASCULINO	0,088%
TAXA DE PREVALÊNCIA DE SÍFILIS NA POPULAÇÃO DE 17 A 21 ANOS DO SEXO MASCULINO	0,874%

Fonte: Pesquisa com Conscritos do Exército do Brasil, 2002.

INDICADOR	ESTIMATIVA - 2000
TAXA DE PREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM PARTURIENTES	1,7%

Fonte: Estudo Sentinela-Parturiente, 2000.

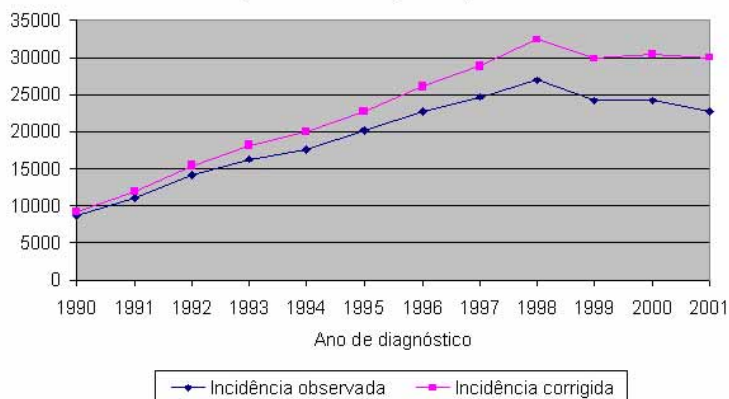
INDICADOR

INCIDÊNCIA DE AIDS EM INDIVÍDUOS ADULTOS (13 ANOS E MAIS)

ANO DE DIAGNÓSTICO	OBSERVADA	CORRIGIDA PELO ATRASO DA NOTIFICAÇÃO
1990	8549	9134
1991	11098	11818
1992	14127	15360
1993	16189	18044
1994	17618	19957
1995	20253	22831
1996	22783	26044
1997	24718	28739
1998	26857	32486
1999	24114	29866
2000	24192	30440
2001	22750	29945

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

INCIDÊNCIA (OBSERVADA E CORRIGIDA\* DE AIDS EM INDIVÍDUOS ADULTOS (13 ANOS E MAIS). BRASIL, 1990-2001



\* Corrigida pelo atraso na notificação.

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

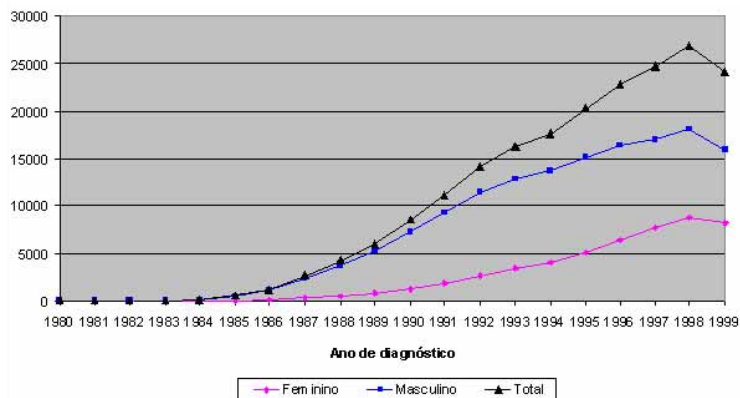
INDICADOR

INCIDÊNCIA DE AIDS EM INDIVÍDUOS ADULTOS (13 ANOS E MAIS)

ANO DE DIAGNÓSTICO	POR SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
1990	7306	1243	8549
1991	9265	1833	11098
1992	11446	2681	14127
1993	12765	3424	16189
1994	13631	3987	17618
1995	15156	5097	20253
1996	16378	6405	22783
1997	17054	7664	24718
1998	18099	8758	26857
1999	15956	8158	24114

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

INCIDÊNCIA DE AIDS NA POPULAÇÃO DE 13 ANOS E MAIS DE IDADE POR ANO DE DIAGNÓSTICO SEGUNDO SEXO. BRASIL 1980-1999



Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

INDICADOR

INCIDÊNCIA DE AÍDS EM INDIVÍDUOS ADULTOS (13 ANOS E MAIS)

ANO DE DIAGNÓSTICO	POR FAIXA ETÁRIA				TOTAL
	13-24 ANOS	25-34 ANOS	35-49 ANOS	50+ ANOS	
1990	1595	3646	2684	595	8520
1991	2019	5013	3317	718	11067
1992	2245	6524	4459	867	14095
1993	2395	7594	5087	1085	1616
1994	2377	8221	5816	1182	17596
1995	2464	9154	7091	1496	20205
1996	2578	10367	8145	1672	22762
1997	2887	10974	8956	1880	24697
1998	2984	11641	9994	2219	26838
1999	2605	9984	9372	2146	24107

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

INDICADOR

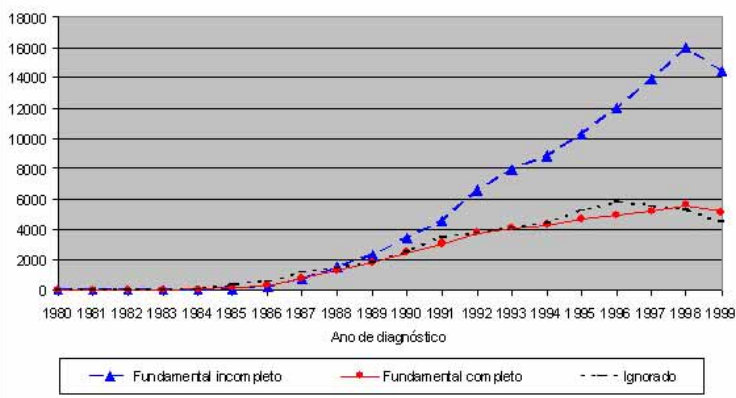
INCIDÊNCIA DE AÍDS EM INDIVÍDUOS ADULTOS (13 ANOS E MAIS)

ANO DE DIAGNÓSTICO	POR GRAU DE ESCOLARIDADE			TOTAL
	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	FUNDAMENTAL COMPLETO	IGNORADO	
1990	3470	2504	2575	8549
1991	4593	3044	3461	11098
1992	6583	3765	3779	14127
1993	7950	4134	4105	16189
1994	8845	4333	4440	17618
1995	10309	4722	5222	20253
1996	11982	4973	5828	22783
1997	13956	5227	5535	24718
1998	15973	5597	5287	26857
1999	14476	5136	4502	24114

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.



INCIDÊNCIA DE AIDS NA POPULAÇÃO DE 13 ANOS E MAIS DE IDADE POR GRAU DE ESCOLARIDADE. BRASIL, 1980-1999



Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003

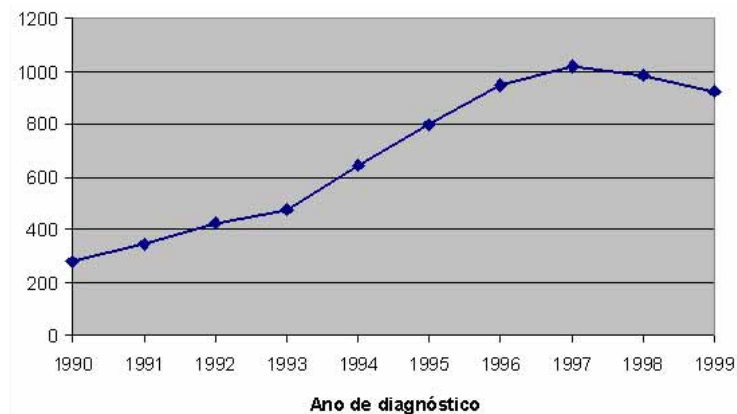
INDICADOR

INCIDÊNCIA DE AIDS EM CRIANÇAS COM MENOS DE 13 ANOS

ANO DE DIAGNÓSTICO	INCIDÊNCIA
1990	282
1991	349
1992	423
1993	478
1994	642
1995	801
1996	947
1997	1019
1998	986
1999	924

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

INCIDÊNCIA DE AIDS EM CRIANÇAS COM MENOS DE 13 ANOS. BRASIL, 1990-1999



Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

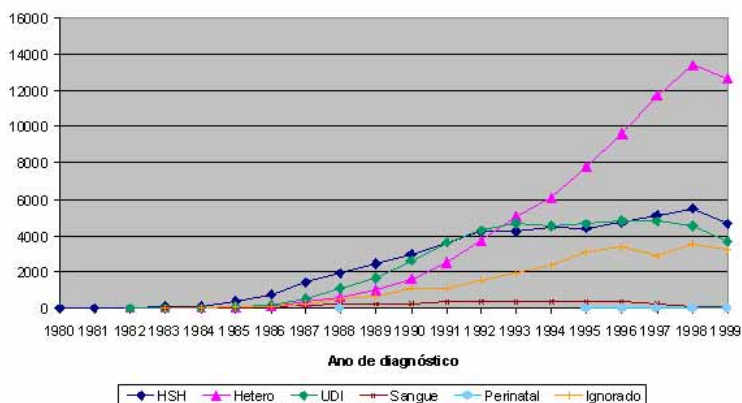
INDICADOR

INCIDÊNCIA DE AIDS POR CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO

ANO DE DIAGNÓSTICO	EM ADULTOS (13 ANOS E MAIS)					TOTAL
	HSH	HETEROSSEXUAL	UDI	SANGUE	IGNORADO	
1990	2987	1565	2596	270	1131	8549
1991	3604	2476	3602	302	1114	11098
1992	4245	3725	4279	321	1557	14127
1993	4235	5041	4638	342	1932	16188
1994	4468	6020	4510	299	2321	17618
1995	4417	7747	4630	337	3121	20253
1996	4704	9580	4803	350	3345	22782
1997	5094	11722	4780	252	2868	24718
1998	5437	13348	4508	86	3474	26856
1999	4631	12615	3634	59	3171	24113

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

## INCIDÊNCIA DE AIDS NA POPULAÇÃO DE 13 ANOS E MAIS DE IDADE SEGUNDO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO. BRASIL, 1980-1999



Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

### INDICADOR

#### INCIDÊNCIA DE AIDS POR CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO

ANO DE DIAGNÓSTICO	EM ADULTOS (13 ANOS E MAIS) DO SEXO MASCULINO					TOTAL
	HSH	HETEROSSEXUAL	UDI	SANGUE	IGNORADO	
1990	2987	787	2186	215	1131	7306
1991	3604	1259	3053	238	1111	9265
1992	4245	1842	3562	241	1556	11446
1993	4235	2489	3854	258	1928	12764
1994	4468	2855	3791	203	2314	13631
1995	4417	3456	3926	243	3114	15156
1996	4704	4136	3954	254	3329	16377
1997	5094	4955	3974	180	2850	17054
1998	5437	5422	3716	70	3453	18099
1999	4631	5130	2996	53	3142	15955

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

INDICADOR

INCIDÊNCIA DE AIDS POR CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO

ANO DE DIAGNÓSTICO	EM ADULTOS (13 ANOS E MAIS) DO SEXO FEMININO				TOTAL
	HETEROSSEXUAL	UDI	SANGUE	IGNORADO	
1990	778	410	55		1243
1991	1217	549	64	3	1833
1992	1883	717	80	1	2681
1993	2552	784	84	4	3424
1994	3165	719	96	7	3987
1995	4291	704	94	7	5097
1996	5444	849	96	16	6405
1997	6767	806	72	18	7664
1998	7926	792	16	21	8757
1999	7485	638	6	29	8158

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

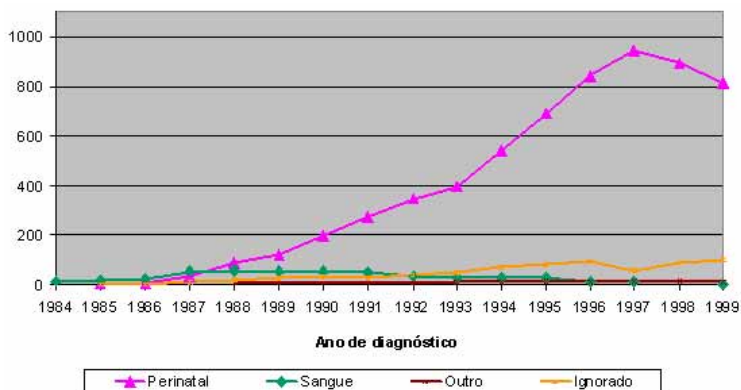
INDICADOR

INCIDÊNCIA DE AIDS POR CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO

ANO DE DIAGNÓSTICO	EM CRIANÇAS (MENORES DE 13 ANOS)				TOTAL
	PERINATAL	SANGUE	OUTRO	IGNORADO	
1990	197	51	3	31	282
1991	270	46	6	27	349
1992	346	32	6	39	423
1993	395	25	10	48	478
1994	540	27	8	67	642
1995	687	27	11	76	801
1996	839	9	10	90	948
1997	944	8	12	56	1020
1998	891	0	11	84	986
1999	817	2	9	96	924

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

INCIDÊNCIA DE AIDS EM CRIANÇAS MENORES DE 13 ANOS DE IDADE SEGUNDO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO. BRASIL, 1980-1999



Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

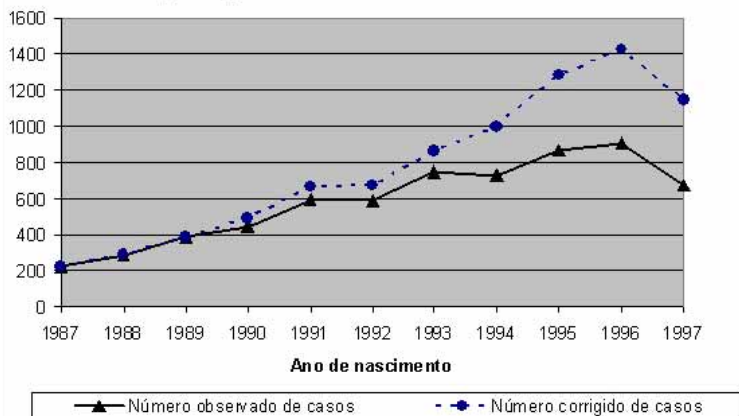
INDICADOR

INCIDÊNCIA DE CASOS DE AIDS ADQUIRIDA POR TRANSMISSÃO PERINATAL

ANO DE NASCIMENTO	OBSERVADA	CORRIGIDA PELO ATRASO DA NOTIFICAÇÃO
1990	449	484
1991	595	664
1992	589	671
1993	750	858
1994	727	999
1995	866	1285
1996	907	1430
1997	675	1150

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

**INCIDÊNCIA DE AIDS ADQUIRIDA POR TRANSMISSÃO VERTICAL E INCIDÊNCIA CORRIGIDA SEGUNDO ANO DE NASCIMENTO. BRASIL, 1987-1997**



Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

**INDICADOR**

**TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS (/100000) EM INDIVÍDUOS ADULTOS (13 ANOS E MAIS)**

ANO DE DIAGNÓSTICO	OBSERVADA	CORRIGIDA PELO ATRASO DA NOTIFICAÇÃO
1990	8,64	9,23
1991	10,85	11,55
1992	13,48	14,66
1993	15,09	16,82
1994	16,04	18,17
1995	18,01	20,31
1996	19,79	22,62
1997	20,97	24,38
1998	22,25	26,92
1999	19,51	24,17
2000	19,14	24,05
2001	17,55	23,11

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

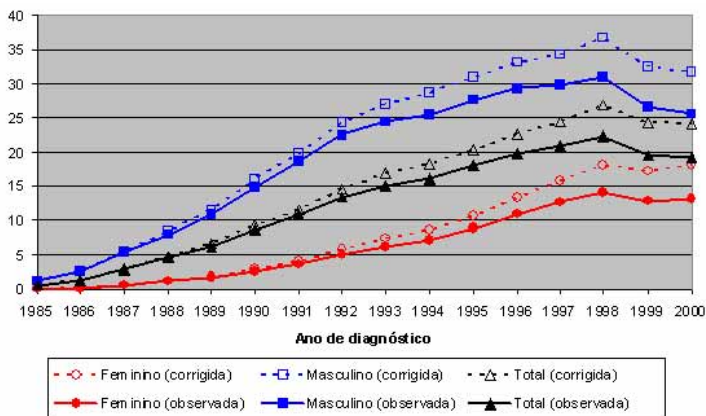
INDICADOR

TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS (/100000) EM INDIVÍDUOS ADULTOS (13 ANOS E MAIS)

ANO DE DIAGNÓSTICO	POR SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
1990	14,97	2,48	8,64
1991	18,56	3,50	10,85
1992	22,40	5,00	13,48
1993	24,41	6,23	15,09
1994	25,46	7,08	16,04
1995	27,66	8,84	18,01
1996	29,20	10,85	19,79
1997	29,70	12,68	20,97
1998	30,79	14,15	22,25
1999	26,51	12,87	19,51

Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

**TAXA DE INCIDÊNCIA (OBSERVADA E CORRIGIDA\*) DE AIDS (POR 100000 HABITANTES) DE 13 ANOS E MAIS DE IDADE POR SEXO E ANO DE DIAGNÓSTICO BRASIL, 1985 - 2000**

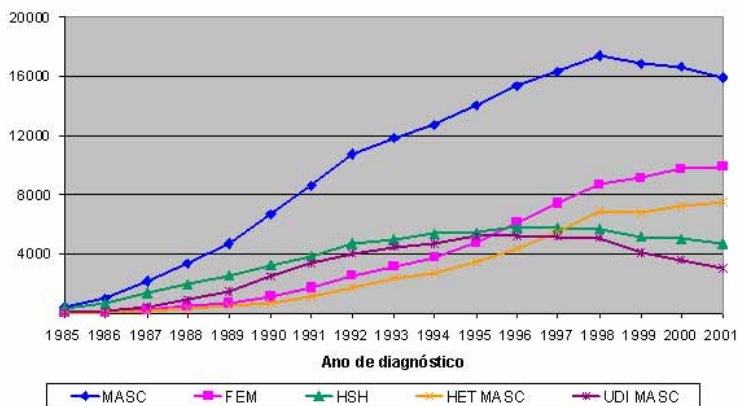


Corrigida pelo atraso na notificação.

Fonte: SINAN/Aids, casos notificados até dezembro de 2003

FIBGE

**INCIDÊNCIA DE CASOS NOTIFICADOS DE AIDS POR CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO E SEXO NA POPULAÇÃO DE 15 A 49 ANOS. BRASIL, 1985-2001**



Fonte: SINAN/Aids, casos notificados até dezembro de 2003

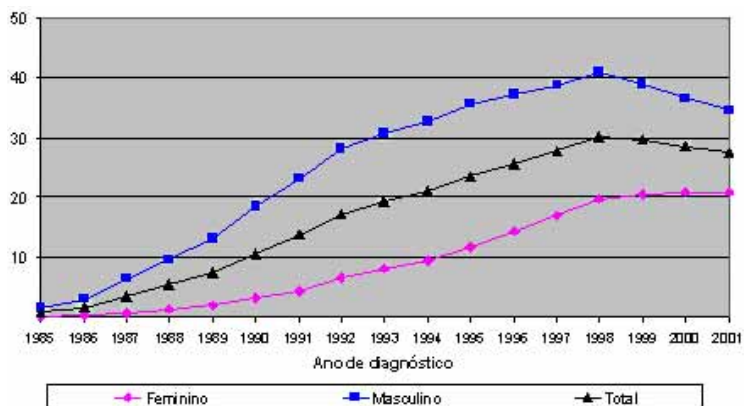
FIBGE



DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL (%) DOS CASOS ACUMULADOS NOTIFICADOS, DE AIDS DE 15 A 49 ANOS DE IDADE POR CATEGORIA E SEXO SEGUNDO O PERÍODO DE TEMPO. BRASIL, 1980-2001

PERÍODO	SEXO MASCULINO				SEXO FEMININO
	HSH	UDI	HET	TOTAL	
ATÉ 1985	76,0	12,7	2,9	95,9	4,1
ATÉ 1989	54,2	23,5	7,5	88,7	11,3
ATÉ 1994	37,8	28,5	12,3	81,6	18,4
ATÉ 1999	29,0	23,7	18,6	73,7	26,3
ATÉ 2001	26,8	21,4	20,6	71,4	28,6

TAXA DE INCIDÊNCIA CORRIGIDA\* DE AIDS (POR 100000 HABITANTES) NA POPULAÇÃO DE 15-49 ANOS DE IDADE POR SEXO. BRASIL, 1985-2001



Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

\* Corrigida pelo atraso na notificação.

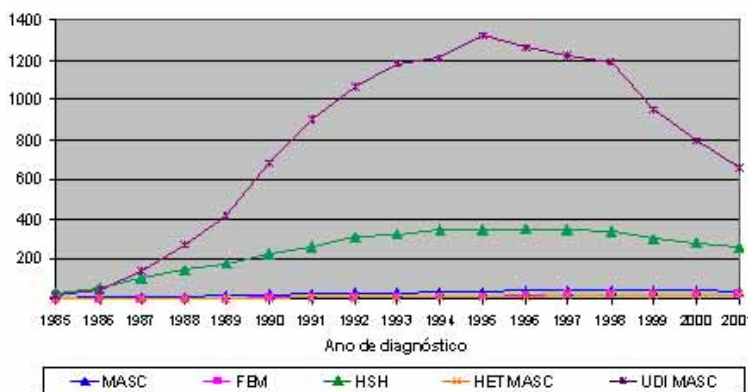
INDICADOR

TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM CRIANÇAS COM MENOS DE 13 ANOS

ANO DE DIAGNÓSTICO	INCIDÊNCIA
1990	0,69
1991	0,88
1992	1,09
1993	1,22
1994	1,65
1995	2,01
1996	2,41
1997	2,56
1998	2,45
1999	2,34

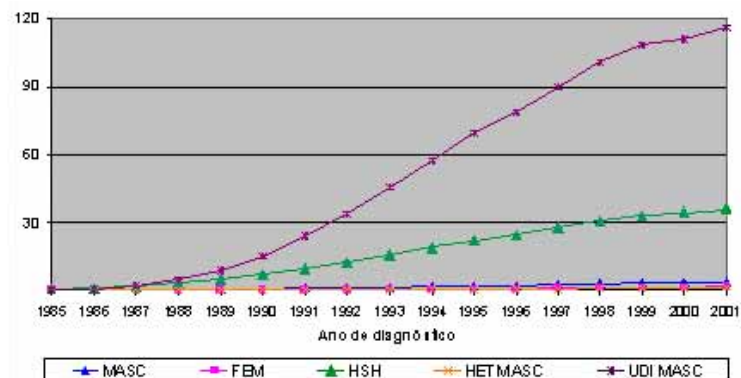
Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS (POR 100000) POR CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO E SEXO NA POPULAÇÃO DE 15 A 49 ANOS. BRASIL, 1985-2001



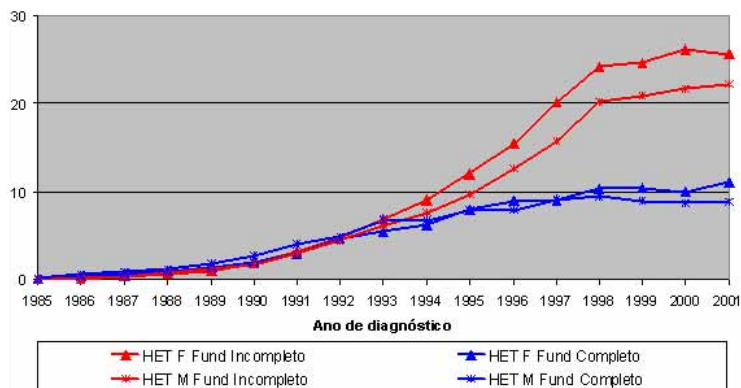
Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

TAXA DE INCIDÊNCIA ACUMULADA DE AIDS (POR 100000) POR CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO E SEXO NA POPULAÇÃO DE 15 A 49 ANOS. BRASIL, 1985-2001



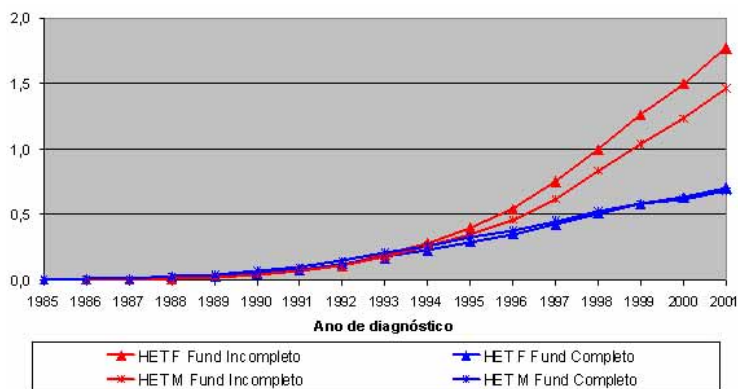
Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS (POR 100000) NA POPULAÇÃO HETEROSSEXUAL POR SEXO E GRAU DE ESCOLARIDADE. BRASIL, 1985-2001



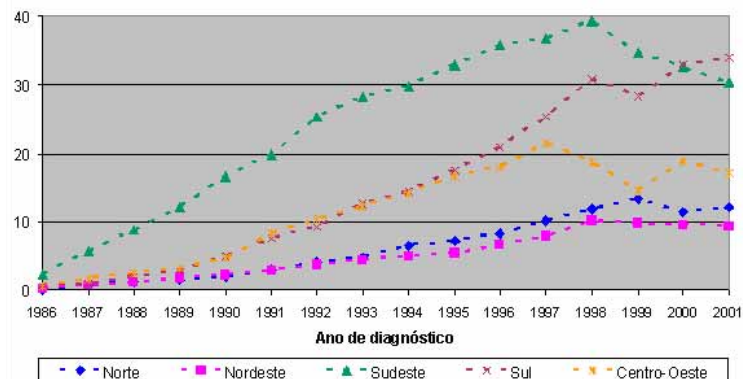
Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

TAXA DE INCIDÊNCIA ACUMULADA DE AIDS (POR 100000) NA POPULAÇÃO HETEROSEXUAL POR SEXO E GRAU DE ESCOLARIDADE. BRASIL, 1985-2001



Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

TAXA DE INCIDÊNCIA CORRIGIDA\* DE AIDS (POR 100000 HABITANTES) NA POPULAÇÃO DE 13 ANOS E MAIS DE IDADE POR GRANDE REGIÃO. BRASIL, 1986-2001.



Fonte: SINAN, casos notificados até dezembro de 2003.

\* Corrigida pelo atraso na notificação.

INDICADOR

TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM INDIVÍDUOS ADULTOS (13 ANOS E MAIS)

ANO DE DIAGNÓSTICO	POR CATEGORIA DE TAMANHO DO MUNICÍPIO		
	1- 50000 HAB	50001 - 500000 HAB	500001 E MAIS
1983	0,00	0,03	0,20
1984	0,01	0,08	0,59
1985	0,05	0,35	2,15
1986	0,12	0,93	4,06
1987	0,34	2,52	8,42
1988	0,52	4,06	13,22
1989	0,77	5,59	18,00
1990	1,24	8,31	24,30
1991	1,73	11,91	28,82
1992	2,40	15,16	35,54
1993	3,16	18,38	37,93
1994	4,04	19,97	39,48
1995	4,57	24,25	42,75
1996	5,48	24,94	46,09
1997	6,13	26,97	48,65
1998	7,30	29,86	49,57
1999	7,35	25,97	43,11
2000	7,33	25,81	38,11

Fontes: SINAN/Aids, casos notificados até dezembro de 2003; FIBGE.

INDICADOR	1996	1997	1998	1999	2000	2001
NÚMERO DE ÓBITOS POR AIDS	15017	12078	10767	10521	10727	10941
TAXA DE MORTALIDADE POR AIDS (/100000 HABITANTES)	9,56	7,56	6,65	6,42	6,32	6,35

Fonte: DATASUS, SIM.

## FONTES DE INFORMAÇÕES: GLOSSÁRIO

---

PARA A CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES DO MONITORAIDS FORAM UTILIZADAS AS SEGUINTE FONTES DE INFORMAÇÕES:

### I. SISTEMAS DE INFORMAÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS (PN DST/AIDS)

SINAN:

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO.

SINAN:  
Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

O SINAN contém informações sobre todos os agravos de notificação compulsória no Brasil, com o objetivo de fornecer dados para caracterizar o perfil de morbidade vigente. No caso particular da aids, as informações que alimentam o SINAN são provenientes das notificações de casos confirmados pela definição de caso de aids adotada no País <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/criterios/criterios.pdf>. O sistema contém informações epidemiológicas relevantes, que têm sido utilizadas para caracterizar a dinâmica temporal da epidemia de aids, assim como para subsidiar as ações de vigilância, prevenção e controle da doença no Brasil. Embora apresente problemas de atraso na notificação dos casos após o diagnóstico, o sistema tem sido bem monitorado desde o início da epidemia e contém informações de 1980 até o presente. A partir de 2000, o sistema tem mostrado problemas decorrentes da migração dos dados da base DOS para WINDOWS, tais como duplicidades de casos e alterações indevidas nas datas de

diagnóstico, notificação e digitação, mas providências têm sido tomadas para redução dos problemas.

#### SI-CTA:

#### SISTEMA DE INFORMAÇÃO DOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO.

SI-CTA:  
Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento.

Sistema de informações sobre os indivíduos que se dirigem aos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) para realização de teste de HIV. Teve seu início em 2002 e não inclui todos os CTA do Brasil. Traz informações relevantes sobre subgrupos populacionais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis. Requer, entretanto, cuidados no seu uso para a elaboração de indicadores de âmbito populacional, já que as informações referem-se a indivíduos, em geral, mais vulneráveis à infecção pelo HIV. No caso particular de gestantes que se testam em CTA, essas são consideradas como irregularidades do sistema, uma vez que os testes de HIV na gestação, solicitados no atendimento pré-natal, não são realizados, de forma rotineira, nos CTA.

SISCEL:  
Sistema de Controle de Exames Laboratoriais.

#### SISCEL:

#### SISTEMA DE CONTROLE DE EXAMES LABORATORIAIS.

Sistema de informações criado com o objetivo de monitorar os procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4/CD8 e quantificação da carga viral do HIV, para avaliação de indicação de tratamento e monitoramento de pacientes em terapia anti-retroviral (TARV). Traz informações relevantes sobre conta-

gem inicial de linfócitos T CD4, por ocasião de teste para avaliar indicação de tratamento, bem como número médio anual de exames por paciente em terapia anti-retroviral (TARV), entre outras.

SICLOM:

SISTEMA DE CONTROLE LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS.

Sistema de informações criado com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos anti-retrovirais. O sistema permite que o PN se mantenha atualizado em relação ao fornecimento de medicamentos aos pacientes em TARV, nas várias regiões do País. As informações são utilizadas para controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes de aids e uso de diferentes esquemas terapêuticos. O sistema foi desativado no ano de 2003, embora as fichas de dispensação de medicamentos continuem sendo preenchidas e coletadas pelo PN.

SICLOM:

Sistema de Controle Logístico de Medicamentos.

SIM:

Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde.

## II. OUTROS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

SIM:

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

O sistema foi criado em 1976, a partir da implantação do modelo padronizado da declaração de óbito (DO)



SINASC:  
Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.

em todo o território nacional. Justificado não só para o atendimento de exigências legais, o SIM tem o objetivo principal de fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade no País. Contém informações sobre o óbito, como a causa básica, data, local e município de ocorrência, assim como informações sobre o indivíduo que faleceu, tais como a idade, sexo, grau de escolaridade, ocupação e município de residência. As informações do SIM/MS são disponíveis para os anos de 1979 a 2001, no nível de município, no site do DATASUS do Ministério da Saúde [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Porém, um dos grandes problemas que ainda limitam as análises de mortalidade no Brasil é o sub-registro de óbitos, que tem magnitude expressiva, sobretudo, nas regiões Norte e Nordeste, com predomínio entre as crianças com menos de um ano de idade.

#### SINASC: SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS.

O sistema tem base na declaração de nascimento, documento cuja emissão é considerada obrigatória no serviço de saúde onde ocorreu o parto. Diferentemente do sistema de nascimentos do Registro Civil, cujo objetivo principal é a contagem do número de registros de nascimentos, o SINASC tem como propósito caracterizar as condições de nascimento, de acordo com alguns fatores como peso ao nascer, duração da gestação, tipo de parto, idade da mãe e paridade que, reconhecidamente, influenciam o estado de saúde da criança. Atualmente, o SINASC está implantado em todos os estados brasileiros, e as informações são divulgadas pelo site do DATASUS - Ministério da Saúde [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), sendo disponíveis por município até o ano de 2001. Em-

bora seja perceptível que a cobertura do SINASC esteja crescendo e que a qualidade da informação venha melhorando desde a sua implantação, sabe-se que a cobertura do sistema ainda não é completa. A comparação entre o número de nascimentos ocorridos nos hospitais do SUS e os declarados no SINASC mostra ainda deficiências na cobertura do SINASC em alguns estados do País, embora de menor magnitude que as apresentadas pelo SIM.

SIH/SUS:  
Sistema de Infor-  
mações Hospita-  
lares do SUS.

SIH/SUS:

SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS.

O sistema, gerido pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, fornece os dados sobre internações hospitalares do SUS. As unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniadas) enviam as informações das internações efetuadas pelo da AIH - Autorização de Internação Hospitalar, para os gestores municipais ou estaduais. Essas informações são processadas no DATASUS, gerando os créditos referentes aos serviços prestados e constituindo uma valiosa base de dados de morbidade hospitalar, que contém informações de grande parte das internações hospitalares realizadas no Brasil [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Entre suas limitações, citam-se: o cadastro é por internação e não por indivíduo, podendo-se ter várias internações do mesmo indivíduo em um determinado ano; o sistema não é universal, pois as internações em hospitais privados não são incluídas; a lógica do sistema é a de pagamento da internação, de forma que precauções devem ser tomadas ao analisar os dados do ponto de vista epidemiológico.

SIA/SUS:  
SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS.

SIA/SUS:  
Sistema de informações ambulatoriais do sus.

SIOPS:  
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Os dados disponíveis são gerados a partir das informações enviadas pelas secretarias municipais em gestão plena e secretarias estaduais de saúde. As bases de dados municipal e estadual são recebidas pelo DATA-SUS, que gera o banco de dados nacional SIA/SUS e disponibiliza informações sobre a rede ambulatorial do SUS, onde são obtidos dados sobre todas as unidades ambulatoriais prestadoras de serviço para o SUS. O sistema compreende informações sobre toda a produção ambulatorial, incluindo atendimentos médico e odontológico, aplicação de vacinas e realização de exames laboratoriais. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/def-tohtm.exe?sia/cnv/pauf.def>.

SIOPS:  
SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE.

O SIOPS tem como principal objetivo coletar e sistematizar as informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo. Em 1998, o sistema foi formalizado pelo Ministério da Saúde, que passou a coletar dados por planilhas eletrônicas. A partir desse ano, os dados transmitidos estão disponibilizados na Internet <http://siops.datasus.gov.br/siops.htm>, tanto no formato das planilhas informadas, quanto na forma de indicadores, permitindo comparações e agregações de dados das mais diversas formas, por municípios, por UF, por porte populacional, entre outras, de forma a fortalecer o controle social sobre o financiamento do SUS.

IDB:

INDICADORES E DADOS BÁSICOS PARA A SAÚDE.

O IDB é um sistema de indicadores, criado a partir de uma ação integrada da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs, desenvolvido por iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da OPAS, que reúne instituições representativas dos segmentos técnico-científicos diretamente envolvidos na produção e na análise de dados de interesse para a saúde no País. Seu propósito é subsidiar, com informações relevantes, os processos de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas de importância estratégica para o sistema de saúde brasileiro. A RIPSAs pressupõe compromissos de parceria permanente na produção e no uso de dados e informações necessárias para caracterizar o estado de saúde, o desempenho do sistema nacional de saúde e os fatores socioeconômicos que contextualizam a situação de saúde da população brasileira. Os indicadores estão disponíveis por Unidade da Federação e grandes regiões, de 1996 a 2003, no site do DATASUS <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/matriz.htm>.

IDB:  
Indicadores e Dados Básicos para a Saúde.

IBGE  
Informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

### III. OUTRAS BASES DE DADOS

IBGE

INFORMAÇÕES DO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

Vários indicadores, que estabelecem o contexto demográfico e socioeconômico em que ocorre a epidemia de aids no Brasil, foram construídos a partir das informações do Censo Demográfico de 2000, das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) e da Contagem da População, 1996. Essas informações estão disponíveis no site do IBGE <http://www.ibge.gov.br>

## DATAPREV

### INFORMAÇÕES DA EMPRESA DE PROCESSAMENTO DE DADOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL.

DATAPREV  
Informações da  
Empresa de Pro-  
cessamento de Da-  
dos da Previdência  
Social

Para a construção de indicadores relativos aos benefícios concedidos para aids foram utilizadas as informações da DATAPREV sobre benefícios, que consistem em prestações pecuniárias pagas pela Previdência Social aos segurados ou aos seus dependentes de forma a atender a cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada. Resultados de estudo especial destinado, especificamente, a analisar benefícios concedidos a pacientes de aids, encontram-se apresentados no PN DST/Aids, sob forma de relatório intitulado “Aspectos previdenciários da epidemia do HIV/aids no Brasil: uma análise da concessão de benefícios sociais no período 1990-2001”.

DEPEN  
Informações do  
Departamento Pe-  
nitenciário Na-  
cional.

## DEPEN

### INFORMAÇÕES DO DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL.

As informações do DEPEN foram utilizadas para obtenção de indicadores sobre a população encarcerada e são disponíveis no site [http://www.mj.gov.br/depn/sistema\\_brasil.htm](http://www.mj.gov.br/depn/sistema_brasil.htm).

## IV. ESTUDOS ESPECIAIS

Vários estudos realizados, no Brasil, com o apoio do PN de DST e Aids serviram, igualmente, como fontes de informações para a construção dos indicadores do MONITORAIDS. Citam-se, a seguir, os principais estudos:

PESQUISA COM A POPULAÇÃO SEXUALMENTE ATIVA - IBOPE, 2003.

Trata-se de inquérito com a população brasileira sexualmente ativa nos últimos 6 meses, com 14 anos e mais. A pesquisa foi realizada em janeiro de 2003. Foram realizadas 1.882 entrevistas das quais 1.298 foram com pessoas sexualmente ativas. A amostragem foi estratificada em dois estágios. Os estratos foram as Unidades da Federação com alocação proporcional à população com 14 anos ou mais. No primeiro estágio, os conglomerados selecionados foram os municípios dentro de cada UF e, no segundo estágio, os setores censitários dentro dos municípios selecionados no primeiro estágio. A população na faixa etária de 14 anos e mais foi a medida de tamanho usada para a seleção dos conglomerados com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT). Foram coletadas informações sobre: conhecimento sobre transmissão do HIV e outras DST; prevenção e controle de DST; práticas sexuais; e testagem de HIV. Os resultados estão disponíveis no site do PN DST/Aids <http://www.aids.gov.br>. A ampliação dessa pesquisa deu origem à Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira, realizada em 2004.

Pesquisa com a população sexualmente ativa IBOPE, 2003.

PCAP-BR, 2004: Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004.

PCAP-BR, 2004:

PESQUISA DE CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS NA POPULAÇÃO BRASILEIRA DE 15 A 54 ANOS, 2004.

Essa pesquisa faz parte de um projeto inter-institucional, desenvolvido pelo Programa Nacional de DST e Aids (PN DST/ Aids) do Ministério da Saúde, pelo Departamento de Informações em Saúde da Fundação

Oswaldo Cruz e pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos da América, direcionado à avaliação de desempenho do programa brasileiro de aids. O projeto consistiu na realização de inquéritos de base populacional no Brasil e nos sítios de excelência (municípios de Manaus, Campo Grande e Curitiba, e estados de Pernambuco e São Paulo) no ano de 2004, para investigação do conhecimento, práticas e comportamentos de vulnerabilidade relacionados à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis na população brasileira de 15 a 54 anos. O inquérito foi domiciliar, escolhendo-se um indivíduo apenas, em cada domicílio, para responder ao questionário. Foram selecionados 6.000 indivíduos, no Brasil, e 1.200 indivíduos, em cada sítio de excelência. Na pesquisa de âmbito nacional, a amostragem foi estratificada por macrorregião geográfica, tendo sido realizadas 900 entrevistas nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, 1.100 na Região Nordeste e 2.200 na Região Sudeste. Em cada uma das grandes regiões, a amostra foi realizada em múltiplos estágios: estados; setores censitários; e domicílios. Os setores, dentro de cada estado, foram selecionados com amostragem sistemática, com probabilidade proporcional ao tamanho. Dentro dos setores, a amostragem foi por cotas estipuladas por: situação conjugal (união estável ou não estável); faixa etária (15-24; 25-39; 40-54); sexo; e grau de escolaridade (fundamental incompleto; fundamental completo). O instrumento utilizado foi modular, incluindo as seguintes seções: condições socioeconômicas; conhecimento sobre transmissão do HIV e outras DST; prevenção e controle de DST; uso de drogas lícitas e ilícitas; práticas sexuais; e testagem de HIV. Os relatórios contendo os principais resultados das pesquisas (para o Brasil, macrorregiões geográficas e sítios de excelência) estão disponíveis no PN DST/Aids.

O projeto de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Exército, no Brasil, iniciou-se em 1996, integrando ações para conhecer e prevenir a infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis entre os militares e na população de conscritos do Exército do Brasil. Essa parceria resultou em diversas ações relacionadas ao controle das DST e aids e em algumas pesquisas de comportamento entre os conscritos, por ocasião de sua apresentação às Comissões Militares. Tendo em vista que os jovens se apresentam ao Exército, em geral, aos 18 anos de idade, as pesquisas com conscritos tiveram o objetivo de monitorar comportamentos de risco à infecção pelo HIV entre os adolescentes do sexo masculino. Realizadas, anualmente, durante o período 1996-2000, as pesquisas focalizaram objetos distintos ano a ano, visando ampliar cada vez mais o conhecimento sobre as práticas comportamentais dos jovens brasileiros. Além disso, parte do questionário foi repetida periodicamente para determinar mudanças relevantes de comportamento e monitorar as intervenções e ações preventivas nesse grupo populacional. Nos anos de 1998 e 2002, foram coletadas amostras de sangue para estimação da prevalência da infecção pelo HIV, possibilitando estabelecer os principais fatores de risco à infecção pelo HIV na população brasileira de jovens do sexo masculino. O relatório, contendo os principais resultados da pesquisa de 2002, encontra-se disponível para consulta no PN DST/Aids.

Estudos com Conscritos do Exército do Brasil.



CEBRAP

Pesquisa de Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/Aids, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.

Os resultados das pesquisas realizadas entre 1996 e 2000 encontram-se sumarizados nas seguintes publicações:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Pesquisa entre os Conscritos do Exército Brasileiro, 1996-2000: Retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV. Série Estudos Pesquisas e Avaliação no 2. Brasília, Ministério da Saúde, CN-DST/Aids, 2002.

Szwarcwald, CL; Castilho, EA; Barbosa, A; Gomes, MRO; Costa, EAMM; Malleta, BV; Carvalho, RFM; Oliveira, SR; & Chequer, P. Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV, segundo diferenciais socioeconômicos. Cadernos de Saúde Pública 16(sup.1): 113-128, 2000.

Carvalho MF. Avaliação do Uso do Preservativo, segundo a Experiência com Drogas Lícitas e Ilícitas com Conscritos do Exército Brasileiro e Regiões Metropolitanas selecionadas e Distrito Federal. Boletim Epidemiológico DST/AIDS. Ano XIV nº 01. Brasília: 2001

CEBRAP

PESQUISA DE COMPORTAMENTO SEXUAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E PERCEPÇÕES DO HIV/AIDS, CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO:

Essa pesquisa foi realizada em 1998, por meio de inquérito domiciliar de âmbito nacional, em projeto de cooperação entre o CEBRAP e o PN DST/Aids para suprir informações sobre práticas sexuais da população brasileira. Conduzida pelo CEBRAP, por solicitação do

PN, a pesquisa teve como objetivo geral identificar representações, comportamentos, atitudes e práticas sexuais da população brasileira, bem como conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV, com vistas em estabelecer estratégias de intervenções preventivas das infecções sexualmente transmissíveis. Sua principal limitação é que a pesquisa foi realizada em 1998, e os resultados podem estar refletindo uma situação passada de comportamento da população. Entretanto, quando comparados aos dados obtidos mais recentemente (por exemplo, PCAP-BR, 2004), são de grande relevância para estabelecer mudanças de comportamento ao longo do tempo e monitorar as ações preventivas. Os principais resultados da pesquisa do CEBRAP foram apresentados na seguinte publicação:

PMS:  
Pesquisa Mundial  
de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/Aids. Série Avaliação Nº. 4, PN DST/Aids, Brasília, 2000.

PMS:

PESQUISA MUNDIAL DE SAÚDE.

Como parte de um projeto desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) dirigido à avaliação de desempenho dos sistemas de saúde dos países membros, no ano de 2003, a Pesquisa Mundial de Saúde - inquérito em 5000 indivíduos com 18 anos e mais de idade - foi realizada no Brasil, sob a responsabilidade da Fundação Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde (FIOCRUZ, MS). A pesquisa objetivou estabelecer parâmetros consistentes para avaliar o estado de saúde da população e suas desigualdades, bem como ava-

liar a resposta do sistema nacional de saúde segundo as expectativas da população usuária. Foram selecionados 5000 indivíduos por amostragem probabilística em dois estágios. No primeiro, foram selecionados 250 setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho. Situação (urbano ou rural) e tamanho do município estratificaram explicitamente as unidades primárias de seleção, enquanto a renda média dos responsáveis dos domicílios do setor foi utilizada para estratificação implícita. O questionário utilizado foi modular, abordando-se os seguintes aspectos: condições socioeconômicas; descrição do estado de saúde; fatores de risco (fumo, álcool, atividade física, nutrição, fatores ambientais); alguns problemas de saúde (situações crônicas – diagnóstico, tratamento e uso de medicamentos; situações agudas - assistência); cobertura de programas de saúde como saúde bucal, assistência pré-natal e saúde materno-infantil; avaliação da resposta do sistema de saúde do ponto de vista do usuário; gastos relativos das famílias em saúde, incluindo planos de saúde privados. Os principais resultados da Pesquisa Mundial de Saúde estão apresentados no site [http://www.fiocruz.br/ccs/novidades/mai04/pesquisa2\\_gab.htm](http://www.fiocruz.br/ccs/novidades/mai04/pesquisa2_gab.htm) e na seguinte publicação: Szwarcwald CL, Viacava F et al. Pesquisa Mundial de Saúde, 2003: O Brasil em números. RADIS, no 23. FIOCRUZ, 2004 [http://www.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis\\_23.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis_23.pdf).

#### ESTUDOS DE ADERÊNCIA À TERAPIA ANTI-RETROVIRAL:

Esse tipo de estudo vem sendo conduzido pelo grupo QUALIAIDS, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo (USP), SP, grupo multi-

disciplinar formado por professores e profissionais de saúde que atuam em pesquisa e treinamento na área de avaliação e monitoramento de programas de aids desde 1998. Em 2002, em projeto de cooperação com o PN DST/Aids, foi conduzido estudo dedicado a avaliar a aderência à terapia anti-retroviral, em âmbito nacional. Foi selecionada uma amostra de 1972 pacientes adultos em TARV, em 60 estabelecimentos públicos de saúde que oferecem tratamento a pacientes de aids em 7 estados brasileiros (São Paulo, Rio de Janeiro; Rio Grande do Sul; Mato Grosso do Sul; Ceará, Maranhão; Pará). Com cada participante, foi realizada entrevista para obtenção de informações sociodemográficas e epidemiológicas; características do estabelecimento de saúde provedor do medicamento; e informações sobre o tratamento, como duração e esquema terapêutico. Como medida de aderência, considerou-se o uso de pelo menos 95% das pílulas prescritas nos três dias anteriores à entrevista realizada com os participantes. Os principais resultados são disponíveis na seguinte publicação:

Nemes MI, Carvalho HB, Souza MF. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. AIDS, Suppl 3:S15-20, 2004.

#### ESTUDO-SENTINELA PARTURIENTE, PN DST/Aids.

Entre os projetos que vêm sendo desenvolvidos pelo PN DST/Aids para avaliar, de forma continuada, a prevalência da infecção pelo HIV, destaca-se o projeto “Vigilância do HIV por Rede-Sentinel Nacional”. Proposto originalmente pela Organização Mundial da Saúde, se refere à coleta sistemática de dados por meio de estudos transversais repetidos, periodicamente, para estabelecer as tendências espaço-temporais da infecção

por HIV em determinados subgrupos populacionais, denominados de “Populações Sentinela”. A implantação do projeto de Vigilância Sentinela do HIV, no Brasil, teve início em 1992. Após a implantação progressiva do projeto nas distintas regiões brasileiras e a avaliação das dificuldades metodológicas e operacionais, a partir de 1997, o projeto foi realizado por meio de estudos transversais, repetidos duas vezes ao ano, em três grupos-sentinela: pacientes atendidos em clínicas de DST, usuários de serviços de pronto-socorro e parturientes atendidas em estabelecimentos públicos de saúde. A partir de 2000, o único estudo que teve continuidade foi o estudo no grupo-sentinela das parturientes, por ser considerado o grupo com taxa de prevalência mais parecida à apresentada pela população geral feminina. No entanto, após revisão da metodologia aplicada no período 1997-99 para a coleta das informações, concluiu-se que a amostragem não probabilística dos estabelecimentos de saúde (que se ofereciam para participar da pesquisa de forma voluntária) trazia restrições importantes para a estimação da prevalência da infecção pelo HIV, em âmbito nacional. No período de 2000-2004, o estudo foi bienal, utilizando-se amostragem probabilística para a seleção das parturientes e dos estabelecimentos de saúde (sítios-sentinela). A amostragem foi realizada em dois estágios, selecionando-se no primeiro estágio os municípios, estratificados por porte populacional com alocação proporcional, e no segundo estágio, 150 estabelecimentos de saúde, com probabilidade proporcional ao tamanho, estabelecido pelo número de partos realizados naquele estabelecimento no ano anterior à pesquisa. Em cada maternidade, foram selecionadas 100 parturientes de maneira aleatória, por ocasião da internação para o parto. Em 2002 e 2004, o estudo incluiu entrevista com a parturiente, contendo informações sobre grau de escolarida-

de e solicitação de teste de HIV no pré-natal e recebimento de resultado antes do parto. Os principais resultados dos estudos Sentinela Parturiente, realizados, respectivamente, nos anos de 1998, 2000 e 2004, encontram-se nas seguintes publicações:

Szwarcwald CL, Castilho EA. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. Cadernos de Saúde Pública, vol.16, suppl.1, p.135-141, 2000.

Szwarcwald CL, Carvalho MF. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2000. Boletim Epidemiológico DST/AIDS. Ano XIV nº 01. Brasília: 2001

Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa-Júnior A, Carvalho MF e Castilho EA. Detecção da infecção pelo HIV durante a gestação: resultados do Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. Revista de Saúde Pública, v. 38, n.6, São Paulo, 2004.

Protocolo Colaborativo Multicêntrico Brasileiro para Avaliar as Taxas de Transmissão Materno-Infantil do HIV.

#### PROTOCOLO COLABORATIVO MULTICÊNTRICO BRASILEIRO PARA AVALIAR AS TAXAS DE TRANSMISSÃO MATERNO-INFANTIL DO HIV.

Projeto sob a responsabilidade da Sociedade Brasileira de Pediatria, com o apoio do PN DST/Aids, para avaliar as taxas de transmissão materno-infantil do HIV em filhos de mulheres com diagnóstico da infecção pelo HIV realizado antes, durante ou até três meses após o parto. O projeto foi realizado no período 2002-03, com a participação de 21 Unidades da Federação, abrangendo, aproximadamente, 70 serviços inscritos e 3.700 casos recebidos para análise. Os dados ainda não foram publicados, mas uma apresentação dos prin-

cipais resultados está disponível para consulta no PN DST/Aids.

#### PROJETO AJUDE – BRASIL.

Projeto Ajude  
Brasil.

O Projeto Ajude compreendeu pesquisas que fizeram parte do estudo multicêntrico da Organização Mundial de Saúde entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Foram apoiados pelo PN DST e AIDS para realizar uma investigação epidemiológica nesse subgrupo populacional e avaliar o impacto do programa de redução de danos. As pesquisas foram desenvolvidas em três períodos de tempo (1992-1993; 1994-1996; 1999), em três regiões do Brasil: Salvador (Bahia), Baixada Santista (São Paulo) e Rio de Janeiro (Rio de Janeiro). Foram coletados dados sociodemográficos, informações sobre consumo de drogas, compartilhamento de seringas e comportamento sexual. Estimou-se, igualmente, a prevalência de HIV e hepatite B e C. Além do conhecimento adquirido com os usuários de drogas injetáveis, a pesquisa abrangeu consumidores de outras substâncias por vias que não a injetável, além de seus parceiros e amigos. Os resultados das pesquisas estão apresentadas nas seguintes publicações:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Projeto Ajude-Brasil: Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos projetos de redução de danos apoiados pela CN-DST/AIDS . Série Avaliação no 6, Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à epidemia

de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 Anos de Pesquisa e Redução de Danos. Série Avaliação no 8, Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

#### ESTUDOS COMPORTAMENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS ENTRE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH):

Projetos Bela Vista e Horizonte.

Com o objetivo de estudar a epidemia entre o grupo dos homens que fazem sexo com homens (HSH), conhecer quais são as práticas sexuais desta parcela da população, sua percepção sobre DST e aids, e monitorar o impacto da resposta do programa de aids à epidemia nesse grupo, foram elaborados projetos de pesquisa em três capitais do País, a saber, Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte. Dirigidos à realização de ensaios clínicos e testes de vacinas anti-HIV nesse grupo, esses estudos fazem parte de um esforço mundial promovido pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para a Aids (UNAIDS). Os resultados de dois desses estudos - Projeto Bela Vista, de São Paulo, e Projeto Horizonte, de Belo Horizonte, foram apresentados na seguinte publicação:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Bela Vista e Horizonte: Estudos comportamentais e epidemiológicos entre homens que fazem sexo com homens. Série Avaliação no 5, Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

Estudos comportamentais e epidemiológicos entre homens que fazem sexo com homens (HSH).

Avaliação da Efectividade das Ações de Prevenção Dirigidas às Profissionais do Sexo, em Três Regiões Brasileiras, NESP, UnB.



## AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DIRIGIDAS ÀS PROFISSIONAIS DO SEXO, EM TRÊS REGIÕES BRASILEIRAS, NESP, UNB.

Avaliação da Efetividade das Ações de Prevenção Dirigidas às Profissionais do Sexo, em Três Regiões Brasileiras, NESP, UnB.

O estudo foi conduzido pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília, em cooperação com o PN DST/Aids, com o objetivo de dimensionar e qualificar o resultado das ações de informação, educação e comunicação em saúde, implementadas por organizações governamentais e não-governamentais, direcionadas a profissionais do sexo, em termos da redução da incidência da infecção pelo HIV e outras DST, bem como da adoção de práticas comportamentais seguras. Foram avaliados oito projetos de intervenção educativa sobre DST/aids voltados para mulheres profissionais do sexo de três regiões brasileiras – Nordeste, Sudeste e Sul. O estudo foi realizado em dois grupos – um, que recebeu intervenção educativa, e o outro, que não recebeu qualquer intervenção sobre DST/aids. Participaram do estudo 2.712 mulheres, sendo 1.399 do grupo que recebeu a intervenção educativa e 1.313 do grupo sem intervenção. Para a avaliação das ações de prevenção, foram coletadas informações relacionadas a práticas de sexo protegido nos últimos seis meses, bem como foram elaborados indicadores de acesso a serviços de saúde, como a proporção de mulheres que já realizaram o teste para a detecção do HIV e a proporção de mulheres que realizaram exame preventivo ginecológico no último ano; indicadores de comportamento de risco, como o uso de drogas injetáveis; indicadores de conhecimento sobre a transmissão do HIV; e a ocorrência referida de alguma doença sexualmente transmissível nos últimos seis meses. Foram estimadas ainda as taxas de prevalência para o HIV, sífilis e hepatites B e C em cada um dos grupos. Os principais resultados estão apresentados na seguinte publicação:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Avaliação da Efetividade das ações de Prevenção dirigidas às Profissionais do Sexo, em Três Regiões Brasileiras. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, nº7, Ministério da Saúde, 2004.

Contas em DST e aids.

Levantamento Nacional Sobre Prevenção de DST/AIDS e de uso Indevido de Drogas em Escolas.

## CONTAS EM DST E AIDS.

Esse estudo descreve a metodologia utilizada para estimar os gastos com prevenção e tratamento da aids. As estimativas incluem: os gastos custeados pelo Ministério da Saúde, englobando os dispêndios realizados pelo Programa Nacional de DST e Aids - que conta com o suporte de recursos de organismos internacionais, como também outros dispêndios no custeio de atendimento ambulatorial e hospitalar, distribuição de medicamentos (anti-retrovirais e para infecções oportunistas) e financiamento de exames para triagem de sangue utilizado em transfusões; os gastos de estados e municípios, universidades e outros órgãos governamentais e não-governamentais; gastos de empresas; e gasto direto das famílias. A metodologia utilizada para consolidação de dados é apresentada na seguinte publicação:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Gasto público federal em 1997 e 1998 e estimativa do gasto nacional em 1998. Série Avaliação no 2, Brasília, Ministério da Saúde, 2000. <http://www.aids.gov.br>

## LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE PREVENÇÃO DE DST/AIDS E DE USO INDEVIDO DE DROGAS EM ESCOLAS.

Estudos de sobrevivência de Aids.

Trata-se de estudo feito por levantamento por amostragem, em escolas, que aborda o conjunto das ações de prevenção de DST e aids e uso indevido de drogas nas escolas brasileiras de ensino fundamental e médio. O levantamento foi realizado entre os meses de novembro/ dezembro de 1999 e foram ouvidas, por telefone, pela equipe do Disque Saúde/ Pergunte Aids do Ministério da Saúde, 2.186 escolas. Os principais resultados estão apresentados na seguinte publicação:

Rua MG, Abramovay M. Avaliação das ações de prevenção às DST/aids e de uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras. UNESCO, Brasília, 2001.

### ESTUDOS DE SOBREVIVÊNCIA DE AIDS.

Esses estudos são pesquisas apoiadas pelo PN, feitas por amostragem com base nas informações do SINAN, para estimar a sobrevivência dos casos de aids, adultos e crianças. O primeiro estudo estimou a sobrevivência para casos adultos de aids notificados no período 1982-89. No segundo estudo, também para adultos, foram analisados casos notificados em 1995-1996, permitindo mensurar o impacto da terapia ARV. Foram realizadas comparações da sobrevivência mediana quanto às características sociodemográficas, categoria de exposição, ano de diagnóstico, doença oportunista, utilização de terapia ARV e esquema terapêutico. Um outro estudo foi dedicado a analisar a sobrevivência em casos de aids em

crianças em menores de 13 anos, no período de 1983 a 1998, com seguimento até 2000, mostrando-se grande aumento na sobrevivência em crianças. Os resultados podem ser encontrados nas seguintes publicações:

Chequer P, Hearst N, Hudes ES, Castilho E, Rutherford G, Loures L, Rodrigues L. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. *AIDS*, 6(5):483-7, 1992.

Outras  
Publicações

Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa-Júnior A, Chequer P, Teixeira PR, Hearst N. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 17(11):1675-82, 2003.

Marins JRP, Jamal LF, Chen SY, Hudes ES, Barbosa-Junior A, Barros MBA, Chequer P, Teixeira PR e Hearst N. Sobrevivência atual dos pacientes com aids no Brasil. Evidência dos resultados de um esforço nacional. *Boletim Epidemiológico DST e Aids*. Ano XV nº 02. Brasília: 2002.

Matida LH, Marcopito LF. Aumento do tempo de sobrevivência das crianças com aids-Brasil. *Boletim Epidemiológico DST e Aids*. Ano XV nº 02. Brasília: 2002.

## V. OUTRAS PUBLICAÇÕES

Além das informações coletadas, diretamente, nas distintas unidades do PN, algumas publicações supriram também informações para a construção dos indicadores do MONITORAIS, tais como:

Guimaraes MD, Munoz A, Boschi-Pinto C, Castilho EA. HIV infection among female partners of seropositive men in Brazil. Rio de Janeiro Heterosexual Study Group. *American Journal of Epidemiology*, 142(5):538-47, 1995.

Turchi MD, Diaz RS, Martelli CM, Sabino EC, Da Silva WP, Filho OF, Laranjeira RR, Busch MP, Castelo A. Genetic diversity and HIV-1 incidence estimation among cocaine users in São Paulo, Brazil. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome* 30(5):527-32, 2002.

Tess BH, Rodrigues LC, Newell ML, Dunn DT, Lago TD. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil. Sao Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. *AIDS*, 12(5):513-20, 1998.

# SITUAÇÃO DA AIDS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO

---

Introdução

CÉLIA LANDMANN SZWARCWALD<sup>1</sup>, ARISTIDES BARBOSA JÚNIOR<sup>2</sup>, PAULO ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR<sup>1</sup>, ANA ROBERTA PASCOM<sup>2</sup> E MARIA ÂNGELA ESTEVES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Informações em Saúde, CICT, Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>2</sup>Unidade de Avaliação, Programa Nacional de DST e Aids.

## 1. INTRODUÇÃO

Os primeiros casos de aids, no Brasil, surgiram no início da década de 1980, concentrados inicialmente nas grandes metrópoles localizadas nas regiões Sudeste e Sul, principalmente no eixo Rio de Janeiro - São Paulo, e restritos a alguns grupos populacionais, como os homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e os receptores de sangue e hemoderivados.

A segunda fase da epidemia abrangeu o período do final dos anos 80 e início dos anos 90, e foi caracterizada pelo aumento do número e proporção dos casos entre usuários de drogas injetáveis (UDI), bem como pelo início do aumento dos casos pela transmissão heterossexual, principalmente entre parceiras de UDI do sexo masculino. Embora ainda atingindo, basicamente, as regiões metropolitanas e cidades de tamanho médio (200 a 500 mil habitantes), a epidemia se expandiu para todos os estados brasileiros e o número de casos notificados aumentou rapidamente. Foi nessa fase que a epidemia apresentou a maior velocidade de crescimento.

Posteriormente a 1993, a epidemia se caracterizou pelo aumento da transmissão heterossexual do HIV, apresentando pronunciado crescimento entre as mulheres e uma grande expansão geográfica, atingindo os municípios de menor porte e as regiões Norte e Nordeste com maior intensidade. Como conseqüência importante da disseminação da epidemia entre as mulheres, o número de crianças infectadas pela transmissão vertical do HIV aumentou substancialmente.

Aprovada por decreto de lei em 1996, a distribuição dos medicamentos anti-retrovirais, (ARV) necessários aos pacientes de aids, de maneira gratuita e universal, por meio do Sistema Único de Saúde, constituiu outro fato marcante na história da epidemia de aids no Brasil. Após o início da terapia anti-retroviral, em caráter universal, ocorre não só o aumento substancial na sobrevida dos pacientes com aids, mas também a diminuição expressiva das hospitalizações.

Em anos recentes, há também uma política de encorajamento à população geral a aceitar a testagem periódica do HIV, sobretudo, entre as mulheres, introduzindo-se a solicitação do teste de HIV como procedimento rotineiro no atendimento pré-natal. Todos os testes laboratoriais necessários para o acompanhamento dos pacientes de aids, bem como os testes para detecção do HIV, são também disponíveis, de forma gratuita, na rede pública de saúde.

Com o objetivo de monitorar as ações programáticas dirigidas à prevenção e ao controle da epidemia de HIV/aids no Brasil, em 2004, por iniciativa conjunta do Programa Nacional de DST e Aids (PN DST/Aids), do Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica (DIS/CICT) da Fundação Oswaldo Cruz e dos Centers for Disease Control and Prevention, Global Aids Program Bra-

zil (CDC/GAP-Brazil), é consolidado um sistema de monitoramento de indicadores – MONITORAIDS, de consulta on-line ([www.aids.gov.br/monitoraids](http://www.aids.gov.br/monitoraids)).

No presente trabalho, avalia-se a resposta brasileira à epidemia da aids, por meio dos indicadores divulgados no MONITORAIDS. Com a análise, pretende-se subsidiar as intervenções e a formulação de políticas públicas, otimizando a sua implementação do ponto de vista do Programa Nacional, dos estados, municípios, e segmentos populacionais a serem atendidos pelas ações preventivas e de assistência de forma mais efetiva.

## 2. O CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

O Brasil tem uma área territorial de 8,5 milhões km<sup>2</sup> e população aproximada de 170 milhões, compreendendo o Distrito Federal, sede do governo, e 26 estados, subdivididos em 5.560 municípios, dos quais somente 249 têm mais de 100.000 habitantes, mas agregam quase 50% da população ([www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)).

O País é política e geograficamente dividido em cinco regiões distintas, que possuem diferentes aspectos físicos, demográficos e socioeconômicos. A região Norte, composta por 7 estados, ocupa 45% do território brasileiro, mas tem pouca representatividade populacional (8%), por ter sua área abrangendo, predominantemente, a bacia do Rio Amazonas. A região Nordeste compõe-se de nove estados e ocupa 18% do território nacional, com 27% da população brasileira. Juntamente com a região Norte, são as que apresentam os piores níveis de desenvolvimento socioeconômico. A Sudeste, região de maior importância econômica e que concentra 44% da população, é formada por quatro esta-

dos, dentre eles, São Paulo e Rio de Janeiro, que têm as maiores taxas de densidade demográfica do País. A região Sul possui a menor área territorial e apenas três estados, representando 14% da população total. Caracteriza-se pelo clima temperado e pelo melhor nível de educação de sua população. A região Centro-Oeste, compreendendo o Planalto Central brasileiro, é formada por três estados, sendo sede também do Distrito Federal. Em termos relativos, essa região apresenta nível intermediário de desenvolvimento socioeconômico, mas o seu ritmo acelerado de desenvolvimento, nas últimas décadas, a tem aproximado das regiões Sul e Sudeste, estabelecendo uma distância ainda maior do Centro-Sul com o Norte-Nordeste.

A taxa de crescimento da população brasileira tem apresentado redução anual, em consequência à queda de fecundidade total, que decresceu de 2,40 filhos por mulher em idade fértil, em 1997, a 2,18, em 2001. O Brasil tem, hoje, 30% de jovens de 10 a 24 anos e 54% da população na faixa etária reprodutiva de 15 a 49 anos (Relatório Brasil, Seção I).

A mortalidade infantil mostra tendência de declínio, embora ainda tenha um patamar alto, de 27 por 1000 nascidos vivos, quando comparada aos países vizinhos da América Latina. A esperança de vida ao nascer é de 68,8 anos, mostrando, porém, poucos acréscimos nos últimos anos, como reflexo do aumento da mortalidade em adultos jovens, sobretudo por causas violentas (Relatório Brasil, Seção I).

No que diz respeito à classificação do Brasil por meio do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o País tem uma posição intermediária ([www.pnud.org.br](http://www.pnud.org.br)). Com 24% da população economicamente ativa em estado de pobreza, o Brasil apresenta um quadro de extrema desigualdade na distribuição de renda, onde a



renda dos 20% mais ricos é 27 vezes a renda dos 20% mais pobres (Relatório Brasil, Seção I). Quanto à situação de educação, embora o País tenha mostrado alguns avanços nos últimos anos, como o grande decréscimo na taxa de analfabetismo entre adolescentes, alguns problemas são persistentes: mais da metade da população de 15 a 49 anos não completou o ensino fundamental (Relatório Brasil, Seção I).

### 3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A política nacional de saúde está fundamentada na Constituição Federal de 1988, que fixou os princípios e diretrizes para a atenção à saúde no País, prestada por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema, regulamentado em 1990, tem como princípio básico o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integradas em uma rede regionalizada e hierarquizada de prestação de serviços, sob a responsabilidade dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Em caráter complementar, situam-se os serviços de saúde privados, que prestam assistência à saúde da população mediante pagamento direto ou por meio dos planos de saúde (OPAS, 2001).

Entretanto, apesar do seu caráter universal, o SUS carece, ainda hoje, de mecanismos, de fato, eficientes, de modo a fazer com que determinados serviços, disponíveis em municípios de maior porte, possam se tornar também acessíveis à população residente em municípios de menor porte e de pior nível socioeconômico. Na década de 90, as políticas de saúde foram redirecionadas, visando ao aumento da eficiência por meio da

promoção da descentralização, investindo-se, particularmente, nas ações básicas de saúde, em estratégia dirigida à superação da exclusão social (OPAS, 2001).

Apesar dos esforços na redução das desigualdades, o Brasil apresenta um perfil nosológico misto, onde as doenças dos países desenvolvidos, como as doenças cardiovasculares e os cânceres co-existem com aquelas típicas das sociedades em desenvolvimento, como as doenças diarreicas e infecciosas respiratórias agudas. Em padrão que obedece a sua enorme heterogeneidade regional (Relatório Brasil, Seção I), a mortalidade infantil tem uma larga amplitude de variação, apresentando taxas inferiores a 10 por 1.000 nascidos vivos, em alguns municípios localizados no Sul e Sudeste, e valores maiores do que 50 por 1000 NV, em áreas do Nordeste, onde as crianças são ainda freqüentemente enterradas em cemitérios não-oficiais ou nos quintais de suas casas.

As desigualdades regionais de acesso ao sistema de saúde são percebidas, da mesma forma, pela grande proporção de gestantes com menos de 7 consultas de pré-natal (número mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde) e pela baixa cobertura de exame ginecológico regular em mulheres de 15 a 54 anos, que não atinge 70% (Relatório Brasil, Seção I e Seção II.9).

Estimativas efetuadas para o gasto total com saúde no período 2000-2002 indicam tendência de aumento, com importantes acréscimos no gasto total estimado per capita, segundo o valor médio do dólar em cada ano do período (Relatório Brasil, Seção I). No gasto do Ministério da Saúde, a maior parcela destina-se à assistência médico-sanitária, que inclui os recursos destinados aos serviços ambulatoriais e hospitalares. O número aproximado de internações pagas pelo SUS, por ano, é de um milhão e 200 mil, o custo médio da internação

de 500 reais, e o tempo médio de permanência é de 6 dias (Relatório Brasil, Seção I).

No que diz respeito à alocação geográfica dos recursos financeiros do MS, a comparação entre a alocação efetuada pelo MS e aquela estimada a partir de metodologias que incorporam indicadores das necessidades populacionais por serviços de saúde permitiu verificar que a alocação realizada pelo MS não é equitativa. Se os recursos financeiros destinados ao financiamento dos serviços de saúde fossem alocados a partir das necessidades das distintas áreas geográficas, existiria uma redistribuição dos recursos da maior parte dos estados do Centro-Sul em favor dos estados do Norte-Nordeste. Inversão dessa tendência começa a ocorrer a partir de 2000, com a maior participação do Programa de Saúde da Família (PSF) no gasto total da saúde, com ações implementadas, principalmente, nos estados do Norte e Nordeste (Porto, 2002).

#### 4. RESPOSTA BRASILEIRA À DISSEMINAÇÃO DO HIV

As várias medidas que estão sendo adotadas para prevenir a disseminação do HIV, no Brasil, são baseadas na história natural da infecção, na experiência de programas internacionais de aids, e resultados de análises de informações que buscam traduzir a dinâmica de transmissão da doença. Do ponto de vista epidemiológico, sabe-se que existem subgrupos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV, como os homens que têm sexo com outros homens (HSH), os usuários de drogas injetáveis (UDI) e as profissionais do sexo, que são os mais afetados e infectados precocemente, no início da epidemia. Além disto, sabe-se que as doenças sexualmente transmissíveis (DST) agem como co-

fatores para promoção da transmissão; que a irregularidade no uso de preservativo e práticas sexuais como a multiplicidade de parcerias são determinantes importantes (Potts et al., 1991). Sob a ótica dos modelos matemáticos, os fatores que dinamizam a disseminação do HIV por contato sexual são: taxa de troca de parceiros sexuais; tipo e frequência de contato sexual; padrões de relacionamento sexual entre subgrupos populacionais (Boily & Mâsse, 1997).

Nesse sentido, estudos envolvendo o monitoramento do comportamento sexual de risco têm sido reconhecidos como importantes instrumentos para o controle da disseminação do HIV, uma vez que o conhecimento dos fatores envolvidos na transmissão do HIV, bem como a melhor compreensão sobre a dinâmica de transmissão junto à estrutura da rede social são essenciais para subsidiar as medidas preventivas e garantir a efetividade das intervenções no nível de saúde coletiva (UNAIDS, 2000).

No ano de 2004, foi realizada a Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos (PCAP-BR). O projeto consistiu na realização de inquérito de base populacional, em amostra de 6.000 indivíduos estratificada por macrorregião geográfica, para investigação do conhecimento, práticas e comportamentos de vulnerabilidade relacionados à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis na população brasileira de 15 a 54 anos (Fontes de Informações MONITORAIDS). A seguir, são apresentados os principais resultados da pesquisa.

#### 4.1. CONHECIMENTO SOBRE AS FORMAS DE

Entre os resultados de conhecimento, destaca-se que um percentual elevado da população brasileira, de 91%, cita, espontaneamente, a relação sexual como forma de transmissão do HIV. Entre os indivíduos com ensino fundamental completo, o percentual alcança 97% (Relatório Brasil, Seção II.4).

Em relação ao indicador de conhecimento correto, monitorado, internacionalmente, pela UNGASS, e estabelecido pelo acerto de cinco questões sobre as formas de transmissão, o percentual obtido na população brasileira foi de 67%, em nível bem mais alto que o apresentado pelos demais países. Relatório das Nações Unidas sobre as metas do milênio mostra que em Cuba, por exemplo, no ano de 2000, o valor desse indicador foi de 52% para o sexo feminino ([www.millenniumindicators.un.org](http://www.millenniumindicators.un.org)).

Chama a atenção, porém, que a faixa etária mais jovem, de 15 a 24 anos, é a que apresenta o menor nível de conhecimento, com percentual de 62% (Relatório Brasil, Seção II.4). Grande variação foi também encontrada por nível de instrução dos indivíduos: o percentual de conhecimento correto variou de 59%, no grupo com ensino fundamental incompleto, a 82%, entre os que completaram o fundamental (Relatório Brasil, Seção II.4).

Pesquisa por amostragem, realizada em escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras, mostrou que 70% das escolas desenvolveram atividades de prevenção da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (Relatório Brasil, Seção II.3). Dado que o nível de conhecimento mostrou-se sempre maior para o grupo de 25-39 anos de idade em comparação ao grupo

de 15 a 24 anos de idade, bem como para aqueles com melhor grau de instrução, quaisquer que fossem os indicadores de conhecimento considerados, é preciso incentivar ainda mais as escolas no sentido de desenvolver estratégias dirigidas aos jovens, antes do início da sua atividade sexual.

#### 4.2. PRÁTICAS SEXUAIS

Em relação aos indicadores de comportamento sexual, cerca de 90% da população de 15 a 54 anos de idade é sexualmente ativa, e 81% foram sexualmente ativos no ano anterior à pesquisa. Quase 20% do total de participantes relataram mais de 10 parceiros na vida, e 7% dos mais jovens (15-24 anos), mais de 5 parceiros eventuais no último ano (Relatório Brasil, Seção II.5).

A multiplicidade de parcerias (na vida ou no último ano) é, entretanto, um fenômeno tipicamente registrado entre os homens: o percentual de mais de 5 parceiros eventuais no último ano entre as mulheres foi bem pequeno, menor do que 1%, talvez por razões de constrangimento em falar sobre sexo, mais presente no sexo feminino (Relatório Brasil, Seção II.5).

Quanto às práticas de sexo protegido, são os mais jovens que mostram o maior uso de preservativo, sobretudo, com parceiros eventuais: 74% dos participantes de 15 a 24 anos relataram uso de preservativo na última relação sexual e 59% uso regular de preservativo com este tipo de parceria (Relatório Brasil, Seção II.5), em níveis semelhantes aos obtidos na Índia, de 59%, entre os homens, e de 51%, entre as mulheres, e inferiores aos da França, onde o uso mais freqüente é apresentado para o sexo feminino (77%) do que para o masculino

(66%), em comportamento inverso ao encontrado no nosso meio ([www.millenniumindicators.un.org](http://www.millenniumindicators.un.org)).

Diferenças importantes foram encontradas por classe socioeconômica para todos os indicadores relacionados ao uso de preservativo, sempre desfavoráveis aos indivíduos da classe mais pobre em comparação às demais. O uso regular de preservativo com parceiro eventual variou de 58%, na classe mais rica, a 48%, na menos abastecida (Relatório Brasil, Seção II.5).

#### 4.3. TESTAGEM DE HIV

As estratégias de incentivo à testagem de HIV na população, com disponibilidade gratuita de testes na rede pública de saúde, têm mostrado resultados positivos, alcançando cobertura de 28% na população brasileira. O percentual é ainda bem maior entre as mulheres na faixa de idade de 25 a 39 anos, por realizarem o teste no acompanhamento da gestação, no atendimento pré-natal (Relatório Brasil, Seção II.8).

No entanto, diferenças importantes são encontradas por nível socioeconômico, para ambos os sexos (Relatório Brasil, Seção II.8). Entre as mulheres da classe A/B, 43% realizaram teste de HIV, enquanto entre as de classe D/E, apenas 28%. Esses resultados corroboram os achados encontrados para a cobertura de testagem de HIV na gestação (Relatório Brasil, Seção II.9), tanto maior quanto melhor o nível socioeconômico da mãe, e demonstram as lacunas de acesso ao sistema de saúde entre os indivíduos desfavorecidos socialmente.

#### 4.4. COMPORTAMENTO DOS JOVENS DO SEXO MASCULI-

O projeto de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Exército, no Brasil, iniciou-se em 1996, integrando ações para conhecer e prevenir a infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis entre os militares e na população de conscritos do Exército do Brasil. Essa parceria resultou em diversas ações relacionadas ao controle das IST e aids e em algumas pesquisas de comportamento entre os conscritos por ocasião de sua apresentação às Comissões Militares (Fontes de Informações MONITORAIDS).

Comportamento dos jovens do sexo masculino (17-21 anos)

Tendo em vista que os jovens se apresentam ao Exército, em geral, aos 18 anos de idade, as pesquisas com conscritos tiveram o objetivo de monitorar comportamentos de risco à infecção pelo HIV entre os adolescentes do sexo masculino. Realizadas, anualmente, durante o período 1996-2000, as pesquisas focalizaram objetos distintos ano a ano, visando a ampliar cada vez mais o conhecimento sobre as práticas comportamentais dos jovens brasileiros. Além disso, parte do questionário foi repetida periodicamente para determinar mudanças relevantes de comportamento e monitorar as intervenções e ações preventivas nesse grupo populacional (Ministério da Saúde, 2002).

A comparação dos indicadores de comportamento de risco relacionado à infecção pelo HIV, nos anos em que foi realizado inquérito em conscritos do Exército do Brasil, para jovens de 17 a 21 anos do sexo masculino, mostra que o percentual de uso regular de preservativo cresceu substancialmente, de 38%, em 1997, para 46-50%, no período 1999-2002 (Relatório Brasil, Seção II. 7), em concordância com os obtidos por meio



dos dados da PCAP-BR, para este subgrupo populacional.

A análise temporal das informações dos conscritos evidenciou melhoras adicionais em 2002, como o aumento do uso de preservativo com parcerias pagas (profissionais do sexo) e a diminuição concreta do tamanho do grupo de UDI. A resposta positiva encontrada é, sem dúvida, encorajadora e indica que as estratégias de prevenção estão sendo bem encaminhadas na população jovem brasileira.

## 5. ESTUDO DE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Os modelos matemáticos têm destacado a contribuição desproporcional dos grupos vulneráveis na disseminação de doenças sexualmente transmissíveis. Para epidemias concentradas como a nossa, com uma baixa reprodução potencial, intervenções em grupos de alto risco podem reduzir significativamente a incidência e prevalência de HIV (Boily et al., 2002).

Adicionalmente, as redes de contato sexual entre grupos de baixo e alto risco são particularmente importantes para o estabelecimento da dinâmica da epidemia, de tal forma que pequenas alterações na taxa de contatos entre os segmentos de baixo risco com os de alto risco podem diminuir, significativamente, o ritmo de disseminação da doença (Boily & Mâsse, 1997).

Diante do desafio de estudar a epidemia nas populações vulneráveis, conhecer as práticas sexuais destes subgrupos populacionais e sua percepção sobre DST e aids, como também monitorar o impacto das respostas sociais à epidemia nesses grupos, projetos especiais de pesquisa foram realizados com o apoio do PN DST/

Aids (Ministério da Saúde, 2000; Ministério da Saúde, 2001a; 2001b). Entretanto, esses estudos datam de mais de 5 anos atrás e não foram nacionalmente abrangentes, sendo dirigidos, geralmente, a grupos vulneráveis de maior risco à infecção pelo HIV, envolvidos em programas de intervenção.

No ano de 2004, por meio da PCAP-BR, que incluiu questões sobre orientação sexual, tipos de parceiros sexuais no último ano, bem como uso de drogas lícitas e ilícitas, tentou-se mensurar o tamanho dos grupos vulneráveis, a saber: HSH; UDI; profissionais do sexo; e clientes de profissionais do sexo. Entre os participantes do sexo masculino de 15 a 49 anos, 3,5% relataram sexo com outros homens. Quanto ao uso de drogas injetáveis, 0,9% relatou uso pelo menos uma vez na vida (1,4% para o sexo masculino e 0,4% para o sexo feminino), e 0,2%, uso atual (Relatório Brasil, Seção II.6). Todavia, a tentativa foi infrutífera para dimensionar o tamanho relativo do grupo das profissionais do sexo, bem como de seus clientes, já que as perguntas referentes a sexo em troca de dinheiro ou presentes mostraram inconsistências relevantes.

Ainda mediante os dados da PCAP-BR, 2004, comparando-se as práticas de sexo protegido dos HSH com a população geral do sexo masculino, observa-se maior frequência de uso de preservativo entre os homo-bissexuais masculinos (Relatório Brasil, Seção II.6). Entretanto, apesar das inferências feitas sobre comportamento sexual entre os HSH, é preciso observar esses resultados com a devida cautela, devido ao pequeno número de HSH observados.

Diante dos problemas encontrados em estudos envolvendo populações vulneráveis, destacam-se as vantagens em utilizar metodologia estatística apropriada de amostragem, estabelecendo estratégias que possibi-

litem dar a chance de que todos os indivíduos, inclusive os de mais difícil acesso, possam ser alcançados. Processos de amostragem especificamente dirigidos a populações de difícil alcance estão sendo estudados e/ou aperfeiçoados para utilização no nosso meio, nos próximos anos (Hechathorn, 1997; McFarland & Caceres, 2001).

## 6. TRANSMISSÃO MATERNO-INFANTIL

O PN tem se empenhado em reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV no País. Entre as medidas, citam-se: o aconselhamento e a realização de sorologia para HIV no pré-natal; a administração da zidovudina combinada a outros anti-retrovirais para as gestantes infectadas; a administração da zidovudina durante o trabalho de parto e no pós-parto para os recém-nascidos; e a substituição do aleitamento materno (*www.aids.gov.br*). Estes procedimentos estão disponíveis para toda a população de forma universal e gratuita.

Em fase anterior à introdução da terapia anti-retroviral universal, no Brasil, a taxa de transmissão vertical foi estimada em 16%, em estudo realizado no Estado de São Paulo (Tess et al., 1998).

Recentemente, para avaliar o impacto das medidas de intervenção, foi realizado projeto em cooperação com o PN - o Protocolo Colaborativo Multicêntrico Brasileiro para Avaliar as Taxas de Transmissão Materno-Infantil do HIV - sob a responsabilidade da Sociedade Brasileira de Pediatria (Fontes de Informações MONITORAIDS). Para o Brasil, a taxa de transmissão vertical no Brasil foi estimada em 7%, com uma grande variação regional, de 15%, na região Norte, a 6%, na re-

gião Sul (Relatório Brasil, Seção II.9).

Apesar das intervenções preconizadas terem, reconhecidamente, grande impacto na redução da transmissão vertical do HIV, além da disponibilidade de medicamentos para a prevenção da TMI do HIV no País, esta permanece elevada, no Brasil, devido à baixa cobertura das ações recomendadas pelo PN. Embora ganhos tenham sido obtidos no período 1996-2000, com aumentos expressivos na cobertura das ações profiláticas na gestação, estima-se que menos de 40% das gestantes infectadas tiveram acesso à terapia anti-retroviral, no ano de 2000 (Relatório Brasil, Seção II.9).

Entre as falhas no processo de detecção da infecção pelo HIV durante a gestação, destacam-se, pelo menos, as seguintes: ausência de acompanhamento pré-natal; início tardio do acompanhamento pré-natal, sem tempo para obter-se o resultado da sorologia do HIV e a devida intervenção; atendimento pré-natal sem solicitação de teste do HIV; atendimento pré-natal com realização de teste para o HIV, mas sem resultado do exame laboratorial em tempo hábil ou extravio do mesmo.

Utilizando o conceito de cobertura efetiva, conforme proposição da Organização Mundial da Saúde ([www.who.int/health-system-performance](http://www.who.int/health-system-performance)), avaliou-se, por processo de amostragem, a proporção de gestantes que deixam de fazer o teste para a detecção da infecção pelo HIV durante a gestação, utilizando-se as informações coletadas no Estudo Sentinela-Parturiente, em 2002 (Souza-Júnior et al., 2004). Nesse ano, o estudo compreendeu o preenchimento, por meio de entrevista, de uma cartilha por ocasião da internação para o parto, que incluía informações sobre pré-natal e grau de escolaridade da parturiente. As informações referentes ao atendimento pré-natal foram as seguintes: o número de consultas realizadas; o trimestre de início; solicitação

de teste de HIV; conhecimento do resultado antes do parto.

A cobertura efetiva do teste de HIV na gestação foi calculada como a proporção de gestantes que teve atendimento pré-natal (pelo menos uma consulta), teve pedido de teste de HIV e conhecimento do resultado antes do parto. O resultado obtido de 52% revela as oportunidades perdidas de detecção da infecção pelo HIV na gestação (Relatório Brasil, Seção II.9).

Comparando as coberturas de testagem de HIV na gestação por nível de instrução das mulheres, percebem-se as enormes disparidades sociais, representadas pelo gradiente decrescente das proporções por nível de escolaridade (Relatório Brasil, Seção II.9); entre as parturientes que não têm instrução, somente 19% atingem o último degrau do processo. Já os diferenciais por macrorregião geográfica, de 24 (regiões Norte e Nordeste) a 72% (região Sul), evidenciam, por sua vez, as desigualdades regionais de acesso às ações de saúde (Relatório Brasil, Seção II.9).

## 7. ASSISTÊNCIA À AIDS

O Brasil é um dos poucos países em desenvolvimento que oferece acesso universal à terapia ARV. Baseando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde iniciou a distribuição de drogas profiláticas e terapêuticas para o tratamento das doenças oportunistas em meados dos anos 80. Em 1991, a primeira droga anti-retroviral, o AZT (zidovudina), foi disponibilizada para um número significativo de pessoas vivendo com aids. Apesar de não se saber a proporção exata de casos que tiveram acesso ao AZT, gra-

tuitamente, as evidências sugerem que a cobertura não foi muito abrangente (Bastos et al., 2001).

Entre 1991 e 1996, muitos indivíduos vivendo com aids, apoiados por ONGs e outras organizações, lutaram pelos seus direitos, para que os medicamentos ARV mais potentes, e recentemente fabricados, fossem distribuídos de forma gratuita no País. Esforços conjuntos dos pacientes, de autoridades de saúde, instituições envolvidas em promoção da saúde e advocacia dos direitos humanos resultaram na promulgação de lei, em 1996, que garante que todos os indivíduos com HIV/aids têm o direito de receber, sem custo, todas as drogas necessárias ao seu tratamento pelo Sistema Único de Saúde.

A partir de 1999, os custos dos novos medicamentos ARV e o aumento do número de pacientes têm desafiado o Ministério da Saúde a manter o acesso universal à terapia ARV. O Brasil adotou várias estratégias para reduzir os custos do tratamento ARV, entre elas a produção local de genéricos, acordos com companhias internacionais para obtenção de preços diferenciados, e investimentos conjuntos entre firmas internacionais e produtores locais. Como resultado dessas estratégias, os preços dos medicamentos ARV não escalonaram, como originalmente previsto nas estimativas originais de custo da terapia ARV (Relatório Brasil, Seção II.11).

De fato, em 1997, quase 36 mil pacientes recebiam gratuitamente a TARV, sendo gasto pelo governo um total de 224 milhões de dólares com a aquisição dos medicamentos ARV. Já, em 2003, mais de 133 mil pacientes foram beneficiados com a terapia ARV, mas o gasto foi estimado em 183 milhões de dólares. A diminuição do custo da terapia ARV tem tido reflexo nos gastos totais despendidos com aids, que decresceu de um milhão e duzentos reais a 800 mil reais, entre 1999

e 2003 (Relatório Brasil, Seção II.1).

A redução no custo da terapia, apesar do aumento do número de pacientes que dela se beneficiam, se deve, principalmente, ao início da fabricação local, por laboratórios ligados à rede pública, de alguns anti-retrovirais com especificações farmacológicas para versão genéricas. Essa capacidade de produção doméstica tem sido um importante elemento para fortalecer o poder de negociação de preços dos medicamentos importados com os laboratórios.

A disponibilidade da terapia anti-retroviral universal resultou na melhora na qualidade de vida dos pacientes, assim como no aumento da sobrevida e em grande redução nas taxas de hospitalizações. Entre 1982 e 1989, a sobrevida mediana foi estimada em 5,1 meses para casos adultos de aids (Chequer et al., 1992). Já para casos adultos de aids diagnosticados em 1995, a sobrevida mediana foi estimada em 18 meses, e para casos adultos diagnosticados em 1996, em 58 meses (Relatório Brasil, Seção II.11), sendo que a terapia ARV mostrou-se o fator mais significativamente associado ao aumento na sobrevida (Marins et al., 2003). Quanto à sobrevida de aids em crianças, aumentos importantes também foram evidenciados (Matida & Marcopito, 2002).

A análise dos indicadores de monitoramento mostra que a taxa de hospitalizações por aids por paciente em terapia ARV teve uma diminuição de 0,63 em 1998, a 0,30, em 2003; a taxa de mortalidade entre os casos adultos de aids diagnosticados no ano anterior ao do óbito decresceu de 0,84, em 1987, a 0,35, em 2001; a taxa de benefícios concedidos para aids por paciente em terapia ARV, de 0,16, em 1997, passou para 0,09, em 2001 (Relatório Brasil, Seção II.11).

Apesar do indiscutível impacto da TARV na qualidade de vida dos pacientes, a terapia ARV potente é complexa e apresenta problemas de adesão ao tratamento. A política de distribuição universal dos ARV traz problemas como a falha ou interrupção na entrega dos medicamentos devido a erro no planejamento da compra ou produção dos ARV, seja por sub-estimação do número de casos ou pouca capacidade laboratorial. Esta interrupção interfere diretamente na continuidade e na aderência ao tratamento podendo resultar no desenvolvimento de resistência aos ARV (Chequer et al., 2002).

Além dos fatores relacionados à dispensação dos medicamentos, outros fatores podem influenciar na aderência ao tratamento pelo paciente, entre eles estão: as características da doença; o esquema de tratamento, incluindo a quantidade de pílulas; características socio-demográficas e fatores psicossociais do paciente; além da relação que o paciente possui com o serviço de saúde (Ickovics & Meade, 2002).

Estudos de aderência à terapia anti-retroviral vêm sendo conduzidos pelo grupo QUALIAIDS, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo (USP), SP, em projeto de cooperação com o PN DST/Aids. Em 2002, foi conduzido estudo dedicado a avaliar a aderência à terapia anti-retroviral, em âmbito nacional (Fontes de Informações MONITORAIDS).

A taxa de aderência encontrada foi de 75% (Relatório Brasil, Seção II.11), mostrando variações importantes associadas ao esquema terapêutico e ao tempo de tratamento (Nemes et al., 2004). A aderência incompleta mostra que o impacto da distribuição gratuita da TARV, apesar de nítido e significativo, ainda poderia ser bem mais expressivo.

Tendo em vista o alto custo da terapia e a necessidade



de se obter resultados cada vez mais satisfatórios, a presente análise aponta para a necessidade de avaliação do desempenho do sistema de saúde em relação à distribuição dos medicamentos e à terapia ARV, do ponto de vista da satisfação e expectativa dos pacientes que dela necessitam.

Além disso, a análise da contagem de células T CD4 inicial, antes do início da terapia ARV, por meio das informações do SISCEL, mostra que a mediana foi de 340, em 2003, significando que grande parte dos casos de aids estão começando o tratamento de forma tardia (Relatório Brasil, Seção II.11).

## 8. PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO PELO HIV NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Os estudos epidemiológicos que permitem conhecer diferentes aspectos relacionados à distribuição e disseminação da infecção pelo HIV são de fundamental importância para subsidiar os programas de prevenção e controle do HIV/aids. Enquanto a vigilância epidemiológica da aids reflete uma situação de vários anos após a infecção ter acontecido, em decorrência do longo período de latência assintomático até o desenvolvimento da doença, a vigilância do HIV retrata uma situação mais recente.

Entre os projetos que vêm sendo desenvolvidos pelo PN para avaliar, de forma continuada, a disseminação da infecção pelo HIV, destaca-se o projeto “Vigilância do HIV por Rede-Sentinel Nacional”, ou resumidamente “Projeto-Sentinel”. Proposto pelo antigo Programa Global de Aids da Organização Mundial da Saúde (GPA/WHO) e mantido pela UNAIDS, refere-se à

coleta sistemática de dados para estabelecer as tendências espaço-temporais da infecção por HIV em populações selecionadas (Fontes de Informações MONITORAIDS).

A partir de 2000, sob a perspectiva de estimação da taxa de prevalência de HIV na população, realizou-se o estudo apenas no grupo-sentinela das parturientes, já que esse é, reconhecidamente, o grupo com taxa de prevalência mais parecida à apresentada pela população geral feminina. Após revisão da metodologia aplicada no período 1997-99 para a coleta das informações, concluiu-se que a amostragem não probabilística dos estabelecimentos de saúde (que se ofereciam para participar da pesquisa de forma voluntária) trazia restrições importantes, impondo limitações para a estimação da prevalência da infecção pelo HIV, em âmbito nacional (Szwarcwald & Castilho, 2000).

No período de 2000-2004, o estudo foi bienal, sendo conduzido diferentemente dos anos anteriores, utilizando-se amostragem probabilística para a seleção das parturientes e dos estabelecimentos de saúde (Szwarcwald & Carvalho, 2001). Em 2002 e 2004, o estudo incluiu, adicionalmente, entrevista com a parturiente, contendo informações sobre grau de escolaridade e solicitação de teste de HIV no pré-natal e recebimento de resultado antes do parto (Souza-Júnior et al., 2004).

No ano de 2000, a taxa de prevalência estimada na população de 15 a 49 anos de idade foi de 0,65%, correspondendo a, aproximadamente, 600 mil infectados, cerca de 220 mil mulheres e 380 mil homens (Relatório Brasil, Seção III). Estimativas para o ano de 2004 ainda não são disponíveis, apesar do trabalho de coleta já ter sido concluído.

No caso de jovens do sexo masculino, de 17 a 21 anos

de idade, nos estudos realizados com conscritos do Exército do Brasil nos anos de 1998 e 2002 (Fontes de Informações MONITORAIDS), foram coletadas amostras de sangue para estimação da prevalência da infecção pelo HIV. Em 2002, a taxa de prevalência do HIV foi estimada em 0,09% (Relatório Brasil, Seção III). O fato da taxa de prevalência ter se mantido no mesmo patamar que em 1998, com valor estimado da taxa de prevalência para a totalidade do Brasil exatamente igual ao estimado para o grupo controle naquele ano (Szwarcwald et al., 2000), é um resultado que indica o impacto positivo das ações neste subgrupo populacional.

## 9. DINÂMICA DA EPIDEMIA DA AIDS NO BRASIL

O SINAN contém informações epidemiológicas relevantes, que têm sido utilizadas para caracterizar a dinâmica temporal da epidemia de aids no território nacional, assim como para subsidiar as ações de vigilância, prevenção e controle da doença no Brasil (Fontes de Informações MONITORAIDS). Embora tenha sido bem monitorado desde o seu início, com informações de 1980 até o presente, o sistema tem alguns problemas, tais como: o atraso na notificação após o diagnóstico, com 67% dos casos notificados no primeiro ano após o diagnóstico, e grande proporção de casos com categoria de exposição ignorada, mais acentuadamente no sexo masculino (Relatório Brasil, Seção II.12). Outros problemas recentes são decorrentes do processo de migração da base DOS para Windows, como a duplicidade de casos e alterações indevidas nas datas de diagnóstico, notificação e digitação.

Para a análise dos casos notificados ao SINAN, foram

retirados, primeiramente, os casos duplicados, identificados pela duplicação do nome, sexo, data de nascimento e Unidade da Federação de residência. Foram analisados cerca de 27.4000 casos notificados até dezembro de 2003.

No presente estudo, de forma complementar à avaliação dos indicadores de impacto do MONITORAIDS, as séries temporais no período 1985- 2001 dos casos de 15 a 49 anos de idade foram analisadas por sexo, categoria de exposição e grau de escolaridade. Para cada uma das desagregações, foi realizado ajuste para o atraso da notificação após a data de diagnóstico. Devido ao grande percentual de casos do sexo masculino com categoria de exposição ignorada, esses foram reagrupados em uma das três categorias HSH, UDI, e heterossexuais masculinos, mediante a técnica estatística multivariada de análise discriminante, utilizando variáveis constantes no SINAN como idade, sobrevida, grau de escolaridade do caso, e atributos das parcerias.

A análise dos resultados dispostos no Relatório Brasil, Seção III, mostra que a incidência de aids por sexo tem, nitidamente, tendência crescente entre as mulheres, enquanto um patamar de estabilidade já começa a se delinear entre os homens. Percebe-se que o arrefecimento da incidência masculina é devido à tendência de decréscimo observada entre HSH e homens UDI, principalmente a partir de 1993.

A observação da proporção de casos acumulados de 15 a 49 anos de idade por categoria de exposição e sexo, por período de tempo, mostra que, até 1985, 76% dos casos eram HSH, 13% homens UDI, e o sexo masculino representava 96% do total. Até 1994, a proporção de HSH decresce para 38%, a de UDI masculinos cresce para 28%, e os homens ainda constituem 82% dos casos acumulados de 15 a 49 anos de idade. Até 2001, úl-

timo ano analisado, a proporção de HSH decresce para 27%, de UDI masculinos para 21%, enquanto a proporção de mulheres aumenta para 29% (Relatório Brasil, Seção III).

Paralelamente ao acréscimo encontrado entre as mulheres, a incidência de casos em crianças por transmissão materno-infantil também tem aumento relevante. Chama a atenção o grande atraso de notificação em crianças, estimando-se que somente 37% dos casos secundários à transmissão vertical do HIV são notificados em até 2 anos após o nascimento. De modo que a tendência de queda encontrada após 1997 não é, provavelmente, real, mas meramente resultante do atraso na notificação (Relatório Brasil, Seção III).

Considerando os tamanhos relativos das populações vulneráveis, encontrados na PCAP-BR, 2004 (Relatório Brasil, Seção II.6), foi possível estimar as taxas de incidência entre os HSH e homens UDI. No que se refere à tendência temporal, a partir de meados da década de 90, a taxa de incidência de aids tanto entre os HSH como entre os UDI apresentou sinais claros de declínio.

A análise da taxa de incidência acumulada mostra, por sua vez, que o grupo de homens UDI é o que mostra a maior desaceleração, sendo o único que já apresenta mudança de concavidade no modelo temporal. Apesar da tendência de queda para os dois grupos, mais acentuada ainda entre os UDI masculinos, observa-se que esses segmentos populacionais ainda apresentam risco bem superior à população heterossexual, cuja taxa de incidência é inexpressiva quando comparada às taxas obtidas nos grupos vulneráveis.

Impressiona, porém, a velocidade de crescimento da epidemia na população heterossexual de baixo nível de

instrução. Enquanto os casos heterossexuais com ensino fundamental completo já mostram indícios de desaceleração na taxa de incidência, os que não completaram o ensino fundamental apresentam ritmo pronunciado de crescimento.

Em relação à distribuição geográfica, a heterogeneidade regional se reflete também na dinâmica da epidemia de aids no País, embora obedecendo às peculiaridades dos segmentos populacionais sob maior risco para a infecção pelo HIV e à categoria motriz da epidemia em cada região. A fase atual da epidemia no Norte-Nordeste contrasta com a observada na Região Sudeste, de epidemia mais antiga e madura (Relatório Brasil, Seção III). Já a epidemia na região Sul, que faz fronteira com os países sul-americanos Argentina, Uruguai, e Paraguai, e cujos balneários são pólos de atração turística para esses países, caracterizou-se, no seu início, pela concentração de casos UDI, mas expandiu-se, rapidamente, para a população heterossexual, persistindo em tendência ascendente até os dias de hoje (Bastos et al., 2002).

Ainda do ponto de vista geográfico, a distribuição espacial dos casos de aids mostra que, embora a epidemia ainda se caracterize pela sua importante concentração nos grandes centros urbanos, a participação proporcional desses municípios vem se reduzindo ao longo dos anos. Na década de 90, a velocidade de expansão da aids variou inversamente ao tamanho da população dos municípios: os municípios com mais de 500 mil habitantes apresentaram as menores taxas de crescimento, com tendência à estabilização, enquanto os municípios de menor porte populacional mostraram as maiores taxas de crescimento (Relatório Brasil, Seção III).

## 10. COMENTÁRIOS FINAIS

Comentários  
finais

Nesses mais de 20 anos, a epidemia de aids no Brasil mostrou-se como uma epidemia dita “concentrada”, mantendo-se com uma taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população geral em níveis menores do que 1%.

Embora a epidemia de aids, no Brasil, tenha, hoje, abrangência nacional, vem se disseminando de forma mais lenta nos últimos anos, refletindo o impacto positivo alcançado pela combinação de vários fatores, entre eles: implementação de medidas preventivas; mudança comportamental de certos segmentos populacionais; ações de intervenção e programas de controle da doença, como a terapia anti-retroviral.

Entretanto, a desaceleração da epidemia não se dá de forma universal, sendo seletiva do ponto de vista dos segmentos populacionais afetados. Se, nos primeiros anos, a epidemia era concentrada nos subgrupos populacionais vulneráveis, ao longo do tempo, as taxas de incidência entre HSH e homens UDI decresceram relevantemente, enquanto as taxas de incidência na população heterossexual de baixa escolaridade persistiram em auge vertiginoso, configurando situação que merece atenção específica. O ritmo bem mais acentuado de crescimento, relativamente aos casos com maior nível de instrução, constitui evidência clara de um processo de empobrecimento da epidemia, no sentido de maior disseminação entre os indivíduos de menor nível socioeconômico.

Em relação à transmissão materno-infantil da infecção pelo HIV, embora a disponibilidade de recursos

profiláticos para redução da transmissão vertical seja universal, estabeleceu-se, igualmente, um gradiente social para a cobertura de testagem de HIV na gestação, gradiente esse desfavorável às mulheres de classes sociais mais baixas, por falta de informação e acesso aos recursos disponíveis no sistema de saúde. É preciso ressaltar que a ausência de detecção da infecção pelo HIV durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante infectada, limitando as possibilidades de redução da incidência dos casos pediátricos infectados por transmissão materno-infantil.

Os indicadores de conhecimento e práticas, obtidos por meio de pesquisas por amostragem, evidenciam, da mesma forma, que os grupos de menor nível socioeconômico são aqueles que têm o menor nível de informação sobre as formas de transmissão do HIV, têm as maiores taxas de contato sexual, e apresentam, com maior frequência, práticas sexuais não seguras. Além disso, os achados indicam que são as mulheres de pior condição social que têm o menor acesso ao sistema de saúde, seja ao exame ginecológico regular, seja ao atendimento pré-natal, ou à testagem de HIV.

No atual contexto brasileiro, a disseminação da epidemia do HIV/aids depende, pois, não somente do papel desempenhado pelos segmentos populacionais, reconhecidamente, de maior risco ao HIV, mas também dos fatores coletivos de vulnerabilidade, como as condições sociais adversas, que vêm ganhando, gradualmente, maior importância.

Em termos conclusivos, a análise demonstrou, por um lado, a necessidade de dar continuidade aos avanços conseguidos, focalizando as intervenções nos subgrupos populacionais vulneráveis ao HIV. Por outro, evidenciou-se, a necessidade premente de elaboração de medidas especificamente dirigidas a frear a expan-



são da epidemia nos segmentos mais empobrecidos. Os programas de aids, nos seus diferentes níveis de gestão, nacional, estaduais e municipais, devem dirigir esforços a expandir a abrangência das intervenções e medidas preventivas, com enfoque especial para determinados segmentos populacionais, de modo a fazer com que os serviços e recursos disponíveis de saúde possam se tornar também acessíveis aos indivíduos de pior nível socioeconômico, em processo de inclusão cada vez maior da população desfavorecida socialmente no âmbito do sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

---

Referências  
Bibliográficas:

Bastos FIPM, Pina MF, Szwarcwald CL. The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. *International Journal of Drug Policy*, v.13(2): 137 - 144, 2002.

Bastos FIPM, Kerrigan D, Malta M, Carneiro-da-Cunha C, Strathdee SA. Treatment for HIV/AIDS in Brazil: Strengths, challenges, and opportunities for operations research. *AIDS-science*, v.1(15), 2001.

Boily MC & Masse B. Mathematical models of disease transmission: a precious tool for the study of sexually transmitted diseases. *Canadian Journal of Public Health*, 88(4):255-65, 1997.

Boily MC, Lowndes C, Alary M. The impact of HIV epidemic phases on the effectiveness of core group interventions: insights from mathematical models. *Sexual Transmitted Infections*, Suppl 1: 78-90, 2002.

Chequer P, Hearst N, Hudes ES, Castilho E, Rutherford G, Loures L, Rodrigues L. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. *AIDS*, 6(5):483-7, 1992.

Chequer P, Cuchi P, Mazin R & Calleja JMG. Access to antiretroviral treatment in Latin American countries and the Caribbean. *AIDS*, 16 (Suppl. 3):S50-S57, 2002.

Heckartorn D. Respondent driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*, 44:174-199, 1997.

Ickovics JR & Meade CS. Adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV: A critical link between behavioral and biomedical sciences. *JAIDS - Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31:98-102, 2002.

McFarland W & Caceres CF. HIV surveillance among men who have sex with men. *AIDS*, supp 3: 523-32, 2001.

Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa-Júnior A, Chequer P, Teixeira PR, Hearst N. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 17(11):1675-82, 2003.

Matida LH & Marcopito LF. Aumento do tempo de sobrevivência das crianças com aids-Brasil. *Boletim Epidemiológico DST e Aids*. Ano XV nº 02. Brasília: 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Bela Vista e Horizonte: Estudos comportamentais e epidemiológicos entre homens que fazem sexo com homens*. Série Avaliação no 5, Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Projeto Ajude-Brasil: Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos projetos de redução de danos apoiados pela CN-DST/AIDS. Série Avaliação no 6, Brasília, Ministério da Saúde, 2001a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 Anos de Pesquisa e Redução de Danos*. Série Avaliação no 8, Brasília, Ministério da Saúde, 2001b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Pesquisa entre os Conscritos do Exército Brasileiro, 1996-2000: Retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV. Série Estudos Pesquisas e Avaliação no 2. Brasília, Ministério da Saúde, CN DST/Aids, 2002.

Nemes MI, Carvalho HB, Souza MF. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. AIDS, Suppl 3:S15-20, 2004.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde. Brasil. [www.opas.org.br/servico/Arquivos/perfil2000\\_wc.pdf](http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/perfil2000_wc.pdf). OPAS, Brasília, 2001.

Porto SM. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (4): p.939-957, 2002.

Potts M, Anderson R, Boily MC. Slowing the spread of human immunodeficiency virus in developing countries. *Lancet* 338(8767):608-13, 1991.

Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa-Júnior A, Carvalho MF e Castilho EA. Detecção da infecção pelo HIV durante a gestação: resultados do Estudo-Sentinelas Parturiente, Brasil, 2002. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n.6, São Paulo, 2004.

Szwarcwald CL Castilho EA Barbosa A Gomes MRO Costa EAMM Malleta BV Carvalho RFM Oliveira SR & Chequer P. Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais sócio-econômicos. *Cadernos de Saúde Pública* 16(sup.1): 113-128, 2000.

Referências  
Bibliográficas:

Szwarcwald CL & Castilho EA. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. Cadernos de Saúde Pública, vol.16, suppl.1, p.135-141, 2000.

Szwarcwald CL & Carvalho MF. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2000. Boletim Epidemiológico DST/AIDS. Ano XIV nº 01. Brasília: 2001.

Tess BH, Rodrigues LC, Newell ML, Dunn DT, Lago TD. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil. Sao Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. AIDS, 12(5):513-20, 1998.

UNAIDS – The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2000). The Status and Trends of the HIV/AIDS Epidemics in the World. Monitoring of the AIDS Pandemic (MAP) Network. World Health Organization. Genebra.

ESTE LIVRO FOI PROJETADO E DIAGRAMADO POR BRUNO IMBROISI, DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AÍDS E IMPRESSO E MONTADO PELA GRÁFICA ATHALAIA, EM BRASÍLIA.

A FONTE DE TEXTO USADA É A MINION PRO, DESENHADA POR ROBERT SLIMBACH, PRIMEIRAMENTE DISTRIBUÍDA POR ADOBE SYSTEMS, MOUNTAIN VIEW, CALIFORNIA, EM 1989.

AS TABELAS TÊM CORPO DE TEXTO SCALA SANS, PROJETADA NA HOLANDA POR MARTIN MAJOOOR E DISTRIBUÍDA PELA FONTSHOP INTERNATIONAL, BERLIN, E SUAS AFILIADAS EM 1994.

O PAPEL, RECICLATO 75G/M<sup>2</sup> É FABRICADO PELA SUZANO COMPANHIA DE PAPÉIS, É O PRIMEIRO PAPEL BRASILEIRO PARA OFFSET COMPLETAMENTE RECICLADO.

ESTA VERSÃO 1.0 TEM UMA TIRAGEM DE 1000 UNIDADES.





FIOCRUZ



Division of Health and Public Services  
Centers for Disease Control and Prevention

Ministério da Saúde

