BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE CAMPINAS

Informe da Vigilância à Saúde de Campinas

Ano – XIII **Número 13** **março, 2006**

Edição Especial AIDS

Editorial

O importante avanço científico e tecnológico no tratamento da AIDS através da terapia anti-retroviral propiciou aumento da sobrevida e qualidade de vida às pessoas afetadas, garantido pela política pública nacional de enfrentamento da epidemia da AIDS. Paradoxalmente, o fato de conferir uma maior proteção aos indivíduos atingidos, acaba por provocar uma falsa sensação de segurança na população em geral de que o problema da Aids está resolvido, levando a flexibilização das atitudes de prevenção e proteção individual e coletiva.

O panorama internacional retrata, sem dúvida, o crescimento desta epidemia ainda não controlada, mesmo que alguns países, destacadamente o Brasil, tenham investido recursos financeiros e institucionais de forma prioritária para esta área programática.

A sustentabilidade de resultados positivos alcançados está intrinsecamente relacionada a forma de financiamento, gestão, controle social e à capacidade de análise e intervenção em tempo real, a partir das características da tendência da epidemia, que se faz pelos casos notificados de AIDS e mais recentemente pela notificação de casos HIV positivos.

Ações de valorização, capacitação e atualização de profissionais de saúde, nos âmbitos público e privado têm se mostrado estratégias relevantes.

Maria Cristina Feijó Januzzi Ilário
Coordenadora do Programa Municipal de DST/AIDS

Salma Regina Rodrigues Balista
Diretora de Vigilância em Saúde

O **Boletim Epidemiológico de Campinas** é uma publicação do Sistema de Vigilância em Saúde de Campinas da Secretaria Municipal de Saúde.
Avenida Anchieta, 200, 11° andar, Centro, CEP 13.015-904. Tel: (19) 2116-0187
covisa@campinas.sp.gov.br
www.campinas.sp.gov.br/saude/
(link: Vigilância em Saúde)

Expediente
Diretora da Vigilância em Saúde (COVISA)
Salma Regina Rodrigues Balista

Responsáveis por esta edição:
André Ricardo Ribas de Freitas
Brigina Kemp
Elisabete Gonsalves Zuza
Maria Cristina Januzzi Ilário
Maria do Carmo Ferreira
Salma Regina Rodrigues Balista

1 - AIDS

Introdução

Duas décadas após os primeiros casos de AIDS em Campinas, com 4397 casos notificados entre crianças e adultos, é possível analisar algumas características da ocorrência desta enfermidade no município. Os dados aqui apresentados, de pessoas residentes em Campinas, foram atualizados em 25 de novembro de 2005 da base municipal do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação). Para obtenção dos dados de mortalidade e população utilizou-se o SIM (Sistema de Informação de mortalidade) .

Na primeira década da epidemia (1980-1990), observava-se perfil majoritariamente masculino, sendo a principal categoria de exposição a sexual / homossexual e bissexual. A segunda categoria de exposição era a sanguínea, com concentração de casos entre usuários de drogas injetáveis, seguida por transfusão de sangue e hemoderivados. Esta última teve uma diminuição importante e consistente a partir da década de 90, conseqüência da evolução na qualidade do controle do sangue no país.

Na primeira metade da década de 90, a epidemia ainda expressivamente masculina mostrava mudança de perfil; a categoria de exposição sanguínea/UDI (usuário de droga injetável) passou a ser a principal categoria de exposição e, iniciava o crescimento da participação de mulheres, através de exposição sexual/ heterossexual. Ressalta-se que grande parte dessas mulheres referia ter ou ter tido parceiro sexual UDI.

Atualmente, nos últimos anos, verifica-se em Campinas a desaceleração da epidemia com tendência à estabilização da velocidade de crescimento, evidente feminilização e crescimento do número de casos por categoria de exposição heterossexual para ambos os sexos.

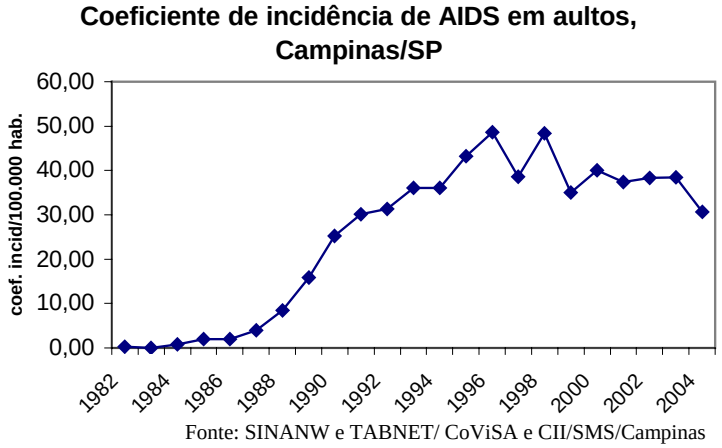
O sucesso da política nacional de combate à AIDS, é resultado da mobilização, controle e participação social, aliada a resposta competente e de qualidade por parte do poder público e profissionais de saúde.

A análise que se segue têm como referência essa parceria e o respeito à história de construção do Sistema Único de Saúde.

Incidência em Campinas e categorias de exposição hierarquizada

A incidência da AIDS, após atingir seu pico em 1996, vem apresentando uma diminuição com tendência de estabilização. (GRAFICO 1).

GRÁFICO 1

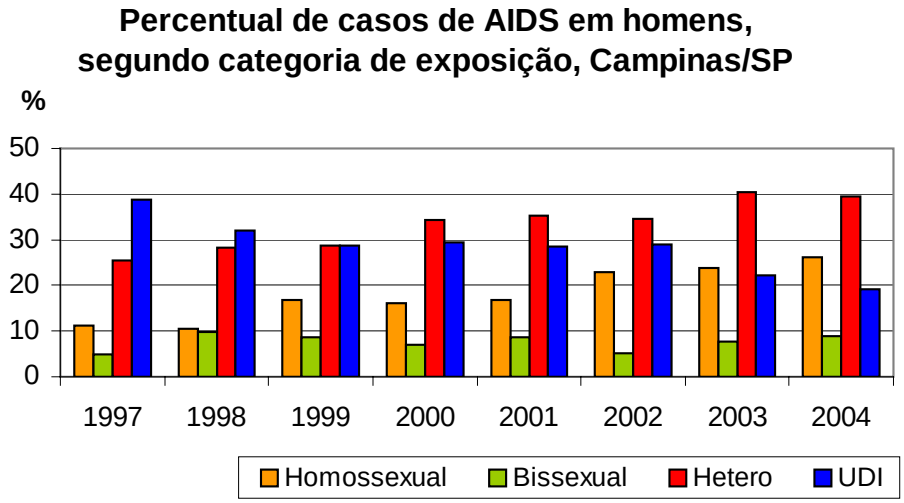


Fonte: SINANW e TABNET/ CoViSA e CII/SMS/Campinas

Quanto à categoria de exposição, nota-se um aumento do percentual de casos na categoria de exposição sexual/heterossexual ao longo de todo

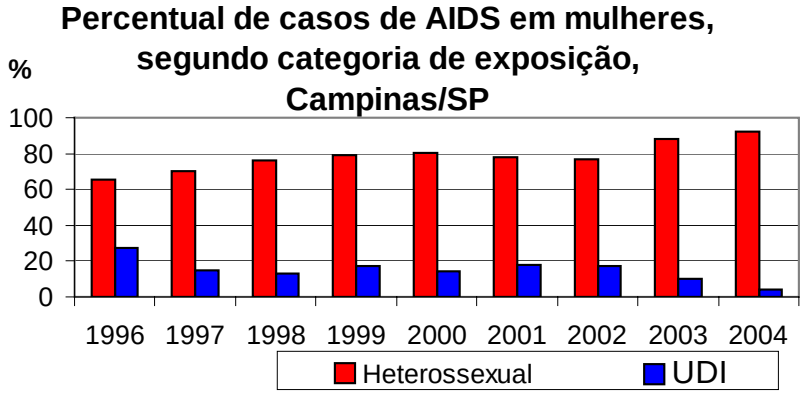
período, em ambos os sexos, mais acentuado nos últimos 5 anos. Ao se analisar separadamente a categoria de exposição por sexo, entre os homens observa-se que de 2002 a 2004, houve elevação do número de casos entre homossexuais, e entre as mulheres notadamente a elevação por categoria de exposição sexual/heterossexual (gráficos 2 e 3).

GRÁFICO 2



Fonte: SINANW/CoViSA/SMS/Campinas

GRÁFICO 3



Fonte: SINANW/CoViSA/SMS/Campinas

A categoria de exposição sanguínea/uso de drogas injetáveis (UDI) apresenta diminuição em ambos os sexos.

Esta diminuição pode ser atribuída a atuação do Programa de Redução de Danos, bem como da alternância de uso das substâncias psicoativas, como, por exemplo, a substituição da cocaína injetável por crack, que responde a mudanças sócio-culturais e econômicas relativas ao consumo e mercado das drogas.

Ao detalhar a análise na categoria de exposição sexual/heterossexual, nota-se algumas particularidades entre sexo e entre as faixas etárias. Assim, na Tabela 1, é possível comparar a incidência média por sexo e faixa etária dessa categoria de exposição, no início da década de 90 e entre 2000 e 2004. Embora tenha ocorrido um aumento da incidência nas

idades de 20 a 49 anos tanto entre homens como em mulheres, este é mais significativo entre as mulheres. Chama a atenção, também, o aumento importante da incidência nas idades acima de 50 anos, especialmente no sexo feminino.

TABELA 1 - Incidência média de AIDS na categoria de exposição heterossexual, segundo faixa etária e sexo, Campinas/SP

	Mulheres			Homens		
	1991-1995	2000-2004	Variação	1991-1995	2000-2004	Variação
15 a 19 anos	1,5	1,7	1,1	1,0	0,4	-0,4
20 a 29 anos	11,0	24,8	2,3	10,3	12,4	1,2
30 a 39 anos	9,7	35,7	3,7	20,7	33,1	1,5
40 a 49 anos	9,3	28,7	3,0	11,3	33,5	3,0
50 a 59 anos	1,8	13,1	7,3	8,4	18,9	2,2
60 e +	1,0	4,0	4,0	1,3	5,4	4,1

Fonte: SINANW e TABNET/ CoViSA e CII/SMS/Campinas

Incidência por sexo e faixa etária

A distribuição por faixa etária mantém maior incidência nas idades entre 20 a 49 anos. Observa-se aumento na faixa etária de 50 a 59 anos, que comparado ao coeficiente de incidência nessa faixa etária em 1991 e o registrado em 2003, demonstra incremento de aproximadamente 5 vezes (TABELA 2).

Infere-se que o aumento de sobrevida no país, decorrente da melhoria na tecnologia em saúde e políticas públicas voltadas para a qualidade de vida na terceira idade, associado também a preservação da atividade sexual, vêm caracterizando uma nova vulnerabilidade para as faixas acima de 50 anos.

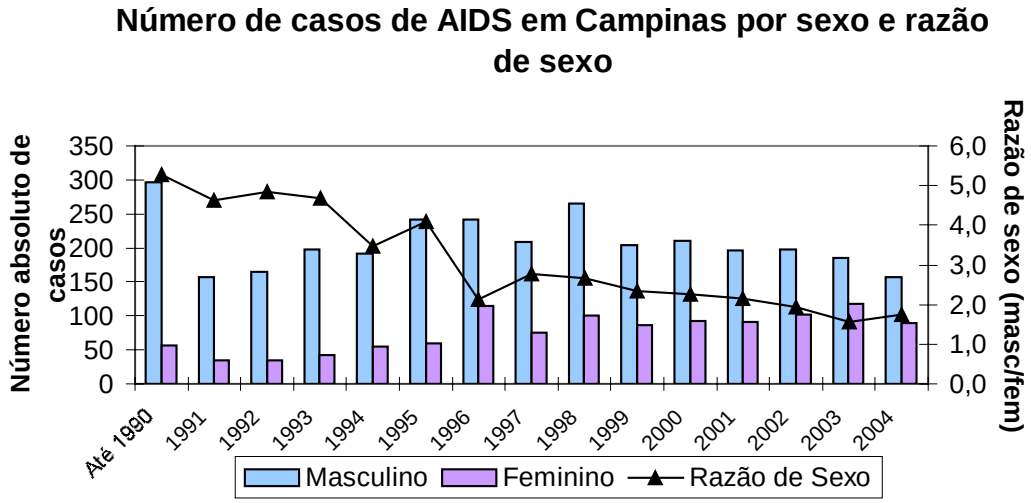
TABELA 2 – Coeficiente de Incidência de AIDS (casos/100.000hab), segundo faixa etária, Campinas/SP.

Faixa Etária	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
15-19	23.0	10.0	9.9	7.0	11.1	8.3	5.5	5.4	5.4	1.3	4.0	5.3	0.0	1.3
20-29	60.8	52.9	61.9	72.0	70.2	87.9	57.5	50.8	42.4	49.4	40.0	40.7	42.3	31.5
30-39	62.4	86.1	90.0	97.2	125.8	122.2	97.2	143.6	103.4	109.0	92.4	91.3	80.8	73.8
40-49	41.4	35.6	58.5	33.0	55.7	82.0	73.1	86.4	69.9	69.1	75.0	75.9	82.2	61.9
50-59	10.9	12.7	18.4	15.9	15.4	20.6	20.1	48.0	32.9	22.0	26.5	38.7	52.0	20.2
60 e +	2.4	9.0	6.4	6.1	3.9	5.6	10.7	12.0	14.8	7.9	12.3	5.9	5.7	15.7

Fonte: SINANW e TABNET/ CoViSA e CII/SMS/Campinas

Em relação à distribuição por sexo, no início da epidemia havia predominância do número de casos no sexo masculino sobre os casos no sexo feminino. A razão entre sexo masculino e feminino em 1987 foi de 11/1. Atualmente, esta razão é de 2/1. A mudança desse perfil pode ser verificada no gráfico 4.

GRÁFICO 4



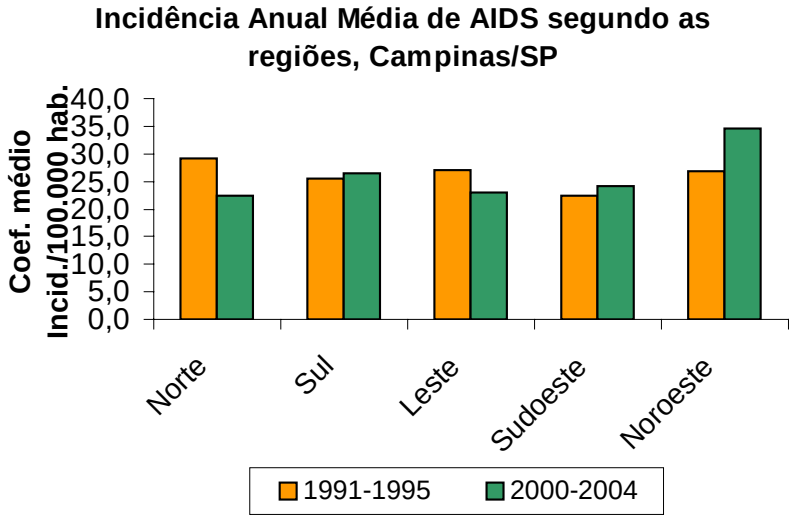
Fonte: SINANW/ CoViSA/SMS/Campinas

Distribuição geográfica

Além das mudanças de natureza etária, categoria de exposição e de gênero, houve também mudanças na distribuição geográfica. Ao se comparar as regiões, nota-se que no início dos anos 90 as maiores incidências ocorriam nas regiões norte e leste, áreas onde se concentram os bairros de população de maior renda. Já nos últimos 5 anos houve diminuição na incidência nestas regiões com aumento nas regiões sul, sudoeste e noroeste, onde residem populações de menor renda. (GRÁFICO 5)

Esta nova conformação da distribuição geográfica pode ser atribuída à melhoria do acesso dos pacientes aos serviços de saúde daquelas regiões, assim como pela melhoria do diagnóstico pelas Unidades de Saúde, especialmente durante o pré-natal. A cobertura do aconselhamento e testagem para o HIV e sífilis no pré-natal das unidades do SUS Campinas é, atualmente, da ordem de 95%.

GRÁFICO 5

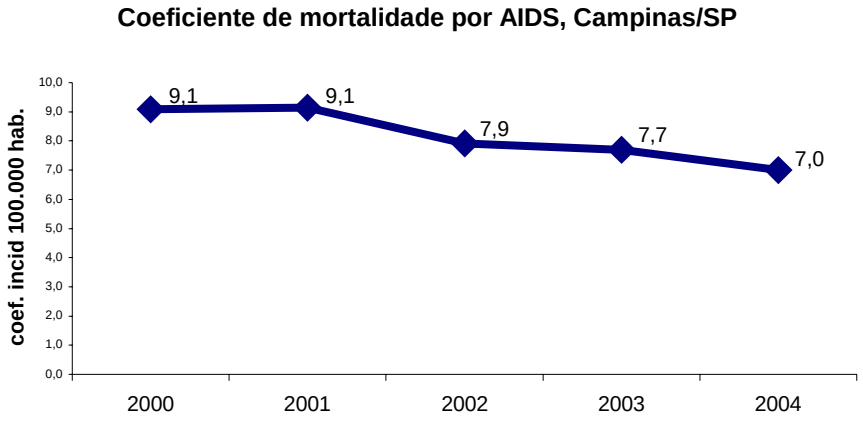


Fonte: SINANW e TABNET/ CoViSA e CII/SMS/Campinas

Mortalidade

A mortalidade por AIDS em Campinas teve queda abrupta de 55% em meados de 1996, quando a Terapia Anti-retroviral Combinada foi adotada no protocolo nacional, e mantém tendência de declínio nos anos mais recentes. A qualidade dos serviços de assistência especializados, de acordo com recente pesquisa nacional, é o principal fator de redução da mortalidade por aids. O Centro de Referência do Programa Municipal de DST/Aids de Campinas foi classificado nesta pesquisa, como Serviço de Excelência.
Os coeficientes de mortalidade atuais podem ser observados no gráfico 6.

GRÁFICO 6



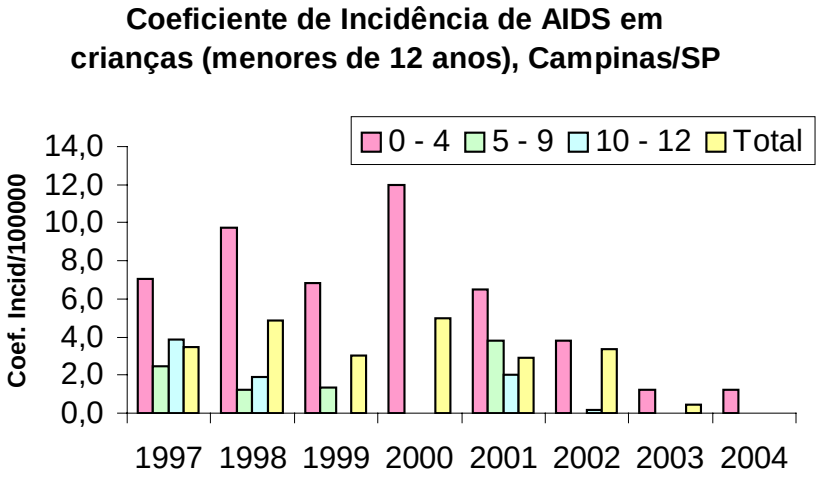
.

Fonte: SINANW e TABNET/ CoViSA e CII/SMS/Campinas

AIDS em Crianças

O primeiro caso de AIDS em criança (0 a 12 anos) foi diagnosticado em 1997 atingindo incidência máxima em meados da década de 90, apresentando declínio nos 2 últimos anos. A incidência por faixa etária pode ser observada no gráfico 7.

GRÁFICO 7



Fonte: SINANW e TABNET/ CoViSA e CII/SMS/Campinas

Conclusões

A AIDS apresenta uma dinâmica de distribuição na população em função de características sócio-econômicas, culturais, demográficas e de mudanças tecnológicas como qualquer doença, e também de etnia, gênero, orientação e prática sexual, representação e exclusão social o que a diferencia dentre as outras. A intervenção no processo saúde/doença traz o desafio de considerar e respeitar as diferenças nas várias gamas da moralidade, crença, orientação e prática sexual, uso de drogas lícitas e ilícitas, atividade sexual comercial entre outras, na defesa do acesso universal e equânime a informação e assistência em saúde. A constante atenção e avaliação destas características conferem maior efetividade às medidas de Prevenção, Promoção e Proteção à Saúde da população, quer seja em intervenções individuais, quer seja na priorização de grupos ou segmentos sociais a receber enfoque adequado às suas vulnerabilidades.

A vulnerabilidade feminina frente a AIDS ilustra este desafio. O risco de infecção pelo HIV para as mulheres através de uma relação heterossexual desprotegida é biologicamente maior que o risco para os homens na mesma situação; a vulnerabilidade de gênero, social e cultural é igualmente proporcional para elas. Necessariamente, na abrangência das atividades cotidianas de prevenção, promoção e proteção dos serviços de saúde, o tema DST e Aids deve fazer parte da rotina, se quisermos controlar o rápido avanço da epidemia, principalmente entre mulheres.

O recrudescimento da epidemia entre jovens homossexuais em Campinas, já observado como tendência há alguns anos na Europa e EUA, demonstra que a solução de continuidade de atividades e projetos específicos a cada segmento ou grupo social, é imediatamente verificado no avanço da epidemia para os mesmos.

Apesar de todos os avanços culturais e tecnológicos a AIDS ainda é um grande desafio. O grande exemplo de construção programática nesta área traz a responsabilidade de fortalecimento e de sustentabilidade das ações de vigilância, análise dos dados e planejamento/ação no âmbito do Sistema Único de Saúde e o desafio de consolidá-lo. Com certeza temos ainda muito a fazer.

2 - Gestantes HIV positivas e crianças expostas

Em 1994 foram publicados resultados da aplicação do protocolo do **Aids Clinical Trial Group** (ACTG 076), mostrando evidências de redução da transmissão vertical do HIV - responsável pela grande maioria dos casos de Aids em menores de 13 anos - o que orientou o oferecimento do teste mediante aconselhamento para detecção do HIV em gestantes durante o pré-natal no município de Campinas neste mesmo ano.

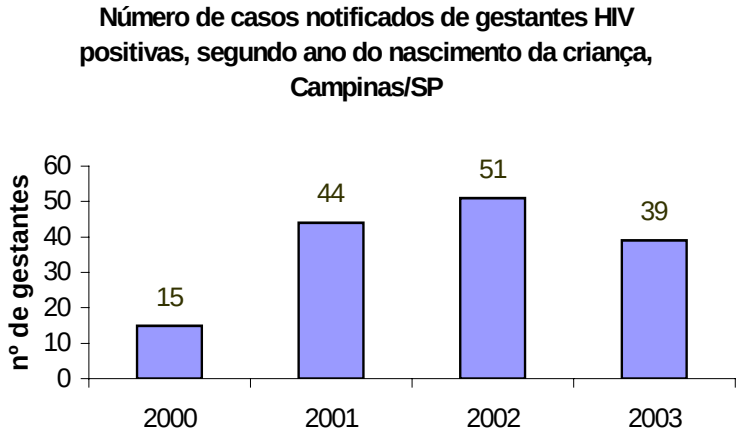
O protocolo ACTG 076 consiste no uso da medicação anti-retroviral a partir da 14ª semana de gravidez, durante o trabalho de parto e para o recém-nascido até seis semanas de vida, além da contra-indicação do aleitamento materno. A aplicação do protocolo reduz a chance da transmissão vertical do HIV de 25% para 8%. Estudos alemães verificaram redução a 0%, quando associada a cesariana eletiva, realizada antes do trabalho de parto, encontrando as membranas amnióticas íntegras.

No Brasil a notificação das gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas tornou-se compulsória no ano de 2000, iniciada a vigilância no pré-natal e até a criança completar 18 meses vida. A análise do cruzamento do número de gestantes diagnosticadas durante o pré-natal e do número de crianças expostas pelas mesmas que soroconverteram aos dezoito meses,

refletirão a qualidade da aplicação do protocolo.

Neste boletim são analisados os casos residentes em Campinas, de 149 gestantes e crianças nascidas de 2000 a 2003, com idades para conclusão da situação da infecção. Utilizou-se os dados da base municipal do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação). A distribuição ano a ano pode ser observada no Gráfico 1.

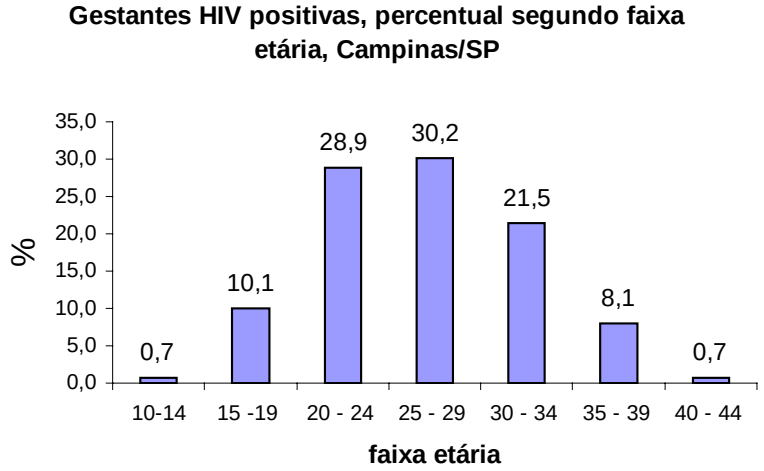
GRÁFICO 1



Fonte: SINANW/CoViSA/SMS/Campinas

Quanto à faixa etária, mais de 80% das gestantes tem idades entre 20 e 34 anos, e somente um caso com idade inferior a 15 anos (Gráfico 2).

GRÁFICO 2

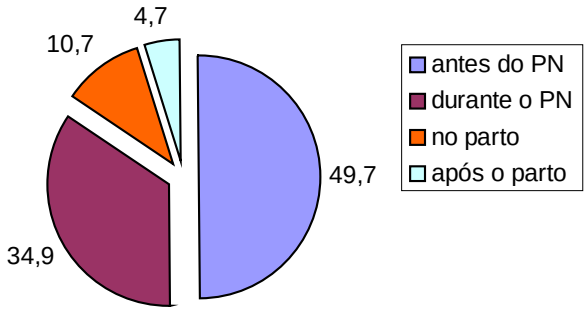


Fonte: SINANW/CoViSA/SMS/Campinas

Em relação ao pré-natal, mais de 90% destas gestantes o realizaram, mostrando a boa cobertura de pré-natal em Campinas. O gráfico 3 mostra que 85% dos diagnósticos da infecção pelo HIV foram feitos antes ou durante o pré-natal, permitindo uma adequada terapia anti-retroviral nos três momentos propostos. Cerca de 84% receberam AZT injetável durante o trabalho de parto.

.
GRÁFICO 3

Momento do diagnóstico da infecção pelo HIV/AIDS, Campinas/SP

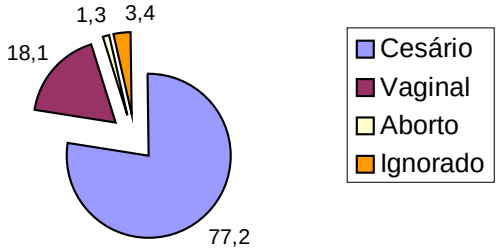


Fonte: SINAN/COVISA
Ano do parto: 2000 a 2003

Quanto à via de parto, 77% foi parto cesariana, que é a via de parto preconizada para as gestantes portadoras do HIV. (Gráfico 4)

GRÁFICO 4

Gestantes HIV positivas, segundo o tipo de parto, Campinas/SP

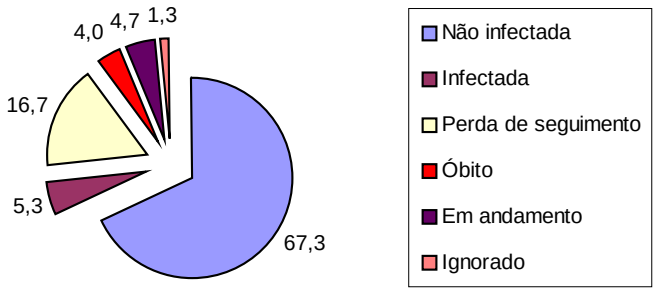


Fonte: SINAN/COVISA
Ano do parto: 2000 a 2003

No gráfico 5, verifica-se que das 149 crianças expostas ao HIV materno na gestação nascidas de 2000 a 2003, 67,3% (101) não se tornaram infectadas pelo HIV, 5,3% (8) tornaram-se HIV positivas e 4% (6) foram a óbito. As perdas de seguimento em 16,7% (25) dos casos justificam-se pela mudança das famílias para outros municípios e crianças que foram entregues para a adoção.

GRÁFICO 5

Crianças expostas ao HIV na gestação ou parto, segundo encerramento do caso, Campinas/SP



Fonte: SINAN/COVISA
Ano do parto: 2000 a 2003

Dentre as causas da soroconversão para o HIV nas 8 crianças, pudemos identificar: o diagnóstico tardio na gestante, o uso irregular da profilaxia com anti-retrovirais pela mãe durante a gestação, a não realização da profilaxia com AZT injetável durante o parto e a não suspensão do aleitamento materno para o recém nascido. Apenas um dos óbitos ocorridos foi relacionado à AIDS.

A taxa observada de 5,3% das crianças infectadas após 18 meses de acompanhamento é considerada alta, tendo em vista a meta de redução preconizada pelo Ministério da Saúde para 1%. Estes dados mostram que somente a oferta de diagnóstico precoce, tratamento e profilaxia não garantem que a meta de redução da transmissão vertical seja alcançada. É necessário o monitoramento do uso adequado da profilaxia com anti-retroviral, além de uma assistência de qualidade na gestação, parto e para o recém-nascido.

3 - Sífilis Congênita

A sífilis congênita é agravo de notificação compulsória em todo o território nacional desde 1984. Em 2004 foi publicada uma nova definição de caso de sífilis congênita: "*toda criança ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia reagente – não treponêmica – para sífilis qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado*". Esta definição, mais abrangente, procura dar maior sensibilidade ao sistema de vigilância da sífilis congênita, visando a ampla cobertura de tratamentos e sua eliminação.

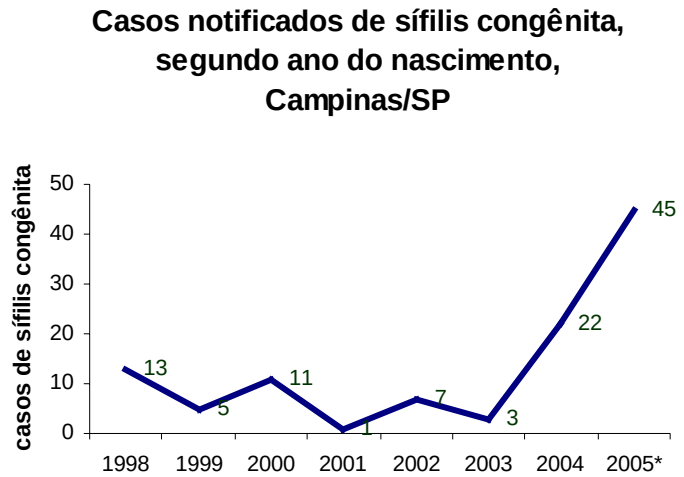
A partir do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo em julho de 2004 tornou-se de notificação compulsória no Estado a gestante com sífilis: "*Deve ser notificada toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com teste não treponêmico reagente, em qualquer título, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem*". Em julho de 2005, a notificação da gestante com sífilis,

tornou-se obrigatória em todo território nacional.

Neste boletim, serão analisados os 107 casos de sífilis congênita notificados entre os anos de 1998 até outubro de 2005.

O aumento ocorrido nos anos de 2004 e 2005 (Gráfico 1) reflete, além da sensibilidade da nova definição de caso, a priorização no investimento em ações de capacitação e atualização para profissionais de saúde, que resultou em aumento da busca ativa, do diagnóstico e qualificação da vigilância, desencadeadas a partir do Plano de Ação e Metas do PMDST/Aids de 2004. A redução da sífilis congênita é meta da Vigilância em Saúde e eixo temático do Programa de DST/Aids nas três esferas da gestão pública, e os recursos vinculados seguem a mesmas diretrizes e estratégias utilizadas para o combate a Aids.

GRÁFICO 1

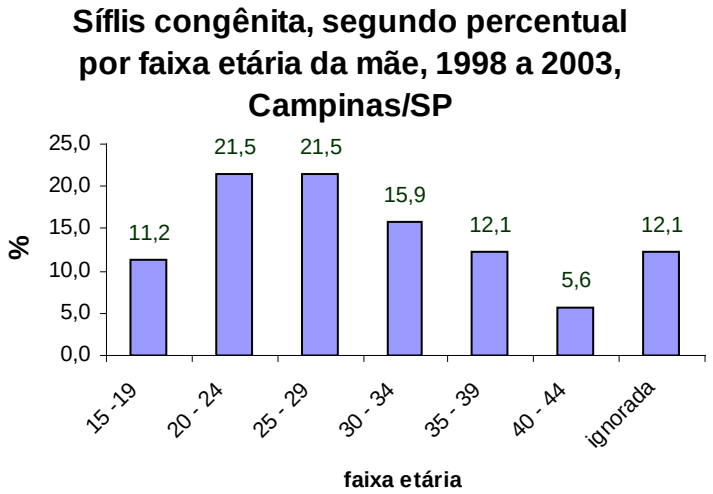


Fonte:SINAN/COVISA
* dados paciais, até outubro

O gráfico 2 mostra que a maior proporção das gestantes com sífilis estão na faixa etária de 20 a 29 anos.

Segundo a realização do pré-natal, 77,2% realizaram e 12% não. Em 48,6% dos casos o diagnóstico foi feito durante a gestação.

GRÁFICO 2

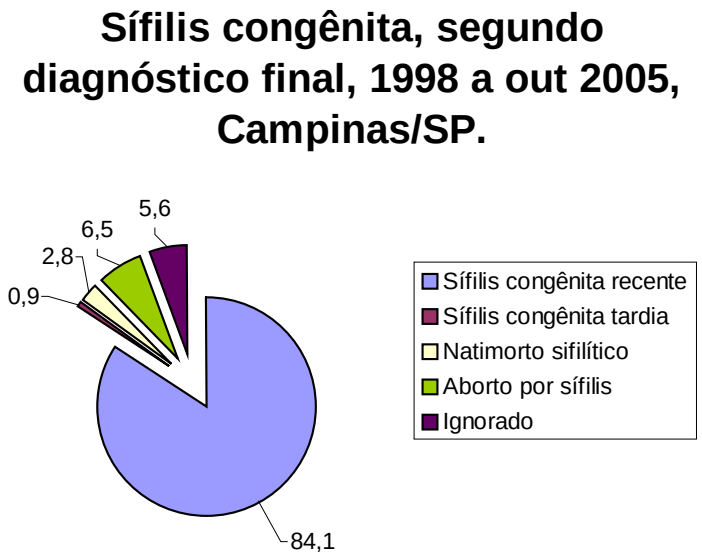


Fonte: SINANW/CoViSA/SMS/Campinas

Problemas como a interpretação dos resultados de sorologia para sífilis por parte dos ginecologistas, não investigação e/ou não tratamento do parceiro, e prescrição terapêutica inadequada, tem sido observados como fatores relevantes para a transmissão vertical da sífilis. É necessário destacar que em apenas 14% dos casos houve investigação e tratamento do parceiro o que demonstra a necessidade de investimento na qualificação da a assistência às DSTs.

Dos 107 casos notificados no período, tem-se a seguinte classificação final: 84,1 % de sífilis congênita recente, 6,5% aborto por sífilis, 5,6% com diagnóstico final ignorado, 2,8 % de natimorto sifilítico e 0,9 % sífilis congênita tardia (gráfico 3).

GRÁFICO 3-



Fonte: SINANW/CoViSA/SMS/Campinas

Evidencia-se a grande importância do diagnóstico, tratamento, notificação e vigilância à gestante com sífilis, como ações a serem priorizadas, intensificadas e qualificadas para atingirmos a meta da eliminação deste agravo, definida como menos de 1 caso/1000 nascidos vivos.

Vigilância em Saúde de Campinas Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) F: 2116-0233 Coordenadorias Regionais de Vigilância em Saúde (VISAs) VISA Norte F: 32421186 VISA Sul F: 3273-5055 VISA Sudoeste F: 3268-6233 VISA Noroeste F: 3268-6244 VISA Leste F: 3212-2755 Centro de Controle de Zoonoses F: 3245-1219 CR Saúde do Trabalhador F: 3272-1292 **Centro de Referência de DST/AIDS de Campinas** CR-DST/AIDS F: 3234-5000	Plantão 24 horas de Vigilância Epidemiológica **8137-8578** Plantão 24 horas de Controle de Zoonoses **8137-8421**