

Quadas

último boletim —

no seguinte

# Apresentação

janeiro a junho 2006

no 3<sup>o</sup> L

**Mariângela Simão**

Diretora - Programa Nacional de DST e Aids

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

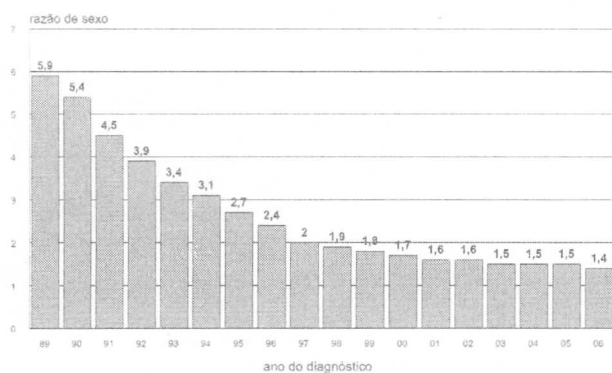
Nota-se a diminuição proporcional de óbitos por aids na raça/cor branca, tanto no gênero masculino, quanto no feminino e um leve aumento proporcional

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

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

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

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

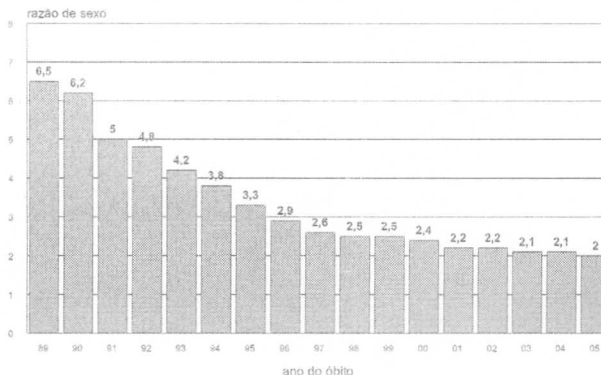


FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

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

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

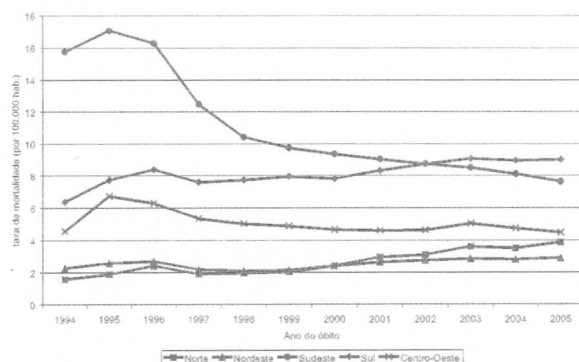
Gráfico III - Razão de sexos da taxa de mortalidade por aids segundo ano de óbito. Brasil, 1989 - 2005<sup>(1)</sup>.



FONTE: MS/SVS/DASIS/SIM

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

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



FONTE: MS/SVS/DASIS/SIM

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

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

Maria Alix Leite Araújo<sup>(1)</sup>

Neiva Francenely Cunha Vieira<sup>(2)</sup>

Julia Sursis Nobre Ferro Bucher<sup>(1)</sup>

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

## Resumo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Considerações Finais

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

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

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

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

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



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

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

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

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

### Referências Bibliográficas

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

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

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

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

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

Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids - SP

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

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

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

Prefeitura Municipal de Guaíba-RS - Secretaria Municipal de Saúde

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

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

Categoria de exposição	1980-1994 <sup>(2)</sup>		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total 1980-2006		
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
<b>Masculino</b>																													
Sexual	Homossexual	19105	27,0	2909	18,7	3117	18,6	3291	18,7	3522	18,6	2945	17,5	2899	17,2	2785	17,2	2864	17,3	2835	17,3	2447	16,6	2026	16,8	606	16,9	51351	20,3
	Bissexual	9029	12,8	1437	9,2	1444	8,6	1717	9,8	2150	11,3	1940	11,5	1815	10,7	1685	10,4	1740	10,5	1621	9,9	1557	10,5	1295	10,7	380	10,6	27810	11,0
	Heterossexual	10180	14,4	3208	20,6	3783	22,5	4618	26,2	5645	29,8	5480	32,6	5854	34,7	6088	37,7	6466	39,1	6761	41,3	6226	42,2	5339	44,2	1541	42,9	71187	28,2
Sanguínea	UDI	18888	26,7	3950	25,4	3994	23,8	3980	22,6	3826	20,2	3107	18,5	2925	17,3	2370	14,7	2181	13,2	1945	11,9	1508	10,2	1133	9,4	353	9,8	50160	19,8
	Hemofílico	749	1,1	70	0,4	83	0,5	79	0,4	45	0,2	23	0,1	22	0,1	26	0,2	19	0,1	12	0,1	13	0,1	11	0,1	5	0,1	1157	0,5
	Transusão	852	1,2	148	1,0	145	0,9	80	0,5	13	0,1	11	0,1	6	0,0	12	0,1	10	0,1	12	0,1	42	0,3	25	0,2	8	0,2	1364	0,5
TV/perinatal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	3	0,0	5	0,0	5	0,0	6	0,0	6	0,0	9	0,1	14	0,1	7	0,1	3	0,1	59	0,0	
Ignorado	11904	16,8	3842	24,7	4215	25,1	3835	21,8	3769	19,9	3303	19,6	3364	19,9	3176	19,7	3245	19,6	3159	19,3	2957	20,0	2237	18,5	696	19,4	49702	19,7	
Total	70707	100,0	15564	100,0	16781	100,0	17601	100,0	18973	100,0	16814	100,0	16890	100,0	16146	100,0	16531	100,0	16354	100,0	14764	100,0	12073	100,0	3592	100,0	252790	100,0	
<b>Feminino</b>																													
Sexual	Heterossexual	11101	70,0	4527	84,2	5743	85,0	7268	88,3	8669	90,9	8250	91,7	9064	93,3	9136	93,1	9476	93,7	9381	93,4	8454	93,8	7032	94,5	1981	93,3	100082	88,6
	UDI	3802	24,0	711	13,2	858	12,7	842	10,2	808	8,5	675	7,5	587	6,0	588	6,0	533	5,3	504	5,0	362	4,0	285	3,8	99	4,7	10654	9,4
	Transusão	628	4,0	120	2,2	133	2,0	90	1,1	16	0,2	6	0,1	5	0,1	14	0,1	12	0,1	16	0,2	38	0,4	19	0,3	6	0,3	1103	1,0
TV/perinatal	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,0	6	0,1	14	0,1	8	0,1	12	0,1	14	0,2	10	0,1	6	0,3	74	0,1	
Ignorado	327	2,1	15	0,3	19	0,3	33	0,4	44	0,5	64	0,7	50	0,5	56	0,6	81	0,8	129	1,3	140	1,6	92	1,2	32	1,5	1082	1,0	
Total	15858	100,0	5374	100,0	6754 <sup>(3)</sup>	100,0	8234	100,0	9538	100,0	8996	100,0	9712	100,0	9808	100,0	10110	100,0	10042	100,0	9008	100,0	7438	100,0	2124	100,0	112996	100,0	

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

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

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

(2) Para os anos de 1980 a 1991, consultar edições anteriores do Boletim Epidemiológico Aids DST ou para maiores detalhes, acessar [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/BOLETIM EPIDEMIOLOGICO.

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

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

Ano de diagnóstico	Branca		Preta		Amarela		Parda		Índigena		Subtotal		Ignorado		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
<b>Masculino</b>																
2000	2077	59,1	392	11,2	20	0,6	1019	29,0	4	0,1	3512	18,4	15545	81,6	19057	100,0
2001	3647	61,5	689	11,6	37	0,6	1545	26,0	15	0,3	5933	32,9	12102	67,1	18035	100,0
2002	6533	61,8	1192	11,3	68	0,6	2762	26,1	17	0,2	10572	51,0	10160	49,0	20732	100,0
2003	8929	59,9	1710	11,5	96	0,6	4163	27,9	17	0,1	14915	67,3	7237	32,7	22152	100,0
2004	7989	56,0	1729	12,1	78	0,5	4456	31,2	24	0,2	14276	67,0	7032	33,0	21308	100,0
2005	6729	53,5	1505	12,0	91	0,7	4234	33,7	18	0,1	12577	63,5	7241	36,5	19818	100,0
2006	1804	54,9	386	11,7	26	0,8	1064	32,4	6	0,2	3286	42,4	4461	57,6	7747	100,0
<b>Feminino</b>																
2000	1372	58,0	288	12,2	13	0,5	690	29,2	1	0,0	2364	21,4	8702	78,6	11066	100,0
2001	2451	61,4	484	12,1	24	0,6	1024	25,6	10	0,3	3993	36,0	7102	64,0	11095	100,0
2002	4144	59,8	930	13,4	46	0,7	1797	25,9	10	0,1	6927	52,8	6203	47,2	13130	100,0
2003	5359	56,9	1300	13,8	76	0,8	2661	28,3	16	0,2	9412	65,3	5009	34,7	14421	100,0
2004	4615	52,3	1299	14,7	52	0,6	2830	32,1	20	0,2	8816	63,5	5076	36,5	13892	100,0
2005	3983	51,6	1024	13,3	57	0,7	2639	34,2	15	0,2	7718	57,9	5605	42,1	13323	100,0
2006	1090	54,7	259	13,0	21	1,1	620	31,1	3	0,2	1993	36,5	3474	63,5	5467	100,0

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTAS: (1) Dados preliminares.

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

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

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

NOTA: (1) Dados preliminares.