

GOVERNO DE
BRASÍLIA

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO



HIV/AIDS | DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Secretaria do Estado de
Saúde do Distrito Federal -
SES

Subsecretaria de Vigilância
à Saúde - SES

Diretoria de Vigilância
Epidemiológica - DIVEP

Gerência de Doenças
Sexualmente Transmissíveis
- GEDST

Endereço:
Setor Bancário Norte - SBN
Quadra 02, Lote 04, BL P
1º Subsolo
Brasília /DF
CEP: 70.040-020
Tel.: (61) 3901-3083 / (61) 3322-7378

Elaboração e Texto

Ludmila Amábele Syrio O.
Hermann

Sérgio André D'Ávila

Organização dos dados e tabelas

Ludmila Amábele Syrio O.
Hermann

Adelson Guimarães da Costa

Márcia Cristina de Sousa
Reis

Cláudia D. Baumgaertner

Revisão Técnica

Heloísa Dilourdes da Silva
Araújo

Tiago A. Coelho de Souza



APRESENTAÇÃO

O Boletim Epidemiológico tem como objetivo contribuir para o monitoramento de casos de HIV e de AIDS com a perspectiva de fundamentar a compreensão do cenário epidemiológico do Distrito Federal. As análises apresentadas permitem identificar mudanças no perfil clínico epidemiológico do HIV/AIDS, subsidiando os gestores para a tomada de decisões baseadas em evidências e possibilitando adequações no planejamento das ações de controle desses agravos.

Este Boletim Epidemiológico apresenta informações e análises, no período de 2010 a 2015, sobre os casos de HIV/AIDS, HIV em gestantes e em crianças expostas, bem como a Síndrome do Corrimento Uretral em homens, a Síndrome da Cervicite, a Síndrome da Úlcera Genital, o Condiloma Acuminado e a Infecção Subclínica ou latente pelo Papilomavírus (HPV), todos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em conformidade com as portarias nº 1.271/2014; que dispõe sobre a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública e privada em todo o território nacional e divulga a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos de infecção pelo HIV (obrigatória no DF desde 2007 pela portaria nº 13, que também incluiu a Oftalmia Gonocócica Neonatal). A portaria nº 1.984/2014 define as doenças de notificação compulsória que devem ser monitoradas por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas. 1,2

Espera-se que estas informações forneçam subsídios para melhor análise da situação de saúde da população, bem como fortaleçam o sistema de vigilância epidemiológica do HIV/AIDS e das demais DST, de acordo com as normas e legislação que as regulamentam.

A AIDS é o estágio mais avançado da doença que ataca o sistema imunológico. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, como também é chamada, é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Como esse vírus ataca as células de defesa do nosso corpo, o organismo fica mais vulnerável às diversas doenças. O Ministério da Saúde estima que 827 mil pessoas vivam com HIV/AIDS no Brasil.³

No início da década de 80, a epidemia de HIV/AIDS manteve-se basicamente restrita às regiões metropolitanas do Sudeste e Sul do Brasil, sendo suas formas de transmissão: a) sexual; b) sanguínea, por meio de transfusão ou compartilhamento de agulhas e seringas e; c) perinatal ou vertical, que é da mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação. Ao longo dos anos, predominou a transmissão sexual, visto que foram adotadas medidas de biosegurança das transfusões de sangue e hemoderivados e as medidas profiláticas junto às gestantes com HIV, reduzindo a transmissão sanguínea e vertical.

As estratégias para a testagem têm o objetivo de melhorar a qualidade do diagnóstico da infecção pelo HIV. A Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013, normatiza a testagem para o HIV e apresenta 06 algoritmos que permitem um diagnóstico seguro. Sendo que, dois desses algoritmos baseiam-se na utilização de testes rápidos (TR), que são imunoensaios simples e podem ser realizados em até 30 minutos.

A história natural dessa infecção vem sendo alterada consideravelmente pela terapia antirretroviral (TARV), resultando em um aumento da sobrevivência, redução da mortalidade e de doenças secundárias, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Apesar da TARV não erradicar a infecção pelo HIV, evidências apontam que quando o tratamento é iniciado precocemente, aumentam-se as chances de se alcançar níveis elevados de LT-CD4+ (células de defesa que compõem o sistema imunológico humano) e níveis indetectáveis de carga viral. Além disso, o uso precoce da TARV produz benefício no âmbito da saúde não só individual, mas também coletiva, uma vez que permite reduzir a carga viral na comunidade, diminuindo as possibilidades de transmissão.⁵

Todavia, no atual cenário, devem ser considerados vários desafios, tais como a alta prevalência em segmentos populacionais (homens que fazem sexo com homens, travestis e transgêneros, usuários de drogas, profissionais do sexo), demonstrando estarem com maior vulnerabilidade e os desafios da adesão ao tratamento precoce com controle de seus efeitos ao longo do tempo. Apesar disso, as atuais recomendações terapêuticas, normas e protocolos clínicos orientam o início imediato da TARV para todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS, independentemente da contagem de LT-CD4+.⁶

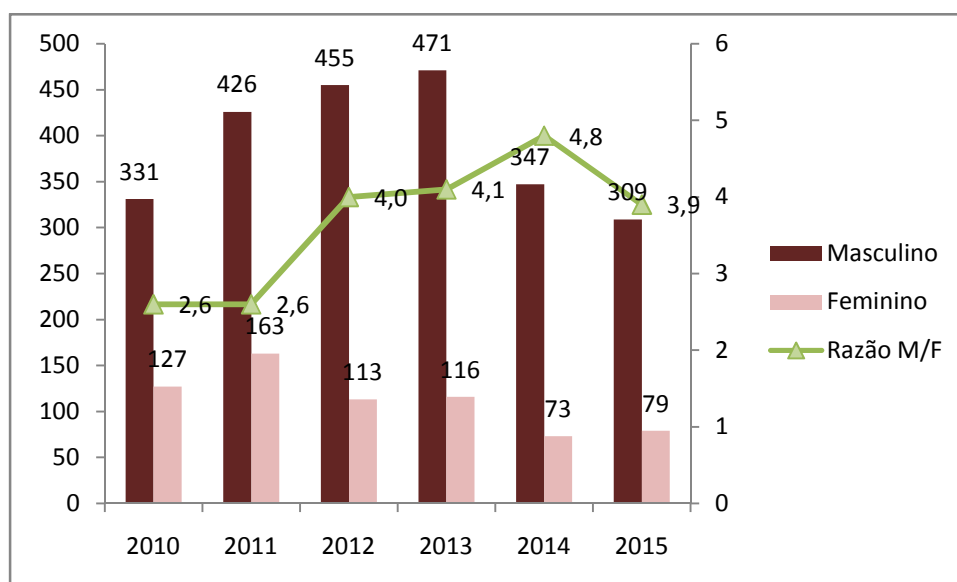
No Distrito Federal, no período abrangido por este boletim (de 2010 a 2015) estão notificados no SINAN **3.010** novos casos de AIDS. A razão entre os sexos masculino e feminino (M: F) se manteve estável entre 2010 e 2011, porém começou a crescer e chegou a **4,8** casos em homens para cada caso em mulheres em 2014, o que leva a uma média neste período (2010 à 2015) em torno de **3,5** casos masculinos para cada caso feminino (Tabela 1 e Gráfico 1).

Tabela 1- Casos de AIDS notificados (número absoluto, coeficiente de incidência por 100.000 habitantes e razão de sexos), por ano de diagnóstico segundo sexo. Distrito Federal, 2010 a 2015.

Ano Diagnóstico	Número de casos			Coeficiente de incidência			
	Masc	Fem	Total	Razão M/F	Masc	Fem	Total
2010	331	127	458	2,6	26,9	9,5	17,8
2011	426	163	589	2,6	34,1	12,0	22,6
2012	455	113	568	4,0	36,0	8,2	21,5
2013	471	116	587	4,1	35,5	7,9	21,0
2014	347	73	420	4,8	25,6	4,9	14,7
2015	309	79	388	3,9	22,4	5,2	13,3
Total	2339	671	3010	3,5	...	...	...

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 19/10/2016.

Gráfico 1- Casos de AIDS e razão de sexos M: F, segundo ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2010 a 2015.



Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 19/10/2016.

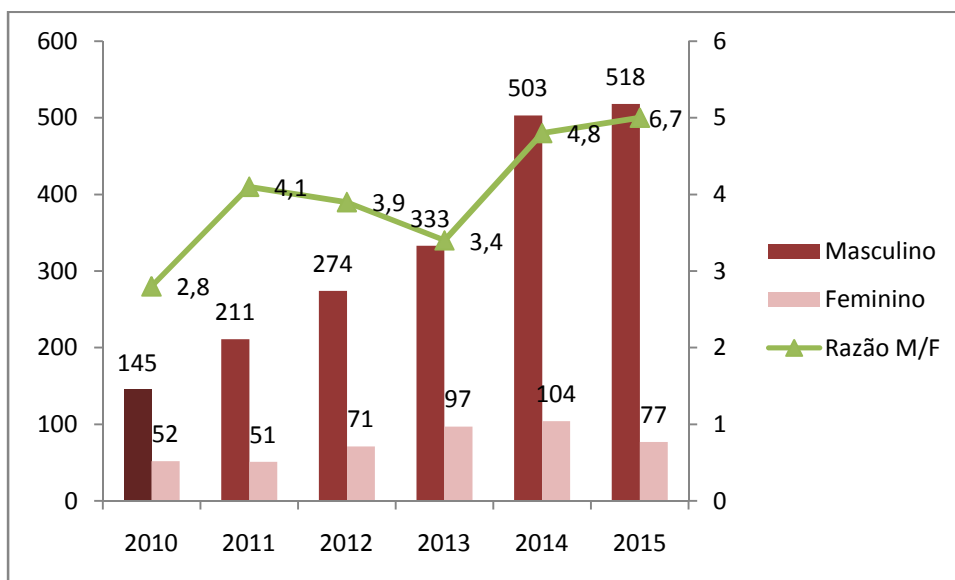
No período de 2010 à 2015 observou-se um aumento progressivo dos casos de HIV notificados no SINAN, principalmente nos anos de 2013 e 2014, com um incremento de 177 novos casos. É observada uma inversão do número total de casos, sendo que em 2014 foram notificados 420 casos (Tabela 1) de AIDS e 607 de casos de HIV (Tabela 2).

Tabela 2- Casos de HIV notificados (número, coeficiente de incidência por 100.000 habitantes e razão de sexos), por ano diagnóstico segundo sexo. Distrito Federal, 2010 a 2015.

Ano Diagnóstico	Número de casos				Coeficiente de incidência		
	Masc	Fem	Total	Razão M/F	Masc	Fem	Total
2010	145	52	197	2,8	11,8	3,9	7,7
2011	211	51	262	4,1	16,9	3,7	10,0
2012	274	71	345	3,9	21,7	5,1	13,0
2013	333	97	430	3,4	25,1	6,6	15,4
2014	503	104	607	4,8	37,2	6,9	21,3
2015	518	77	595	6,7	37,5	5,0	20,4
Total	1984	452	2436	4,4	...	...	...

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 19/10/2016.

Gráfico 2- Casos de HIV e razão de sexos M: F, segundo ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2010 a 2015.



Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 19/10/2016.

Os locais de residência no Distrito Federal com maior coeficiente de casos de AIDS em 2016 foram Taguatinga, Asa Norte, Águas Claras, Lago Norte, e Cruzeiro. Em total de casos acumulados nos últimos seis anos, as regiões com maior número são Taguatinga, Ceilândia, Asa Norte, Samambaia e Planaltina (Tabela 3).

Tabela 3 - Casos de AIDS notificados (número, coeficiente de incidência por 100.000 habitantes) por ano de diagnóstico segundo Localidade de Residência. Distrito Federal, 2010 a 2015.

	Número de casos							Coef. de incidência por 100.000 hab.						
Região Adm	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Águas Claras	16	20	21	21	15	26	119	15,6	19,2	19,9	18,9	13,2	22,5	
Asa Norte	31	40	43	45	34	33	226	25,6	32,5	34,5	33,9	24,9	23,5	
Asa Sul	24	25	28	22	9	18	126	28,3	29,0	32,1	23,4	9,3	18,0	
Brazlândia	8	7	6	10	8	7	46	13,9	12,0	10,1	16,1	12,6	10,8	
Candangolândia	2	6	4	7	5	1	25	12,6	37,1	24,4	40,5	28,3	5,5	
Ceilândia	53	69	68	79	44	49	362	13,2	16,9	16,4	18,1	9,9	10,8	
Cruzeiro	7	19	14	7	6	8	61	20,1	53,7	39,0	18,4	15,3	19,9	
Fercal	0	0	1	0	2	0	3	0,0	0,0	10,8	0,0	20,4	0,0	
Gama	26	28	23	32	26	7	142	19,4	20,6	16,7	22,0	17,4	4,6	
Guará	23	28	43	39	27	19	179	21,6	25,8	39,2	33,4	22,5	15,4	
Itapoã	3	2	2	2	3	2	14	6,6	4,3	4,3	4,1	6,1	4,0	
Jardim Botânico	0	2	0	1	2	0	5	0,0	10,0	0,0	4,6	9,0	0,0	
Lago Norte	4	7	10	8	9	8	46	12,4	21,4	30,1	22,5	24,6	21,3	
Lago Sul	6	17	4	3	8	3	41	20,4	56,9	13,2	9,2	23,7	8,6	
N.Bandeirante	9	7	6	7	4	5	38	36,7	28,1	23,7	26,2	14,6	17,8	
Paranoá	9	12	18	18	10	11	78	16,3	21,5	31,7	30,2	16,5	17,8	
Park Way	2	3	4	2	1	2	14	10,4	15,4	20,2	9,5	4,6	9,0	
Planaltina	33	41	31	34	20	25	184	19,2	23,5	17,6	18,3	10,6	13,0	
Rec. Emas	20	23	17	27	22	16	125	16,0	18,1	13,2	20,0	16,0	11,4	
Riac. Fundo I	9	8	8	14	7	4	50	25,1	22,0	21,7	36,0	17,6	9,8	
Riac. Fundo II	1	5	9	10	4	5	34	2,8	13,7	24,3	25,8	10,1	12,4	
Samambaia	31	29	39	42	40	25	206	15,5	14,3	19,0	19,5	18,2	11,2	
Santa Maria	21	23	23	13	11	12	103	17,8	19,2	18,9	10,2	8,5	9,1	
São Sebastião	16	19	22	22	12	18	109	18,8	21,9	25,1	24,0	12,9	19,0	
Scia (Estrutural)	11	7	7	3	4	5	37	36,2	22,7	22,4	9,2	12,1	14,9	
SIA	0	1	0	0	0	0	1	0,0	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Sobradinho	9	20	10	9	11	5	64	11,7	25,7	12,7	10,8	12,8	5,7	
Sobradinho II	6	5	10	9	5	9	44	8,2	6,8	13,3	11,4	6,2	10,9	
Sudoeste/Octog.	6	19	3	14	5	4	51	12,0	37,5	5,8	25,7	9,0	7,0	
Taguatinga	53	80	74	63	55	47	372	26,1	38,8	35,4	28,4	24,2	20,2	
Varjão	3	2	4	3	1	2	15	32,0	21,0	41,5	29,8	9,8	19,2	
Vicente Pires	7	6	6	13	6	4	42	11,9	10,0	9,9	20,3	9,2	6,0	
Em Branco	9	9	10	8	4	8	48	...	...	...	...	...	...	
Total	458	589	568	587	420	388	3010	17,8	22,6	21,5	21,0	14,7	13,3	

Com relação à faixa etária, a mais acometida tanto no sexo masculino como no sexo feminino é na fase adulta, compreendendo a faixa de 20 à 34 anos e 35 à 49 anos o que corresponde a 86,2% e 77,5% dos casos, respectivamente. (Tabela 4).

Tabela 4 - Casos de AIDS, por faixa etária, segundo sexo e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2010 a 2015.

Masculino							
Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
10 à 14	1	0	0	0	0	0	1
15-19	6	9	16	17	13	11	72
20-34	169	189	222	241	180	171	1172
35-49	122	179	175	172	113	85	846
50-64	31	40	39	34	35	34	213
65-79	2	9	3	6	6	7	33
80 e+	0	0	0	1	0	1	2
Total	331	426	455	471	347	309	2339
Feminino							
Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
10 à 14	1	0	0	1	0	0	2
15-19	3	4	2	1	3	1	14
20-34	59	59	44	38	25	24	249
35-49	48	75	49	44	21	34	271
50-64	14	20	16	26	22	16	114
65-79	2	5	2	6	2	4	21
80 e+	0	0	0	0	0	0	0
Total	127	163	113	116	73	79	671
Total							
Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
10 à 14	2	0	0	1	0	0	3
15-19	9	13	18	18	16	12	86
20-34	228	248	266	279	205	195	1421
35-49	170	254	224	216	134	119	1117
50-64	45	60	55	60	57	50	327
65-79	4	14	5	12	8	11	54
80 e+	0	0	0	1	0	1	2
Total	458	589	568	587	420	388	3010

Fonte: Sinan.Dados provisórios digitados até 27/10/2016.

Ao analisar a distribuição dos casos segundo escolaridade e raça/cor, observa-se alto percentual de informações ignoradas, devido a falta de preenchimento dos cadastros (12,2%), o que compromete a análise dessas variáveis. No entanto, observa-se alto percentual daqueles que se denominam pardos seguido de brancos. Em relação à escolaridade, segundo os dados disponíveis, a proporção de casos de AIDS tem sido maior no sexo masculino com educação superior completa (21,2%) e no feminino de 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental com 16,2%. (Tabela 5 e Tabela 6).

Tabela 5 - Casos de AIDS (número e percentual) segundo raça/cor, por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2010 a 2015.

	Raça/cor													
	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino														
Branca	139	42,0	186	43,7	190	41,8	172	36,5	108	31,1	116	37,5	911	38,9
Preta	24	7,3	27	6,3	31	6,8	37	7,9	36	10,4	28	9,1	183	7,8
Amarela	2	0,6	3	0,7	1	0,2	3	0,6	2	0,6	1	0,3	12	0,5
Parda	131	39,6	156	36,6	189	41,5	211	44,8	143	41,2	123	39,8	953	40,7
Indígena	1	0,3	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	4	0,2
Ign/Branco	34	10,3	53	12,4	43	9,5	47	10,0	58	16,7	41	13,3	276	11,8
Sub Total	331	100,0	426	100,0	455	100,0	471	100,0	347	100,0	309	100,0	2339	100,0
Feminino														
Branca	44	34,6	57	35,0	27	23,9	33	28,4	13	17,8	17	21,5	191	28,5
Preta	14	11,0	13	8,0	12	10,6	18	15,5	8	11,0	12	15,2	77	11,5
Amarela	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Parda	49	38,6	73	44,8	61	54,0	51	44,0	40	54,8	34	43,0	308	45,9
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	1	0,1
Ign/Branco	19	15,0	20	12,3	13	11,5	14	12,1	12	16,4	15	19,0	93	13,9
Sub Total	127	100	163	100	113	100	116	100	73	100	79	100	671	100
Total Geral														
Branca	183	40,0	243	41,3	217	38,2	205	34,9	121	28,8	133	34,3	1102	36,6
Preta	38	8,3	40	6,8	43	7,6	55	9,4	44	10,5	40	10,3	260	8,6
Amarela	3	0,7	3	0,5	1	0,2	3	0,5	2	0,5	1	0,3	13	0,4
Parda	181	39,5	229	38,9	250	44,0	262	44,6	183	43,6	157	40,5	1262	41,9
Indígena	1	0,2	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3	5	0,2
Ign/Branco	52	11,4	73	12,4	56	9,9	61	10,4	70	16,7	56	14,4	368	12,2
Total	458	100,0	589	100,0	568	100,0	587	100,0	420	100,0	388	100,0	3010	100,0

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 19/10/2016.

Tabela 6 - Casos de AIDS (número e proporção) por escolaridade, segundo ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2010 à 2015.

Escolaridade	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino														
Analfabeto	4	1,2	3	0,7	6	1,3	4	0,8	2	0,6	4	1,3	23	1,0
1ª a 4ª série incompleta do EF	15	4,5	17	4,0	10	2,2	18	3,8	5	1,4	5	1,6	70	3,0
4ª série completa do EF	10	3,0	9	2,1	14	3,1	10	2,1	14	4,0	6	1,9	63	2,7
5ª a 8ª série incompleta do EF	29	8,8	33	7,7	40	8,8	47	10,0	22	6,3	14	4,5	185	7,9
Ensino fundamental completo	17	5,2	16	3,8	23	5,1	28	5,9	11	3,2	9	2,9	104	4,4
Ensino médio incompleto	21	6,4	26	6,1	36	7,9	27	5,7	20	5,8	18	5,8	148	6,3
Ensino médio completo	51	15,5	83	19,5	85	18,7	89	18,9	76	21,9	52	16,8	436	18,6
Educação superior incompleta	32	9,7	44	10,3	49	10,8	55	11,7	43	12,4	37	12,0	260	11,1
Educação superior completa	60	18,2	94	22,1	105	23,1	90	19,1	70	20,2	76	24,6	495	21,2
Ign/Branco	92	27,6	101	23,7	87	19,1	103	21,9	84	24,2	88	28,5	554	23,7
Total	331	100,0	426	100,0	455	100,0	471	100,0	347	100,0	309	100,0	2339	100,0
Feminino														
Analfabeto	3	2,4	1	0,6	1	0,9	4	3,4	1	1,4	3	3,8	13	1,9
1ª a 4ª série incompleta do EF	7	5,5	11	6,7	9	8,0	6	5,2	5	6,8	8	10,1	46	6,9
4ª série completa do EF	9	7,1	7	4,3	2	1,8	8	6,9	5	6,8	5	6,3	36	5,4
5ª a 8ª série incompleta do EF	18	14,2	33	20,2	21	18,6	21	18,1	9	12,3	7	8,9	109	16,2
Ensino fundamental completo	8	6,3	13	8,0	9	8,0	5	4,3	6	8,2	3	3,8	44	6,6
Ensino médio incompleto	8	6,3	12	7,4	12	10,6	15	12,9	7	9,6	4	5,1	58	8,6
Ensino médio completo	18	14,2	30	18,4	20	17,7	10	8,6	7	9,6	14	17,7	99	14,8
Educação superior incompleta	4	3,1	10	6,1	6	5,3	8	6,9	5	6,8	6	7,6	39	5,8
Educação superior completa	7	5,5	12	7,4	8	7,1	16	13,8	5	6,8	2	2,5	50	7,5
Ign/Branco	45	35,4	34	20,9	25	22,1	23	19,8	23	31,5	27	34,2	177	26,4
Total	127	100,0	163	100,0	113	100,0	116	100,0	73	100,0	79	100,0	671	100,0

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 19/10/2016.

No Distrito Federal, neste período, a categoria de exposição homossexual caracteriza de forma mais significativa da dinâmica da epidemia entre os homens correspondendo 45,1% do total de casos em média. Nas mulheres, a principal categoria de exposição é a heterossexual com 88,8% dos casos notificados (Tabela 7).

Tabela 7- Casos de AIDS (número e proporção) por categoria de exposição,segundo ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2010 a 2015.

Categoria de exposição	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino														
Homossexual	127	38,5	163	38,3	233	51,2	217	46,1	160	46,1	154	49,8	1054	45,1
Homossexual/Drogas	1	0,3	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3	2	0,6	6	0,3
Bissexual	37	11,2	71	16,7	57	12,5	72	15,3	50	14,4	52	16,8	339	14,5
Bissexual/Drogas	2	0,6	4	0,9	2	0,4	3	0,6	3	0,9	1	0,3	15	0,6
Heterossexual	87	26,4	111	26,1	123	27,0	129	27,4	81	23,3	57	18,4	588	25,1
Heterossexual/Drogas	6	1,8	3	0,7	5	1,1	5	1,1	4	1,2	4	1,3	27	1,2
Heterossexual/Hemofílico	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2	0,1
Drogas	2	0,6	3	0,7	3	0,7	4	0,8	2	0,6	5	1,6	19	0,8
Perinatal	2	0,6	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	4	0,2
Ignorado	66	20,0	68	16,0	31	6,8	41	8,7	44	12,7	34	11,0	284	12,1
Total	331	100,0	426	100,0	455	100,0	471	100,0	347	100,0	309	100,0	2339	100,0
Feminino														
Heterossexual	115	90,6	150	92,0	104	92,0	104	89,7	59	80,8	64	81,0	596	88,8
Heterossexual/Drogas	1	0,8	3	1,8	3	2,7	2	1,7	3	4,1	1	1,3	13	1,9
Drogas	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	1,3	2	0,3
Perinatal	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	1,4	0	0,0	3	0,4
Ignorado	9	7,1	10	6,1	5	4,4	9	7,8	9	12,3	13	16,5	55	8,2
Total	127	100,0	163	100,0	113	100,0	116	100,0	73	100,0	79	100,0	671	100,0

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 19/10/2016.

No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico HIV/ AIDS de 2015, os óbitos por causa básica AIDS correspondem desde o início da epidemia em 1980 até 2014 um total de 290.929 pessoas que morreram decorrente do agravo.¹

No Distrito Federal, o número total de óbitos por AIDS se mantém estável no período analisado, tendo sido identificado 715 óbitos de 2010 a 2015, ocorrendo uma redução de 11% em 2015 em relação ao ano anterior (Tabela 8).

Tabela 8- Óbitos por AIDS (número e taxa de mortalidade por 100.000 habitantes e razão de sexo), segundo ano do óbito. Distrito Federal, 2010 à 2015.

Número de casos			Razão		Taxa de mortalidade		
Ano do óbito	Masculino	Feminino	Total	M/F	Masculino	Feminino	Total
2010	85	33	118	2,6	6,2	2,2	4,0
2011	70	47	117	1,5	5,1	3,1	4,0
2012	83	29	112	2,9	6,0	1,9	3,8
2013	92	34	126	2,7	6,7	2,2	4,3
2014	100	28	128	3,6	7,2	1,8	4,4
2015	84	30	114	2,8	6,1	2,0	3,9
Total	514	201	715	2,6	...	...	...

Fonte: SIM Dados provisórios digitados até 24/10/2016.

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Portaria GM/MS n 1.271, de 06 de junho de 2014 que dispõe sobre a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública e privada em todo o território nacional e que divulga a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV);
2. BRASIL. Portaria GM/MS n 1984, de 12 de setembro de 2014 que define as doenças de notificação compulsória que devem Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013 ser monitoradas por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas;
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico. Ano IV. Brasília, 95 p. 2015;
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Histórias de Luta Contra a AIDS. Brasília, 287 p. 2015;
5. BRASIL. Portaria GM/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013 que dispõe sobre o Manual Técnico para o diagnóstico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças e das outras providências;
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos, 2013.

Situação Epidemiológica da Infecção pelo HIV em gestantes

A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou a amamentação.

No Brasil, desde 2000 até junho de 2015, foram notificados 92.210 gestantes infectadas pelo HIV. A partir de outubro de 1996, o Programa Nacional do Ministério da Saúde adotou a indicação da profilaxia da transmissão vertical para todas as gestantes soropositivas e recém-nascidos expostos ao HIV. Esta estratégia tem mostrado impacto na redução da transmissão vertical apesar de estar acima da meta de eliminação, dependendo da região do país¹.

A notificação compulsória de gestantes HIV+ e crianças expostas são realizadas no pré-natal, parto e acompanhamento da criança e prevista na Portaria GM/MS Nº 05, de 21 de fevereiro de 2006. É importante ressaltar que a notificação da criança exposta deve ser preenchida em instrumento específico. A simples suspeita de exposição, tanto em gestantes, quanto em conceitos, deve ser notificada e investigada, em virtude dos benefícios do tratamento precoce no prognóstico da criança.²

A gestante que já teve seu diagnóstico de portadora de HIV realizado antes da gravidez deverá ser acompanhada simultaneamente em Unidade Básica de Saúde e no Serviço de referência desde o início da gestação. Durante o acompanhamento do pré-natal, é importante orientar a gestante quanto aos cuidados necessários para a redução da transmissão vertical, através da utilização correta de medicamentos antirretrovirais, cuidados durante o trabalho de parto, via de parto, uso de inibidores da lactação, enfaixamento das mamas e impedimento à amamentação.³

Por definição de casos de HIV em gestantes para efeito de notificação e investigação temos: gestantes, parturientes e nutrízes infectadas, considera-se como infectada toda gestante, parturiente ou nutriz que apresenta resultado de exame laboratorial para HIV reativo (considerar o primeiro resultado reagente). Para definição de crianças expostas, consideram-se todos os conceitos de mães soropositivas ou que tenham suspeita de HIV; e todas as crianças que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas ou que tenham suspeita de infecção pelo HIV. Nesse caso, a notificação/investigação deverá conter dados da nutriz.

Conforme os dados informados no Sistema de Vigilância Epidemiológica do Distrito Federal, as Regiões Administrativas, em 2015 com os maiores coeficientes de incidência, foram em ordem decrescente: Candangolândia, Scia (Estrutural), Recanto das Emas, Vicente Pires, Paranoá. (Tabela 9).

Tabela 9 - Gestantes infectadas pelo HIV (número, coeficiente de incidência por 1.000 nascidos vivos) segundo Região Administrativa por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2010 a 2015.

Região administrativa	Número de casos							Coeficiente de incidência					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Águas Claras	3	1	1	2	0	1	8	1,8	0,5	0,5	0,9	0,0	0,4
Asa Norte	1	1	1	0	0	0	3	0,7	0,7	0,8	0,0	0,0	0,0
Asa Sul	2	0	2	1	0	3	8	2,1	0,0	2,3	1,2	0,0	2,9
Brazlândia	0	0	0	3	3	4	10	0,0	0,0	0,0	2,9	2,8	3,6
Candangolândia	0	0	1	3	0	0	4	0,0	0,0	3,6	10,4	0,0	0,0
Ceilândia	12	8	16	10	8	11	65	1,7	1,1	2,3	1,4	1,1	1,6
Cruzeiro	0	0	1	1	2	0	4	0,0	0,0	2,5	2,6	5,4	0,0
Fercal	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gama	4	1	2	0	2	4	13	1,8	0,5	0,9	0,0	0,9	1,8
Guará	1	2	5	2	1	6	17	0,6	1,3	3,2	1,2	0,6	3,1
Itapoã	0	0	0	2	2	1	5	0,0	0,0	0,0	1,9	1,8	0,9
Jardim Botânico	0	0	0	0	2	0	2	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0
Lago Norte	3	0	1	0	1	0	5	7,6	0,0	2,9	0,0	3,2	0,0
Lago Sul	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
N.Bandeirante	1	0	1	0	0	1	3	2,0	0,0	2,1	0,0	0,0	2,3
Paranoá	2	4	2	0	4	4	16	1,6	3,5	1,8	0,0	3,4	3,2
Park Way	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Planaltina	5	5	4	7	2	0	23	1,6	1,6	1,3	2,2	0,6	0,0
Rec. Emas	4	3	6	4	5	8	30	2,0	1,5	2,9	1,8	2,4	3,5
Riac. Fundo I	2	0	1	4	1	0	8	2,8	0,0	1,5	5,6	13,3	0,0
Riac. Fundo II	2	1	0	2	3	0	8	3,7	1,6	0,0	2,9	5,2	0,0
Samambaia	7	4	4	5	8	8	36	1,9	1,1	1,0	1,3	2,2	2,0
Santa Maria	5	5	2	5	4	1	22	2,1	2,3	1,0	2,2	2,0	0,4
São Sebastião	0	3	0	2	3	3	11	0,0	1,8	0,0	1,1	1,6	1,4
Scia (Estrutural)	1	2	0	2	5	3	13	1,8	3,1	0,0	3,0	7,0	3,6
SIA	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sobradinho	0	1	2	1	2	0	6	0,0	0,9	1,6	0,8	1,9	0,0
Sobradinho II	1	0	1	3	1	0	6	0,7	0,0	0,8	2,4	1,1	0,0
Sudoeste/Octog.	0	0	0	0	1	0	1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0
Taguatinga	7	6	2	5	8	3	31	1,9	1,6	0,5	1,4	2,7	1,0
Varjão	0	0	1	0	0	0	1	0,0	0,0	5,7	0,0	0,0	0,0
Vicente Pires	0	1	0	2	1	3	7	0,0	1,3	0,0	2,4	1,3	3,3
Em Branco	0	0	1	1	1	3	6	...	...	...	...	...	...
Total	63	48	57	67	70	67	372	1,4	1,1	1,3	1,5	1,6	1,5

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 25/10/2016.

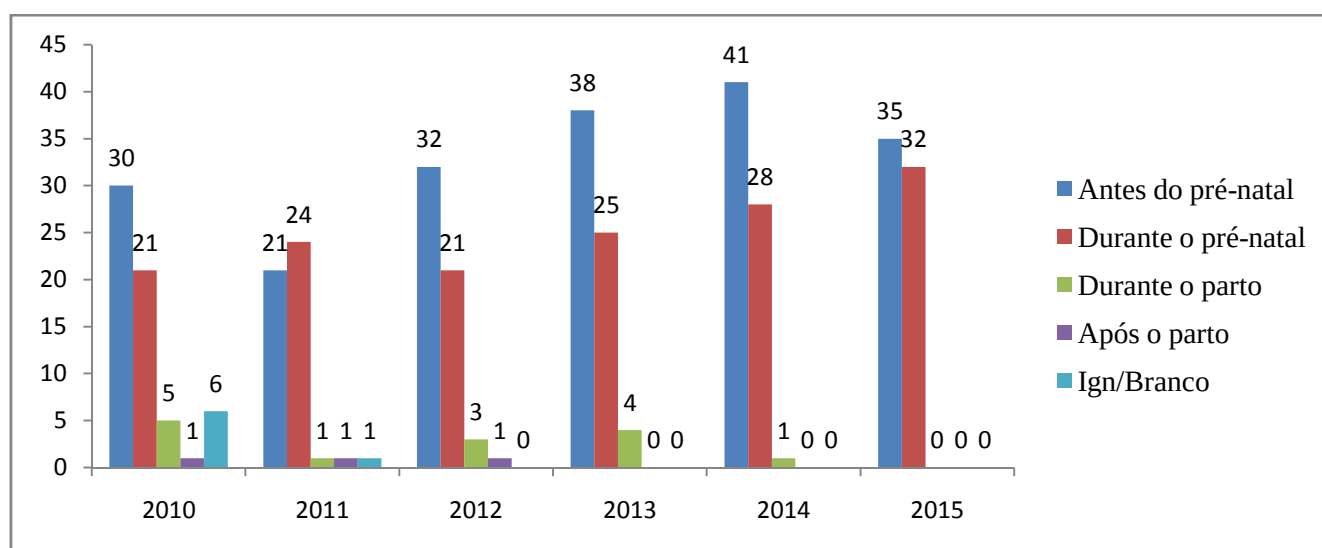
No ano de 2015, observou-se que 52,2% do número total de gestantes HIV positivas, já tinham o conhecimento da sorologia positiva para o HIV antes de ingressarem na atenção pré-natal. No entanto, 47,8 % das gestantes tomaram conhecimento que estão com HIV durante o pré-natal (Tabela 10 e Gráfico 3).

Tabela 10 - Gestantes infectadas pelo HIV (número e proporção), segundo momento do diagnóstico do HIV e ano do parto. Distrito Federal, 2010 à 2015.

Evidência Laboratorial	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Antes do pré-natal	30	47,6	21	43,8	32	56,1	38	56,7	41	58,6	35	52,2
Durante o pré-natal	21	33,3	24	50,0	21	36,8	25	37,3	28	40,0	32	47,8
Durante o parto	5	7,9	1	2,1	3	5,3	4	6,0	1	1,4	0	0,0
Após o parto	1	1,6	1	2,1	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ign/Branco	6	9,5	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	63	100	48	100	57	100	67	100	70	100	67	100

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2016.

Gráfico 3 - Proporção de gestantes infectadas pelo HIV, segundo momento de diagnóstico do HIV e ano do parto. Distrito Federal, 2010 a 2015.



Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 25/10/2016.

Na Tabela 11 pode-se observar que no total das 372 gestantes HIV positivas entre 2010 a 2015, em média 76,6% fizeram o pré-natal. A faixa etária mais acometida em 2015 foi entre 20 a 29 anos perfazendo um total em 2015 de 56,7% e a de 30 a 39 anos com 31,3% dos casos. As gestantes que se auto declararam pardas representam a maior parte dos casos em todos os anos em análise. Com relação à escolaridade a maioria das gestantes possui o ensino médio completo.

Tabela 11 - Gestantes infectadas pelo HIV (número e proporção) segundo características dos casos (faixa etária, raça/cor, escolaridade, pré-natal) e ano do parto. Distrito Federal, 2010 a 2015.

	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária												
10 a 14 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	1	1,5
15 a 19 anos	5	7,9	5	10,4	4	7,0	6	9,0	8	11,4	4	6,0
20 a 29 anos	33	52,4	24	50,0	35	61,4	33	49,3	39	55,7	38	56,7
30 a 39 anos	21	33,3	16	33,3	18	31,6	24	35,8	19	27,1	21	31,3
40 a 49 anos	4	6,3	3	6,3	0	0,0	3	4,5	2	2,9	3	4,5
Total	63	100	48	100	57	100	67	100	70	100	67	100
Raça/Cor												
Branca	17	27,0	16	33,3	15	26,3	12	17,9	15	21,4	14	20,9
Preta	8	12,7	6	12,5	10	17,5	5	7,5	4	5,7	15	22,4
Amarela	1	1,6	0	0,0	0	0,0	2	3,0	0	0,0	0	0,0
Parda	34	54,0	23	47,9	31	54,4	41	61,2	48	68,6	35	52,2
Indígena	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ign/Branco	3	4,8	3	6,3	0	0,0	7	10,4	3	4,3	3	4,5
Total	63	100	48	100	57	100	67	100	70	100	67	100
Escolaridade												
Analfabeto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0
1ª a 4ª série incompleta do EF	6	9,5	1	2,1	3	5,3	2	3,0	2	2,9	2	3,0
4ª série completa do EF	5	7,9	6	12,5	3	5,3	2	3,0	4	5,7	4	6,0
5ª a 8ª série incompleta do EF	14	22,2	10	20,8	14	24,6	11	16,4	13	18,6	9	13,4
Ensino fundamental completo	7	11,1	6	12,5	8	14,0	1	1,5	9	12,9	7	10,4
Ensino médio incompleto	6	9,5	3	6,3	2	3,5	9	13,4	11	15,7	4	6,0
Ensino médio completo	10	15,9	8	16,7	11	19,3	23	34,3	13	18,6	20	29,9
Educação superior incompleta	3	4,8	3	6,3	6	10,5	3	4,5	4	5,7	2	3,0
Educação superior completa	2	3,2	2	4,2	4	7,0	5	7,5	4	5,7	5	7,5
Ign/Branco	10	15,9	9	18,8	6	10,5	11	16,4	7	10,0	14	20,9
Total	63	100	48	100	57	100	67	100	70	100	67	100
Fez/faz Pré-natal												
Sim	56	88,9	36	75,0	45	78,9	47	70,1	53	75,7	48	71,6
Não	5	7,9	10	20,8	10	17,5	15	22,4	17	24,3	17	25,4
Ign/Branco	2	3,2	2	4,2	2	3,5	5	7,5	0	0,0	2	3,0
Total	63	100	48	100	57	100	67	100	70	100	67	100

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 26/10/2016.

No período analisado, observou-se um aumento da proporção das gestantes HIV+ com acesso a profilaxia durante a gravidez no DF. Verificou-se a manutenção proporcional da realização da profilaxia da transmissão vertical do HIV no momento do parto no período analisado. No tocante da administração do antirretroviral para as crianças com o intuito de prevenção da transmissão vertical do HIV, em 2015, 59,7% das crianças expostas ao HIV, receberam o AZT oral nas primeiras 24 horas após o nascimento. Porém, em 34,3% dos casos essa importante informação encontra-se ignorada o que compromete a análise desse indicador.

Tabela 12 - Gestantes infectadas pelo HIV (número e proporção) segundo características dos casos (profilaxia com ARV durante a gestação, ARV durante o parto, tipo de parto, evolução da gravidez e início da profilaxia com ARV nas crianças) e ano do parto. Distrito Federal, 2010 a 2015.

	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fez uso de antirretrovirais para profilaxia durante a gestação												
Sim	46	73,0	38	79,2	43	75,4	51	76,1	53	75,7	43	64,2
Não	9	14,3	6	12,5	6	10,5	3	4,5	5	7,1	4	6,0
Ign/Branco	8	12,7	4	8,3	8	14,0	13	19,4	17	24,3	20	29,9
Total	63	100	48	100	57	100	67	100	70	100	67	100
Fez uso de antirretrovirais durante o parto												
Sim	47	74,6	33	68,8	43	75,4	42	62,7	52	74,3	49	73,1
Não	10	15,9	7	14,6	6	10,5	14	20,9	11	15,7	17	25,4
Ign/Branco	6	9,5	8	16,7	8	14,0	11	16,4	7	10,0	1	1,5
Total	63	100	48	100	57	100	67	100	70	100	67	100
Tipo de parto												
Vaginal	11	17,5	5	10,4	10	17,5	4	6,0	8	11,4	5	7,5
Cesárea eletiva	37	58,7	31	64,6	36	63,2	45	67,2	42	60,0	38	56,7
Cesárea de urgência	7	11,1	4	8,3	4	7,0	6	9,0	7	10,0	1	1,5
Ign/Branco	8	12,7	8	16,7	7	12,3	12	17,9	13	18,6	23	34,3
Total	63	100	48	100	57	100	67	100	70	100	67	100
Evolução da gravidez												
Nascido vivo	53	84,1	39	81,3	48	84,2	56	83,6	56	80,0	43	64,2
Natimorto	0	0,0	1	2,1	1	1,8	0	0,0	2	2,9	1	1,5
Aborto	4	6,3	1	2,1	2	3,5	1	1,5	1	1,4	2	3,0
Ign/Branco	6	9,5	7	14,6	6	10,5	10	14,9	11	15,7	11	16,4
Total	63	100	48	100	57	100	67	100	70	100	67	100
Início ARV criança												
Nas primeiras 24h	45	71,4	37	77,1	45	78,9	51	76,1	51	72,9	40	59,7
Após 24h	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	1,4	0	0,0
Não se aplica	4	6,3	2	4,2	2	3,5	2	3,0	2	2,9	2	3,0
Não realizado	2	3,2	3	6,3	1	1,8	0	0,0	1	1,4	2	3,0
Ign/Branco	12	19,0	6	12,5	8	14,0	14	20,9	15	21,4	23	34,3
Total	63	100	48	100	57	100	67	100	70	100	67	100

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 26/10/2016.

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico. Ano IV. Brasília, 95 p. 2015;
2. BRASIL. Portaria GM/MS nº 05, de 21 de fevereiro de 2006 que dispõe sobre a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública e privada em todo o território nacional e que divulga a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em gestantes e crianças;
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília, 180p. 2007.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (2013), mais de 1 milhão de pessoas adquirem uma doença sexualmente transmissível (DST) diariamente. A cada ano, estima-se que 500 milhões de pessoas adquirem uma das DST curáveis (clamídia, sífilis, gonorreia e tricomoníase). Da mesma forma, calcula-se que 530 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus do Herpes genital e que mais de 290 milhões de mulheres estejam infectadas pelo HPV.¹

As DST estão entre as causas mais comuns de morbidade, com consequências sobre a saúde das populações, e acompanhadas de repercussões sociais e econômicas. As DST são consideradas um problema de saúde pública por serem as principais causas de infertilidade, aborto, doenças neonatais, e por facilitarem a transmissão do HIV. A sua grande maioria é monitorada por meio de notificação compulsória e são identificadas por meio de abordagem sindrômica e/ou avaliação etiológica.¹

A notificação de DST é obrigatória aos profissionais de saúde que atuam na assistência ao paciente, em conformidade com a Lei Nº 6.529, de 30 de outubro de 1975. A recente Portaria Nº 1.984, de 12 de setembro de 2014 tem o intuito de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória por meio da estratégia de vigilância sentinela e busca aprimorar a vigilância de morbidade, mortalidade de agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, propondo a participação facultativa de estabelecimentos de saúde estratégicos. No tocante a vigilância sentinela de DST, está preconizada a vigilância da Síndrome do Corrimento Uretral Masculino.²

Neste documento apresenta-se a situação epidemiológica dos casos notificados no SINAN de Síndrome do Corrimento Uretral em Homens, Síndrome da Cervicite, Síndrome da Úlcera Genital, Condiloma Acuminado, Infecção Subclínica ou latente pelo HPV.

Na série histórica, compreendida entre os anos de 2010 a 2015, tem-se um expressivo número de casos de DST no Distrito Federal, de modo geral. Nos seis anos analisados, compreende um total de 21.982 novos casos. (Tabela 13).

Tabela 13 - Casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis em residentes do Distrito Federal, 2010 a 2015.

Ano da Notific	Condiloma		Inf. Sub-Clínica pelo HPV		Sind. Corr. uretral		Sind. Ulc. Genital Masc.		Sind. da Cervicite		Oftalmia Gonoc. Neonatal	
	n	coef.*	n	coef.*	n	coef.*	n	coef.*	n	coef.*	n	coef.**
2010	1149	44,7	631	24,6	862	33,5	555	21,6	566	22,0	6	0,1
2011	1271	48,7	803	30,8	1100	42,1	588	22,5	545	20,9	1	0,02
2012	1226	46,3	521	19,7	1236	46,7	502	19,0	700	26,5	0	0,0
2013	1081	38,7	328	11,8	1106	39,6	506	18,1	485	17,4	3	0,05
2014	960	33,7	221	7,7	1175	41,2	473	16,6	448	15,7	1	0,01
2015	863	29,6	97	3,3	1160	39,8	439	15,1	372	12,8	2	0,00069
Total	6550	40,0	2601	15,9	6639	40,5	3063	18,7	3116	19,0	13	0,04

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2016.

*Coeficiente por 100.000 habitantes

** Coeficiente por 1000 nascidos vivos

A infecção pelo HPV é uma das IST mais frequentes no mundo. O risco estimado para a exposição a essa infecção é de 15% a 25% a cada nova parceria. Em grande parte dos casos, a infecção é autolimitada e transitória, sem causar qualquer dano ao hospedeiro. Aproximadamente 2% da população apresentam verrugas genitais e 2% a 5% das mulheres apresentam alterações do papanicolaou provocadas por infecção pelo HPV.¹

A infecção persistente por tipos oncogênicos de HPV está associada ao maior risco de desenvolver lesão intraepitelial do colo uterino (NIC). O HPV está envolvido em aproximadamente 100% dos casos de câncer cervical, com percentual menor em outros locais: 85% dos casos de câncer no ânus, 40% de vulva, 70% de vagina e 50% de pênis, 35% de orofaringe, 10% de laringe e 23% de boca.¹

Nos casos notificados de condiloma/HPV, a faixa etária mais acometida é na população mais jovem, compreendendo a faixa etária de 15 a 39 anos, que correspondem aproximadamente 86,2% dos casos de condiloma e 78,1% dos casos notificados de HPV (Tabela 14 e tabela 15).

Tabela 14 - Casos e percentual de Condilomasegundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2010 a 2015.

Faixa etária	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Menor de 14	57	5,0	40	3,1	31	2,5	26	2,4	27	2,8	20	2,3	201
15 a 19 anos	245	21,3	240	18,9	278	22,7	240	22,2	237	24,7	232	26,9	1472
20 a 29 anos	533	46,4	602	47,4	571	46,6	490	45,3	408	42,5	366	42,4	2970
30 a 39 anos	226	19,7	248	19,5	216	17,6	201	18,6	171	17,8	155	18,0	1217
40 a 49 anos	65	5,7	92	7,2	92	7,5	89	8,2	75	7,8	64	7,4	477
50 a 59 anos	18	1,6	34	2,7	22	1,8	23	2,1	26	2,7	19	2,2	142
60 a 69 anos	4	0,3	9	0,7	11	0,9	9	0,8	7	0,7	7	0,8	47
70 a 79 anos	1	0,1	6	0,5	2	0,2	3	0,3	5	0,5	0	0,0	17
80 anos e mais	0	0,0	0	0,0	3	0,2	0	0,0	4	0,4	0	0,0	7
Total	1149	100	1271	100	1226	100	1081	100	960	100	863	100	6550

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2016.

Tabela 15 - Casos e percentual de HPV segundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2010 à 2015.

Faixa etária	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Menor de 14	22	3,5	21	2,6	5	1,0	7	2,1	4	1,8	3	3,1	59
15 a 19 anos	108	17,1	109	13,6	86	16,5	55	16,8	34	15,4	14	14,4	406
20 a 29 anos	240	38,0	342	42,6	194	37,2	107	32,6	86	38,9	31	32,0	1000
30 a 39 anos	159	25,2	186	23,2	123	23,6	84	25,6	51	23,1	24	24,7	627
40 a 49 anos	74	11,7	104	13,0	74	14,2	55	16,8	36	16,3	23	23,7	366
50 a 59 anos	21	3,3	28	3,5	27	5,2	16	4,9	7	3,2	2	2,1	101
60 a 69 anos	5	0,8	10	1,2	11	2,1	5	1,5	1	0,5	0	0,0	32
70 a 79 anos	2	0,3	2	0,2	1	0,2	2	0,6	2	0,9	0	0,0	9
80 anos e mais	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Total	631	100	803	100	521	100	328	100	221	100	97	100	2601

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2016.

As uretrites são doenças sexualmente transmissíveis caracterizadas por inflamação da uretra acompanhada de corrimento. Os agentes microbianos das uretrites podem ser transmitidos por sexo anal e/ou oral. O corrimento uretral pode ter aspecto mucoide a purulento, estando associado à dor uretral (independentemente da micção), disúria e prurido uretral.¹

Com relação à Síndrome do Corrimento Uretral, no período analisado, foram detectados 6.639 novos casos por ano. Dentre os casos notificados, a faixa etária mais acometida é entre os jovens de 20 a 29 anos de idade (Tabela 16).

Tabela 16 - Casos de síndrome do corrimento uretral em homens segundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2010 à 2015.

Faixa etária	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
menor de 14 anos	15	1,7	22	2,0	13	1,1	11	1,0	17	1,4	12	1,0	90
15 a 19 anos	84	9,7	155	14,1	156	12,6	142	12,8	191	16,3	178	15,3	906
20 a 29 anos	410	47,6	486	44,2	592	47,9	543	49,1	549	46,7	573	49,4	3153
30 a 39 anos	211	24,5	262	23,8	290	23,5	265	24,0	265	22,6	244	21,0	1537
40 a 49 anos	104	12,1	127	11,5	133	10,8	96	8,7	111	9,4	105	9,1	676
50 a 59 anos	25	2,9	35	3,2	39	3,2	36	3,3	28	2,4	32	2,8	195
60 a 69 anos	11	1,3	10	0,9	8	0,6	10	0,9	11	0,9	10	0,9	60
70 a 79 anos	1	0,1	2	0,2	3	0,2	3	0,3	1	0,1	3	0,3	13
80 anos e mais	1	0,1	1	0,1	2	0,2	0	0,0	2	0,2	3	0,3	9
Total	862	100	1100	100	1236	100	1106	100	1175	100	1160	100	6639

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2016.

A presença de úlcera genital está associada a elevado risco de transmissão e aquisição do HIV e tem sido descrita como a principal causa para a difusão do vírus nas populações de maior vulnerabilidade; portanto, o diagnóstico e tratamento imediato dessas lesões constitui uma medida de prevenção e controle da epidemia de HIV.¹

A Síndrome da Úlcera Genital, no período analisado, foi detectada em média 510 novos casos por ano. Dentre os casos notificados, a faixa etária mais acometida também é entre os jovens de 20 a 29 anos de idade.

Tabela 17- Casos de Síndrome da úlcera Genital segundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2010 a 2015.

Faixa etária	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Menor de 14 anos	24	4,3	12	2,0	12	2,4	5	1,0	9	1,9	9	2,1	71
15 a 19 anos	48	8,6	69	11,7	57	11,4	51	10,1	57	12,1	66	15,0	348
20 a 29 anos	241	43,4	209	35,5	181	36,1	188	37,2	180	38,1	165	37,6	1164
30 a 39 anos	153	27,6	144	24,5	142	28,3	136	26,9	108	22,8	113	25,7	796
40 a 49 anos	58	10,5	95	16,2	64	12,7	74	14,6	75	15,9	45	10,3	411
50 a 59 anos	22	4,0	36	6,1	30	6,0	30	5,9	32	6,8	29	6,6	179
60 a 69 anos	6	1,1	15	2,6	9	1,8	17	3,4	9	1,9	11	2,5	67
70 a 79 anos	3	0,5	8	1,4	6	1,2	4	0,8	1	0,2	0	0,0	22
80 anos e mais	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	2	0,4	1	0,2	5
Total	555	100	588	100	502	100	506	100	473	100	439	100	3063

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2016.

A cervicite mucopurulenta ou endocervicite é a inflamação da mucosa endocervical. Os agentes etiológicos mais frequentes são *C.trachomatis* e *N.gonorrhoeae*. Há evidências científicas da associação de

C.trachomatis e *N.gonorrhoeae* aos seguintes fatores: mulheres sexualmente ativas com idade inferior a 25 anos, novas ou múltiplas parcerias sexuais, história prévia ou presença de outra DST e uso irregular de preservativo.¹

Com relação à Síndrome da Cervicite foram detectados no período analisado (2010 à 2015), 3.116 novos casos. Dentre os casos notificados, a faixa etária mais acometida é entre os jovens de 20 a 29 anos de idade (Tabela 18).

Tabela 18- Casos de síndrome da cervicite segundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2010 a 2015.

Faixa etária	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
menor de 14 anos	15	2,7	18	3,3	15	2,1	11	2,3	15	3,3	9	2,4	83	
15 a 19 anos	69	12,2	74	13,6	75	10,7	55	11,3	69	15,4	59	15,9	401	
20 a 29 anos	211	37,3	190	34,9	242	34,6	170	35,1	160	35,7	143	38,4	1116	
30 a 39 anos	136	24,0	151	27,7	231	33,0	151	31,1	116	25,9	87	23,4	872	
40 a 49 anos	92	16,3	77	14,1	95	13,6	60	12,4	58	12,9	51	13,7	433	
50 a 59 anos	30	5,3	21	3,9	34	4,9	27	5,6	24	5,4	20	5,4	156	
60 a 69 anos	7	1,2	13	2,4	7	1,0	7	1,4	4	0,9	1	0,3	39	
70 a 79 anos	5	0,9	1	0,2	1	0,1	3	0,6	1	0,2	1	0,3	12	
80 anos e mais	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	1	0,3	4	
Total	566	100	545	100	700	100	485	100	448	100	372	100	3116	

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2016.

A oftalmia neonatal definida como conjuntivite purulenta do recém-nascido, ocorre no primeiro mês de vida e pode levar à cegueira, especialmente, quando causada pela *N.gonorrhoeae*. Por isso a doença deve ser tratada imediatamente, para prevenir dano ocular. No Distrito Federal no período em estudo foram notificados 14 casos de oftalmia neonatal. (Tabela 19).

Tabela 19- Casos de Oftalmia gonocócica ano de notificação. Distrito Federal, 2010 a 2015.

Ano de notificação	Número de casos
2010	6
2011	1
2012	0
2013	3
2014	1
2015	2
Total	13

Fonte: Sinan - Dados provisórios digitados até 27/10/2016.

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a atenção integral às infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 124p. 2015;
2. BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.984, de 12 de setembro de 2014 que Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Considerações Finais e Recomendações

O Brasil foi um dos primeiros países no mundo a adotar políticas públicas inclusivas e universais ao HIV/AIDS. Em 1985, o governo criou o programa nacional de DST e AIDS para gerir a política de combate à recente epidemia no país. O processo de construção dessa política está intimamente ligado aos alicerces e construção do próprio Sistema Único de Saúde. Os movimentos sociais, desde o início da epidemia, direcionam as políticas públicas para uma resposta nacional à doença. Iniciativas locais passam a ser regionalizadas e incorporadas às medidas de alcance nacional.

O acesso universal e gratuito ao tratamento com antirretrovirais à todos os portadores do HIV pelo SUS, possibilitou a melhoria da qualidade de vida e o aumento da sobrevivência dos pacientes com AIDS, além de contribuir para a redução da disseminação da epidemia. Em 2013, ocorreu a simplificação e ampliação da testagem com o novo algoritmo de diagnóstico, o que possibilitou que um número maior de pessoas iniciasse o tratamento precoce. No mesmo ano, houve a ampliação da oferta do tratamento para todos os pacientes soropositivos, mesmo sem comprometimento do sistema imunológico.

Em 2015, o Brasil ampliou o protocolo PEP (Profilaxia Pós Exposição) e iniciou a discussão para implementar a PrEP (Profilaxia Pré- Exposição) como estratégia de prevenção.

No Distrito Federal, houve expressivo aumento de novos portadores de HIV/AIDS em tratamento na rede pública de saúde, com acesso ao tratamento antirretrovirais (TARV). O diagnóstico precoce garante qualidade da atenção à saúde individual e promove melhorias na prevenção e controle, uma vez que o início cada vez mais precoce da TARV não só melhora a qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS, mas também reduz o risco de transmissão pela redução da quantidade de vírus circulante.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2015), 93% das pessoas em TARV no Distrito Federal, a pelo menos seis meses, apresentaram *carga viral* inferior a 1.000 cópias/mm³, o que representa supressão viral e demonstra qualidade no tratamento realizado em proporção superior aos 90% preconizado como meta nacional.

O atual perfil demonstra a necessidade de ampliar e qualificar a rede de atenção primária, considerando o crescimento da demanda de usuários para tratamento das DST. Além disso, é necessário fortalecer a detecção de portadores de HIV nas unidades de saúde mediante a ampliação da oferta de testagem, tanto para as gestantes durante o pré-natal e parto, como para jovens e adultos sexualmente ativos. Também se faz necessário qualificar a oferta de PEP na rede de urgência e emergência, como importante estratégia de prevenção da transmissão do HIV. Os dados relacionados aos jovens mostram também a necessidade de incorporar novas abordagens em educação e comunicação para estimular a adoção de comportamento preventivo às DST nesta população.

No campo da vigilância epidemiológica, apesar do progresso obtido na sensibilidade da detecção de casos, recomenda-se aprimorar a qualidade das notificações e do acompanhamento dos casos.

A vigilância, prevenção e controle do HIV/AIDS e outras DST, decorrentes de diferentes contextos de vulnerabilidade individual, social e programática, expressam claramente a necessidade vital da articulação intersetorial, a saber: saúde, cultura, educação, direitos humanos, segurança, entre outras) a fim de manter uma efetiva resposta à estes agravos no Distrito Federal.