

ブラジル連邦共和国  
カンピーナス大学臨床研究プロジェクト  
巡回指導調査団報告書

平成12年3月

国際協力事業団  
医療協力部

## 序 文

ブラジル連邦共和国カンピーナス大学臨床研究プロジェクトは、1997年4月1日から5年間の協力期間で、医学界の中核教育機関のひとつであるサン・パウロ州立カンピーナス大学において、エイズ合併真菌感染症、ならびに肝疾患に関する診断・治療・研究機能を高めることを目標に実施しているものです。

1999年6月、協力開始後約2年間を経過し、国際協力事業団は、プロジェクトの進捗状況を把握・評価し、今後のプロジェクト協力期間の実行計画について協議することとし、1999年6月28日から7月10日までの日程で、富山医科薬科大学の藤巻雅夫名誉教授を団長として、巡回指導調査団を派遣しました。本報告書は、その調査結果を取りまとめたものです。

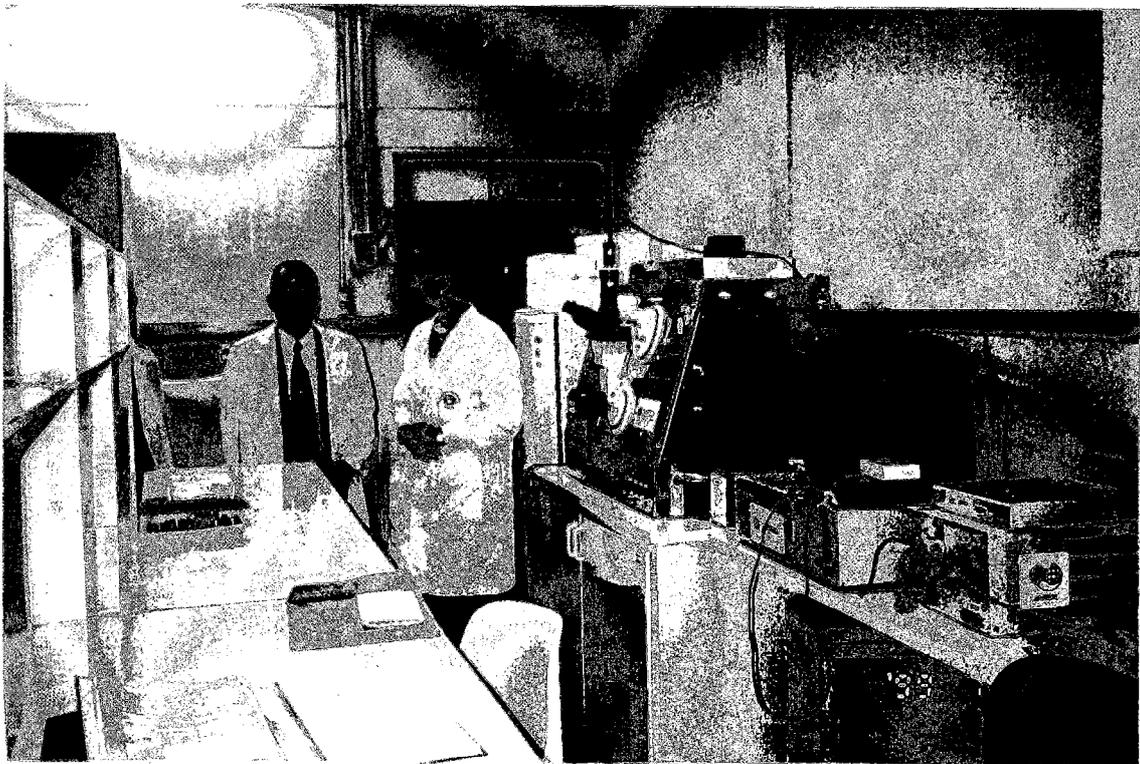
ここに本調査にご協力を賜りました関係各位に、深甚なる感謝の意を表しますとともに、プロジェクトの効果的な実施のために、今後とも、ご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

平成12年3月

**国際協力事業団**  
医療協力部長 遠藤 明



プロジェクト合同委員会



カンピーナス大学附属病院内エイズ・グループ研究室  
(右にあるのが供与機材バイオセル・トレーサー)



SAAD 医学部長との協議



協議議事録署名  
(藤巻団長【左】、TAVARES 学長【中央】、HABIB 国際部長【右】)

# プロジェクト位置図



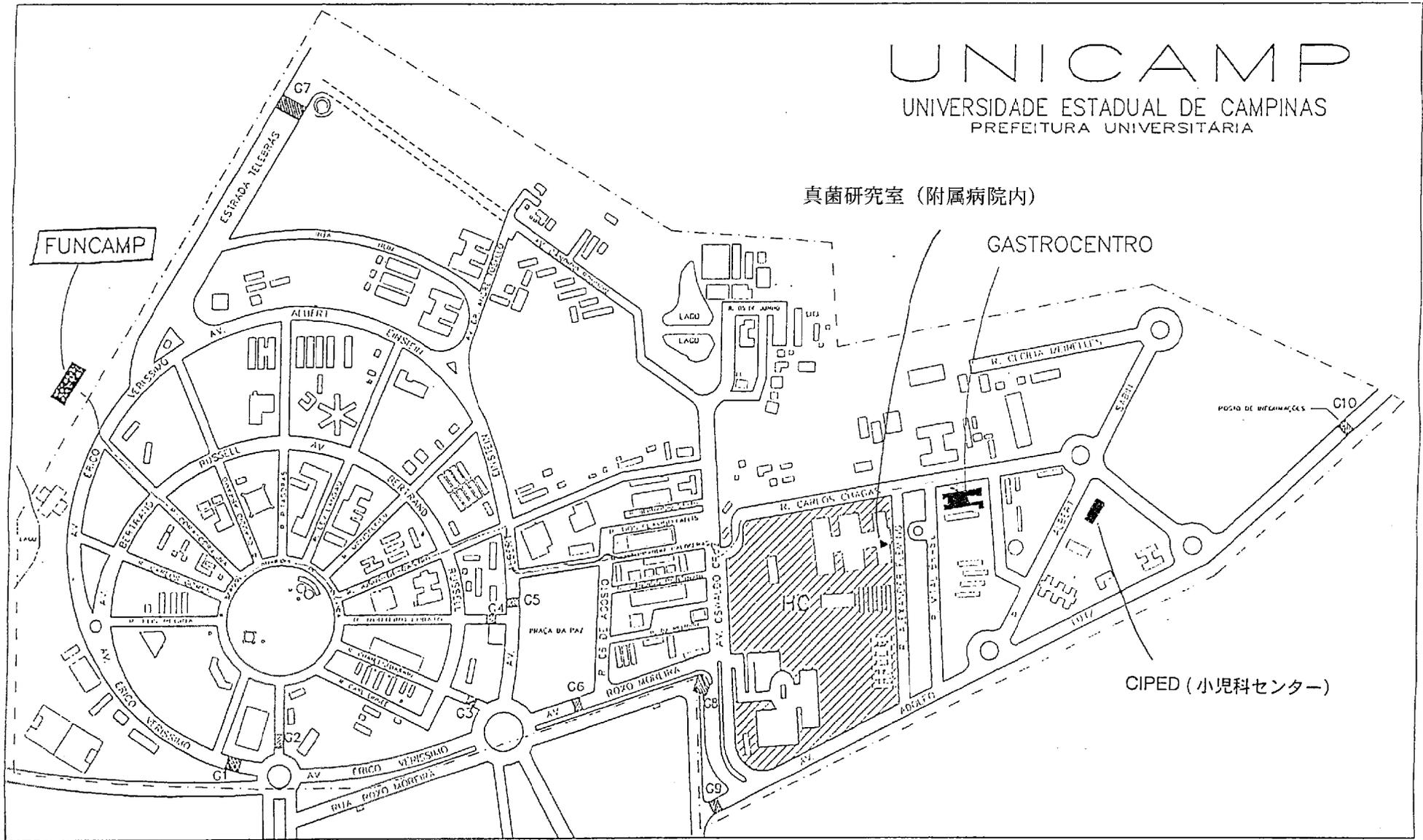
# UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
PREFEITURA UNIVERSITÁRIA

真菌研究室 (附属病院内)

GASTROCENTRO

CIPED (小児科センター)



# 目 次

序 文

写 真

地 図

1 . 巡回指導調査団派遣 -----	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的 -----	1
1 - 2 調査団の構成 -----	2
1 - 3 調査日程 -----	3
1 - 4 主要面談者 -----	4
2 . 総括報告 -----	6
3 . 分野別報告 -----	7
3 - 1 エイズ真菌感染症分野 -----	7
3 - 2 肝疾患分野 -----	8
附属資料	
協議議事録 -----	13
PDM日本語訳 -----	29
PDM指標関連資料（エイズ真菌感染症分野） -----	33
PDM指標関連資料（肝疾患分野） -----	99

# 1 . 巡回指導調査団派遣

## 1 - 1 調査団派遣の経緯と目的

### ( 1 ) 調査団派遣の経緯

近年ブラジル連邦共和国（以下、ブラジル）においては、HIV感染症、肝疾患、小児難治感染症が増加しており、これらに対処するための人材育成が急務になっている。

このため同国政府は、1990年7月から6年間実施された「カンピーナス大学消化器診断・研究プロジェクト」の成果を踏まえ、医学界の中核教育機関であるサン・パウロ州立カンピーナス大学医学部において、上記疾患に関する診断・治療・研究機能を高めるため新規プロジェクトを要請してきた。わが国はこの要請に応え、1997年4月1日から5年間の予定で本プロジェクトを開始した。

プロジェクトは真菌分野（幼・小児を含む）と肝疾患分野に大別される。主な活動として、真菌分野においてはエイズ患者に対する病原真菌の同定・分類検査技術、ならびに分離・同定された病原真菌の抗真菌剤に対する感受性検査技術の指導が実施されている。また肝疾患分野については一連の肝疾患シーケンスにかかる診断・治療技術が指導されている。

今般、プロジェクト開始後2年2カ月を経過し、プロジェクトのこれまでの活動について評価を行うとともに、先方との協議を通じて今後の活動計画を確認すべく、本調査団を派遣することとなった。

### ( 2 ) 調査団派遣の目的

#### 1 ) 真菌分野

各種技術の移転状況の把握

- ・真菌分離・同定技術
- ・薬剤感受性試験技術

活動拠点移転（ガストロセンター 医学部附属病院）の状況把握

- ・移転設備の稼働（含、バイオセル・トレーサー）
- ・増員されたカウンターパートの活動

小児科における活動状況の確認

- ・検査組織システム
- ・試料・検体の供給状況

#### 2 ) 肝疾患分野

肝炎ウイルス検出技術の技術移転状況の把握

検出法、治療法別の協力計画の策定

供与機材の稼働状況

3) プロジェクトの活動計画の整理(プロジェクトデザインマトリックス(PDM)の作成)

「プロジェクト目標」と実施される「活動」、活動の結果として達成される「成果」、活動を行うための「投入」についての各々の整合性の確認

「プロジェクト目標」および「成果」の把握に必要な「指標」および「指標の入手手段」の確認

真菌分野と肝疾患分野の分離の是非

1996年12月16日付討議議事録(R/D)との整合性

#### 1 - 2 調査団の構成

	担 当	氏 名	所 属
団長	総 括	藤巻 雅夫	富山医科薬科大学 名誉教授
団員	消化器内科	渡邊 明治	富山医科薬科大学医学部 教授(7月4日~)
団員	協力計画	岡村 昭夫	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課 職員 (6月30日~)

上記に加え、以下記載の短期専門家が調査団活動に参加した。

指導分野	氏 名	所 属
消化器病学	山本 恵一	富山医科薬科大学 名誉教授
感染症(エイズ)	宮治 誠	千葉大学真菌医学研究センター 教授

1 - 3 調査日程

日順	月日	曜日	移動および業務
1	6 / 28	月	20:55 成田発 (JL064)
2	29	火	8:10 サン・パウロ着 午前 JICA サン・パウロ事務所訪問・打合せ 午後 キンピーナスへ移動
3	30	水	カウンターパート、日本人専門家との打合せ (岡村団員：15:55 フォルタレーザ発 (RG374) 19:25 サン・パウロ着、キンピーナスへ移動)
4	7 / 1	木	午前 プロジェクト合同委員会 午後 エイズ・真菌感染症分野 (小児) 個別協議
5	2	金	午前 エイズ・真菌感染症分野個別協議 午後 キンピーナス大学医学部長との協議
6	3	土	終日 資料整理
7	4	日	終日 資料整理 (渡邊団員：19:00 名古屋発 (RG839))
8	5	月	(渡邊団員：5:40 サン・パウロ着、キンピーナスへ移動) 午前 エイズ・真菌感染症分野 (小児) 個別協議 午後 肝疾患分野個別協議
9	6	火	午前 エイズ・真菌感染症分野 (小児) 個別協議 キンピーナス大学医学部附属血液センター視察 午後 協議議事録作成 (含 PDM)
10	7	水	午前 エイズ・真菌感染症分野個別協議 午後 JICA 広報展参加 (サン・パウロ事務所主催) キンピーナス大学国際部長訪問 キンピーナス大学学長訪問・協議議事録署名
11	8	木	午前 日本人専門家との協議 サン・パウロへ移動 午後 JICA サン・パウロ事務所へ報告 在サン・パウロ日本総領事館 23:50 サン・パウロ発 (RG836)
12	9	金	機内
13	10	土	13:35 成田着

1 - 4 主要面談者

( 1 ) ブラジル側関係者 ( サン・パウロ州立カンピーナス大学 )

Hermano de Medeiros F. Tavares	学長
Fernado Galembeck	副学長
Mohamed Habib	国際部長
Mario J. Abdalla Saad	医学部長
Luiz Carlos Zeferino	副医学部長
Ademar Yamanaka	プロジェクト・コーディネーター
Jose Murilo R. Zeitune	ガストロセンター所長
Juvenal Ricardo Navarro Goes	ガストロセンター副所長
Francisco Hideo Aoki	エイズ真菌感染症分野カウンターパート
Maria Luisa Moretti Branchini	エイズ真菌感染症分野カウンターパート
Plinio Trabasso	エイズ真菌感染症分野カウンターパート
Angelica Zaninella Schreiber	エイズ真菌感染症分野カウンターパート
Marcia Maria Pedroso	エイズ真菌感染症分野カウンターパート
Isabel Cristina Izatto	エイズ真菌感染症分野カウンターパート
Erivan Olinda Ribeiro	エイズ真菌感染症分野カウンターパート
Guaracy Da Silva Ribeiro	エイズ真菌感染症分野カウンターパート
Maria Aparecida Brenelli	エイズ真菌感染症分野 ( 小児 ) カウンターパート
Maria Marluce dos Santos Vilela	エイズ真菌感染症分野 ( 小児 ) カウンターパート
Carlos Renato Della T. Sanches	エイズ真菌感染症分野 ( 小児 ) カウンターパート
Elza Cotrim Soares	肝疾患分野カウンターパート
Jazon R. Souza de Almeida	肝疾患分野カウンターパート
Nancy Fusae Nishimura	肝疾患分野カウンターパート
Brasilio T. Okubo	肝疾患分野カウンターパート

( 2 ) 日本側関係者

1 ) 在サン・パウロ総領事館

池田 敏雄	首席領事
渡辺 健治	領事
玉川 淳	領事
アドリアーナ・タカハシ	館員 ( 経協担当 )

2) JICAサン・パウロ事務所

川路賢一郎	所長
池城 直	次長
野々口 クリスチーナ	所員

3) プロジェクト専門家

吉田 祚一	チーフアドバイザー、感染免疫学	長期専門家
滝澤香代子	細菌学(エイズ)	長期専門家
富永健一郎	業務調整	長期専門家
岡田 和彦	肝臓病学	短期専門家

## 2 . 総括報告

本巡回指導調査団は、これまでのプロジェクト活動の進捗について確認し、PDMの作成を通じて今後の活動計画をブラジル側と協議するために派遣された。プロジェクト合同委員会および各分野の個別協議を踏まえ、1999年7月7日にカンピーナス大学タバレス学長と藤巻雅夫団長の間で、協議議事録が署名・合意された。本プロジェクトにはエイズ真菌感染症分野と肝疾患分野の2つの異なる分野が存在しているためPDMを1つにまとめることが困難であり、2種類作成することとした。

エイズ真菌感染症分野については、エイズ患者からの真菌の分離、分離された真菌の分類同定、薬剤感受性試験に関する基本的技術については、ほぼ技術移転が完了していることが確認された。今後はこれらの基本的技術を補完的に指導し精度を高めることに加え、血清学的診断法、分子生物学的診断法、また小児科に関しては免疫担当細胞（血中喰細胞）機能検査の技術移転を開始することとした。

薬剤感受性試験を効果的に実施するための細胞成長自動測定装置であるバイオセル・トレーサー（1997年度供与機材）については稼働の遅れが懸念されたが、基本的な検査は可能であることが確認された。

肝疾患分野については、ブラジル側の肝炎ウイルス診断技術向上のための高次技術移転への期待の強さが確認され、専門家派遣もしくはカウンターパート研修員受入れの実現を条件に、検査キットの供与も検討することとなった。

一方で肝疾患分野に関するこれまでの日本人専門家派遣は必ずしも十分であるとはいえず、計画された成果の実現のためには、今後の専門家派遣の充実が必要である。

1999年5月、エイズ真菌感染症分野の研究設備（日本側供与機材）を、それまでの設置場所ガストロセンターからカンピーナス大学附属病院内の研究室に移転した。これはエイズ・グループの研究者が設備未完のガストロセンターの研究室を借用しなければならない不便を解消したものであり、これによってエイズ真菌感染症分野の活動のいっそうの進展が見込まれる。しかしながら同じプロジェクトである以上、2つの分野の協力は引き続き必要であり、特に供与機材の共用などに関する両分野間の協力がより緊密なものとなることが期待される。

### 3 . 分野別報告

#### 3 - 1 エイズ真菌感染症分野

##### ( 1 ) 進捗状況

これまでに分離・同定、薬剤感受性試験の基本的検査技術に関する技術移転はほぼ完了した。蓄積された検査結果をもとに評価できる水準の数篇の研究論文が発表され、2000年度には国際真菌学会（真菌分野では世界最高水準の学会）での発表が予定されている。

今後は、これら基本的検査技術を引き続き補完的に指導するとともに、新たに血清学的診断法（アミノ酸/たんぱく質の性状により真菌の分離・同定を行う）、分子生物学的診断法（DNA配列の分析により真菌の分離・同定を行う）、また小児部門においては免疫担当細胞（血中喰細胞）機能検査を実施していくこととした。

##### ( 2 ) 研究場所の移転

真菌部門の研究場所は当初 gastro センター内にあったが、1999年5月に病院内に移転した。エイズ・グループの研究者が電源、給排水等の設備が不十分な gastro センターを借用しなければならぬ不便を解消したもので、今後の活動の加速が期待される。

また稼働の遅れが懸念された供与機材、バイオセル・トレーサーについても調査団派遣までに試験的基本操作5例の実施を完了し、基本的な検査機能については稼働することが確認されていた。

##### ( 3 ) 小児科との連携

プロジェクト活動の効果を高めるべく、カンピーナス大学の診療・研究においては異なる部門であるエイズ・グループと小児科との連携をさらに改善、強化するよう、調査団より申し入れた。

##### ( 4 ) PDM

プロジェクト目標（カンピーナス大学附属病院診療圏内におけるエイズ患者の死亡の減少）に関する指標として、当初年間死亡率の減少を考えたが、ブラジルにおいては1996年12月からエイズ抗真菌剤の無料投与が開始されたこと、公立病院における薬剤投与体制の整備が進んだことから、全国的に死亡率（患者総数のうちの年間死亡者総数）が60%超も減少しており、これ自体をプロジェクト活動の効果を図る指標とすることは難しいと判断し、指標を「サン・パウロ州、また全国平均との死亡率と比較した場合の改善度合の差」とすることで合意した。

プロジェクト目標と成果の指標に関連して、ブラジル側より資料（附属資料）が提出された。

### 3 - 2 肝疾患分野

#### （1）肝炎ウイルス診断

カンピーナス大学（ gastro センター）側の最大の関心事であり、特に検査キット供給（研究実施 論文作成）への期待が強いことが確認された。今回の協議の結果、 gastro センターの研究能力の向上を図るべく、検査キット（カンピーナス大学側の要望はHCV（定性・定量・ジェノタイプ）およびB型の4種）の供与を、当該分野の専門家派遣もしくはカウンターパート研修が決定した後に検討することとなった。

試薬のブラジル国内生産（またはカンピーナス大学による作製）が現実的でない以上、本格的な臨床への応用については、将来的には gastro センターもしくは附属病院が予算を確保して試薬を購入する必要がある。したがってプロジェクトによる試薬供与は研究用とし、その研究目的・数量についてはあらかじめ限定するべきであると思われる。

#### （2）肝臓病診療と肝臓移植の合併ユニット

カンピーナス大学の肝疾患患者への対応が必ずしも総合的になされていないことの弊害はかねてより日本側から指摘されていたが、 gastro センター第2棟の完成によりこれを肝疾患の総合的診療施設として位置づけることが合意され、1998年12月16日にオープニング・セレモニーが実施された。しかしながら本格的な稼働はしておらず、今のところ成果はみえていない。今後同ユニットが実質的に機能するために、内科、外科ほか関係診療部門の合同会議が開催されるよう期待したい。

#### （3）専門家派遣

肝臓分野は従来より専門家のリクルートにおいて苦戦が続いている。協議の席上で日本側から、専門家のリクルートに引き続き尽力する旨が表明されたものの、特に長期専門家の派遣についての見通しは必ずしも明るくない。

#### （4）PDM

当初プロジェクト目標（カンピーナス大学附属病院の肝疾患患者の死亡の減少）の指標（年間死亡率の20%減）の達成に不安があるとの意見がブラジル側より示されたが、最終的には努力目標として位置づけることで合意された。

他方、「活動」については、肝炎ウイルス検出技術の移転、肝硬変・肝ガンの診断技

術の移転、 肝ガンに関する内科的治療技術の移転、 肝ガンに関する外科的治療技術の移転、とすることで合意したが、対象範囲は広く、計画された成果の達成のためには日本人専門家派遣の充実等、投入のいっそうの強化が必要となる。

プロジェクト目標の指標に関するデータとしてブラジル側より資料（附属資料 ）が呈示された。



## 附 属 資 料

協議議事録

PDM日本語訳

- 1 エイズ真菌感染症分野
- 2 肝疾患分野

PDM指標関連資料（エイズ真菌感染症分野）

- 1 カンピーナス大学附属病院
- 2 サン・パウロ市
- 3 ブラジル国

PDM指標関連資料（肝疾患分野）

- 1 カンピーナス大学附属病院 外来患者
- 2 カンピーナス大学附属病院消化器病棟 入院患者
- 3 カンピーナス大学附属病院 肝臓ガン
- 4 肝臓ガンおよび胆道ガンによる死亡数



① 協議議事録

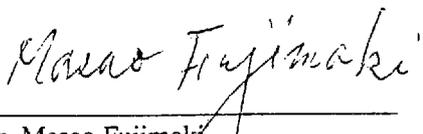
MINUTES OF MEETINGS  
BETWEEN  
THE JAPANESE ADVISORY TEAM  
AND  
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF  
THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL  
ON  
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR  
THE CLINICAL RESEARCH PROJECT IN  
THE STATE UNIVERSITY OF CAMPINAS IN BRAZIL

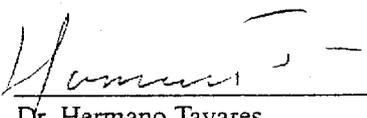
The Japanese Advisory Team (hereinafter referred to as the "Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Masao Fujimaki, visited the Federative Republic of Brazil (hereinafter referred to as "Brazil") from June 29, 1999 to July 8, 1999 for the purpose of reviewing and evaluating the progress of the Clinical Research Project in the State University of Campinas in Brazil (hereinafter referred to as the "Project"), and discussing the cooperation policies for the rest of the period.

During its stay in Brazil, the Team was informed about the activities carried out in the Project and the results obtained up to this moment. The Team had a series of discussions with the authorities concerned of the government of Brazil (hereinafter referred to as "Brazilian Authorities") to analyze the present status of the Project and make decisions for the future implementation of the Project.

As a result of the discussions, the Team and the Brazilian Authorities came to an agreement upon the matters referred to in the document attached hereto.

Campinas, Brazil  
July 7, 1999

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Masao Fujimaki  
Leader,  
The Japanese Advisory Team,  
Japan International Cooperation Agency

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Hermano Tavares  
Rector,  
The State University of Campinas,  
Federative Republic of Brazil

## 1. BACKGROUND

The Project started on April 1, 1997, with cooperation period of five (5) years, to establish the basis for further improvement of clinical research in the fields of diagnosis and therapy for lethal myco-infectious complications of adult patients of AIDS including pediatric immunodeficient patients, and also in the fields of laboratory diagnostics and therapeutic skills for viral hepatitis including its various subtypes, and subsequently developed liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma in the State University of Campinas (hereinafter referred to as "UNICAMP").

In accordance with the Record of Discussions dated December 16, 1996 (hereinafter referred to as "R/D") and The Minutes of Meeting dated January 21, 1998 (hereinafter referred to as "M/M"), the Team and the Brazilian Authorities reviewed the progress and the achievement of the activities made so far and the plans with respect to the future implementation of the Project through careful analysis and discussions.

## 2. REVIEW OF PROJECT ACTIVITIES

2-1 JICA has taken measures described below to facilitate the implementation of the Project;

- a) Japanese experts  
JICA has dispatched five (5) long-term experts and sixteen (16) short-term experts whose names and areas of specialization are listed on Annex 1.
- b) Local counterparts training in Japan  
Six (6) Brazilian counterparts have been received in Japan for technical training and observation. Their names and the fields for which they were received to be trained are listed on Annex 2. Their technical training was relevant and effective for the purpose of obtaining useful information.
- c) Equipment  
Between Japanese fiscal year 1997 and 1998, equipment worth about one hundred twenty (120) million yen (R\$1,500,000) was donated by JICA. The main equipment items are listed on Annex 3.

2-2 The Brazilian Authorities have taken measures described below to the implementation of the Project;

- a) Staffing  
Presently, a total of twenty-six (26) Brazilian counterparts have been assigned to the Project for its effective implementation and successful transfer of technology, as represented on Annex 4.
- b) Facilities  
Laboratory and space for clinical examination and treatment in the Gastrocenter, the Hospital of the UNICAMP and the Pediatric Research Center are provided.

2-3 The accomplishment of the Project

The selected accomplishment in each component of the Project is represented on Annex 5.

MF

H.T.

2-4 The activities implemented are summarized as follows;

- a) Myco-infectious complications of AIDS patients including pediatric immunodeficient patients
  - a)-1 Three hundred thirty (330) cases of mycological examination consisting of detection, isolation and identification have been performed so far, and technique of routine work in this field of Brazilian counterparts has reached to a satisfactory level. Measurement for minimum inhibitory concentration of anti-fungal drugs against isolated fungi has been performed on approximately two hundred (200) cases and their technical standard in this field is in the process of improvement as well.
  - a)-2 In May 1999, the laboratory which had been located on the second floor of Gastrocentre was transferred to a research room in the Hospital of the UNICAMP, to further facilitate and activate the Project activities in accordance with a policy for a more effective cooperation management of the Project.
  - a)-3 More than 500 isolates of pathogenic fungi have been isolated from their oral microbial flora of infantile patients. The level of its technical standard of Brazilian counterparts has been graded up.
- b) Hepatology
  - b)-1 Study on the prevalence of TT virus infection among renal transplant recipients in Brazil was carried out, and the result was epidemiologically useful for public health in Brazil.
  - b)-2 Abdominal ultrasonographic technique was transferred and the technique has been disseminated by way of textbooks, video and CD-ROM which the Project published.

### 3. SUMMARY OF DISCUSSIONS

- 3-1 Myco-infectious complications of AIDS patients including pediatric immunodeficient patients
  - a) In order to ensure the technical standard of mycological examination consisting of detection, isolation and identification for AIDS patients, and to enhance the technical standard of the measurement for minimum inhibitory concentration of anti-fungal drugs, the Team and the Brazilian Authorities agreed to continue on these technical transfer, and confirmed importance of establishing a system which reflects their techniques to the treatment of patients visiting the Hospital of the UNICAMP.
  - b) The Team and the Brazilian Authorities agreed that serological and molecular biological diagnosis for fungal diseases would be carried out.
  - c) In order to reconfirm identification of isolated strains which were identified in the Project activities, and to register for an international recognition, the Team and the Brazilian Authorities came to a mutual consent that isolated strains which were required would be transported to Chiba University, after taking necessary

MF

MS

procedures of the Ethical Committee of the UNICAMP.

- d) The Team recommended that UNICAMP should take necessary steps to appoint an additional laboratory technician to the Pediatric immunology study group of the UNICAMP to be trained to acquire the skills.
- e) The Team recommended that concerned counterparts should take every effort to establish a collaborating relationship between AIDS Unit and Pediatric department in the UNICAMP in order to further develop the Project activities.

### 3-2 Hepatology

- a) In order to further progress the ability in treatment for liver diseases, it is necessary to establish a collaborating relationship among internal medicine, surgery and other concerned department in the Hospital of the UNICAMP.
- b) The Brazilian Authorities pointed out the necessity of the long-term expert. The Team will make a discussion with regard to the possibility of its recruitment in Japan.
- c) After a Japanese expert's dispatching or a Brazilian counterpart training in Japan with regard to the techniques of serological and molecular biological identification for diagnosis on subtypes of viral hepatitis is decided, JICA will consider the necessity to donate the reagent kits to carry out its technical transfer.

### 3-3 Project Design Matrix

Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") has been discussed and elaborated by the Team and the Brazilian Authorities as described in Annex 6 (for Myco-infectious complications of AIDS patients including pediatric immunodeficient patients) and Annex 7 (for Hepatology). The discussions between the Team and the Brazilian Authorities for each field summarized above are reflected on PDM. The Team and the Brazilian Authorities agreed that PDM would be utilized for management and evaluation of the Project.

### 3-4 Others

- a) UNICAMP should take every effort to utilize the equipment provided to each component of the Project effectively and to make adequate budgetary provision for maintenance, repair and purchase of spare parts, and also consumable items to implement the Project activities.
- b) The Team recommended the Brazilian Authorities that the positioning of the Project in the organization of the UNICAMP should be clarified in order to activate the Project activities.
- c) The Brazilian Authorities confirmed that supporting staff, one secretary and one driver, would continue to be assigned exclusively to the Project.
- d) UNICAMP should take necessary measures to handle required procedures to implement custom clearance promptly, without having materials and equipment, which were donated by JICA, detained at the airport or port.

- e) The content and implement of articles or presentations at congress which would be contributed as results of the Project activities, should be discussed in advance.

M.H.

H.D.

## List of Japanese experts dispatched by JICA

Annex 1

(As of June 1999)

### CHIEF ADVISOR

- |   |   |                             |             |
|---|---|-----------------------------|-------------|
| 1 | Dr. Jun Uno<br>(Concurrent with an expert for Mycology -AIDS)               | Jul. 01 1998 - Jun. 30 1999 | (Long term) |
| 2 | Dr. Soichi Yoshida<br>(Concurrent with an expert for Infectious Immunology) | Jun. 06 1999 - Jun. 05 2000 | (Long term) |

### MANAGEMENT

- |   |                    |                             |              |
|---|--------------------|-----------------------------|--------------|
| 3 | Dr. Masao Fujimaki | Jun. 20 1998 - Sep. 19 1998 | (Short term) |
|---|--------------------|-----------------------------|--------------|

### GASTROENTEROLOGY

- |   |                      |   |  |
|---|----------------------|---|--|
| 4 | Dr. Keiichi Yamamoto | Jul. 19 1997 - Aug. 30 1997<br>Jul. 11 1998 - Aug. 16 1998<br>Jun. 12 1999 - Jul. 10 1999 | (Short term)<br>(Short term)<br>(Short term) |
|---|----------------------|---|--|

### LIAISON OFFICER

- |   |                        |                             |             |
|---|------------------------|-----------------------------|-------------|
| 5 | Mr. Kenichiro Tominaga | Apr. 24 1997 - Dec. 15 1999 | (Long term) |
|---|------------------------|-----------------------------|-------------|

### HEPATOLOGY

- |    |                      |                             |              |
|----|----------------------|-----------------------------|--------------|
| 6  | Dr. Nobuyasu Alba    | Nov. 22 1997 - Dec. 21 1997 | (Short term) |
| 7  | Dr. Masao Ohto       | Jan. 12 1998 - Jan. 24 1998 | (Short term) |
| 8  | Dr. Yoshio Yamaoka   | Jan. 14 1998 - Jan. 23 1998 | (Short term) |
| 9  | Dr. Osamu Yokosuka   | Jul. 04 1998 - Jul. 15 1998 | (Short term) |
| 10 | Dr. Hiromitsu Saisho | Aug. 06 1998 - Aug. 16 1998 | (Short term) |
| 11 | Dr. Taiichi Nakagawa | Feb. 18 1999 - Mar. 13 1999 | (Short term) |

### LETHAL MYCOTIC INFECTIONS IN AIDS

- |    |                      |   |  |
|----|----------------------|---|--|
| 12 | Dr. Makoto Miyaji    | Jul. 19 1997 - Aug. 30 1997<br>Jul. 01 1998 - Jul. 24 1998<br>Jun. 12 1999 - Jul. 11 1999 | (Short term)<br>(Short term)<br>(Short term) |
| 13 | Dr. Hideaki Taguchi  | Jul. 19 1997 - Jul. 18 1998   | (Long term)                                  |
| 14 | Dr. Yuzuru Mikami    | Oct. 09 1997 - Nov. 07 1997   | (Short term)                                 |
| 15 | Mr. Akira Yamada     | Apr. 10 1998 - Apr. 24 1998   | (Short term)                                 |
| 16 | Mr. Atsushi Ogawa    | Apr. 10 1998 - Apr. 24 1998   | (Short term)                                 |
| 17 | Ms. Tomomi Suzuki    | Apr. 10 1998 - Apr. 24 1998   | (Short term)                                 |
| 18 | Dr. Kazuko Nishimura | Jul. 27 1998 - Aug. 16 1998   | (Short term)                                 |
| 19 | Dr. Kayoko Takizawa  | Jun. 06 1999 - Jun. 05 2000   | (Long term)                                  |

### PEDIATRICS

- |    |                |                             |             |
|----|----------------|-----------------------------|-------------|
| 20 | Dr. Ayako Sano | Jul. 01 1998 - Jun. 30 1999 | (Long term) |
|----|----------------|-----------------------------|-------------|

### MEDICAL INFORMATION

- |    |                   |                             |              |
|----|-------------------|-----------------------------|--------------|
| 21 | Mr. Mikuni Nemoto | Jan. 05 1998 - Feb. 04 1998 | (Short term) |
|----|-------------------|-----------------------------|--------------|

*M. F.*

*H. J.*

## List of counterparts trained in Japan

Annex 2

(As of June 1999)

### HEPATOLOGY

- |   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| 1 | Dr. Jazon R. Souza de Almeida | Mar. 28 1999 - Apr. 24 1999 |
| 2 | Dr. Brasilio T. Okubo         | Jan. 27 1998 - May 24 1998  |

### LETHAL MYCOTIC INFECTIONS IN AIDS

- |   |                                   |                             |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|
| 3 | Dr. Maria Luisa Moretti Branchini | Aug. 04 1998 - Nov. 03 1998 |
| 4 | Dr. Plinio Trabasso               | Jan. 27 1998 - May 03 1998  |

### PEDIATRICS

- |   |                                    |                             |
|---|------------------------------------|-----------------------------|
| 5 | Dr. Carlos Renato Della T. Sanches | Jan. 27 1998 - Jun. 01 1998 |
|---|------------------------------------|-----------------------------|

### COLLABORATION

- |   |                                  |                             |
|---|----------------------------------|-----------------------------|
| 6 | Dr. Juvenal Ricardo Navarro Goes | Mar. 28 1999 - Apr. 24 1999 |
|---|----------------------------------|-----------------------------|

M. F.

H. J.

**EQUIPMENT SUPPLY****Provision of equipment donated by JICA (Selected items)**

<u>ITEM</u>	<u>Quantity</u>
FISCAL YEAR 1997	
Bio Cell-Tracer	1
Microwave surgical unit	1
Autoclave	1
Micro centrifuge	1
Bio Shaker	1
Temp. Incubator	1
Analytical Balance	1
Children cystoscope	1
Infant cystoscope	1
Camera for endoscope	1
Safety Cabinet	1
Fluorescence Microscope	2
Cryostat	1
Flow cytometry	1
Vehicle	1
Personal Computer	4
Printer	3
Refrigerator	1
Reagent kits	some
FISCAL YEAR 1998	
Homogenizer	1
Freezer	1
Refrigerator	3
Copy Machine	1
Ultrasonic Color Doppler	1
Portable ultrasonic	1
Ultra pure water maker	1
Termostarizer	1
Ultrasonic Cleaner	1
Magnet Agitator	1
Personal Computer	2
Printer	2
Reagent kits	1
Stone table	some
	1

MTI

H J-

## List of the project counterparts and concerned professors

Annex 4

(As of June 1999)

### MANAGERIAL BOARD

- |   |                                    |                                      |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Dr. Hermano de Medeiros F. Tavares | Rector, State University of Campinas |
| 2 | Dr. Mohamed Habib                  | Coordinator of CORI                  |
| 3 | Dr. Ademar Yamanaka                | Project Coordinator                  |

### HEPATOLOGY

- 4 Dr. Elza Cotrim Soares
- 5 Dr. Jazon R. Souza de Almeida
- 6 Dr. Nancy Fusae Nishimura
- 7 Dr. Brasilio T. Okubo

### LETHAL MYCOTIC INFECTIONS IN AIDS

- 8 Dr. Francisco Hideo Aoki
- 9 Dr. Maria Luisa Moretti Branchini
- 10 Dr. Plinio Trabasso
- 11 Dr. Angelica Zaninella Schreiber
- 12 Dr. Marcia Maria Pedroso
- 13 Ms. Isabel Cristina Izatto
- 14 Ms. Erivan Olinda Ribeiro
- 15 Ms. Guaracy Da Silva Ribeiro

### PEDIATRICS

- 16 Dr. Maria Aparecida Brenelli
- 17 Dr. Maria Marluce dos Santos Vilela
- 18 Dr. Carlos Renato Della T. Sanches

### SPECIAL OBSERVATION

- |    |                           |                      |
|----|---------------------------|----------------------|
| 19 | Dr. Mario J. Abdalla Saad | Director of FCM      |
| 20 | Dr. Luiz Carlos Zeferino  | Vice Director of FCM |

### COLLABORATION

- |    |                                  |                                       |
|----|----------------------------------|---------------------------------------|
| 21 | Dr. Jose Murilo R. Zeitune       | General Coordinator of GASTROCENTER   |
| 22 | Dr. Juvenal Ricardo Navarro Goes | Assistant Coordinator of GASTROCENTER |
| 23 | Dr. Miriam Ap. da S. Trevisan    |                                       |

### ADMINISTRATIVE SUPPORTING STAFF

- |    |                             |           |
|----|-----------------------------|-----------|
| 24 | Ms. Ana Diva Giraldi Correa | Secretary |
| 25 | Mr. Jose Martins Neto       | Driver    |

MH

H-J-

## Publications and materials

TEACHING MATERIALS			
TITLE	FIELD	PUB. DATE	AUTHOR
"Métodos de Identificação de Fungos Patogênicos" (1st edition)	M	Jun-98	Francisco H. Aoki Nancy F. Nishimura Ademar Yamanaka etc.
"AIDS and Gastrointestinal Endoscopy"	M	Feb-98	Claudio S.R. Coy Jose O.m. Santos etc.
"Atlas de Ultra-Sonografia Abdominal e Geral" (CD-ROM)	H	Mar-99	Ademar Yamanaka etc.
Grand total			

ARTICLES			
TITLE	FIELD	PUB. DATE	AUTHOR
"New PCR Primer Pairs Specific for <i>Cryptococcus neoformans</i> Serotypes A or B Prepared on the Basis of Random Amplified Polymorphic DNA Fingerprint Pattern Analyses"	M	Feb-99	Francisco H. Aoki Maria Luiza M. Branchini Angelica Z. Schreiber etc.
"Effect of Antifungal Agents on <i>Candida</i> spp. and <i>Pichia anomala</i> Isolated from Oropharyngeal Candidiasis of AIDS Patients in a University Hospital in Brazil"	M	Jul-98	Maria Luiza M. Branchini Francisco H. Aoki Arnaldo L. Colombo etc.
"Colorimetric MTT assessment of antifungal activity of D0870 against fluconazole-resistant <i>Candida albicans</i> "	M	Mar-99	Francisco H. Aoki Maria Luiza M. Branchini etc.
Grand total			

\* AREAS : Mycotic infections in AIDS (including Pediatric Mycosis)=M, Hepatology=H

M.F

H-3-

## Seminars

READING IN THE ACADEMIC SEMINAR			
SEMINAR	FIELD	DATE	SPEAKER
"9th European congresso for Infectious Diseases"	M	Mar-99	Maria Luiza M. Branchini
"VII Encontro Internacional sobre Pracoocidioidomicose"	M	Apr-99	Plinio Trabasso Ayako Sano
"V Congresso Teórico-Prático de Ultra-Sonografia"	H	Mar-99	Ademar Yamanaka
"III Fórum de Internet Médica e Telemedicina Educação e Treinamento Médico à Distância"	H	Nov-98	Ademar Yamanaka
Grand total			

HOLDING OF SEMINAR			
SEMINAR	FIELD	DATE	PARTICIPANT
"VI Seminar of Brazil - Japan"	H	Jan-98	All concerend people
Grand total			

\* AREAS : Mycotic infections in AIDS (including Pediatric Mycosis)=M, Hepatology=H

M.F.

A-J-

Target group : The patients with AIDS (adults, infants and neonates)

Cooperation period : April 1, 1997 - March 31, 2002

Narrative Summary	Objective Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p><u>Overall Goal</u></p> <p>To improve the level of public medical welfare in Brazil</p>	<p>Mortality of the AIDS patients will reduce over 20% lessaer as compared to the status at the termination of the project by 2005.</p>	<p>Public hygienic statistics in Brazil.</p>	<p>Political support from the Federal Government to be maintained.</p>
<p><u>Project Purpose</u></p> <p>To reduce the mortality of the patients with AIDS (adults, infants and neonates) in the hospital of the UNICAMP.</p>	<p>More remarkable improvement of mortality of the AIDS patients in the Hospital of the UNICAMP would be obserbed in comparison with ones in the State of Sao Paulo and Federative Republic of Brazil at the termination of the project 2002 as compared to the status at its start.</p>	<p>Computation and record of the medical treatment of the hospital in the UNICAMP.</p>	<p>There will be no major combined lethal infection in AIDS patients, except for myco-infected complication.</p>
<p><u>Outputs</u></p> <p>1. Clinical examination techniques for isolation and identification of pathogenic fungi from infected complications in AIDS patients will improve in the hospital of the UNICAMP.</p> <p>2. Techniques of minimum inhibitory concentration test (MIC) for anti-fungal drugs against isolated strain from the infected AIDS patients will be established.</p>	<p>1-1 All cases of AIDS patient with combined infection are able to undergo the fungal check (mycologic examinations).</p> <p>1-2 Precision of techniques on fungal isolation and identification improve more than 20% accurately as compared to the status at its start.</p> <p>2-1 All cases of AIDS patient with combined infection are able to undergo the MIC test of anti- fungal drugs.</p> <p>2-2 All cases of AIDS patient with combined mycotic infections are able to accept administration of efficacious anti- fungal drugs.</p>	<p>1-1 Computation and record of the medical treatment of the hospital in the UNICAMP.</p> <p>1-2 Interview and activity records of Japanese experts and Brazilian counterparts.</p> <p>2-1 Computation and record of the medical treatment of the hospital in the UNICAMP.</p> <p>2-2 Computation and record of the medical treatment of the hospital in the UNICAMP.</p>	<p>The budget of the hospital of faculty of medicine in the UNICAMP should be secured enough to carry out the project.</p> <p>The equipment donated by JICA to be maintained and managed appropriately.</p>

H-7

M. F.

<p>3. Technique of immuno-phagocytic analysis in AIDS patients will be established in the hospital of the UNICAMP.</p>	<p>3-1 All cases of congenital and acquired immunodeficient infantile patients are able to undergo the immuno-cytic analysis in the Hospital of the UNICAMP.</p> <p>3-1 All cases of congenital and acquired immunodeficient infantile patients are able to have an immuno-stimulating therapy in the Hospital of the UNICAMP.</p>	<p>3 Computation and record of the medical treatment of the hospital in the UNICAMP.</p>	
--	--	--	--

H.S.

M.F.

Activities	Inputs		Important Assumptions
	Japan	Brazil	
1-1 Isolation and identification techniques for fungi in Chiba University are transferred.	<u>Long term expert</u>	<u>Brazilian counterpart personal</u>	1 More than 90% of staffs who were transferred to the fungal examination techniques continue their services in the hospital of the UNICAMP.
1-2 Manual books for techniques of isolation and identification on fungal species are produced	Chief advisor 45 M/M Microbiology 12 M/M Mycology 36 M/M Liaison officer 60M/M	Mycotic infection in AIDS 8 Pediatric infection 3 (AIDS, immunodeficiency infant) Administrative support staff 2 (Covering also Hepatology group) Others	2 Reagents and other consumable items should be supplied thoroughly from Brazilian sharing the expenses.
1-3 Scientific articles shall be published after the final analysis on the results of pathogenic fungal examination.	<u>Short term expert</u> Mycology 10 M/M Medical information 1M/M	<u>Facilities</u> Medical laboratory in the hospital of the UNICAMP, Examination rooms, Project administrative rooms	
2-1 Techniques of MIC test for anti-fungal drugs in Chiba University are transferred.	Management 3 M/M Other infectious diseases 1 M/M		
2-2 Scientific articles shall be published concerning the results of the MIC study.	<u>Equipment, machinery and materials</u> (Including Hepatology group) Approximately 40,000,000 Japanese yen for one fiscal year, however, it will be reviewed in each fiscal year.	<u>Expenses necessary for the management of Project</u>	Pre-conditions
3-1 Technique of phagocytic analysis on the cases of congenital immunodeficient infants will be transferred.	<u>Training of Brazilian counterpart in Japan</u> 1 ~ 2 people each year, 3 months period		Collaborating relationship to be established between AIDS unit and Pediatric department in the UNICAMP.
3-2 Scientific articles shall be published on the above mentioned studies.	<u>Local cost support</u>		

H-1-1

M.F.

Group : The patients with liver diseases

Cooperation period : April 1, 1997 - March 31, 2002

Narrative Summary	Objective Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p><u>Overall Goal</u></p> <p>To improve the level of public medical welfare in Brazil</p>	<p>Mortality of the patients with liver diseases will reduce over 20 % lesser as compared to the status at the start of the project by 2005.</p>	<p>Public hygienic statistics in Brazil.</p>	<p>Political support from the Federal Government to be maintained.</p>
<p><u>Project Purpose</u></p> <p>To reduce the mortality of the patients with liver diseases (viral hepatitis, subsequent liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma) in the hospital of the UNICAMP.</p>	<p>Mortality of the patients with liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma will be over 20 % lesser at the termination of the project 2002 as compared to the status at its start.</p>	<p>Computation and record of the medical treatment of the hospital in the UNICAMP.</p>	<p>Medical experts who are able to deal with liver diseases shall be secured in other areas of Brazil.</p>
<p><u>Outputs</u></p> <p>1. Clinical diagnostic capability for liver diseases will improve in the hospital of the UNICAMP.</p> <p>2. Ability in treatment for liver diseases will be progressed.</p> <p style="text-align: right;"><i>M.F.</i></p>	<p>1-1 No. of patients under accurate diagnosis of viral hepatitis consisted each subtypes will increase more than 30% as compared to the status at its start.</p> <p>1-2 No. of treated patients suffering from liver cirrhosis will increase more than 20% as compared to the status at its start.</p> <p>2-1 No. of diagnosed early stage cases of hepatocellular carcinoma will improve more than 20% as compared to the status at its start.</p> <p>2-2 No. of treated patients with early liver cancer will increase more than 30 % as compared to the status at its start, and without lowering of the cure rate.</p>	<p>1-1 Computation and record of the medical treatment of the hospital in the UNICAMP.</p> <p>1-2 Computation and record of the medical treatment of the hospital in the UNICAMP.</p> <p>2-1 Computation and record of the medical treatment of the hospital in the UNICAMP.</p> <p>2-2 Computation and record of the medical treatment of the hospital in the UNICAMP.</p>	<p>The budget of the hospital of faculty of medicine in the UNICAMP should be secured enough to carry out the project.</p> <p>The equipment donated by JICA to be maintained and managed appropriately.</p>

Activities	Inputs		Important Assumptions	
<p>1-1 Serological and molecular biological identification techniques for diagnosis on subtypes of viral hepatitis are transferred.</p> <p>1-2 Colour-doppler ultrasonographic techniques for diagnosis on liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma are transferred.</p> <p>2-1 Percutaneous alcohol injected technique for liver cancer is transferred.</p> <p>2-2 Microtaze coagulation technique for liver cancer is transferred.</p> <p>2-3 Advanced techniques of surgery for liver diseases are transferred.</p>	Japan	Brazil	<p>1 More than 90% of staffs who were transferred to concerned techniques continue their services in the UNICAMP.</p> <p>2 Reagents and other expendable should be supplied thoroughly from Brazilian sharing the expenses.</p>	
	<u>Short term expert</u>	<u>Brazilian counterpart personal</u>		<u>Pre-conditions</u>
	<p>Hepatology (Internal Medicine) 8 M/M</p> <p>Hepatology (Surgeon) 4 M/M</p>	<p>Hepatology 5</p> <p>Administrative support staff 2</p> <p>(Covering also AIDS, Pediatric group)</p> <p>Others</p>		
	<p><u>Equipment, machinery and materials</u> (Including AIDS, Pediatric group)</p> <p>Approximately 40,000,000 Japanese yen for one fiscal year, however, it will be reviewed in each fiscal year.</p>	<p><u>Facilities</u></p> <p>Medical laboratory in the Gastrocentre of the UNICAMP, Examination rooms, Project administrative rooms</p>		
	<p><u>Training of Brazilian counterpart in Japan</u></p> <p>1 ~ 2 people each year, 3 months period</p>	<p><u>Expenses necessary for the management of Project</u></p>		<p>Collaborating relationship to be established among internal medicine, surgery and other concerned departments in the hospital of the UNICAMP.</p>

A-7

M. Fi.

② PDM 日本語訳

②-1 エイズ真菌感染症分野

作成日：1999年7月7日

プロジェクト名：ブラジル国カンピーナス大学臨床研究プロジェクト

期間：1997年4月1日～2002年3月31日

対象：サンパウロ州立カンピーナス大学

ターゲットグループ：カンピーナス大学医学部附属病院を受診するエイズ患者（感染合併者）

プロジェクトの要約 Narrative Summary	指標 Objective Verifiable Indicators	指標データ入手手段 Means of Verification	外部条件 Important Assumptions
上位目標 (Overall Goal) ブラジル国の保健医療水準が向上する	2005年までに、エイズ患者の平均余命が、プロジェクト開始時に比べて50%超伸びる。	ブラジル国医療統計	ブラジル国の政策的支持が維持される。
プロジェクト目標 (Project Purpose) カンピーナス大学医学部附属病院のエイズ患者（成人および幼・小児）の死亡が減少する。	プロジェクト終了時において、カンピーナス大学医学部附属病院のエイズ患者の平均余命がプロジェクト開始時に比べて25%超伸びる。	カンピーナス大学医学部附属病院集計	真菌以外のエイズ合併感染症の大きな流行が発生しない。
成果 (Outputs)  1 カンピーナス大学附属病院のエイズ患者に関する病原真菌の同定・分類検査技術が向上する。  2 カンピーナス大学附属病院のエイズ患者に関して分離同定された病原真菌の抗真菌剤に対する感受性検査技術が確立される。  3 カンピーナス大学附属病院のエイズ患者に関する免疫機能検査技術が向上する。	1-1 カンピーナス大学附属病院のエイズ患者が全例真菌感染に関する菌種分類・同定検査を受ける。  1-2 真菌分類・同定検査の精度がプロジェクト開始時に比べ20%超改善される。  2-1 カンピーナス大学附属病院のエイズ患者が全例抗真菌剤感受性検査を受ける。  2-2 カンピーナス大学附属病院を受診するエイズ患者が全例適性な抗真菌剤の投薬を受ける。  3-1 カンピーナス大学附属病院の先天性ならびに後天性免疫不全症（HIV）児が全例免疫担当細胞（血中喰細胞）機能検査を受ける。  3-2 カンピーナス大学附属病院の先天性ならびに後天性免疫不全症（HIV）児が全例適切な免疫賦活療法を受ける。	1-1 カンピーナス大学附属病院集計  1-2 専門家およびカウンターパートの活動記録およびインタビュー  2-1 カンピーナス大学医学部集計  2-2 カンピーナス大学附属病院集計  3-1 カンピーナス大学附属病院集計  3-2 カンピーナス大学附属病院集計	1 カンピーナス大学附属病院の予算が確保される。  2 プロジェクトの供与機材が適切に維持・管理される。

活動 Activities	投入 Inputs		外部条件 Important Assumptions
1-1 真菌の分離・同定技術を移転する。 1-2 真菌感染に対する血清学的診断法を開発する。 1-3 真菌感染に対する分子生物学的診断法を開発する。 1-4 真菌の分離・同定手法につき、マニュアルを作成する。 1-5 真菌の分離・同定を行った結果を分析し、学術論文として発表する。 1-6 真菌感染に対する血清学的診断を実施した結果を分析し、学術論文として発表する。 1-7 真菌感染に対する分子生物学的診断を実施した結果を分析し、学術論文として発表する。	日本  長期専門家 チーフ・アドバイザー 45M/M 調整員 60M/M 細菌学 12M/M 真菌学 36M/M  短期専門家 真菌学 10M/M 医療情報学 1M/M 運営管理 3M/M 感染症 1M/M  機材 (肝臓分野を含め)年間4千万円程度 (但、金額については年度毎に調整)	ブラジル  カウンターパート エイズ真菌感染症 8名 小児科感染症 3名 運営管理(肝臓分野兼務) 2名 その他  施設 カンピーナス大学附属病院内執務・検査スペース  プロジェクト運営費	1 技術指導を受けた人材のうち少なくとも90%が勤務を継続する。 2 検査・治療に必要な薬品・消耗品が十分に供給される。
2-1 真菌の抗真菌剤に対する感受性検査技術を移転する。 2-2 真菌の抗真菌剤に対する感受性検査の結果を分析し、学術論文として発表する。  3-1 先天性免疫不全児の血中喰細胞機能測定技術を移転する。 3-2 先天性免疫不全児の血中喰細胞機能測定結果を分析し、学術論文として発表する。	研修員受入 年間1~2名、各々3ヶ月程度  現地業務費	前提 Pre-conditions  カンピーナス大学附属病院エイズ科と医学部小児科との協力関係が構築されている。	

②-2 肝疾患分野

作成日：1999年7月7日

プロジェクト名：ブラジル国カンピーナス大学臨床研究プロジェクト  
 対象：サンパウロ州立カンピーナス大学

期間：1997年4月1日～2002年3月31日  
 ターゲットグループ：カンピーナス大学医学部附属病院を受診する肝疾患患者

プロジェクトの要約 Narrative Summary	指標 Objective Verifiable Indicators	指標データ入手手段 Means of Verification	外部条件 Important Assumptions
上位目標 (Overall Goal) ブラジル国の保健医療水準が向上する	2005年までに肝疾患による死亡者数がプロジェクト開始時に比べて20%超減少する。	ブラジル国医療統計	ブラジル国の政策的支持が維持される。
プロジェクト目標 (Project Purpose) カンピーナス大学附属病院の肝疾患患者の死亡が減少する。	プロジェクト終了時において、カンピーナス大学附属病院の肝疾患による年間死亡率（在院死亡数÷延べ入院患者数）がプロジェクト開始時に比べて20%超減少する。	カンピーナス大学附属病院集計	ブラジル国の他地域において肝疾患に対応出来る医師が確保される。
成果 (Outputs)  1 カンピーナス大学の肝疾患診断能力が向上する。  2 カンピーナス大学の肝疾患治療能力が向上する。	1-1 プロジェクト終了時において、カンピーナス大学附属病院のウイルス肝炎亜型 (sub-type) の診断数が、プロジェクト開始時に比べ30%超増加する。  1-2 プロジェクト終了時において、カンピーナス大学附属病院の肝硬変症の診療数が、プロジェクト開始時に比べ20%超増加する。  1-3 プロジェクト終了時において、カンピーナス大学附属病院の早期肝癌の診断数が、プロジェクト開始時に比べ20%超増加する。  2 プロジェクト終了時において、カンピーナス大学附属病院の早期肝癌の治療数が、プロジェクト開始時に比べ30%超増加し、かつ成功率が低下しない。	1-1 カンピーナス大学附属病院集計  1-2 カンピーナス大学附属病院集計  1-3 カンピーナス大学附属病院集計  2 カンピーナス大学附属病院集計	1 カンピーナス大学医学部の予算が確保される。  2 プロジェクトの供与機材が適切に維持・管理される。

活動 Activities	投入 Inputs		外部条件 Important Assumptions
1-1 肝炎ウイルス検出技術を移転する。 1-2 超音波カラードップラーを用いた 肝硬変、肝癌検出技術を移転する。 2-1 肝癌に関するアルコール注射療法 技術を移転する。 2-2 肝癌に関するマイクロターゼ焼灼 療法技術を移転する。 2-3 肝疾患に関する外科治療技術を移転 する。	日本  短期専門家 肝臓病学（内科） 8M/M 肝臓病学（外科） 4M/M  機材 （真菌分野と合わせ）年間4千万円程度 （但、金額は年度毎に調整）  研修員受入 年間1～2名、各々3ヶ月程度  現地業務費	ブラジル  カウンターパート 肝臓病学 5名 運営管理（真菌分野兼務） 2名 その他  施設 キンピーナス大学ガストロセンター内 執務・検査スペース  運営費	1 技術指導を受けた人材のうち少なくとも 90%が勤務を継続する。 2 検査・治療に必要な薬品・消耗品が十分 に供給される。
			前提 Pre-conditions
			キンピーナス大学附属病院の内科・外科 ・関係診療科の協力関係が構築される。

③ PDM 指標関連資料 (エイズ真菌感染症分野)

③-1 カンピーナス大学附属病院

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
HC-UNICAMP

RELATÓRIO DE AIDS (30/06/99)

Notificações de HIV+/AIDS no HC segundo situação clínica, reportada ao ano de notificação ao NVE (não inclui momento de apresentação no SINAN) (カンピーナス大学附属病院におけるエイズ発症者およびHIV+診断数)

SITUAÇÃO\ ANO	94	95	96	97	98	TOTAL
HIV+	81	191	161	133	93	
AIDS	222	319	299	246	247	
SUBTOTAL	303	510	460	379	340	3200 (89 a 98)

Notificação de HIV+/AIDS no HC segundo situação de acompanhamento (同上) (病院管理状況)

	94	95	96	97	98	total
em seguimento(医師管理下)74		179	368	323	285	1353
óbito (死亡)	127	146	81	53	55	1060
abandono (不明)	104	180				
outro (その他)	2	5				
total	303	510	460	379	340	3200 (89 a 98)

Ocorrência de óbitos relacionados à AIDS em pacientes internados ou atendidos segundo mês e ano da ocorrência no HC-UNICAMP (カンピーナス大学附属病院における月別・年別エイズ患者死亡数)

mes	95	96	97	98
janeiro	10	17	7	14
fevereiro	8	12	13	6
março	7	12	10	5
abril	12	13	8	9
maio	9	11	7	8
junho	7	10	8	12
julho	7	13	6	4
agosto	10	6	9	5
setembro	8	7	1	8
outubro	16	7	10	6
novembro	16	5	3	8
dezembro	12	4	11	8
total	122	117	93	93

Frequência de infecções fúngicas como doença definidora de AIDS para efeito de notificação no Banco de Dados SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) \*(カンピーナス大学附属病院のエイズ患者から発見された真菌感染症)

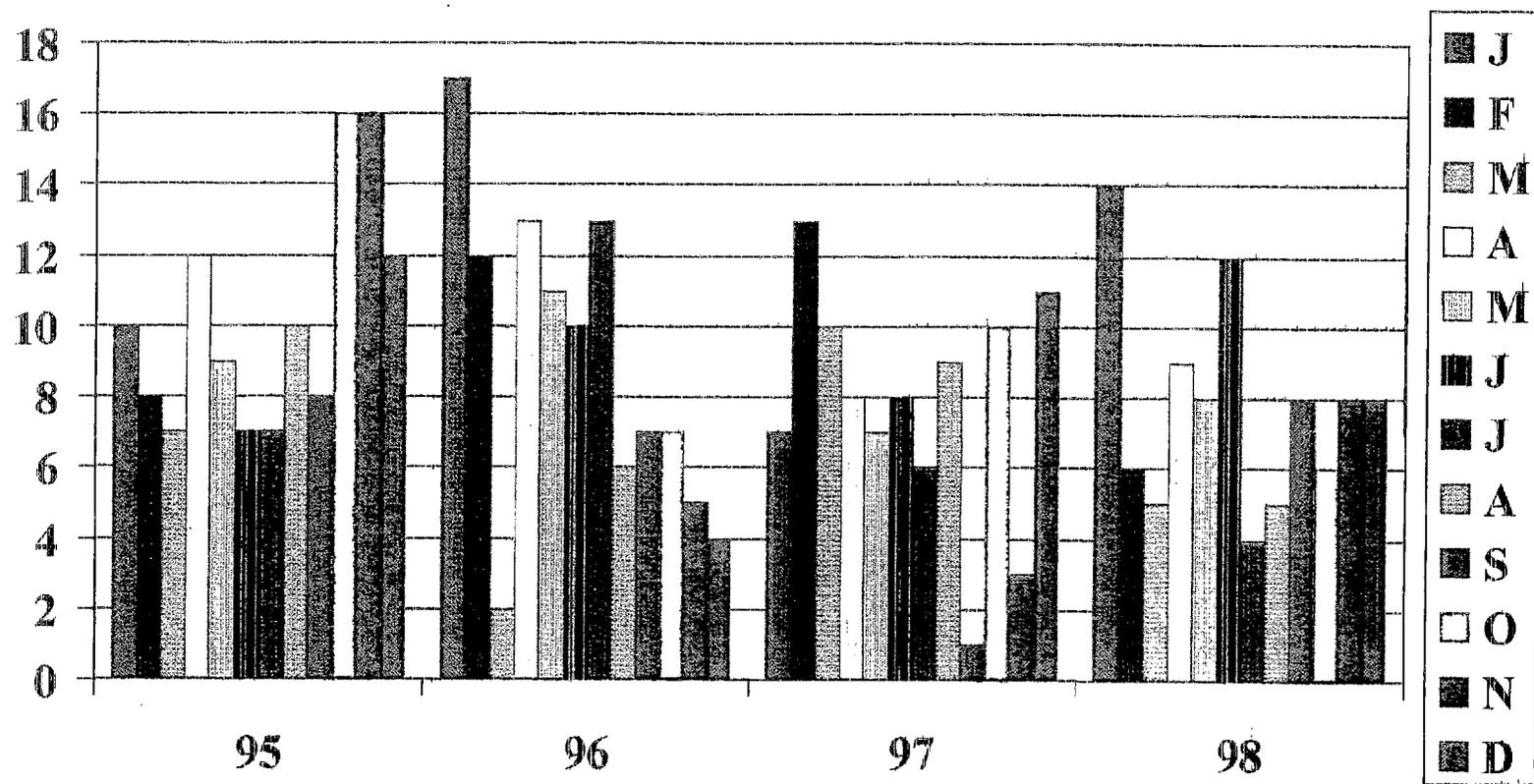
Doença	97(199 casos notificados)		98 (222 casos notificados)	
	N	%	N	%
Candidiase oral 口腔カンジダ症	98	49,2	93	41,9
Candidiase esofágica 食道カンジダ症	15	7,5	29	13,0
Criptococose extrapulmonar **	7	3,5	11	4,9
Histoplasmose ヒストプラズマ症	0		1	0,4

\*Obs: não inclui a ocorrência durante a história de doença, apenas no momento de notificação NVE-27/07/99

\*\* 肺感染以外のクリプトコッカス症



# Ocorrência de óbitos por AIDS em pacientes internados no HC no período 95-98



カンピーナス大学附属病院における月別エイズ患者死亡数



---

**Boletim Epidemiológico de AIDS do Município de São Paulo**

**A MORTALIDADE POR AIDS**

Programa de DST/AIDS ANO I - Nº 2

1997

---

EXPEDIENTE

**PRODUÇÃO**  
PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS - SÃO PAULO

**ELABORAÇÃO**  
EQUIPE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DST/AIDS  
ANGELA TAYRA  
LUIZA HANUNARI MATIDA  
NAILA JANILDE SEABRA SANTOS  
SIRLENE CAMINADA

**PRO-AIM**  
MARCOS SALAS AUGUSTO

**PROJETO GRÁFICO**  
EQUIPE DO NÚCLEO DE CRIAÇÃO  
DENISE DA CRUZ PADULA  
MILTON SALAS AUGUSTO

**COORDENAÇÃO**  
DR. JOSÉ CLAUDIO DOMINGOS  
PROGRAMA DE DST/AIDS  
COORDENADOR

PERIODICIDADE - TRIMESTRAL  
TIRAGEM - 5.000 EXEMPLARES  
2º TRIMESTRE - 1997

INFORMAÇÕES, SUGESTÕES E/OU COLABORAÇÕES  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PROGRAMA DE DST/AIDS

## **EDITORIAL**

Neste segundo número estamos apresentando o trabalho conjunto do Programa Municipal de DST/AIDS e do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade - PROAIM, objetivando o estudo correlato da casos e óbitos por AIDS.

Na observação das tabelas apresentadas pode-se perceber a importância fundamental dos dados colhidos pelo PROAIM, como fonte de informações sobre o evento irrefutável que é a morte.

Comprovamos também, que ainda há muito o que estruturar no processo da Vigilância Epidemiológica, quando esta é comparada com outros órgãos que participaram do processo de coleta e análise de dados.

Quanto à qualidade dos dados, sabe-se que há atraso e subnotificações dos casos de AIDS existentes no país. Esta notificação também ocorre anos depois da contaminação pelo HIV, e a ocorrência da morte revela o descompasso entre o momento da notificação até o óbito propriamente dito.

Todos estes fatores nos afastam muito do processo de planejamento das ações de prevenção, dificultando a organização dos serviços de atenção à saúde do paciente infectado pelo HIV, pois na maioria das vezes temos que trabalhar com dados hipotéticos que podem estar longe do quadro real da situação de abrangência do Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo.

**JOSÉ CLAUDIO DOMINGOS**  
**COORDENADOR DO PROGRAMA DE DST/AIDS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

## **MORTALIDADE POR AIDS**

Neste segundo boletim epidemiológico de AIDS, apresentam-se os dados relativos aos casos notificados de AIDS, no Município de São Paulo, no período de 1980 a 1996, assim como os dados de mortalidade de 1991 a 1996, obtidos junto ao PRO-AIM (Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade) da Prefeitura do Município de São Paulo e aos sistemas de Vigilância Epidemiológica (SVE) Municipal e Estadual. Vale ressaltar que o PRO-AIM trabalha com os dados atualizados, isto é, recebe diariamente todas as declarações de óbitos ocorridos no Município; já o SVE depende da notificação e seu consequente fluxo no sistema de saúde, o que pode gerar atraso na chegada da informação.

**Tabela 1 - Total de casos notificados de AIDS\*, segundo faixa etária e razão por sexo, Município de São Paulo, 1980 a 1996.**

Ano de Diagnóstico	Casos								
	Menores de 13 anos			Maior ou igual a 13 anos			Total		
	masc	Fem	m/f	masc	Fem	m/f	masc	fem	m/f
1980	-	-	-	1	-	1/-	1	-	1/-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	-	-	-	5	-	5/-	5	-	5/-
1983	-	-	-	19	1	19/1	19	1	19/1
1984	1	-	1/-	66	-	66/-	67	-	67/1
1985	2	1	2/1	237	7	34/1	239	8	29/1
1986	3	1	3/1	375	9	41,5/1	378	10	38/1
1987	21	7	3/1	748	60	12,5/1	769	67	11,5/1
1988	18	25	1/1	1238	113	11/1	1256	138	9/1
1989	29	30	1/1	1567	193	8/1	1596	223	7/1
1990	49	39	1/1	2140	287	7,5/1	2189	326	7/1
1991	42	53	1/1	2524	421	6/1	2566	474	5,5/1
1992	66	52	1/1	2951	621	5/1	3017	673	4,5/1
1993	46	55	1/1	2696	694	4/1	2742	749	3,5/1
1994	60	63	1/1	2637	685	4/1	2697	748	3,5/1
1995	75	63	1/1	2556	824	3/1	2631	887	3/1
1996	39	32	1/1	1636	592	3/1	1675	624	2,5/1
<b>Total</b>	<b>451</b>	<b>421</b>	<b>1/1</b>	<b>21396</b>	<b>4597</b>	<b>5/1</b>	<b>21847</b>	<b>4928</b>	<b>4,5/1</b>

Fonte: Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/AIDS-SES-SP

\*excluídos os casos com idade ignorada

\*\*dados sujeitos a revisão

Na tabela 1, tem-se o número de casos segundo o ano de diagnóstico, sexo e faixa etária, em que se observa a queda da relação masculino/feminino ao longo dos anos, chegando a 2,5 homens/1 mulher em 1996. Note-se que tanto o número absoluto dos casos, quanto o coeficiente de incidência apresentam queda entre os homens a partir de 1995. A queda observada em 1996, não se deve ser levada em consideração, neste momento, dado o conhecido atraso das notificações.

**Tabela 2 - Total de casos notificados de AIDS, em maiores ou iguais a 13 anos de idade\* e do sexo feminino, segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, Município de São Paulo, 1980 a 1996\*\***

Ano de Diagnóstico	Categoria de Exposição									
	Heterossexual		UDI		Transfusão sang.		ignorado		total	
	n.o	%	n.o	%	n.o	%	n.o	%	n.o	%
1980	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1983	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	100,0
1984	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1985	4	57,4	2	28,57	1	14,29	0	0,00	7	100,0
1986	4	44,44	3	33,33	2	22,22	0	0,00	9	100,0
1987	21	36,21	22	37,93	12	20,69	3	5,17	58	100,0
1988	40	35,71	45	40,18	13	11,61	14	12,50	112	100,0
1989	65	34,03	94	49,21	15	7,85	17	8,90	191	100,0
1990	120	41,67	130	45,14	17	5,90	21	7,29	288	100,0
1991	180	42,65	144	34,12	17	4,03	81	19,19	422	100,0
1992	309	40,76	214	34,46	24	3,86	74	11,92	621	100,0
1993	326	46,97	184	26,51	19	2,74	165	23,78	694	100,0
1994	334	48,83	143	20,91	9	1,32	198	28,95	684	100,0
1995	445	53,94	104	12,61	12	1,45	264	32,00	825	100,0
1996*	301	50,76	94	15,85	19	3,20	179	30,19	593	100,0
<b>Total</b>	<b>1896</b>	<b>44,60</b>	<b>1179</b>	<b>27,73</b>	<b>160</b>	<b>3,76</b>	<b>1016</b>	<b>23,90</b>	<b>4251</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/AIDS-Programa Municipal DST/AIDS-SMS-PMSP

\*excluídos os casos com idade ignorada

\*\*dados sujeitos a revisão

**Tabela 3 - Total de casos notificados de AIDS, em maiores ou iguais a 13 anos de idade\* e do sexo masculino, segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, Município de São Paulo, 1980 a 1996\*\*.**

Ano de Diagnóstico	Categoria de Exposição									
	Homossexual		Bissexual		Heterossexual		UDI		Hemofilia	
	n.o	%	n.o	%	n.o	%	n.o	%	n.o	%
1980	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	4	80,0	1	20,0	-	-	-	-	-	-
1983	10	52,63	7	36,84	-	-	1	5,26	-	-
1984	44	66,67	19	28,79	1	1,52	-	-	-	-
1985	150	64,10	58	24,79	4	1,71	6	2,56	2	0,8
1986	228	61,13	76	20,38	17	4,56	26	6,97	3	0,8
1987	432	57,99	127	17,05	40	5,37	81	10,87	4	0,5
1988	623	50,57	185	15,02	64	5,19	221	17,94	12	0,9
1989	705	45,13	238	15,24	109	6,98	326	20,87	12	0,7
1990	874	40,80	248	11,58	149	6,96	611	28,52	17	0,7
1991	901	35,70	295	11,69	223	8,84	759	30,07	16	0,6
1992	994	33,68	355	12,03	380	12,88	818	27,72	10	0,3
1993	783	29,05	266	9,87	370	13,73	743	27,57	7	0,2
1994	717	27,18	258	9,78	375	14,22	609	23,09	16	0,6
1995	598	23,40	200	7,82	372	14,55	554	21,67	8	0,3
1996	413	25,28	122	7,47	277	16,95	362	22,15	3	0,1
<b>Total</b>	<b>7476</b>	<b>34,97</b>	<b>2456</b>	<b>11,49</b>	<b>2381</b>	<b>11,14</b>	<b>5117</b>	<b>23,94</b>	<b>110</b>	<b>0,5</b>

Fonte: Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/AIDS-Programa Municipal DST/AIDS-SMS-PMSP

\*excluídos os casos com idade ignorada

\*\*dados sujeitos a revisão

**Tabela 4 - Total de casos notificados de AIDS, segundo idade ao diagnóstico\* e categoria de exposição, em menores de 13 anos, Município de São Paulo, 1980 a 1996\*\*.**

Ano de Diagnóstico	Categoria de Exposição													
	Homoss.		Heteross.		UDI		Hemofilia		Trans.sang		perinatal		Ignorado	
	n.o	%	n.o	%	n.o	%	n.o	%	n.o	%	n.o	%	n.o	%
1980	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1983	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1984	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-
1985	-	-	-	-	-	-	1	33,33	2	66,67	-	-	-	-
1986	-	-	-	-	-	-	2	50,00	2	50,00	-	-	-	-
1987	-	-	-	-	-	-	4	14,29	8	28,57	16	57,14	-	-
1988	1	2,23	-	-	2	4,65	-	-	8	18,60	31	72,09	1	2,33
1989	-	-	-	-	1	1,69	3	5,08	8	13,56	46	77,97	1	1,69
1990	-	-	-	-	1	1,14	5	5,68	8	9,09	69	78,41	5	5,68
1991	1	1,05	1	1,05	-	-	3	3,16	4	4,21	79	83,16	7	7,37
1992	-	-	-	-	-	-	2	1,69	5	4,24	107	90,88	4	3,39
1993	-	-	-	-	-	-	2	1,96	4	3,96	91	90,10	4	3,96
1994	-	-	-	-	-	-	1	0,81	4	3,25	108	87,80	10	8,13
1995	-	-	-	-	-	-	1	0,70	-	-	119	83,22	23	16,08
1996	-	-	1	1,39	-	-	-	-	-	-	64	88,89	7	9,72
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>0,23</b>	<b>2</b>	<b>0,23</b>	<b>4</b>	<b>0,46</b>	<b>25</b>	<b>2,85</b>	<b>53</b>	<b>6,04</b>	<b>730</b>	<b>83,14</b>	<b>62</b>	<b>7,06</b>

Fonte: Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/AIDS-SES. - SP

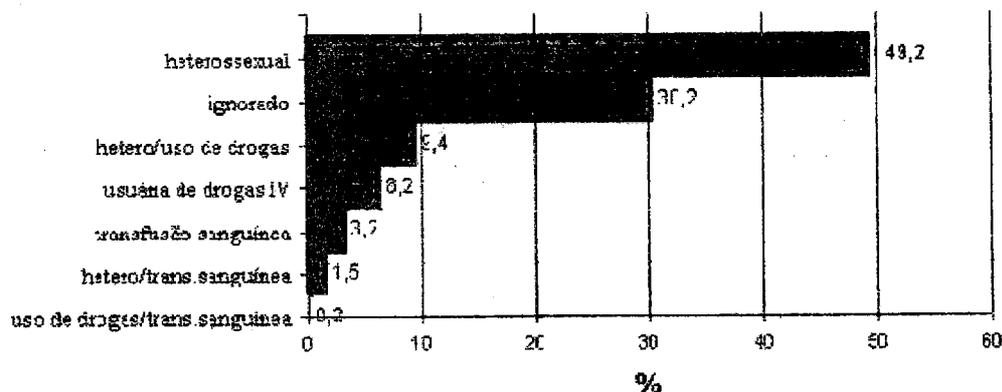
\*excluídos os casos com idade ignorada

\*\*dados sujeitos a revisão

Nas tabelas 2, 3 e 4 têm-se os casos de AIDS segundo categoria de exposição ano a ano para homens, mulheres e crianças, respectivamente.

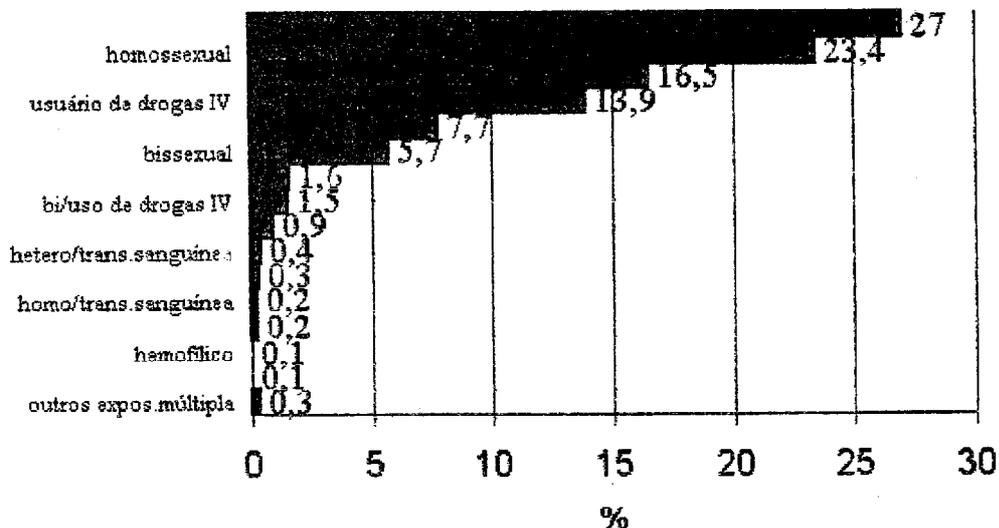
Figura 1 - Distribuição dos casos notificados de AIDS do sexo feminino, maior ou igual a 13 anos, segundo categoria de exposição múltipla, Município de São Paulo, 1986\*.

### Categoria de Exposição



Fonte: Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/AIDS-Programa Municipal DST/AIDS-SMS-PMSP  
\* dados sujeitos a revisão

Figura 2 - Distribuição dos casos notificados de AIDS do sexo masculino, maior ou igual a 13 anos, segundo categoria de exposição múltipla, Município de São Paulo, 1986\*.



Fonte: Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/AIDS-Programa Municipal DST/AIDS-SMS-PMSP  
\* dados sujeitos a revisão

Nas figuras 1 e 2 vê-se a distribuição dos casos de AIDS por categoria de exposição múltipla, obtida do banco de dados do SINAN (Sistema de Informação dos Agravos de Notificação), utilizado pelo SVE a partir de 1996.

**Tabela 5 - Total de casos notificados de AIDS , segundo ano de diagnóstico, óbitos notificados ao Sistema de Vigilância e óbitos registrado no PRO-AIM, no Município de São Paulo, 1980 a 1996\***

Ano de diagnóstico	Número de casos	Coef. incidência	Óbitos reportados ao ano de diagnóstico	Taxa de letalidade	Óbitos reportados ano ocorr.	Coef. Mort/100mil hab.	Ó regi PF
1980	1	0,01	1	100,00	-	-	
1981	-	-	-	-	1	0,01	
1982	5	0,06	4	80,00	1	0,01	
1983	20	0,23	19	95,00	13	0,15	
1984	67	0,75	59	88,06	42	0,47	
1985	249	2,77	200	80,32	138	1,53	
1986	391	4,29	312	79,80	210	2,31	
1987	844	9,16	698	82,70	441	4,79	
1988	1400	15,03	1178	84,14	871	9,35	
1989	1820	19,33	1534	84,29	1271	13,50	
1990	2516	26,45	1990	79,09	1731	18,20	
1991	3049	31,73	2411	79,08	2139	22,26	
1992	3702	38,14	2722	73,53	2300	23,69	
1993	3501	15,72	2454	70,09	2583	26,35	
1994	3454	34,99	2038	59,00	2670	27,05	
1995*	3530	35,12	1583	44,84	2624	26,85	
1996**	2300	23,44	722	31,39	868	8,85	
<b>Total</b>	<b>26849</b>		<b>17925</b>	<b>66,76</b>	<b>17902</b>		

Fonte: Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/AIDS-SES, Fundação SEADE e IBGE.

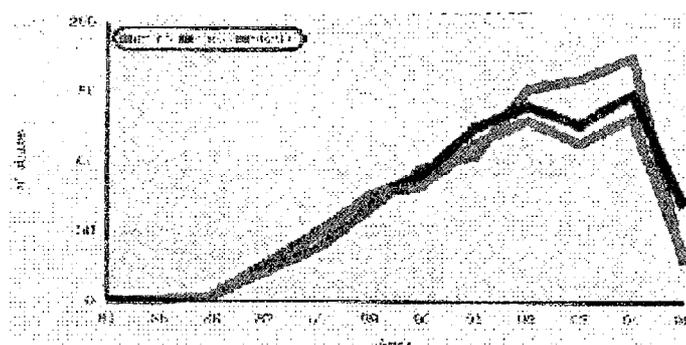
\*dado preliminar baseado - IBGE 1996

\*\*IBGE

Na Tabela 5, observa-se a diferença dos óbitos registrados pelo Sistema de Vigilância e pelo

PRO-AIM. Note-se que desde 1991 o PRO-AIM envia à VE de AIDS da Secretaria de Estado da Saúde todas as declarações de óbito em que constam AISA, para comparação e atualização dos casos já notificados. Os casos ainda não notificados são investigados junto aos hospitais de ocorrência do óbito, para se conseguir informações adicionais que permitam a sua inclusão dentro dos critérios epidemiológicos de definição de caso de AIDS (Critério de Pontuação ou CDC modificado). A partir de 1996, após discussão com o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, houve a introdução do novo critério denominado "Declaração de Óbito" (descrito detalhadamente na contra capa). O SVE de São Paulo pretende notificar retrospectivamente estes casos, o que levará a uma compatibilização dos dados das diferentes fontes de informação.

Figura 3 - Distribuição dos óbitos por AIDS em menores de 13 anos, do S.V.E. (antes/por investigação) e da F. SEADE, Estado de São Paulo, 1984 a 1995.



Segundo levantamento no Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo<sup>1</sup>, realizado entre os óbitos notificados de AIDS em menores de 13 anos, no período de 1984 a 1995, no Estado de São Paulo, houve a possibilidade de se confirmar as diferenças nos dados de diferentes fontes de informação ( Figura 3). Mesmo após investigação e com a atualização do " status" vital dos casos notificados, a Fundação SEADE ( Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados), ainda apresenta um número maior de Declarações de Óbito, em relação ao SVE, onde a AIDS aparece como causa de morte.

**Tabela 6 - Distribuição de óbitos por AIDS, segundo faixa etária e ano de ocorrência, Município de São Paulo, 1991 a 1996.**



Grupo Etário Anos	Anos											
	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Menor de 1	22	1,07	23	0,99	25	0,92	26	0,88	36	1,22	37	1,34
1 a 4	19	0,93	21	0,90	18	0,66	22	0,75	17	0,58	27	0,98
5 a 9	7	0,34	9	0,39	5	0,18	12	0,41	12	0,41	11	0,40
10 a 14	3	0,15	5	0,22	2	0,07	7	0,24	6	0,20	7	0,25
15 a 19	43	2,10	43	1,85	31	1,14	24	0,82	17	0,58	18	0,65
20 a 24	248	12,12	233	10,03	254	9,33	228	7,75	202	6,85	148	5,35
25 a 29	419	20,47	472	20,33	549	20,17	619	21,04	541	18,35	513	18,53
30 a 34	440	21,49	501	21,56	666	24,47	668	23,39	696	23,60	657	23,74
35 a 39	310	15,14	392	16,88	453	16,64	544	18,49	587	19,91	575	20,77
40 a 44	234	11,43	279	12,02	305	11,20	352	11,96	364	12,34	355	12,83
45 a 49	124	6,06	172	7,41	190	6,96	199	6,76	219	7,43	205	7,41
50 a 54	72	3,52	85	3,66	124	4,56	101	3,43	113	3,83	106	3,90
55 a 59	53	2,59	41	1,77	49	1,80	60	2,04	53	1,80	44	1,59
60 a 64	23	1,12	18	0,78	26	0,96	33	1,12	44	1,49	31	1,12
65 a 69	19	0,93	10	0,43	9	0,33	13	0,44	22	0,75	21	0,76
70 e mais	6	0,29	12	0,52	8	0,29	7	0,24	12	0,41	5	0,18
Ignorado	5	0,24	6	0,26	8	0,29	7	0,24	8	0,27	6	0,22
Total	2047	100,0	2322	100,0	2722	100,0	2942	100,0	2949	100,0	2768	100,0

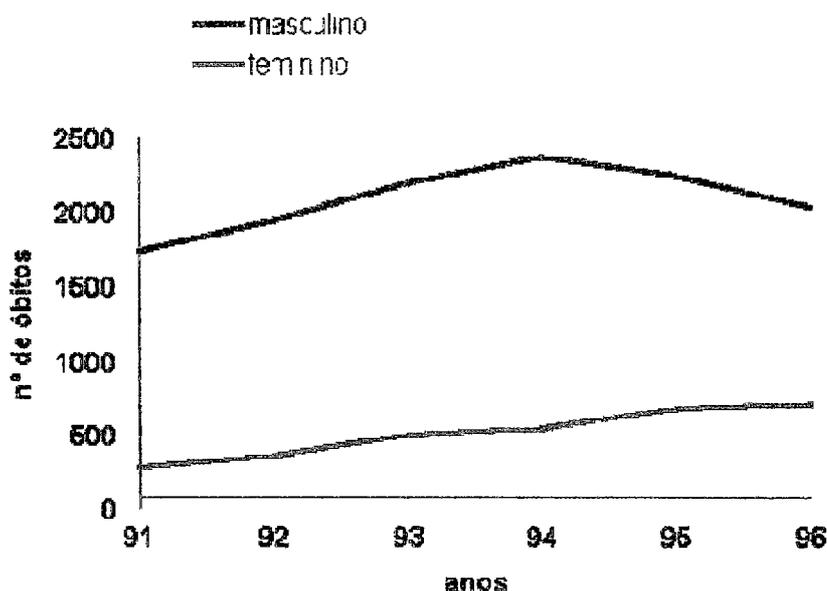
Fonte: PRO-AIM

**Tabela 7 - Distribuição de óbitos por AIDS, segundo sexo, faixa etária e ano de ocorrência, Município de São Paulo, 1991 a 1996.**

Grupo Etário Anos	Anos											
	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
	Masc	fem										
Menor de 1	11	11	14	9	12	13	14	12	15	21	20	17
1 a 4	7	12	9	12	9	9	9	13	9	8	14	13
5 a 9	6	1	2	7	1	4	5	7	6	6	6	5
10 a 14	2	1	3	2	2	-	5	2	4	2	5	2
15 a 19	38	5	37	6	22	9	12	12	14	3	10	8
20 a 24	191	57	182	51	180	74	160	68	134	68	92	56
25 a 29	354	65	395	77	428	121	502	117	403	138	363	150
30 a 34	597	43	427	74	564	102	582	106	565	131	504	153
35 a 39	272	38	347	45	392	61	451	93	476	111	436	139
40 a 44	208	26	240	39	260	45	299	53	286	78	277	78
45 a 49	112	12	153	19	156	34	174	25	170	49	153	52
50 a 54	62	10	68	17	104	20	63	16	62	31	63	25
55 a 59	47	6	38	5	39	10	47	13	40	13	38	6
60 a 64	17	6	16	2	22	4	25	8	28	16	22	9
65 a 69	17	2	9	1	8	1	10	3	10	12	16	5
70 e mais	6	-	10	2	7	1	6	1	12	-	5	-
Ignorado	3	2	4	2	8	-	6	1	6	2	4	2
Total	1750	297	1952	370	2214	508	2390	552	2260	689	2048	720

Fonte: PRO-AIM

Figura 4 - Distribuição dos óbitos por AIDS segundo sexo e ano de ocorrência, Município de São Paulo, 1991 a 1996.



Fonte: PRO-AIM

Na Tabela 6, onde têm-se os óbitos por AIDS, distribuídos por ano e faixa etária, observa-se um aumento do número absoluto destes, ano a ano até 1995, com uma queda no ano de 1996(o que será comentado mais adiante).

Esta mesma distribuição, discriminada por sexo (Tabela 7 e Figura 4), demonstra que esta queda se dá quase que exclusivamente por conta dos óbitos masculinos, que tiveram diminuição importante na faixa etária de 15 a 49 anos, isto é, entre os adultos jovens que são os mais atingidos pela AIDS em nosso meio, não apresentando como no total, diminuição para os menores de 4 anos. Note-se que, medidas de prevenção para crianças de mães soropositivas tiveram início nos serviços públicos praticamente em 1995, sendo ainda muito precoce a possibilidade de avaliação do impacto desta intervenção.

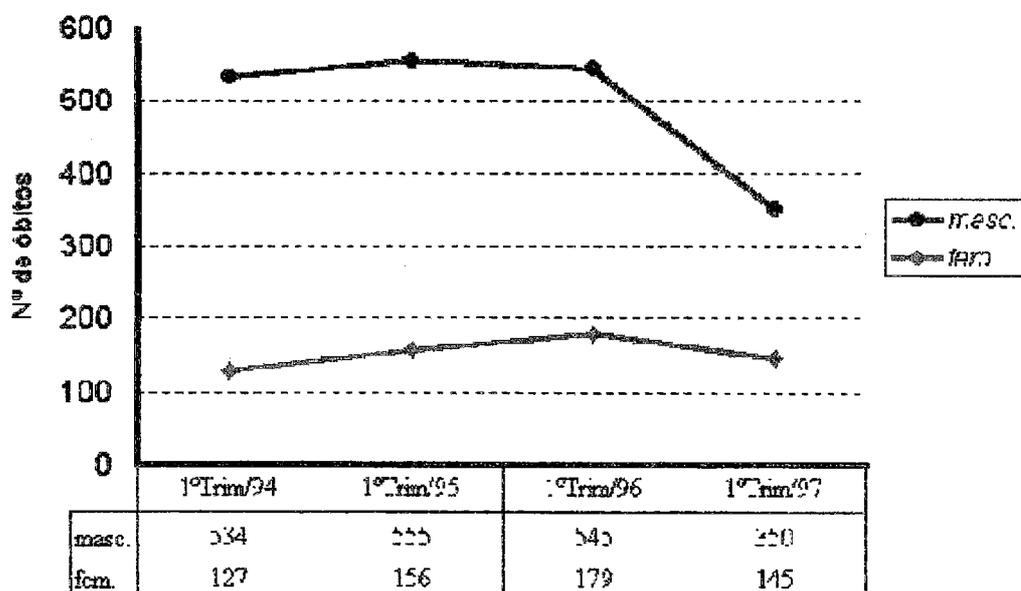
Em relação aos óbitos do sexo feminino da faixa etária dos 25 aos 49 anos, há um aumento no número absoluto de óbitos ano a ano, embora haja uma desaceleração deste crescimento de 1995 para 1996. Em relação ao número de casos notificados, verifica-se que a velocidade de crescimento da epidemia é maior para o sexo feminino.

O aumento da proporção dos óbitos femininos com relação aos óbitos masculinos no decorrer do tempo, leva uma reflexão a respeito dos fatores que contribuíram para este fato. A maior velocidade de crescimento da epidemia nas mulheres, pode se uma hipótese aceitável para o respectivo aumento da mortalidade ou além disso, pode-se supor que a sobrevivência das mulheres seja influenciada pela dificuldade de acesso a informação e aos serviços de saúde, consequência de nossa tradicional organização social e da falta de conscientização das



mulheres e dos profissionais de saúde da rede sobre a importância que a AIDS vem adquirindo para a população feminina.

Figura 5 - Distribuição dos óbitos por AIDS segundo sexo, Município de São Paulo, no primeiro trimestre dos anos de 1994 a 1997.



Fonte: PRO-AIM

Observando o número de óbitos para homens e mulheres no primeiro trimestre dos anos 1994, 1995, 1996 e 1997 ( Figura 5), vê-se que há uma queda no primeiro trimestre de 97. Várias hipóteses podem ser levantadas para explicar este fato, tais como: o surgimento de novas drogas anti-retrovirais e sua disponibilização à população necessitada. Bem como, a reorganização dos serviços, para o atendimento aos infectados pelo HIV, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, distribuindo os serviços regionalmente, facilitando assim o acesso às modernas condutas terapêuticas.

**Tabela 8 - Distribuição de óbitos por AIDS, segundo Administração Regional de Saúde (ARS) de residência e ano de ocorrência, Município de São Paulo, 1994 a 1996.**

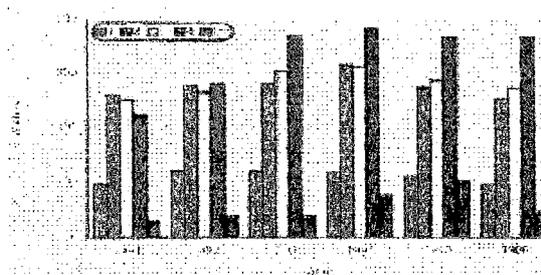


ARS	Anos					
	1994		1995		1996	
	f	%	F	%	f	%
1	332	11,28	329	11,16	299	10,80
2	250	8,50	227	7,70	199	7,19
3	439	14,39	399	13,53	450	16,26
4	278	9,45	279	9,46	239	8,63
5	285	9,69	300	10,17	322	11,63
6	182	6,19	168	5,70	190	6,86
7	550	18,69	529	17,94	516	18,64
8	110	3,74	130	4,41	125	4,52
9	207	7,04	212	7,19	202	7,30
10	116	3,94	133	4,51	117	4,23
Ignorado	193	6,56	243	8,24	109	3,94
Total	2942	100,00	2949	100,00	2768	100,00

Fonte: PRO-AIM

A partir de outubro de 1993 o PRO-AIM passou a utilizar a nova divisão administrativa do Município de São Paulo, o que permitiu classificar as declarações de óbito Segunda Administração Regional de Saúde (ARS) de residência, e por esta razão temos na Tabela 8 a distribuição dos óbitos segundo local de residência, somente a partir de 1994.

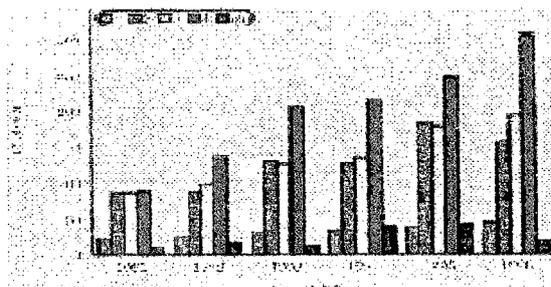
Figura 6 - Distribuição dos óbitos por AIDS no sexo masculino, segundo área homogênea ( 1 a 4 ), Município de São Paulo, 1991 a 1996.





Fonte: PRO-AIM

Figura 7 - Distribuição dos óbitos por AIDS no sexo feminino, segundo área homogênea ( 1 a 4 ), Município de São Paulo, 1991 a 1996.



Fonte: PRO-AIM

Nas Figuras 6 e 7, têm-se a distribuição dos óbitos por AIDS dos sexos masculino e feminino, segundo área homogênea<sup>2</sup>. Esta classificação realizada a partir dos dados da Secretaria de Planejamento (SEMPA) do Município de São Paulo, da Campanha de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (SABESP) e do PRO-AIM analisa cada um dos 58 distritos/subdistritos de paz do Município de São Paulo segundo as variáveis: percentual da população com renda de até 4 salários mínimos; percentual da população sem instrução ou com o primário incompleto; percentual da população com cobertura de esgoto sanitário e a mortalidade proporcional em menores de 1 ano. As variáveis foram ordenadas segundo a sua média nos diferentes distritos e estes foram divididos em quartis compondo as áreas homogêneas. Estas são classificadas de 1 a 4, em ordem decrescente de "qualidade de vida", possibilitando o conhecimento, segundo estes dados, do comportamento da AIDS no Município de São Paulo, de acordo com condições sócio-econômicas da população. Pode-se inferir que no decorrer dos anos há um aumento da "pauperização" da epidemia, com maior evidência para o sexo feminino.

**Tabela 9 - Distribuição de óbitos por AIDS, segundo hospital de ocorrência do óbito (20 hospitais de maior ocorrência), Município de São Paulo, 1991 a 1996.**



Hospital	Anos						Total
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	
I. I. Emilio Ribas	684	593	663	560	582	599	3681
C. S. Sta Marcelina	73	80	110	143	125	147	678
H.C.FMUSP	76	79	81	130	156	136	658
H.São Paulo	52	57	82	81	99	98	469
H.Geral São Mateus	6	62	102	103	89	72	434
H.Ipiranga	68	69	71	88	79	48	423
H.Mandaqui	86	82	47	49	54	50	368
H.Penit. São Paulo	10	24	64	100	83	78	359
C.R.T.A	6	4	62	79	84	108	343
H.Serv.Publ.Estadual	59	69	59	51	60	43	341
H.Heliópolis	54	50	51	47	53	61	316
H.Reg.Sul	43	73	54	42	62	39	313
H.Serv.Publ.Municipal	34	45	60	44	49	38	270
H.Mun.Waldomiro de Paula	32	54	42	50	34	52	264
H.Mun. Carmino Caricchio	4	31	57	43	72	48	255
H.Mun.Fernando Mauro Pires da Rocha	4	24	49	61	57	49	241
H.Mun. Tide Setubal	28	34	43	32	35	38	210
H.Mun. Alípio Correa Neto	13	31	37	39	38	37	195
Santa Casa de Misericórdia-SP	22	33	33	24	32	44	188
H.Geral V.N.Cachoeirinha	-	22	3	52	61	49	187
H.Geral de Taipas	-	11	43	43	56	30	183
H.Brigadeiro	57	30	21	28	15	17	168
H.Amico(V.Mariana)	25	23	31	31	12	12	134
Beneficência Portuguesa	28	16	25	25	16	23	133
H.Mun. João XXIII	16	30	33	21	10	7	117

Fonte: PRO-AIM

Na Tabela 9, estão relacionados os hospitais onde ocorreram o maior número de óbitos por AIDS, sendo que os principais estão localizados nas regiões centrais da cidade, com uma distribuição diferente da observada quanto ao local de residência ( Tabela 8 ). Estes dados são importantes para o planejamento de serviços de saúde, com por exemplo, a distribuição de leitos hospitalares por região.

**Tabela 10 - Distribuição de óbitos por AIDS, segundo local de ocorrência do óbito, Município de São Paulo, 1991 a 1996.**

Ano	Local											Total	
	Hospital		Via pública		Domicílio		Outro		ignorado				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
1991	1861	90,21	2	0,10	162	7,91	20	0,98	2	0,10	2047	100,0	
1992	2141	92,20	1	0,04	154	6,83	22	0,95	4	0,17	2322	100,0	
1993	2496	91,70	1	0,04	205	7,53	19	0,70	1	0,04	2722	100,0	
1994	2670	90,75	7	0,24	225	7,65	35	1,19	5	0,17	2942	100,0	
1995	2687	91,12	1	0,03	183	6,21	76	2,58	2	0,07	2949	100,0	
1996	2571	92,88	2	0,07	153	5,53	39	1,41	3	0,11	2768	100,0	
Total	14426	91,59	14	0,09	1082	6,87	211	1,34	17	0,11	15750	100,0	

Fonte: PRO-AIM

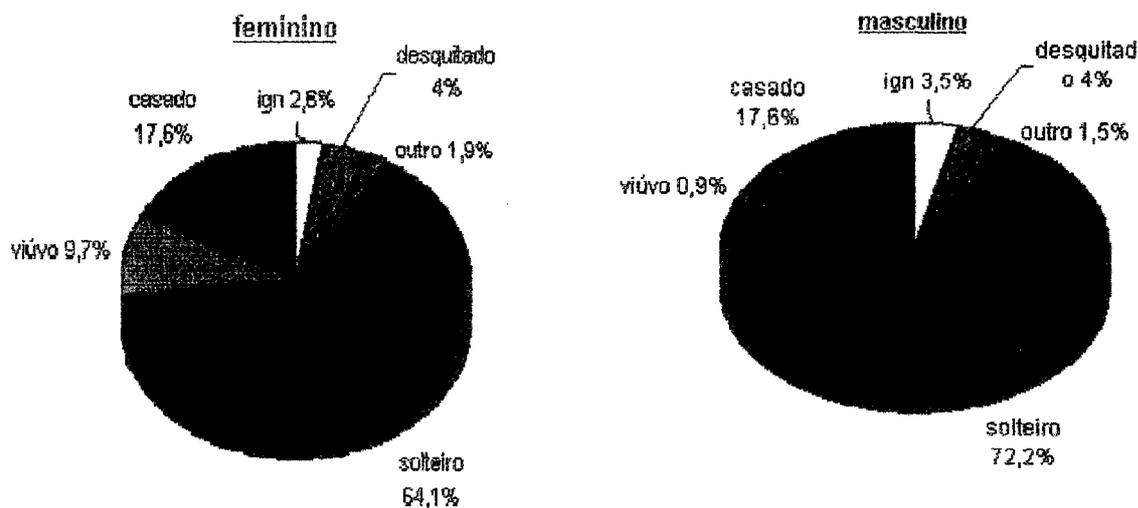
Ainda em relação ao local de ocorrência dos óbitos, chama atenção, na Tabela 10, a proporção de óbitos ocorridos no domicílio, que se tem mantido constante no período observado, não sendo possível diferenciar os óbitos ocorridos no domicílio por opção do indivíduo/família ou por dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

**Tabela 11 - Distribuição dos óbitos por AIDS, na faixa etária de 15 a 49 anos, segundo estado civil, Município de São Paulo, 1991 a 1996.**

Estado Civil													
Ano	Solteiro		Casado		Viúvo		desquitado		Outro		ignorado		Tot
	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
1991	1303	71,67	363	19,97	27	1,49	55	3,03	28	1,54	42	2,31	181
1992	1536	66,15	385	16,58	37	1,59	44	1,89	32	1,38	58	2,50	232
1993	1784	72,88	451	18,42	48	1,96	58	2,37	39	1,59	68	2,78	244
1994	1874	70,61	501	18,88	55	2,07	72	2,71	47	1,77	105	3,96	265
1995	1790	68,16	506	19,27	99	3,77	101	3,85	31	1,18	99	3,77	262
1996	1683	68,00	474	19,15	102	4,12	77	3,11	45	1,82	94	3,80	247
Total	9970	69,51	2680	18,69	368	2,57	407	2,84	222	1,55	466	3,25	143

Fonte: PRO-AIM

Figura 8 - Distribuição dos óbitos por AIDS na faixa etária de 15 a 49 anos, segundo sexo e estado civil, Município de São Paulo, 1991 a 1996.



Fonte: PRO-AIM



Na Tabela 11, tem-se a distribuição dos óbitos segundo estado civil, o que não necessariamente reflete o estado marital das pessoas. Vê-se um predomínio dos indivíduos solteiros. A proporção de viuvez é significativamente maior entre as mulheres (9,73%) - (Figura 8). Segundo estudo<sup>3</sup> realizado com 2759 mulheres notificadas no Estado de São Paulo, a maioria das mulheres viúvas, com AIDS, tiveram parceiros que faleceram desta doença, demonstrando a importância relativa da AIDS entre as mulheres casadas.

**Tabela 12 - Distribuição dos óbitos por AIDS, na faixa etária de 15 a 49 anos, segundo grau de instrução, Município de São Paulo, 1991 a 1996.**

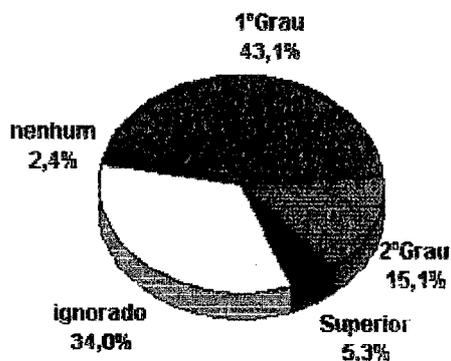
Anos	Grau de Instrução											
	Nenhum		1º grau		2º grau		Superior		Ignorado		Total	
	F	%	F	%	f	%	f	%	f	%	F	%
1991	23	1,27	1054	57,98	196	10,78	203	11,17	203	11,17	1818	100,0
1992	131	1,27	1141	54,54	238	11,38	226	10,80	356	17,02	2092	100,0
1993	46	6,26	1362	55,64	309	12,62	210	8,58	521	21,28	2448	100,0
1994	47	1,66	1236	46,57	470	17,71	233	8,78	668	25,17	2654	100,0
1995	60	1,77	1036	39,45	573	21,82	240	9,14	717	27,30	2626	100,0
1996	49	2,28	1325	53,54	264	10,67	197	7,96	640	25,86	2475	100,0
Total	156	1,11	3597	25,49	2050	14,53	1309	9,28	3244	22,99	14113	100,0

Fonte: PRO-AIM

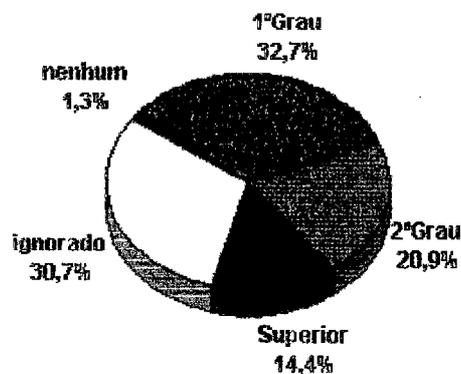
Figura 9 - Distribuição dos óbitos por AIDS na faixa etária de 15 a 49 anos, segundo sexo e grau de instrução, Município de São Paulo, 1991 a 1996.



### feminino



### masculino



Fonte: PRO-AIM

Quanto ao grau de instrução (Tabela 12 e Figura 9), apesar da grande proporção (22,9%) de dados ignorados, observa-se um predomínio de indivíduos com escolaridade até o 1º grau. Este predomínio é mais relevante entre as mulheres do que entre os homens. Nestes, a proporção de indivíduos com instrução superior é maior em relação às mulheres. Observe-se que 1,82% das mulheres adultas não tem nenhum grau de instrução. Estes dados trazem novamente a reflexão sobre a qualidade de vida dos pacientes com AIDS, particularmente as mulheres. Vale ressaltar que os dados de instrução eram coletados até 1993 da seguinte forma: nenhuma, fundamental, segundo grau, superior e ignorado e que a partir de 1994 (com a mudança do impresso da Declaração de Óbito), a classificação mudou para: nenhuma, primeiro grau, segundo grau, superior e ignorado. Esta mudança pode ter ocasionado problemas na classificação dos indivíduos com instrução entre primeiro e segundo grau.

**Tabela 13 - Distribuição dos óbitos por AIDS, na faixa etária de 15 a 49 anos, segundo tipo de ocupação, Município de São Paulo, 1991 a 1996.**

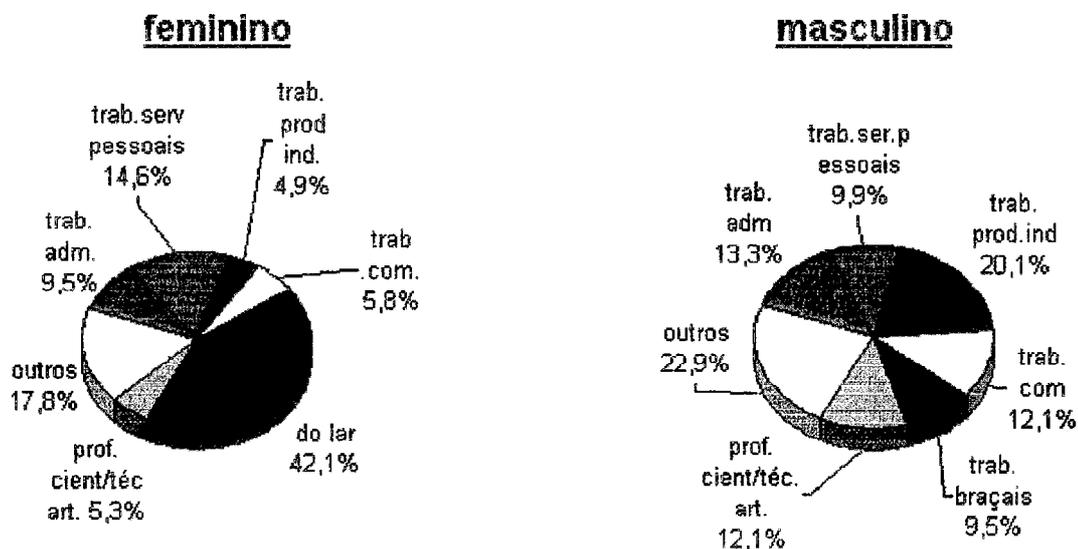


Ocupação	Anos											
	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
Trab produção industrial/transportes	296	16,28	385	18,40	443	18,10	453	17,08	419	15,96	427	17,28
Trab. Serviços administrativos	217	11,94	271	12,95	334	13,64	339	12,78	337	12,83	273	11,05
Trab.comércio	186	10,23	236	11,38	284	11,60	279	10,52	294	11,20	250	10,12
Profissões científicas, técn./artísticas	183	10,07	287	13,72	283	11,56	269	10,14	265	10,09	233	9,43
Trab.serviços pessoais	154	8,47	213	10,18	259	10,58	264	10,70	298	11,35	310	12,55
Ocupações não encontradas	109	6,00	179	8,56	207	8,46	316	11,91	269	10,24	277	11,21
Trab.braçais	130	7,15	163	7,79	203	8,29	233	8,78	238	9,06	195	7,89
Do lar	108	5,94	147	7,03	194	7,92	210	7,92	241	9,18	260	10,52
Autônomos	43	2,37	45	2,15	67	2,74	79	2,98	57	2,17	68	2,75
Aposentados	21	1,16	63	3,01	57	2,33	54	2,04	71	2,70	73	2,95
Não preenchido	286	15,73	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Gerentes/chefes/membros dos 3 poderes	37	2,04	36	1,72	26	1,06	43	1,62	53	2,02	29	1,17
Desempregados	20	1,10	24	1,15	47	1,92	39	1,47	42	1,60	36	1,46
Estudantes	19	1,05	32	1,53	41	1,67	42	1,58	31	1,18	33	1,34
Trab.agricultura e pecuária	6	0,33	4	0,19	1	0,04	10	0,38	6	0,23	4	0,16
Militares	0	0,00	3	0,14	1	0,04	3	0,11	4	0,15	3	0,12
Menor	2	0,11	1	0,05	1	0,04	1	0,04	0	0,00	0	0,00
Ignorado	1	0,06	1	0,05	0	0,00	0	0,00	1	0,04	0	0,00
Total	1818	100,0	2092	100,0	2448	100,0	2653	100,0	2626	100,0	2471	100,0

Fonte: PRO-AIM

Figura 10 - Distribuição dos óbitos por AIDS na faixa etária de 15 a 49 anos, segundo sexo e tipo de ocupação, Município de São Paulo, 1991 a 1996.





Fonte: PRO-AIM

Na Tabela 13 e Figura 10 temos a distribuição dos óbitos por sexo e ocupação; ressaltar-se a importância da ocupação de donas-de-casa entre as mulheres (42,10%).

**Tabela 14 - Distribuição dos óbitos no sexo feminino, segundo as principais causas da morte, na faixa etária de 15 a 49 anos, Município de São Paulo, 1991 a 1996.**



Causas	Anos											
	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
	F	%	f	%	F	%	f	%	F	%	f	%
AIDS	246	6,28	311	7,93	451	10,51	477	10,64	580	12,41	636	14,30
AVC	382	9,75	441	11,24	409	9,53	442	9,86	403	8,62	363	8,16
Homicídios	256	6,54	191	4,87	198	4,62	232	5,17	321	6,87	283	6,36
Ac.Trânsito	203	5,18	218	5,56	186	4,34	213	4,75	321	6,87	213	4,79
Infarto Agudo do Miocárdio	180	4,60	166	4,23	186	4,34	182	4,06	182	3,89	206	4,63
Câncer de Mama	190	4,85	211	5,38	189	4,41	248	5,53	194	4,15	211	4,74
Pneumonias	186	4,75	191	4,87	206	4,80	221	4,93	232	4,96	146	3,28
Doenças Hipertensivas	89	2,27	84	2,14	85	1,98	81	1,81	241	5,16	211	4,74
Suicídios	76	1,94	72	1,83	83	1,93	80	1,78	93	1,99	96	2,16
Mortes maternas	87	2,22	71	1,81	79	1,84	88	1,96	105	2,25	69	1,55
Tuberculose	66	1,68	68	1,73	94	2,19	105	2,34	85	1,82	80	1,80
Cirrose e D.Crônica do Fígado	86	2,20	61	1,55	77	1,79	75	1,67	99	2,12	80	1,80
Demais causas	1870	47,74	1839	46,87	2047	47,72	2041	45,51	1819	38,91	1853	41,87
Total	3917	100,0	3924	100,0	4290	100,0	4485	100,0	4675	100,0	4447	100,0

Fonte: PRO-AIM

**Tabela 15 - Distribuição dos óbitos no sexo masculino, segundo as principais causas da morte, na faixa etária de 15 a 49 anos, Município de São Paulo, 1991 a 1996.**

Causas	Anos											
	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
	F	%	f	%	F	%	f	%	F	%	F	%
Homicídios	3725	28,67	3545	37,30	3387	25,00	3909	25,00	4267	29,50	4137	30,46
AIDS	1575	12,12	1783	13,73	2009	14,83	2186	15,37	2052	14,19	18,35	13,51
Ac.Trânsito	1100	8,47	938	7,22	856	6,33	893	6,28	956	6,61	996	7,35
Pneumonias	575	4,43	527	4,06	619	4,57	570	4,01	636	4,40	471	3,47
Infarto Agudo do Miocárdio	545	4,20	559	4,31	551	4,07	527	3,71	519	3,59	568	4,18
AVC	494	3,80	486	3,74	516	3,81	494	3,47	478	3,31	434	3,20
Cirrose e D.Crônica do Fígado	458	3,53	443	3,41	478	3,53	444	3,12	557	3,85	504	3,71
Alcoolismo	311	2,39	267	2,06	358	2,64	348	2,45	358	2,48	298	2,19
Tuberculose	275	2,12	245	1,89	265	1,96	265	1,86	286	1,98	266	1,96
Suicídios	250	1,92	229	1,76	300	2,21	284	2,00	299	2,07	275	2,02
Doenças Hipertensivas	139	1,07	135	1,04	137	1,01	137	0,96	88	0,61	105	0,77
Diabetes	84	0,65	85	0,65	104	0,77	101	0,71	96	0,68	112	0,82
Demais causas	3460	26,63	3741	28,81	3967	29,28	4063	28,57	3870	26,76	3580	26,36
Total	12991	100,0	12983	100,0	13549	100,0	14221	100,0	14462	100,0	13583	100,0

Fonte: PRO-AIM

A importância relativa da AIDS enquanto causa de mortalidade nos adultos no Município de São Paulo pode ser vista nas Tabelas 14 e 15, onde observa-se que desde 1993 a AIDS é a primeira causa de morte entre as mulheres de 15 a 49 anos e desde 1991 a Segunda causa de morte entre os homens na mesma faixa etária, só sendo superada pelos homicídios.

**Tabela 16 - Classificação da AIDS entre as dez primeiras causas de morte em menores de 15 anos, Município de São Paulo, 1991 a 1996.**

Anos	Faixa etária					
	< 1 ano		1 a 4 anos		5 a 14 anos	
	Masc	fem	masc	fem	masc	Fem
1991	*	8ª	8ª	8ª	6ª	*
1992	9ª	9ª	7ª	9ª	10ª	5ª
1993	*	8ª	8ª	8ª	*	9ª
1994	10ª	9ª	7ª	9ª	7ª	6ª
1995	10ª	7ª	8ª	7ª	7ª	7ª
1996	9ª	9ª	4ª	9ª	7ª	5ª

Fonte: PRO-AIM

\*Anos em que a AIDS não fica entre as dez primeiras causas de morte

Para as demais faixas etárias, a mortalidade por AIDS não assume a mesma importância. Na faixa etária de 50 anos e mais aparece como a 26ª causa de morte no sexo masculino e a 35ª causa no sexo feminino no ano de 1996. Para os menores de 15 anos a posição que a AIDS ocupa dentre as dez primeiras causas de morte, nos anos de 1991 a 1996, pode ser observada na Tabela 16.

#### Referências Bibliográficas

1. Matida L.H.; Caminada S; Tayra A; Santos N.J.S.; Domingues C.S.B.; Ruiz E.A.C. Ten years of AIDS epidemic in children in state of São Paulo, Brazil, 1984 - 1994 - IX International Conference on AIDS. Vancouver - Canadá, July 7-12, 1996.
2. D'Angelo L.A.; Drumond Jr. M.; Lira M.M.T.A. As desigualdades da mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório entre as áreas homogêneas do Município de São Paulo em 1991 - IV Congresso Paulista Saúde Pública -SP, 1993.
3. Santos, N.J.S. Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP para obtenção do Título de Mestre, SP, 1994.

## CRITÉRIO ÓBITO

### O Critério Óbito subdivide-se em:

1º. ARC + Óbito: Quando um paciente é sabidamente HIV positivo, tem algum sintoma relacionado a AIDS, não fecha caso pelos critérios OPAS/CARACAS, CDC, e evolui para óbito por causa natural. As informações devem ser obtidas em algum serviço onde o paciente foi atendido e não apenas na Declaração de Óbito.

Aqui se enquadram os suspeitos que vão a óbito.

2º. Declaração de Óbito: Quando o serviço recebe uma Declaração de Óbito (ou Certidão de Óbito), onde consta

*em qualquer item AIDS, ou SIDA, ou imunodeficiência Adquirida, ou termo correlato, deve proceder a investigação junto ao médico/instituição que emitiu tal declaração, para tentar obter novos dados a respeito do caso.*

*Se, a partir desta investigação, obtiver informações adicionais que permitam enquadrar o caso nos critérios OPAS/CARACAS, CDC, Modificado ou ARC + ÓBITO, notificá-lo por estes critérios.*

*Se a investigação não trazer novas informações, então deve-se utilizar o critério Declaração de Óbito para notificar o caso, mesmo que conste no atestado alguma doença oportunista, como por exemplo toxoplasmosose cerebral.*

*Reiterando, o critério Declaração de Óbito deve ser utilizado para se notificar os casos de AIDS que foram descobertos através de critério Declaração ou Certidão de Óbito, onde consta AIDS em qualquer das linhas de declaração, e não foram obtidas informações adicionais sobre o caso através de algum serviço de saúde, sendo a Declaração de Óbito a única fonte de informação utilizada para a notificação.*

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PROGRAMA DE SDT/AIDS

AFOIO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA NACIONAL DST/AIDS

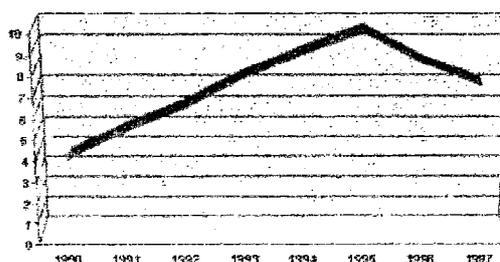
③-3 ブラジル国

Semana Epidemiológica 48/1998 a 08/1999 - Dezembro de 1998 a Fevereiro de 1999

**MORTALIDADE POR AIDS SEGUNDO ANO DO ÓBITO**

**BRASIL. 1990 A 1997\***

Coefficiente de mortalidade x 100.000 hab.



Ano do Óbito

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
3.73	5.08	6.19	7.62	8.78	9.79	8.34	7.26

Fonte: SIM/CENEPI/DATASUS/MS

\* Para o ano de 1997 não estão disponíveis os dados de mortalidade dos Estados de AM, SE, ES, MA e MG

As tabelas deste Boletim têm como Fonte a CN-DST E AIDS/SPS/MD

**SUMÁRIO**

**ARTIGOS:**

**Mortalidade por aids no Brasil**

**Testes rápidos: considerações gerais para seu uso, com ênfase na indicação de terapia anti-retroviral em situações de emergência**

**Contagem de células TCD4+ e testes de carga viral: principais marcadores laboratoriais para indicação e monitorização do tratamento anti-retroviral**

**Tabela I - Notificações de Casos de Aids Recebidas no Período de dezembro de 1998 a fevereiro de 1999 Segundo o Período de Diagnóstico e Local de Residência (Unidade Federada e Macrorregião). Brasil. Dez/98 / Jan/99 / Fev/99**

**Tabela II - Distribuição dos Casos de Aids e Coeficientes de Incidência (taxa por 100.000 habitantes) Segundo o Período de Diagnóstico e Local de Residência (Unidade Federada e Macrorregião). Brasil. 1980 - 1999**

**Tabela III - Distribuição dos Casos de Aids Segundo o Ano de Diagnóstico, Faixa Etária e Razão de Sexo. Brasil. 1980 - 1999**

[http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_4898\\_0899/sumario\\_bol\\_epi.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/sumario_bol_epi.htm)

Tabela IV - Distribuição Proporcional dos Casos de Aids Segundo o Sexo e Idade. Brasil. 1980 - 1999

Tabela V - Distribuição dos Casos de Aids Segundo a Categoria de Exposição, Período de Diagnóstico e Sexo. Brasil. 1980 - 1999

Tabela VI - Distribuição dos Casos de Aids Classificados Segundo o Tipo de Exposição, Período de Diagnóstico e Sexo. Brasil. 1990 - 1999

Tabela VII - Distribuição dos Casos de Aids Segundo Idade no Diagnóstico e Tipo de Exposição. Brasil. 1980 - 1999

Tabela VIII - Distribuição dos Casos de Aids entre Indivíduos Maiores de 12 Anos de Idade, de Ambos os Sexos, Segundo o Período de Diagnóstico e Categoria de Exposição. Brasil. 1980 - 1999

Tabela IX - Distribuição dos Casos de Aids entre Indivíduos Maiores de 12 Anos de Idade, de Ambos os Sexos, Classificados Segundo o Tipo de Exposição e Período de Diagnóstico. Brasil. 1990 - 1999

Tabela X - Distribuição dos Casos de Aids entre Indivíduos Menores de 13 Anos de Idade Segundo o Período de Diagnóstico e Categoria de Exposição. Brasil. 1983 - 1999

Tabela XI - Distribuição dos Casos de Aids entre Indivíduos Menores de 13 Anos de Idade, Classificados Segundo o Tipo de Exposição e Período de Diagnóstico. Brasil. 1990 - 1999

Tabela XII - Distribuição dos Casos de Aids entre Indivíduos do Sexo Feminino Maiores de 12 Anos de Idade Segundo o Período de Diagnóstico e Categoria de Exposição. Brasil. 1983 - 1999

Tabela XIII - Distribuição dos Casos de Aids entre Indivíduos do Sexo Feminino Maiores de 12 Anos de Idade, Classificados Segundo o Tipo de Exposição e Período de Diagnóstico. Brasil. 1990 - 1999

Tabela XIV - Distribuição dos Casos de Aids entre Indivíduos do Sexo Masculino Maiores de 12 Anos de Idade Segundo o Período de Diagnóstico e Categoria de Exposição. Brasil. 1980 - 1999

Tabela XV - Distribuição dos Casos de Aids entre Indivíduos do Sexo Masculino Maiores de 12 Anos de Idade Classificados Segundo o Tipo de Exposição e Período de Diagnóstico. Brasil. 1990 - 1999

Tabela XVI - Distribuição dos Casos de Aids Segundo Macromregião, Ano de Diagnóstico e Tipo de Exposição. Brasil. 1980 - 1999

Tabela XVII - Distribuição dos Casos de Aids e Óbitos Conhecidos por Ano de Diagnóstico. Brasil. 1980 - 1999

Tabela XVIII - Distribuição das Doenças Associadas, Sinais e Sintomas, Quando da Notificação do Caso de Aids em Maiores de 12 Anos de Idade, por Período de Diagnóstico. Brasil. 1980 - 1999

Tabela XIX - Distribuição das Doenças Associadas, Sinais e Sintomas, Quando da Notificação do Caso de Aids em Menores de 13 Anos de Idade, por Período de Diagnóstico. Brasil. 1983 - 1999

Tabela XX - Distribuição dos Casos de Aids Segundo o Município de Residência e Período de Diagnóstico. Brasil. 1980 - 1999

Tabela XXI - Distribuição das Incidências (taxa por 100.000 hab.) Segundo os Municípios com Maiores Números de Casos de Aids e Período de Diagnóstico. Brasil. 1980 - 1999

Tabela XXII - Distribuição dos Casos de Aids entre Indivíduos Maiores de 18 Anos de Idade Segundo período [http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_4898\\_0899/sumario\\_bol\\_epi.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/sumario_bol_epi.htm)

de Diagnóstico e Escolaridade. Brasil. 1980 - 1999

Tabela XXIII - Distribuição dos Casos de Aids entre Indivíduos Maiores de 12 Anos de Idade, de Ambos os Sexos, Segundo Critério de Confirmação de Caso e Período de Diagnóstico. Brasil. 1980 - 1999

Notas Técnicas

[http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_4898\\_0899/sumario\\_bol\\_epi.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/sumario_bol_epi.htm)

## MORTALIDADE POR AIDS NO BRASIL - Atualização até 1997\*

No Brasil, em 1975, foi criado o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. A partir de então, os dados das declarações de óbito passaram a ser codificados, tabulados e divulgados em anuários estatísticos do Ministério da Saúde, seguindo a Classificação Internacional de Doenças CID-9 Revisão (CID-9). Quando surgiram os primeiros óbitos por aids, não existia um código específico para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, que por essa razão era incluída no código da CID-9 como 279.1: "Transtornos envolvendo mecanismos imunitários. Até 1995, este foi o código da CID-9 que representava a aids, tanto para morbidade quanto para mortalidade. A partir de 1993, o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças publicou a tradução da CID - 10 Revisão (CID-10) para a Língua Portuguesa e, em 1996, esta revisão foi adotada pelo Ministério da Saúde para classificar os dados de mortalidade. Na CID - 10, a aids, denominada como Doença do HIV, está classificada da seguinte forma: B20-Doença pelo HIV resultando em doenças infecciosas e parasitárias; B21- Doença pelo HIV resultando em Neoplasias Malignas; B22- Doença pelo HIV resultando em outras doenças especificadas; B23- Doença pelo HIV resultando em outras doenças; B24 - Doença pelo HIV não especificada.

A presente análise utiliza-se dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM até 1995, classificados pela CID-9; e para os anos de 1996 e 1997, dos dados classificados na CID-10. Para que se tenha comparabilidade entre os dados apresentados, foram utilizados os agrupamentos das categorias de três caracteres descritos na CID-10, para todas as doenças. Os últimos dados do SIM publicados pelo Ministério da Saúde datam dos anos de 1996 e 1997; este último ano, ainda em versão preliminar, não tendo sido contemplados os óbitos das seguintes unidades federadas: Minas Gerais, Sergipe, Espírito Santo, Amazonas e Maranhão. A data de fechamento da edição do CD-room utilizado foi 30 de novembro de 1998.

No Brasil, o total de óbitos encontrados que tinham como causa básica a aids, desde 1980, foi de 101374, sendo que 26059 eram do sexo feminino e 75315 do sexo masculino. Para o ano de 1990, foram registrados 5.472 óbitos, que representavam um coeficiente de mortalidade de 3,73 por 100000 habitantes. Esse coeficiente de mortalidade apresentou tendência crescente até o ano de 1995, quando atingiu o valor de 9,79 óbitos por 100000 habitantes. Essa tendência reverteu-se a partir deste ano, e, nos dois períodos subsequentes, obtivemos uma redução no coeficiente de mortalidade por aids (Figura 1) e suas unidades federadas. Em 1996, este coeficiente foi de 8,34, e em 1997, foi de 7,26 por 100000 habitantes, excluídos os estados sem registro de óbito. Em uma análise segundo sexo, também observamos uma queda acentuada nos coeficientes para o sexo masculino, (15,16 em 1995, 14,43 em 1996); já na curva feminina, nota-se um aumento nos coeficientes por 100000 mulheres, de 4,53 em 95, para 4,81 em 1996; porém, observa-se uma diminuição da variação percentual de 24,8% para 6,18%, se compararmos o crescimento dos coeficientes nos períodos de 1995 a 1994, e de 1996 a 1995 (Figura 2). Vale ressaltar que esta tendência de diminuição dos óbitos por aids no Brasil coincide com a adoção da terapia medicamentosa com anti-retrovirais, e a introdução da nova política de distribuição gratuita desses medicamentos pelo Ministério da Saúde.

Outrossim, em uma análise por regiões e unidades federadas, a tendência de diminuição dos óbitos é evidente em quase todas as macrorregiões do País.

Para o Brasil a variação percentual dos óbitos do ano de 1996, em relação ao ano de 1995, foi negativa, ou seja, diminuiu em 14,12%. Essa redução foi mais destacada nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste, que tiveram uma queda de 15,9% e 16,74% nos seus óbitos por aids, respectivamente. (Figura 3)

\* Documento de autoria da Assessora Maria Rebeca Otero Gomes da Unidade de Epidemiologia da CN- DST/Aids do Ministério da Saúde.

Com relação às unidades federadas da região Nordeste, a queda mais acentuada nos óbitos por aids fica com Pernambuco, que em 1995 tinha um coeficiente de 5,16, e em 1997, de 3,43; e para o Rio Grande do Norte, 3,80 em 1995 e 2,47 em 1997; já na Região Sudeste, São Paulo diminuiu seu coeficiente de 23,19 óbitos por cada 100000 habitantes, no ano de 1995, para 13,99, em 1997; e o Rio de Janeiro, de 18,84, em 1995, para 12,16, em 1997. O Distrito Federal também teve uma redução significativa nos seus coeficientes, de 13,52, em 1995, para 7,41, em 1997. (Figuras 4 a 9)

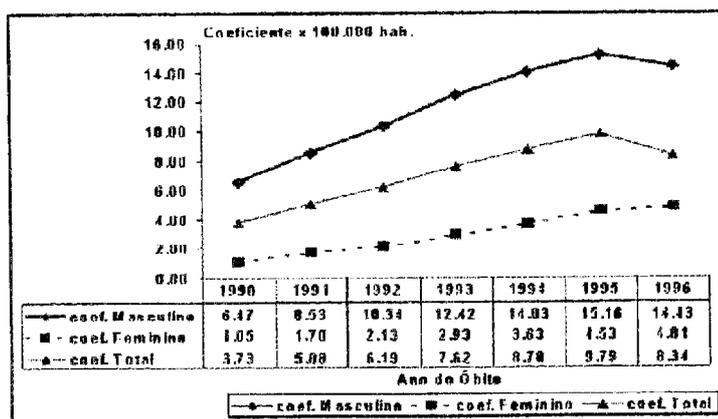
[http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_4898\\_0899/bolet\\_mortalidade.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/bolet_mortalidade.htm)

É importante ressaltar que o Sul deverá ser especialmente analisado, pois é onde se apresenta o maior crescimento da epidemia, atualmente; e, ao observarmos os seus dados de mortalidade, verificamos ser esta a Região com menor redução no número de óbitos. De fato, a diminuição na variação percentual dos óbitos, de 14,76% para o ano de 1997, com relação a 1995, nos seus estados, verificaram-se pequenas reduções nos seus coeficientes, se compararmos com os estados de outras regiões, principalmente do Sudeste. Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul tiveram os seus coeficientes para o ano de 1995, de 7,88, 5,29, e 9,95, respectivamente, e para o ano de 1997, de 7,46, 3,74, e 8,38, respectivamente. Pode-se levantar a hipótese de que o predomínio de casos atribuídos à categoria de transmissão Uso de Drogas Injetáveis (UDI), de grande importância no Estado de Santa Catarina, principalmente, caracteriza um perfil de pessoas que têm maior dificuldade de adesão à terapêutica indicada, e por conseguinte, não estejam incorporando os seus benefícios. Uma análise mais acurada da Região Sul deverá ser objeto de outro estudo, para que possamos esclarecer melhor estas questões.

Apesar da redução do número de óbitos encontrados, a aids é a quarta causa de óbito no grupo etário de 20 a 49 anos, para o ano de 1996, (último ano com dados de mortalidade já definitivos) (Figura 10). Se observarmos as principais causas de óbitos no mesmo grupo etário por sexo, a aids corresponde, também, à quarta causa de óbito no ano de 1996. (Figuras 11 e 12)

Mesmo diante dos progressos que estão sendo alcançados para a considerável redução do número de óbitos por aids no País, o impacto desta doença ainda é muito grande na mortalidade de adultos jovens em idade produtiva. Por isso, devemos estar sempre atentos e atuantes na divulgação e implementação de ações de prevenção, assistência e controle da epidemia, evitando que novos indivíduos venham ser infectados pelo HIV.

**Mortalidade por aids segundo sexo. Brasil. 1990 a 1996.**



Fonte: SIM - CENEPI/DATASUS

**Figura 2**

**Varição percentual do crescimento do número de óbitos por aids\*. Brasil. 1994 a 1997\*\*.**

[http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_4898\\_0899/bolet\\_mortalidade.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/bolet_mortalidade.htm)

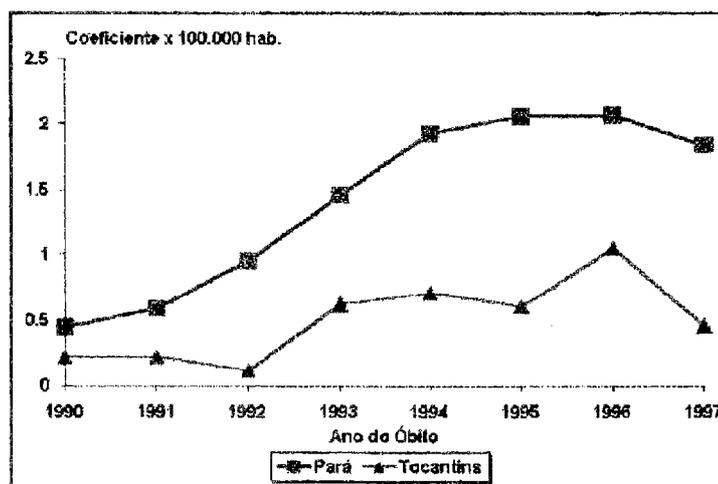
UF Res	1994	1995	1996	1997	Varição Percentual 95 p/94	Varição Percentual 96 p/95	Varição Percentual 95 p/96	Varição Percentual 95 p/97
Região Norte	179	213	236	150	18.9	10.08	-36.44	-29.58
Região Nordeste	1009	1171	1035	768	16.08	-11.61	-25.8	-34.42
Região Sudeste	10374	11382	9566	6526	9.72	-15.96	-31.78	-42.66
Região Sul	1470	1795	1685	1530	22.11	-6.1	-9.2	-14.76
Região Centro-Oeste	461	693	577	497	50.33	-16.74	-13.86	-28.28
<b>Total</b>	<b>13493</b>	<b>15254</b>	<b>13100</b>	<b>9473</b>	<b>13.05</b>	<b>-14.12</b>	<b>-27.69</b>	<b>-37.9</b>

\*\* Para o ano de 1997 ainda não estavam disponíveis os dados de mortalidade para os estados de AM, SE, ES, MA e MG.

\* 1994 e 1995 utilizada cid9 279.1, para 1996 e 1997 cid 10 B 20-24.

Figura 3

Mortalidade por aids segundo o ano do óbito e selecionadas unidades federadas da Região Norte. Brasil.

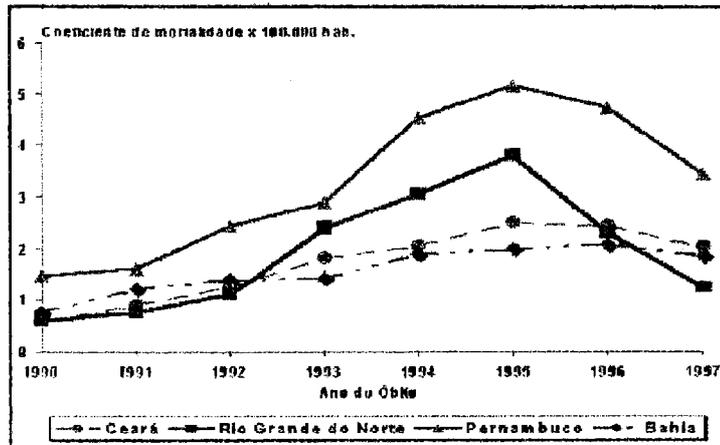


Fonte: SIM/CENEP/DATASUS

Figura 4

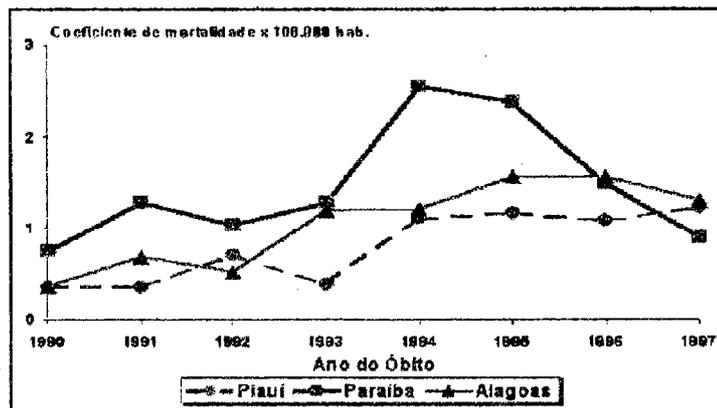
Mortalidade por aids segundo ano do óbito e selecionadas unidades federadas da região nordeste. Brasil. 1990 a 1997.

[http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_4898\\_0899/bolet\\_mortalidade.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/bolet_mortalidade.htm)



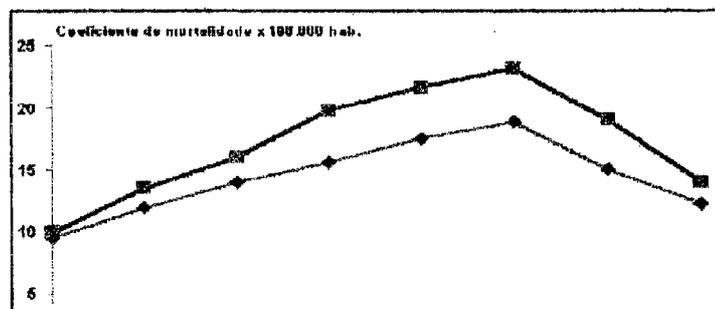
Fonte: SIM/CENEPI/DATASUS  
Figura 5

Mortalidade por aids segundo ano do óbito e seleccionadas unidades federadas da região nordeste. Brasil. 1990 a 1997.

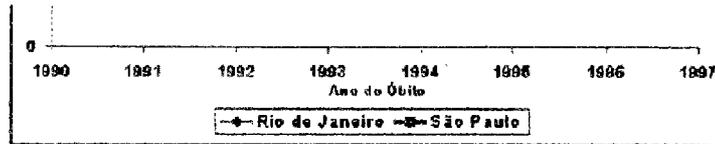


Fonte: SIM/CENEPI/DATASUS  
Figura 6

Mortalidade por aids segundo ano do óbito e seleccionadas unidades federadas da região sudeste. Brasil. 1990 a 1997.

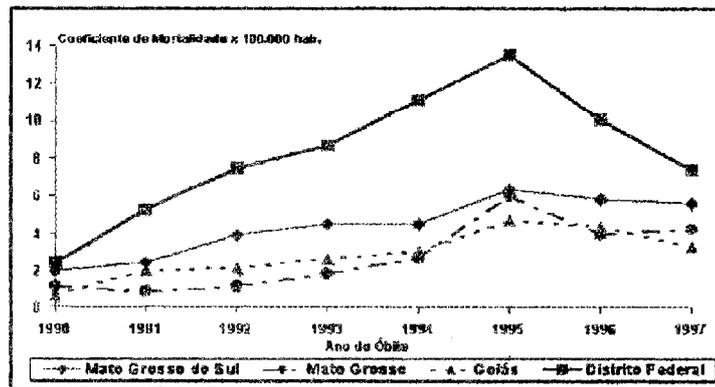


[http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_4898\\_0899/bolet\\_mortalidade.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/bolet_mortalidade.htm)



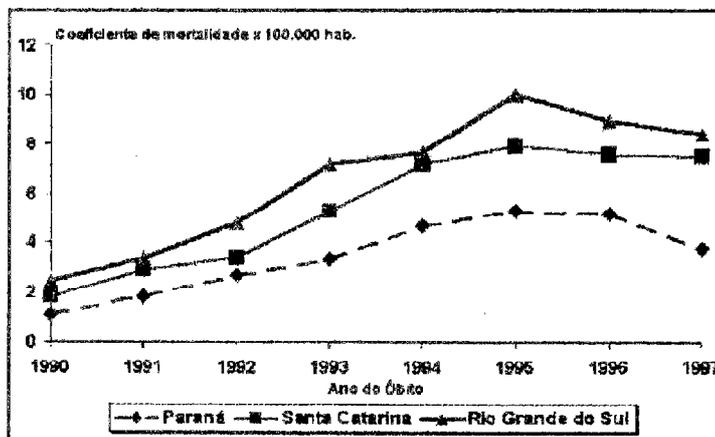
**Figura 7**  
**Fonte: SIM/CENEPI/DATASUS**

**Mortalidade por aids segundo ano do óbito e unidades federadas da região centro-oeste. Brasil. 1990 a 1997.**



**Fonte: SIM/CENEPI/DATASUS**  
**Figura 8**

**Mortalidade por aids segundo ano do óbito e unidades federadas da região sul. Brasil. 1990 a 1997.**



**Fonte: SIM/CENEPI/DATASUS**  
**Figura 9**

**Principais causas de óbito no grupo etário de 20 a 49 anos. Brasil. 1996**

[http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_4898\\_0899/bolet\\_mortalidade.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/bolet_mortalidade.htm)

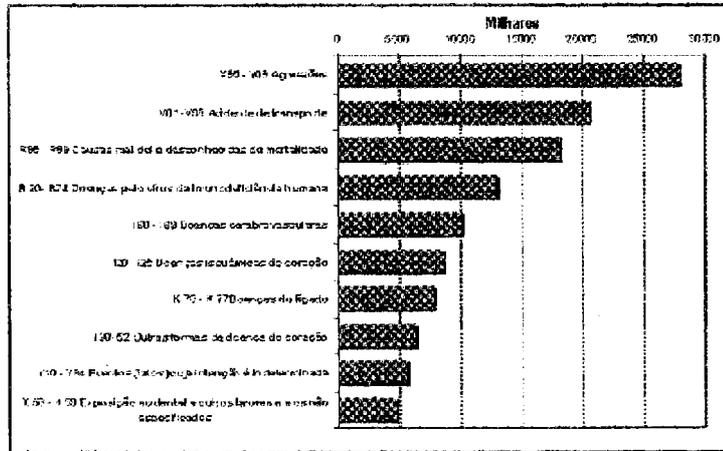


Figura 10  
Fonte: SIM/CENEPI/DATASUS

Principais causas de óbito em homens de 20 a 49 anos de idade. Brasil. 1996

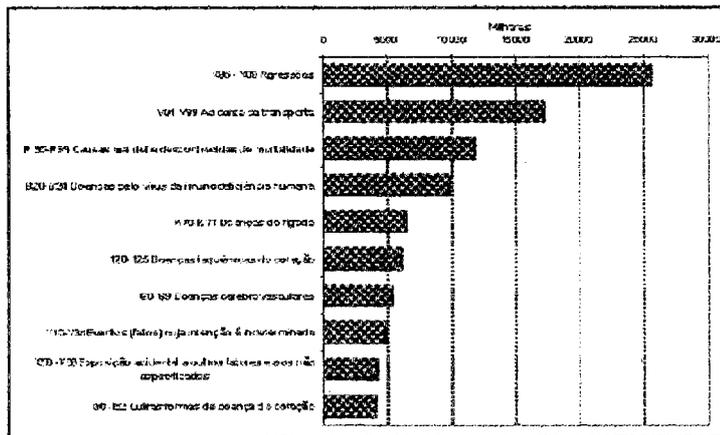
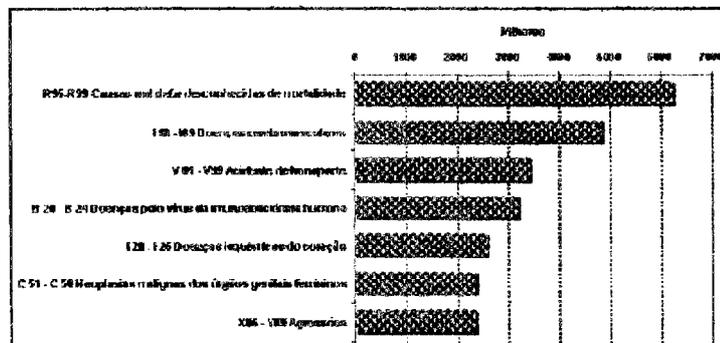
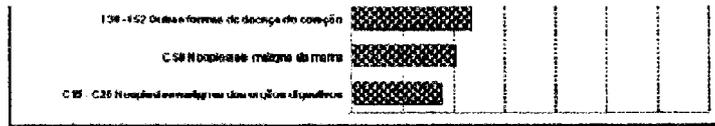


Figura 11  
Fonte: SIM/CENEPI/DATASUS

Principais causas de óbito em mulheres de 20 a 49 anos de idade. Brasil. 1996.



[http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_4898\\_0899/bolet\\_mortalidade.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/bolet_mortalidade.htm)



**Figura 12**  
**Fonte: SIM/GENEP/DATASUS**

**TABELA II - Distribuição dos casos de aids e coeficientes de incidência (taxa por 100.000 habitantes) segundo o período de diagnóstico e local de residência (Unidade Federada e Macrorregião). Brasil. 1980-1999\***

UF/Macrorregião	1980		1981		1982		1983		1984		1985		1986		1987		1988	
	Nº	Taxa																
<b>Brasil</b>	1	0,0	-	-	11	0,0	36	0,0	131	0,1	551	0,4	1146	0,9	2728	2,0	4421	3,1
<b>Norte</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0,1	26	0,3	43	0,5
Rondônia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	1,0	6	0,7
Acre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,5	1	0,3
Amazonas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,1	4	0,2	11	0,6
Roraima	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,9	1	0,9
Pará	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0,1	11	0,3	22	0,5
Amapá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,4
Tocantins	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,1	-	-	1	0,1
<b>Nordeste</b>	-	-	-	-	-	-	3	0,0	3	0,0	32	0,1	77	0,2	210	0,5	338	0,8
Maranhão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0,1	4	0,1	9	0,2	17	0,3
Piauí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,1	3	0,1	4	0,2
Ceará	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	5	0,1	12	0,2	16	0,3	45	0,7
Rio Grande do Norte	-	-	-	-	-	-	1	0,0	1	0,0	-	-	3	0,1	16	0,7	13	0,6
Paraíba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,1	2	0,1	18	0,6	12	0,4
Pernambuco	-	-	-	-	-	-	1	0,0	2	0,0	13	0,2	16	0,2	78	1,1	115	1,6
Alagoas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	0,4	9	0,4	24	1,0
Sergipe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	0,5	12	0,9
Bahia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0,0	28	0,3	55	0,5	96	0,9
<b>Centro-Oeste</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0,0	11	0,1	27	0,3	102	1,1	120	1,2
Mato Grosso do Sul	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,1	2	0,1	8	0,5	14	0,8	22	1,3
Mato Grosso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0,3	8	0,5	27	1,7	20	1,2
Goiás	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0	2	0,1	6	0,2	44	1,0	54	1,2
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,1	5	0,4	17	1,0	24	1,4
<b>Sudeste</b>	1	0,0	-	-	11	0,0	30	0,1	118	0,2	494	0,9	937	1,6	2243	3,7	3609	5,8
Minas Gerais	-	-	-	-	-	-	3	0,0	6	-	38	0,3	60	0,4	124	0,8	186	1,2
Espírito Santo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,2	7	0,3	18	0,8	32	1,3
Rio de Janeiro	-	-	-	-	3	0,0	5	0,0	36	0,3	129	1,1	289	2,4	658	5,0	971	7,3
São Paulo	1	0,0	-	-	8	0,0	22	0,1	76	0,3	323	1,1	581	2,0	1443	4,7	2420	7,7
<b>Sul</b>	-	-	-	-	-	-	3	0,0	7	0,0	14	0,1	100	0,5	147	1,6	311	1,5
Paraná	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0	3	0,0	15	0,2	33	0,4	79	1,0
Santa Catarina	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	10	0,2	16	0,4	52	1,2
Rio Grande do Sul	-	-	-	-	-	-	3	0,0	5	0,1	11	0,1	75	0,9	98	1,1	180	2,0

(\*) 1999 (Dados preliminares até a semana 08, terminada em 27/02). Dados sujeitos a revisão.

Continuação

**TABELA II - Distribuição dos casos de aids e coeficientes de incidência (taxa por 100.000 habitantes) segundo o período de diagnóstico e local de residência (Unidade Federada e Macrorregião). Brasil. 1980-1999\***

[http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_4898\\_0899/2\\_tabela.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/2_tabela.htm)

UF/Macrorregião	1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		19
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	
<b>Brasil</b>	<b>8654</b>	<b>5,9</b>	<b>11500</b>	<b>7,8</b>	<b>14508</b>	<b>9,7</b>	<b>16328</b>	<b>10,9</b>	<b>17778</b>	<b>11,7</b>	<b>18939</b>	<b>12,3</b>	<b>20200</b>	<b>13,1</b>	<b>18971</b>	<b>12,3</b>	<b>13</b>
<b>Norte</b>	<b>104</b>	<b>1,1</b>	<b>138</b>	<b>1,3</b>	<b>204</b>	<b>1,9</b>	<b>246</b>	<b>2,4</b>	<b>328</b>	<b>3,2</b>	<b>382</b>	<b>3,6</b>	<b>390</b>	<b>3,6</b>	<b>314</b>	<b>2,9</b>	
Rondônia	10	1,1	4	0,4	27	2,2	28	2,3	38	2,9	46	3,4	40	3,0	40	3,0	
Acre	7	1,7	7	1,7	6	1,4	8	1,8	10	2,2	-	-	6	1,3	14	3,1	
Amazonas	29	1,5	35	1,7	58	2,6	67	3,0	93	4,1	95	4,1	106	4,5	147	6,3	
Roraima	6	4,9	13	6,0	7	2,9	7	2,9	6	2,4	7	2,6	15	5,7	14	5,3	
Pará	43	0,9	68	1,3	92	2,0	120	2,5	154	3,2	196	4,0	179	3,6	46	0,9	
Amapá	1	0,4	3	1,0	8	2,6	1	0,3	6	1,9	18	5,5	18	5,5	30	9,1	
Tocantins	8	0,8	8	0,9	6	0,6	15	1,6	21	2,1	20	2,0	26	2,6	23	2,3	
<b>Nordeste</b>	<b>658</b>	<b>1,6</b>	<b>944</b>	<b>2,2</b>	<b>1135</b>	<b>2,6</b>	<b>1264</b>	<b>2,9</b>	<b>1435</b>	<b>3,3</b>	<b>1508</b>	<b>3,4</b>	<b>1756</b>	<b>3,9</b>	<b>1943</b>	<b>4,4</b>	<b>2</b>
Maranhão	54	1,1	75	1,5	83	1,6	105	2,1	118	2,3	140	2,7	163	3,1	158	3,0	
Piauí	22	0,8	33	1,3	31	1,2	28	1,1	61	2,3	70	2,6	67	2,5	84	3,1	
Ceará	93	1,5	183	2,9	251	3,9	209	3,2	260	3,9	322	4,8	318	4,8	302	4,5	
Rio Grande do Norte	28	1,2	55	2,3	62	2,5	76	3,1	92	3,6	89	2,7	97	3,8	109	4,3	
Paraíba	41	1,3	41	1,3	58	1,8	82	2,5	87	2,6	89	2,7	112	3,4	110	3,3	
Pernambuco	161	2,2	219	3,1	223	3,1	291	4,0	341	4,7	370	5,0	419	5,7	478	6,5	
Alagoas	36	1,5	36	1,4	62	2,4	73	2,8	70	2,7	78	2,9	90	3,4	99	3,7	
Sergipe	20	1,4	17	1,1	37	2,4	36	2,3	90	5,8	72	4,5	72	4,5	84	5,3	
Bahia	203	1,7	285	2,4	328	2,7	364	3,0	316	2,6	300	2,4	418	3,3	519	4,1	
<b>Centro-Oeste</b>	<b>293</b>	<b>3,2</b>	<b>530</b>	<b>5,6</b>	<b>702</b>	<b>7,1</b>	<b>745</b>	<b>7,6</b>	<b>903</b>	<b>9,0</b>	<b>1096</b>	<b>10,7</b>	<b>1095</b>	<b>10,7</b>	<b>1231</b>	<b>12,0</b>	
Mato Grosso do Sul	79	4,4	89	5,0	122	6,6	183	9,9	162	8,6	196	10,3	173	9,1	197	10,3	
Mato Grosso	47	2,7	78	3,9	99	4,6	106	4,9	164	7,3	202	8,8	277	12,0	275	11,9	
Goiás	76	2,0	150	3,7	247	5,9	226	5,4	325	7,7	434	10,1	357	8,3	481	11,2	
Distrito Federal	91	4,8	213	13,3	234	14,1	230	13,8	252	14,8	264	15,2	288	16,6	278	16,0	
<b>Sudeste</b>	<b>6762</b>	<b>10,4</b>	<b>8596</b>	<b>13,7</b>	<b>10924</b>	<b>17,0</b>	<b>12043</b>	<b>18,8</b>	<b>12644</b>	<b>19,5</b>	<b>13151</b>	<b>20,0</b>	<b>13700</b>	<b>20,8</b>	<b>12018</b>	<b>18,3</b>	<b>6</b>
Minas Gerais	377	2,4	521	3,3	861	5,4	1267	7,9	1463	9,0	1305	8,0	1328	8,1	1227	7,5	
Espírito Santo	55	2,2	81	3,1	111	4,2	163	6,1	202	7,4	199	7,2	220	8,0	260	9,4	
Rio de Janeiro	1511	10,9	1753	13,7	2158	16,6	2236	17,2	2312	17,6	2506	19,0	2946	22,3	2767	20,9	2
São Paulo	4819	14,6	6241	19,8	7794	24,0	8377	25,8	8667	26,4	9141	27,4	9206	27,6	7764	23,3	3
<b>Sul</b>	<b>837</b>	<b>3,8</b>	<b>1292</b>	<b>5,8</b>	<b>1543</b>	<b>6,9</b>	<b>2030</b>	<b>9,0</b>	<b>2468</b>	<b>10,9</b>	<b>2802</b>	<b>12,2</b>	<b>3259</b>	<b>14,2</b>	<b>3465</b>	<b>15,1</b>	<b>3</b>
Paraná	167	2,0	296	3,5	433	5,1	539	6,3	645	7,5	778	9,0	877	10,1	924	10,7	
Santa Catarina	218	4,9	325	7,2	408	8,8	555	11,9	706	15,0	906	19,0	993	20,8	930	19,5	
Rio Grande do Sul	452	5,0	671	7,3	701	7,5	936	10,1	1117	11,9	1118	11,8	1389	14,7	1611	17,0	1

(\*) 1999 (Dados preliminares até a semana 08, terminada em 27/02) Dados sujeitos a revisão.

TABELA III - Distribuição dos casos de aids, segundo o ano de diagnóstico, faixa etária e razão por sexo. Brasil. 1980-1999\*

Ano de Diagnóstico	Número de Casos									Total		
	Menores de 13 anos			13 a 49 anos			Maiores de 50 anos			Mas.	Fem.	M/F
	Mas.	Fem.	M/F	Mas.	Fem.	M/F	Mas.	Fem.	M/F			
1980	-	-	-	1	-	1/-	-	-	-	1	-	1 /-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	-	-	-	10	-	10/-	1	-	-	11	-	11 /-
1983	1	-	1/-	26	2	13/1	7	-	7/-	34	2	17 /1
1984	10	1	10/1	99	7	14/1	14	-	14/-	123	8	15 /1
1985	13	3	4/1	456	17	27/1	49	1	49/1	518	21	25 /1
1986	23	8	3/1	951	54	18/1	84	4	21/1	1058	66	16 /1
1987	73	22	3/1	2147	228	10/1	179	22	8/1	2399	270	9 /1
1988	91	70	1/1	3428	479	7/1	264	39	7/1	3783	588	6 /1
1989	124	83	1/1	4777	704	7/1	367	78	5/1	5268	865	6 /1
1990	179	129	1/1	6613	1091	6/1	501	81	6/1	7293	1301	6 /1
1991	181	172	1/1	8664	1640	5/1	627	122	5/1	9472	1934	5 /1
1992	229	190	1/1	10663	2456	4/1	745	170	4/1	11637	2816	4 /1
1993	251	232	1/1	11824	3087	4/1	868	241	4/1	12743	3560	4 /1
1994	314	284	1/1	12426	3550	4/1	940	253	4/1	13680	4087	3 /1
1995	307	342	1/1	12797	4095	3/1	1043	341	3/1	14147	4778	3 /1
1996	378	398	1/1	13032	4919	3/1	1088	370	3/1	14498	5687	3 /1
1997	327	363	1/1	11831	4980	2/1	977	470	2/1	13135	5813	2 /1
1998/1999	221	222	1/1	8202	3727	2/1	789	330	2/1	9212	4279	2 /1
<b>Total</b>	<b>2722</b>	<b>2519</b>	<b>1 /1</b>	<b>107747</b>	<b>31034</b>	<b>3/1</b>	<b>8543</b>	<b>2522</b>	<b>3/1</b>	<b>119012</b>	<b>36075</b>	<b>3 /1</b>

(\*) 1999 (Dados preliminares até a semana 08, terminada em 27/02)

(\*\*) Excluindo 503 casos de idade ignorada, assim distribuídos segundo o sexo: 423 do sexo masculino e 80 do sexo feminino.

Dados sujeitos a revisão.

**TABELA IV - Distribuição proporcional dos casos de aids, segundo o sexo e a idade. Brasil 1980-1999\***

Grupo etário (Anos)	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Feminino		Nº	(%)
	Nº	(%)	Nº	(%)		
Menor de 1	1145	1,0	1047	2,9	2192	1,4
1 a 4	1001	0,8	1133	3,1	2134	1,4
5 a 9	399	0,3	280	0,8	679	0,4
10 a 12	177	0,1	59	0,2	236	0,2
13 a 14	180	0,2	37	0,1	217	0,1
15 a 19	2329	2,0	1027	2,8	3356	2,2
20 a 24	11787	9,9	4921	13,6	16708	10,7
25 a 29	24680	20,6	7780	21,5	32440	20,8
30 a 34	27658	23,2	7166	19,8	34824	22,4
35 a 39	20588	17,2	5020	13,9	25608	16,5
40 a 44	13198	11,1	3244	9,0	16442	10,6
45 a 49	7347	6,2	1839	5,1	9186	5,9
50 a 54	3888	3,3	1180	3,2	5048	3,2
55 a 59	2246	1,9	654	1,8	2900	1,9
60 e mais	2409	2,0	708	2,0	3117	2,0
Ignorado	423	0,4	80	0,2	503	0,3
<b>Total</b>	<b>119435</b>	<b>100,0</b>	<b>36155</b>	<b>100,0</b>	<b>155590</b>	<b>100,0</b>

(\* 1999 (Dados preliminares até a semana 08, terminada em 27/02)

Dados sujeitos a revisão.

TABELA V - Distribuição dos casos de aids, segundo a categoria de exposição, período de diagnóstico e sexo. Brasil. 1980-1999\*

Categoria de Exposição	Período de Diagnóstico																	
	1980		1981		1982		1983		1984		1985		1986		1987		1988	
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.
SEXUAL	1	-	-	-	10	-	25	1	88	1	415	7	812	17	1704	57	2400	1
HOMOSSEXUAL	-	-	-	-	6	-	18	-	61	-	271	-	562	-	1106	-	1534	-
BISSEXUAL	1	-	-	-	3	-	7	-	26	-	134	-	233	-	512	-	707	-
HETEROSSEXUAL	-	-	-	-	1	-	-	1	1	1	10	7	17	17	86	57	159	1
SANGÜINEA	-	-	-	-	1	-	2	1	18	3	57	6	131	34	417	146	820	3
UDI	-	-	-	-	1	-	1	1	4	-	17	1	46	8	232	90	578	2
HEMOFÍLICO	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	33	-	53	-	92	-	117	-
TRANSFUSÃO	-	-	-	-	-	-	1	-	2	3	7	5	32	26	93	56	125	1
PERINATAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	20	14	33	-
IGNORADO(1)	-	-	-	-	-	-	7	-	17	4	58	8	134	16	316	54	575	1
Total	1	-	-	-	11	-	34	2	123	8	530	21	1077	69	2457	271	3828	6

Continuação

TABELA V - Distribuição dos casos de aids, segundo a categoria de exposição, período de diagnóstico e sexo. Brasil. 1980-1999\*

Categoria de Exposição	1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997	
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.
SEXUAL	3968	444	5249	700	6338	1213	6679	1677	7153	1958	7057	2376	7288	2959	6593	3015
HOMOSSEXUAL	2411	-	2846	-	3251	-	3143	-	3206	-	2946	-	2963	-	2509	-
BISSEXUAL	1112	-	1545	-	1754	-	1658	-	1760	-	1618	-	1517	-	1411	-
HETEROSSEXUAL	445	444	858	700	1333	1213	1678	1677	2187	1958	2493	2376	2808	2959	2673	3015
SANGÜINEA	2005	501	2721	664	3144	859	3413	889	3273	811	3309	798	3255	924	2686	731
UDI	1718	389	2414	530	2863	687	3136	730	3022	640	3027	613	2988	716	2521	599
HEMOFÍLICO	132	-	115	-	73	-	63	-	60	-	64	-	53	-	49	-
TRANSFUSÃO	155	112	192	134	208	172	214	159	191	171	218	185	214	208	116	132
PERINATAL	93	95	117	133	175	155	196	200	255	253	265	297	338	357	286	334
IGNORADO(1)	1278	270	1459	457	2023	601	2476	798	3009	1066	3528	1309	3628	1451	3585	1741
Total	7344	1310	9546	1954	11680	2828	12764	3564	13690	4088	14159	4780	14509	5691	13150	5821

(1) Caso e/ou categoria não investigada ou transmissão investigada sem, entretanto, ser caracterizada, ou outra categoria definida na investigação, excluindo as acima relacionadas.

Para manutenção da série histórica por categoria de exposição, o critério hierarquizado de classificação foi mantido nesta tabela.

Dados sujeitos a revisão.

TABELA VI - Distribuição dos casos de aids classificados segundo o tipo de exposição, período de diagnóstico e sexo. Brasil, 1990-1999\*

Tipo de Exposição	Período de Diagnóstico												
	1990		1991		1992		1993		1994		1995		
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
HOMOSSEXUAL	2126	-	2540	-	2893	-	2794	-	2882	-	2618	-	26
HOMOSSEXUAL/UDI	240	-	261	-	298	-	289	-	268	-	275	-	2
HOMOSSEXUAL/HEMOFÍLICO	5	-	2	-	5	-	5	-	1	-	1	-	
HOMOSSEXUAL/TRANSFUSÃO	32	-	35	-	44	-	44	-	42	-	44	-	
HOMOSSEXUAL/UDI/HEMOFÍLICO	3	-	-	-	3	-	3	-	1	-	2	-	
HOMOSSEXUAL/UDI/TRANSFUSÃO	5	-	8	-	8	-	8	-	12	-	6	-	
BISSEXUAL	869	-	1163	-	1353	-	1295	-	1392	-	1290	-	11
BISSEXUAL/UDI	216	-	344	-	344	-	319	-	313	-	284	-	2
BISSEXUAL/HEMOFÍLICO	2	-	2	-	5	-	4	-	3	-	3	-	
BISSEXUAL/TRANSFUSÃO	24	-	27	-	42	-	35	-	48	-	35	-	
BISSEXUAL/UDI/HEMOFÍLICO	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-	2	-	
BISSEXUAL/UDI/TRANSFUSÃO	1	-	6	-	9	-	5	-	4	-	4	-	
HETEROSSEXUAL	445	444	858	700	1333	1213	1878	1677	2187	1958	2493	2376	28
HETEROSSEXUAL/UDI	517	187	877	286	1240	412	1497	515	1468	418	1508	415	15
HETEROSSEXUAL/HEMOFÍLICO	7	-	7	-	8	-	12	-	8	-	10	-	
HETEROSSEXUAL/TRANSFUSÃO	22	18	31	35	58	52	74	69	73	65	87	84	1
HETEROSSEXUAL/UDI/HEMOFÍLICO	1	-	2	-	7	-	9	-	3	-	5	-	
HETEROSSEXUAL/UDI/TRANSFUSÃO	8	5	13	9	28	9	32	14	32	12	22	10	
UDI	1162	194	1494	232	1559	260	1570	197	1482	205	1467	186	13
UDI/HEMOFÍLICO	7	-	3	-	3	-	6	-	8	-	2	-	
UDI/TRANSFUSÃO	23	3	25	3	26	6	22	4	29	5	23	2	
HEMOFÍLICO	125	-	108	-	65	-	51	-	52	-	54	-	
TRANSFUSÃO	133	94	161	99	150	120	140	90	118	106	131	101	1
PERINATAL	93	95	117	133	175	155	196	200	255	253	265	297	3
IGNORADO(1)	1278	270	1459	457	2023	601	2476	798	3009	1066	3528	1309	36
<b>Total</b>	<b>7344</b>	<b>1310</b>	<b>9546</b>	<b>1954</b>	<b>11680</b>	<b>2828</b>	<b>12764</b>	<b>3564</b>	<b>13690</b>	<b>4088</b>	<b>14159</b>	<b>4780</b>	<b>145</b>

(1) Caso e/ou tipo de exposição não investigado ou transmissão investigada sem, entretanto, ser caracterizada, ou outro tipo de exposição definido na investigação, excluindo os acima relacionados.

Dados sujeitos a revisão.

**TABELA XVII - Distribuição dos casos de aids e óbitos conhecidos por ano de diagnóstico. Brasil. 1980-1999\***

Ano de Diagnóstico	Adultos/Adolescentes			Crianças < 13 anos			Total		
	Casos	Óbitos	Proporção de óbitos conhecidos	Casos	Óbitos	Proporção de óbitos conhecidos	Casos	Óbitos	Proporção de óbitos conhecidos
1980	1	1	100,0	-	-	-	1	1	100,0
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	11	11	100,0	-	-	-	11	11**	100,0
1983	35	35	100,0	1	1	100,0	36	36***	100,0
1984	120	87	72,5	11	10	90,9	131	97	74,0
1985	535	420	78,5	18	14	87,5	551	434	78,8
1986	1115	841	75,4	31	21	67,7	1146	862	75,2
1987	2633	1988	75,5	95	68	71,6	2728	2056	75,4
1988	4260	3248	76,2	161	110	68,3	4421	3358	76,0
1989	5964	4372	73,3	207	151	72,9	6171	4523	73,3
1990	8346	5933	71,1	308	173	56,2	8654	6106	70,6
1991	11147	7143	64,1	353	195	55,2	11500	7338	63,8
1992	14089	8422	59,8	419	206	49,2	14508	8628	59,5
1993	15845	9195	58,0	483	239	49,5	16328	9434	57,8
1994	17180	9487	55,1	598	220	36,8	17778	9687	54,5
1995	18290	9040	49,4	649	235	36,2	18939	9275	49,0
1996	19424	7266	37,4	776	231	29,8	20200	7497	37,1
1997	18281	5567	30,5	690	181	26,2	18971	5748	30,3
1998/1999	13073	3059	23,4	443	100	22,6	13516	3159	23,4
<b>Total</b>	<b>150349</b>	<b>76095</b>	<b>50,6</b>	<b>5241</b>	<b>2155</b>	<b>41,1</b>	<b>155590</b>	<b>78250</b>	<b>50,3</b>

(\*) 1999 (Dados preliminares até a semana 08, terminada em 27/02)

Dados sujeitos a revisão.

(\*\*) Inclui 06 casos perdidos de seguimento.

(\*\*\*) Inclui 05 casos perdidos de seguimento.

TABELA XVIII - Distribuição das doenças associadas, sinais e sintomas, quando da notificação do caso de aids em maiores de 12 anos de idade, por período de diagnóstico. Brasil, 1980-1999\*

Agente etiológico/agravo/sinais/sintomas	1980 - 1984			1985 - 1987			1988 - 1998/1999			Total		
	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)
<b>Critério Rio de Janeiro/Caracas**</b>												
CAQUEXIA OU PERDA DE PESO > 10%	87	10,5	(52,1)	1556	9,6	(36,3)	83355	11,3	(57,1)	84998	11,3	(56,5)
CANDIDIASE ORAL OU LEUCOPLASIA PILOSA	87	10,5	(52,1)	1983	12,2	(46,3)	79225	10,8	(54,3)	81295	10,8	(54,1)
ASTENIA >= 1 MÊS	65	7,8	(38,9)	1015	6,2	(23,7)	72877	9,9	(50,0)	73957	9,8	(49,2)
FEBRE >= 38°C COM DURAÇÃO >= 1 MÊS	89	10,7	(53,3)	1578	9,7	(36,8)	68892	9,4	(47,2)	70559	9,4	(46,9)
TOSSE PERSISTENTE OU QUALQUER PNEUMONIA (EXCETO TUBERCULOSE)	29	3,5	(17,4)	757	4,7	(17,7)	57295	7,8	(39,3)	58081	7,7	(38,6)
ANEMIA E/OU LINFOPENIA E/OU TROMBOCITOPENIA	41	4,9	(24,6)	460	2,8	(10,7)	52259	7,1	(35,8)	52760	7,0	(35,1)
DIARRÉIA >= 1 MÊS	59	7,1	(35,3)	1110	6,8	(25,9)	50580	6,9	(34,7)	51749	6,9	(34,4)
DERMATITE PERSISTENTE	4	0,5	(2,4)	197	1,2	(4,8)	30447	4,1	(20,9)	30648	4,1	(20,4)
DISFUNÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	16	1,9	(9,6)	387	2,4	(9,0)	29182	4,0	(20,0)	29585	3,9	(19,7)
LINFADENOPATIA >= A 1 CM. COM 2 OU MAIS SÍTIOS EXTRA-INGUINAIS, >= A 1 MÊS DE DURAÇÃO	39	4,7	(23,4)	727	4,5	(17,0)	26806	3,6	(18,4)	27572	3,7	(18,3)
TUBERCULOSE PULMONAR CAVITÁRIA OU NÃO ESPECIFICADA	16	1,9	(9,6)	594	3,7	(13,9)	22990	3,1	(15,8)	23600	3,1	(15,7)
TUBERCULOSE DISSEMINADA/EXTRA-PULMONAR/NÃO CAVITÁRIA	28	3,4	(16,8)	552	3,4	(12,9)	18228	2,5	(12,5)	18808	2,5	(12,5)
HERPES ZOSTER EM INDIVÍDUO COM IDADE MENOR OU IGUAL A 60 ANOS	15	1,8	(9,0)	268	1,6	(6,3)	11810	1,6	(8,1)	12093	1,6	(8,0)
SARCOMA DE KAPOSI	29	3,5	(17,4)	570	3,5	(13,3)	6581	0,9	(4,5)	7180	1,0	(4,8)
<b>Critério CDC (adaptado)</b>												
PNEUMONIA POR P. carinii	53	6,4	(31,7)	1173	7,2	(27,4)	34045	4,6	(23,3)	35271	4,7	(23,5)
CANDIDIASE (ESÔFAGO, TRAQUEIA, BRÔNQUIOS, PULMÃO)	63	7,8	(37,7)	1249	7,7	(29,2)	32843	4,5	(22,5)	34155	4,5	(22,7)
TOXOPLASMOSE CEREBRAL	18	2,2	(10,8)	581	3,6	(13,6)	22605	3,1	(15,5)	23204	3,1	(15,4)
HERPES SIMPLES (MUCO-CUTÂNEO > 1 MÊS, ESÔFAGO, BRÔNQUIOS, PULMÃO)	24	2,9	(14,4)	467	2,9	(10,9)	8405	1,1	(5,8)	8896	1,2	(5,9)
CRÍPTOCOCOSE (EXTRA-PULMONAR)	15	1,8	(9,0)	297	1,8	(6,9)	6601	0,9	(4,5)	6913	0,9	(4,6)
CITOMEGALOVIRESE	28	3,4	(16,8)	218	1,3	(5,1)	5751	0,8	(3,9)	5997	0,8	(4,0)
CRÍPTOSPORIDIASE	4	0,5	(2,4)	215	1,3	(5,0)	4472	0,6	(3,1)	4691	0,6	(3,1)
MICOBACTERIOSES DISSEMINADAS (NÃO TUBERCULOSE)	1	0,1	(0,6)	58	0,4	(1,4)	3626	0,5	(2,5)	3685	0,5	(2,5)
ISOSPORÍASE	4	0,5	(2,4)	67	0,4	(1,6)	2471	0,3	(1,7)	2542	0,3	(1,7)
LINFOMA NÃO HODGKIN	3	0,4	(1,8)	55	0,3	(1,3)	1295	0,2	(0,9)	1353	0,2	(0,9)
SALMONELOSE (SEPTICEMIA RECORRENTE)	4	0,5	(2,4)	56	0,3	(1,3)	1288	0,2	(0,9)	1348	0,2	(0,9)

[http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_4898\\_0899/18\\_tabela.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/18_tabela.htm)

LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA	4	0,5	(2,4)	22	0,1	(0,5)	1272	0,2	(0,9)	1298	0,2	(0,9)
HISTOPLASMOSE DISSEMINADA	3	0,4	(1,8)	34	0,2	(0,8)	1065	0,1	(0,7)	1102	0,1	(0,7)
LINFOMA PRIMÁRIO DO CÉREBRO	1	0,1	(0,6)	11	0,1	(0,3)	475	0,1	(0,3)	487	0,1	(0,3)
<b>Total</b>	<b>829</b>	<b>100,0</b>		<b>16257</b>	<b>100,0</b>		<b>736741</b>	<b>100,0</b>		<b>753827</b>	<b>100,0</b>	

(\*) 1999 (Dados preliminares até a semana 08, terminada em 27/02)

() Os dados entre parênteses resultam da razão diagnósticos/casos registrados.

(\*\*)Vide nota técnica nº 4.

Dados sujeitos a revisão.

TABELA XIX - Distribuição das doenças associadas, sinais e sintomas, quando da notificação do caso de aids em menores de 13 anos de idade, por período de diagnóstico. Brasil, 1980-1999\*

Agente etiológico/agravo/sinais/sintomas	1983 - 1984			1985 - 1987			1988-1998/1999			Total		
	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)
<b>Classificação de Sinais Indicativos de Aids na Criança</b>												
PERDA DE PESO > 10% DO PESO ANTERIOR	2	4,9	(1,2)	55	9,7	(1,3)	2456	10,2	(1,7)	2513	10,1	(1,7)
CANDIDIASE ORAL RESISTENTE AO TRATAMENTO	8	19,5	(4,8)	83	14,6	(1,9)	2223	9,2	(1,5)	2314	9,3	(1,5)
HEPATOMEGALIA E/OU ESPLENOMEGALIA	1	2,4	(0,6)	15	2,6	(0,4)	2212	9,2	(1,5)	2228	9,0	(1,5)
DOENÇA DIARREICA CRÔNICA OU RECORRENTE	6	14,6	(3,6)	64	11,3	(1,5)	2099	8,7	(1,4)	2169	8,8	(1,4)
FEBRE >= 38°C COM DURAÇÃO >= 1 MÊS	4	9,8	(2,4)	67	11,8	(1,6)	1935	8,0	(1,3)	2006	8,1	(1,3)
ANEMIA E/OU LINFOPENIA E/OU TROMBOCITOPENIA	1	2,4	(0,6)	15	2,6	(0,4)	1889	7,8	(1,3)	1905	7,7	(1,3)
LINFADENOPATIA >= 0,5 CM EM MAIS DE DOIS SÍTIOS	5	12,2	(3,0)	56	9,9	(1,3)	1835	7,6	(1,3)	1896	7,7	(1,3)
OTITE /SINUSITE CRÔNICA OU DE REPETIÇÃO	1	2,4	(0,6)	8	1,4	(0,2)	1220	5,0	(0,8)	1229	5,0	(0,8)
DERMATITE CRÔNICA	-	-	(0,0)	5	0,9	(0,1)	750	3,1	(0,5)	755	3,0	(0,5)
TUBERCULOSE	1	2,4	(0,6)	12	2,1	(0,3)	579	2,4	(0,4)	592	2,4	(0,4)
AUMENTO CRÔNICO DA PARÓTIDA	-	-	(0,0)	2	0,4	(0,0)	471	1,9	(0,3)	473	1,9	(0,3)
HERPES ZOSTER	-	-	(0,0)	10	1,8	(0,2)	220	0,9	(0,2)	230	0,9	(0,2)
MIOCARDIOPATIA	-	-	(0,0)	6	1,1	(0,1)	179	0,7	(0,1)	185	0,7	(0,1)
<b>Critério CDC (Modificado)</b>												
INFECÇÕES BACTERIANAS DE REPETIÇÃO/MÚLTIPLAS	3	7,3	(1,8)	30	5,3	(0,7)	2464	10,2	(1,7)	2497	10,1	(1,7)
PNEUMONIA POR P. carinii	2	4,9	(1,2)	36	6,3	(0,8)	921	3,8	(0,6)	959	3,9	(0,6)
CANDIDIASE (ESÔFAGO, TRAQUEIA, BRÔNQUIOS, PULMÃO)	1	2,4	(0,6)	24	4,2	(0,6)	559	2,3	(0,4)	584	2,4	(0,4)
MENINGITE BACTERIANA OU SEPTICEMIA	-	-	(0,0)	17	3,0	(0,4)	538	2,2	(0,4)	555	2,2	(0,4)
PNEUMONIA LINFOIDE INTERESTICIAL	-	-	(0,0)	6	1,1	(0,1)	382	1,6	(0,3)	388	1,6	(0,3)
CITOMEGALOVIRESE	1	2,4	(0,6)	10	1,8	(0,2)	175	0,7	(0,1)	186	0,8	(0,1)
SÍNDROME DA EMACIAÇÃO (AIDS WASTING SINDROME)	-	-	(0,0)	-	-	(0,0)	169	0,7	(0,1)	169	0,7	(0,1)
ENCEFALOPATIA PELO HIV	-	-	(0,0)	1	0,2	(0,0)	159	0,7	(0,1)	160	0,6	(0,1)
CRIPTOSPORIDIASE	-	-	(0,0)	11	1,9	(0,3)	138	0,6	(0,1)	147	0,6	(0,1)
HERPES SIMPLIS (MUCO-CUTÂNEO > 1 MÊS, ESÔFAGO, BRÔNQUIOS, PULMÃO)	2	4,9	(1,2)	9	1,6	(0,2)	121	0,5	(0,1)	132	0,5	(0,1)
TOXOPLASMOSE CEREBRAL	-	-	(0,0)	8	1,4	(0,2)	101	0,4	(0,1)	109	0,4	(0,1)
GENGIVO-ESTOMATITE HERPÉTICA RECORRENTE	-	-	(0,0)	1	0,2	(0,0)	107	0,4	(0,1)	108	0,4	(0,1)
CRIPTOCOCOSE (EXTRA-PULMONAR)	1	2,4	(0,6)	8	1,4	(0,2)	53	0,2	(0,0)	62	0,3	(0,0)
MICOBACTERIOSE DISSEMINADA	1	2,4	(0,6)	3	0,5	(0,1)	54	0,2	(0,0)	58	0,2	(0,0)
ISOSPORIASE	-	-	(0,0)	1	0,2	(0,0)	43	0,2	(0,0)	44	0,2	(0,0)
LINFOMA NÃO HODGKIN	1	2,4	(0,6)	2	0,4	(0,0)	30	0,1	(0,0)	33	0,1	(0,0)
SALMONELOSE (SEPTICEMIA RECORRENTE)	-	0,0	(0,0)	1	0,2	(0,0)	32	0,1	(0,0)	33	0,1	(0,0)
LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA	-	-	(0,0)	-	-	(0,0)	17	0,1	(0,0)	17	0,1	(0,0)

[http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_4898\\_0899/19\\_tabela.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/19_tabela.htm)

LINFOMA PRIMÁRIO DO CÉREBRO	-	-	(0,0)	-	-	(0,0)	15	0,1	(0,0)	15	0,1	(0,0)
HISTOPLASMOSE DISSEMINADA	-	-	(0,0)	1	0,2	(0,0)	13	0,1	(0,0)	14	0,1	(0,0)
SARCOMA DE KAPOSÍ	-	-	(0,0)	1	0,2	(0,0)	9	0,0	(0,0)	10	0,0	(0,0)
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>		<b>568</b>	<b>100,0</b>		<b>24166</b>	<b>100,0</b>		<b>24775</b>	<b>100,0</b>	

(\*) 1999 (Dados preliminares até a semana 08, terminada em 27/02)

() Os dados entre parênteses resultam da razão diagnósticos/casos registrados.

Dados sujeitos a revisão.

TABELA XXI - Distribuição das incidências (taxa por 100.000 hab.), segundo o município com maiores números de casos de aids e período de diagnóstico - Brasil, 1980-1999\*

Município de Residência	Período de Diagnóstico											Coeficiente de Incidência
	80/88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98/99	
ITAJAI (SC)	10,3	24,1	45,1	86,9	43,7	101,6	95,5	97,8	83,3	112,3	105,0	845,7
BALNEARIO CAMBORIU (SC)	10,6	26,7	57,0	63,2	51,6	49,2	44,3	99,4	121,2	80,0	76,3	710,5
FLORIANOPOLIS (SC)	15,9	11,7	25,2	33,1	72,6	76,5	82,7	102,0	88,7	59,4	44,9	642,1
SANTOS (SP)	67,1	39,3	41,7	58,6	85,0	63,4	65,3	77,9	91,6	47,6	39,2	628,1
BEBEDOIRO (SP)	12,2	26,0	43,3	46,5	64,8	73,2	86,8	53,1	47,2	41,3	24,2	566,6
RIBEIRAO PRETO (SP)	32,9	25,8	32,5	42,8	53,2	59,9	67,3	70,6	75,6	68,5	24,0	552,0
SAO JOSE DO RIO PRETO (SP)	38,5	20,6	26,5	39,3	66,0	91,6	72,3	58,2	60,3	31,4	14,9	534,7
BARRETOS (SP)	7,8	12,9	26,7	37,6	34,7	67,2	74,8	65,9	50,4	63,5	20,9	498,7
SAO VICENTE (SP)	44,7	33,3	33,4	49,7	65,0	56,2	60,8	71,1	43,6	14,1	13,1	470,1
CATANDUVA (SP)	21,6	13,7	35,5	30,1	54,4	59,2	54,7	65,0	58,4	46,6	2,1	448,0
CACAPAVA (SP)	8,3	4,8	18,5	46,2	30,2	58,4	45,7	62,2	67,1	74,2	25,8	421,5
ARARAQUARA (SP)	12,8	4,2	13,6	19,9	34,4	54,0	47,8	44,7	51,0	76,0	41,5	412,3
PORTO ALEGRE (RS)	20,7	12,7	20,2	32,4	31,3	39,7	44,9	46,0	53,7	63,0	67,5	411,8
SOROCABA (SP)	15,5	13,1	21,1	35,4	36,3	42,4	46,8	46,8	40,2	26,7	30,6	359,0
PRAIA GRANDE (SP)	22,0	22,9	21,7	30,4	37,3	33,7	44,0	38,1	44,3	31,1	23,7	356,0
BAURU (SP)	7,6	7,4	14,3	27,0	29,7	44,5	53,0	55,6	50,5	31,9	5,7	338,2
SAO LEOPOLDO (RS)	11,6	6,9	5,0	5,7	4,8	13,9	17,2	21,5	40,3	64,9	63,9	324,8
SAO PAULO (SP)	31,1	19,0	26,6	30,3	36,4	43,6	34,1	41,1	41,8	36,3	18,5	324,3
CUBATAO (SP)	14,6	14,9	18,1	23,8	36,0	32,9	25,9	52,7	73,9	37,6	44,7	319,4
GUARUJA (SP)	27,7	20,1	23,1	26,4	38,8	32,3	35,3	35,3	35,8	14,9	21,7	303,2
JACAREI (SP)	12,9	6,2	13,9	19,0	20,1	32,3	32,2	50,0	48,8	37,5	13,0	279,0
RIO DE JANEIRO (RJ)	29,7	18,0	20,2	20,5	24,7	25,4	25,1	27,6	33,8	34,2	29,2	275,3
TAUBATE (SP)	9,8	8,0	13,0	29,1	30,5	40,6	32,6	50,4	34,3	27,5	12,9	274,7
SAO JOSE (SC)	3,7	4,5	8,5	10,7	14,2	10,6	40,0	46,7	46,0	53,8	19,7	272,5
CRICIUMA (SC)	1,6	1,5	8,2	15,9	17,5	19,1	27,1	34,9	54,7	45,4	36,3	266,1
CUIABA (MT)	19,1	8,0	15,0	21,1	23,5	20,1	27,3	26,9	32,2	28,4	16,8	264,3
SAO JOSE DOS CAMPOS (SP)	12,7	7,4	17,2	17,5	22,7	25,9	34,2	42,5	38,6	28,5	10,5	261,1
ITU (SP)	6,0	4,7	7,9	21,0	19,4	29,3	37,8	32,7	37,3	24,6	19,8	256,7
ARACATUBA (SP)	7,9	3,5	9,0	13,6	17,4	13,8	27,8	43,3	47,1	43,6	24,9	254,6
ITAPEVI (SP)	13,9	10,4	27,0	19,1	26,3	29,1	29,2	11,1	29,2	22,7	9,0	251,8
PRESIDENTE PRUDENTE (SP)	8,6	15,5	11,3	23,4	27,1	27,1	25,3	24,8	29,8	24,5	16,2	229,0
SANTO ANDRE (SP)	12,3	8,3	13,3	18,4	24,0	26,9	26,2	37,7	30,9	35,7	8,5	228,0
PASSO FUNDO (RS)	5,2	2,2	10,0	12,5	16,3	35,8	37,6	28,3	37,5	25,2	22,9	227,5
TABOAO DA SERRA (SP)	17,2	10,9	22,3	23,4	26,5	28,6	22,4	22,5	25,4	18,0	10,2	223,7
SAO CAETANO DO SUL (SP)	17,3	7,7	10,6	24,0	26,8	24,9	28,7	33,5	27,7	31,3	2,7	220,4
PIRACICABA (SP)	4,2	6,9	11,0	17,2	25,3	28,0	26,9	25,5	30,5	30,1	13,4	220,4
RIO CLARO (SP)	9,7	3,9	7,7	8,9	16,0	22,7	20,7	33,5	38,6	29,9	26,7	215,9
JUIZ DE FORA (MG)	11,4	7,7	11,4	17,7	22,3	25,7	26,8	21,8	29,5	30,4	11,3	214,8
MARILIA (SP)	7,6	8,9	13,1	22,9	21,7	31,6	27,7	24,2	29,2	19,5	0,6	213,9
POCOS DE CALDAS (MG)	20,2	12,7	5,7	33,2	60,1	38,4	4,2	8,2	10,7	15,7	5,2	205,8
UBERABA (MG)	7,8	2,9	5,7	6,7	14,0	16,5	18,1	30,3	48,0	49,9	43,2	203,8
CAMPO GRANDE (MS)	9,5	6,4	14,5	13,4	17,5	27,2	20,3	24,7	18,6	17,6	18,3	203,1
NITEROI (RJ)	25,1	14,1	16,5	22,4	19,2	20,0	20,1	26,9	26,6	19,4	3,4	197,9

[http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_4898\\_0899/21\\_tabela.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/21_tabela.htm)

CAMPINAS (SP)	12,1	11,9	16,6	20,1	18,8	22,3	24,4	35,2	34,4	14,6	1,6	197,0
RIO GRANDE (RS)	2,5	3,1	10,2	7,7	16,2	19,8	20,5	18,0	34,4	39,0	22,4	192,1
FRANCA (SP)	11,6	5,6	8,7	15,8	18,8	24,6	26,3	21,0	20,0	19,2	9,8	191,3
ALVORADA (RS)	1,8	2,5	6,4	6,2	12,5	10,6	25,8	33,1	20,5	31,1	35,0	190,2
CURITIBA (PR)	5,5	3,6	5,2	9,6	13,4	17,5	18,1	28,9	31,2	35,7	31,9	189,0
BLUMENAU (SC)	1,7	3,7	6,2	9,0	8,7	12,7	17,8	30,2	37,0	30,2	25,3	184,1
BARUERI (SP)	9,8	7,3	11,0	11,5	17,4	18,5	22,0	24,5	13,3	16,9	6,2	165,8

(\*) 1999 (Dados preliminares até a semana 06, terminada em 27/02)

Dados sujeitos a revisão.

Continuação

**TABELA XXI - Distribuição das incidências (taxa por 100.000 hab.), segundo o município com maiores números de casos de aids e período de diagnóstico - Brasil. 1980-1999\***

Município de Residência	Período de diagnóstico												Coeficiente de incidência
	80/88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98/99		
VIAMAO (RS)	4,0	5,7	6,0	4,0	13,0	14,0	15,8	21,6	24,1	28,7	35,9	164,5	
GUARULHOS (SP)	11,5	8,2	13,3	16,2	21,0	21,3	18,7	17,4	16,2	13,7	11,8	163,7	
SÃO CARLOS (SP)	8,3	5,2	7,2	9,9	19,3	24,2	17,7	20,9	19,8	15,7	10,1	161,9	
GOIANIA (GO)	9,9	5,1	6,6	11,3	15,8	13,6	17,3	30,8	21,7	26,0	13,1	158,6	
OSASCO (SP)	11,1	10,2	13,0	12,6	17,0	23,8	17,8	22,2	18,6	17,6	7,8	158,0	
LONDRINA (PR)	5,1	3,8	8,8	10,2	16,7	24,1	17,4	18,7	19,9	16,5	15,1	157,6	
VITÓRIA (ES)	5,4	9,3	7,4	13,6	10,7	15,3	16,9	17,0	20,2	25,7	15,8	150,1	
VARZEA GRANDE (MT)	2,0	0,0	0,0	6,6	9,4	11,2	13,5	17,3	25,9	20,4	12,7	140,9	
RECIFE (PE)	12,2	8,1	7,8	11,2	11,9	10,2	13,9	17,9	15,7	15,7	18,4	139,5	
GRAVATAI (RS)	8,6	4,5	6,5	12,6	7,4	7,8	12,6	13,8	17,1	12,3	23,0	139,5	
SERRA (ES)	3,7	5,3	2,5	1,6	12,9	15,9	14,5	14,0	15,0	9,6	10,8	139,4	
BELO HORIZONTE (MG)	8,9	6,0	6,1	9,1	13,1	18,6	22,1	22,9	17,9	15,3	7,1	139,0	
JOINVILLE (SC)	2,1	1,4	5,6	6,0	10,6	11,1	13,9	20,2	18,5	16,6	24,5	135,2	
SÃO BERNARDO DO CAMPO (SP)	10,9	6,9	9,5	13,9	14,2	15,5	16,0	19,8	17,6	9,9	1,8	125,7	
DUQUE DE CAXIAS (RJ)	10,2	4,3	5,1	7,5	12,2	14,4	13,7	16,8	18,1	17,6	11,0	125,5	
UBERLÂNDIA (MG)	3,8	1,6	6,3	7,9	11,4	15,4	20,2	15,5	23,8	8,9	8,2	125,1	
CANOAS (RS)	5,2	3,9	8,3	8,1	7,5	12,6	11,2	14,5	11,0	16,8	27,6	122,8	
BRASÍLIA (DF)	3,3	4,1	5,7	12,8	13,5	12,7	13,4	16,5	17,6	16,4	12,9	120,8	
CARAPICUIBA (SP)	7,9	6,6	11,8	10,9	14,7	15,9	12,5	17,3	17,4	9,9	3,5	119,5	
JUNDIAÍ (SP)	3,7	4,9	6,4	12,0	14,7	19,8	22,6	19,4	17,9	6,4	0,7	119,5	
SALVADOR (BA)	7,3	6,5	8,1	11,2	12,0	10,4	9,5	8,2	13,1	14,8	10,7	112,6	
MARINGÁ (PR)	5,7	1,5	4,9	6,7	7,4	5,4	15,3	17,1	15,8	11,1	15,9	112,2	
SÃO JOÃO DE MERITI (RJ)	8,6	6,2	6,5	7,0	8,5	11,7	10,3	16,7	16,2	14,1	15,0	110,5	
NOVO HAMBURGO (RS)	1,9	6,7	1,8	2,9	3,3	4,8	17,2	14,1	15,1	15,6	18,0	110,3	
LIMEIRA (SP)	5,2	2,8	7,0	9,4	14,7	9,8	11,9	9,2	20,7	16,9	0,9	108,5	
MAUA (SP)	6,0	6,1	5,1	14,0	17,2	15,9	14,3	16,3	7,6	8,3	1,9	108,3	
DIADEMA (SP)	8,1	5,4	6,6	10,9	11,1	12,7	9,1	24,9	22,4	9,4	3,1	107,1	
FORTALEZA (CE)	4,0	4,3	4,5	6,8	11,4	9,5	10,8	12,6	11,4	10,8	19,0	105,0	
EMBU (SP)	7,6	4,2	6,6	11,2	10,0	10,0	11,6	18,0	14,3	16,1	5,2	104,6	
PETROPOLIS (RJ)	8,2	6,6	9,3	13,3	13,0	9,0	6,5	19,6	11,6	12,3	2,3	102,5	
MOGI DAS CRUZES	4,1	2,6	5,6	7,1	5,3	6,0	9,3	16,5	11,8	16,0	11,9	102,2	

[http://www.aids.gov.br/udtv/boletim\\_4898\\_0899/21\\_tabela.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_4898_0899/21_tabela.htm)

CONTAGEM (MG)	2,0	1,1	2,6	5,9	7,0	16,1	21,4	13,6	13,1	11,4	6,7	102,2
VILA VELHA (ES)	4,6	1,6	5,0	5,2	7,6	9,1	10,8	15,8	14,8	15,8	14,9	100,8
SANTA MARIA (RS)	1,0	1,5	3,6	4,0	4,5	9,3	11,1	16,8	19,8	8,6	12,1	96,0
BELFOR ROXO	3,3	2,8	3,1	3,1	5,0	4,1	12,4	12,6	18,8	13,7	11,7	94,9
MACEIO (AL)	7,0	3,6	4,9	4,4	7,9	9,7	10,7	10,2	10,7	10,5	7,4	93,5
PORTO VELHO (RO)	5,5	0,6	5,0	1,6	10,7	9,8	12,7	10,0	10,5	7,8	5,3	92,4
SAO LUIS (MA)	4,5	3,6	4,6	6,8	8,1	9,9	10,6	10,2	10,5	9,9	8,9	91,9
OLINDA (PE)	6,0	4,6	3,8	3,7	4,2	8,2	8,2	9,7	11,0	15,0	15,7	86,1
SAO GONCALO (RJ)	5,9	2,2	3,0	8,7	10,0	11,3	9,0	10,1	10,3	8,6	2,8	80,3
MANAUS (AM)	2,1	2,0	3,4	3,9	5,7	6,3	8,7	8,2	9,1	11,9	12,3	78,1
NATAL (RN)	4,3	2,6	3,7	5,6	5,4	8,2	8,8	7,6	7,8	8,5	11,7	76,3
NOVA IGUACU (RJ)	4,6	3,4	4,1	5,3	8,6	6,0	7,8	19,7	26,9	13,2	10,2	75,8
ARACAJU (SE)	2,9	2,5	3,8	2,1	6,7	5,5	12,3	11,0	8,6	10,8	8,6	75,3
PELOTAS (RS)	1,4	2,4	1,7	7,3	3,6	7,0	6,2	9,3	10,2	11,0	17,5	74,6
CARIACICA (ES)	4,1	2,3	2,2	2,4	3,6	8,8	10,2	9,8	10,6	14,1	8,4	70,7
JABOATAO (PE)	3,4	1,5	2,7	4,5	3,0	4,0	5,8	4,3	8,9	10,8	10,6	63,0
BELEM (PA)	3,1	3,0	2,9	4,8	6,3	7,2	9,0	12,0	9,7	2,2	0,4	59,7
JOAO PESSOA (PB)	4,5	2,6	3,0	3,6	4,4	6,1	4,2	6,8	4,7	6,4	9,6	59,7
TERESINA (PI)	1,4	1,1	4,0	4,6	3,7	3,6	6,6	7,7	7,2	7,4	7,3	59,0
<b>TOTAL</b>	<b>15,5</b>	<b>10,1</b>	<b>13,6</b>	<b>17,1</b>	<b>20,8</b>	<b>22,0</b>	<b>22,8</b>	<b>26,5</b>	<b>27,3</b>	<b>24,7</b>	<b>17,3</b>	<b>208,8</b>

(\*) 1999 (Dados preliminares até a semana 08, terminada em 27/02)

Dados sujeitos a revisão.

**TABELA XXII - Distribuição dos casos de aids, entre indivíduos com 18 anos de idade ou mais, segundo período de diagnóstico e escolaridade\*\*. Brasil 1980-1999\***

Escolaridade	Ano do diagnóstico																		
	1980		1981		1982		1983		1984		1985		1986		1987		1988		
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
Analfabeto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	13	1	40	10	53	11	11
1º. Grau	-	-	-	-	-	-	3	1	8	1	59	4	160	13	542	94	1115	236	17
2º. Grau	1	-	-	-	1	-	3	-	13	2	46	4	116	9	334	18	615	46	8
Superior	-	-	-	-	2	-	6	-	20	1	97	-	177	5	399	15	622	29	8
Ignorado (1)	-	-	-	-	6	-	21	-	68	3	293	8	561	29	1012	105	1235	180	15
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>109</b>	<b>7</b>	<b>498</b>	<b>16</b>	<b>1027</b>	<b>57</b>	<b>2327</b>	<b>242</b>	<b>3640</b>	<b>502</b>	<b>50</b>

Continuação

**TABELA XXII - Distribuição dos casos de aids, entre indivíduos com 18 anos de idade ou mais, segundo período de diagnóstico e escolaridade\*\*. Brasil 1980-1999\***

Escolaridade	Ano do diagnóstico																		
	1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998/1		
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
Analfabeto	104	33	161	70	245	106	340	161	386	193	437	251	528	279	546	326	381		
1º. Grau	2571	539	3474	815	4830	1281	5429	1714	5958	1922	6213	2258	6600	2715	6237	3008	4725		
2º. Grau	1196	137	1521	175	1883	309	2198	407	2366	478	2326	596	2229	643	2083	634	1465		
Superior	1048	62	1188	88	1428	140	1314	146	1285	174	1241	191	1181	217	929	181	738		
Ignorado (1)	2099	361	2800	582	2927	756	3081	845	3229	964	3504	1079	3488	1372	2923	1230	1627		
<b>Total</b>	<b>7018</b>	<b>1132</b>	<b>9144</b>	<b>1730</b>	<b>11293</b>	<b>2572</b>	<b>12362</b>	<b>3273</b>	<b>13224</b>	<b>3731</b>	<b>13721</b>	<b>4375</b>	<b>14026</b>	<b>5226</b>	<b>12718</b>	<b>5379</b>	<b>8936</b>		

(\*) 1999 (Dados preliminares até semana 08, terminada em 27/02).

Dados sujeitos a revisão.

(\*\*) Os casos classificados em 1º e 2º grau ou superior podem ser completo ou incompleto, não havendo distinção nesta tabela.

(1) Incluindo casos com escolaridade não investigada ou investigada, sem entretanto ser caracterizada.

**TABELA XXIII - Distribuição dos casos de aids entre indivíduos maiores de 12 anos de idade, ambos os sexos, segundo critério de confirmação de caso e período de diagnóstico. Brasil 1980-1999\***

CRITÉRIO (&)	Ano do diagnóstico															
	1980-1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998/1999	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RIO DE JANEIRO - CARACAS/CDC MODIFICADO			13805	98,0	15447	97,5	16603	96,6	17337	94,8	17892	92,1	15484	84,7	8877	67,9
CD4** < 350	49	0,1	43	0,3	47	0,3	73	0,4	169	0,9	604	3,1	1838	10,1	3174	24,3
DECLARAÇÃO DE ÓBITO	272	0,8	230	1,6	332	2,1	467	2,7	701	3,8	776	4,0	833	4,6	955	7,3
ARC*** + ÓBITO	54	0,2	11	0,1	19	0,1	37	0,2	83	0,5	152	0,8	126	0,7	67	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>34167</b>	<b>100,0</b>	<b>14089</b>	<b>100,0</b>	<b>15845</b>	<b>100,0</b>	<b>17180</b>	<b>100,0</b>	<b>18290</b>	<b>100,0</b>	<b>19424</b>	<b>100,0</b>	<b>18281</b>	<b>100,0</b>	<b>13073</b>	<b>100,0</b>

(\*) 1999 (Dados preliminares até a semana 08, terminada em 27/02)

Dados sujeitos a revisão.

(\*\*) Contagem de linfócitos T-CD4+

(\*\*\*) Complexo Relacionado a Aids.

(&) Vide nota técnica Nº 03

④ PDM 指標関連資料 (肝疾患分野)

④-1 カンピーナス大学附属病院 外来患者

OUTPATIENTS \* 外来患者

	Annual number of attendance			
	1996	1997	1998	1999 (until June)
Liver cirrhosis	1287	1406	1277	512
Viral Hepatitis	312	407	402	220
Focal lesions (including HCC)	252	330	360	180
Liver TX screening**	----	----	275	162

\*The new patients (first attendance) in Liver cirrhosis and in hepatitis are 80% of the total number. In focal lesions they are about 10%

\*\*Performed by Clinics, before the transplantation (it began in 1998)

④-2 カンピーナス大学附属病院消化器病棟 入院患者

	<u>GASTROENTEROLOGY WARD</u> 入院患者		
	Hospitalized patients		
	1996	1997	1998
Surgery (gastro) admission n°	829	928	1021
Gastroenterology Admission n°	415	424	420
Death within 48 h.	3	5	7
Death > 48 hours	26	23	31
Admission rate (days)	8,51	8,33	9
Patients-days	4333	4392	4426
Bed occupation	118%*	120%*	121%*
Mortality coefficient	5,69	5,31	7,77

Notes: 1) 80% of beds are occupied by liver diseases

2) \*Gastroenterology frequently uses the total number of its beds and additionally from other clinics

④-3 カンピーナス大学附属病院 肝臓ガン

HEPATOCELLULAR CARCINOMA 肝臓ガン

From 1990 until 1997

Number of confirmed HCC (by biopsy) = 54  
(Male = 46; Female = 8 ; mean age = 57,1 years old)

HCC associated with liver cirrhosis.....	78%
HCC associated with HCV.....	39%
HCC associated with HBV.....	20.4%
Small nodules .....	10.7%

④-4 肝臓ガンおよび胆道ガンによる死亡数

**MORTALITY BY LIVER AND INTRA-HEPATIC BILIARY TRACT NEOPLASMS**

肝臓ガンおよび胆道ガンによる死亡数

		Number of Deaths	
		Brazil	São Paulo State
Neoplasms	ガン	4,174	1,148
Cirrhosis	肝硬変	2,909	no data
Other Liver Diseases*	その他の肝疾患	1,587	no data

\*probably including cirrhosis

Source: Datasus, Brazilian Health Ministry  
Year: 1996