

Tendências da morbi-mortalidade por aids e condições socioeconômicas no Município de São Paulo, 1994 a 2001

Trends in AIDS morbidity-mortality and socio-economic status in the city of São Paulo

Norma Farias

Instituto de Saúde

Coordenação dos Institutos de Pesquisa

CIP-SES-SP

Rua Santo Antônio, 590 - 5º andar - Bela Vista

01314-000 - São Paulo, SP

nfarias@saude.sp.gov.br

Chester Luiz Galvão Cesar

Departamento de Epidemiologia

Faculdade de Saúde Pública

Universidade de São Paulo

Resumo

Introdução: As tendências na epidemia de Aids têm se caracterizado pelos diversos contextos socioculturais das populações. **Objetivo:** Descrever a evolução da morbi-mortalidade por aids em indivíduos de 15 a 49 anos no Município de São Paulo, segundo sexo e áreas homogêneas socioeconômicas, no período de 1994 a 2001. **Material e Método:** Foram utilizados dados do Programa de DST/AIDS e do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo. As áreas homogêneas foram constituídas a partir do Mapa da Exclusão Social da Cidade: áreas 1 e 2 (centrais e de inclusão); áreas 3, 4 e 5 (mais periféricas e de exclusão). Foram calculados os coeficientes por 100.000 e as razões entre 1995 e 2001, tomando como referência o ano de 1994. **Resultados:** Entre os homens, observou-se diminuição da incidência em todas as áreas desde 1998-1999, e entre as mulheres, no mesmo período, nas quatro primeiras áreas. A queda da incidência e da mortalidade masculina foi maior na área 2: razão 2001/94 = 0,43 e 0,21, e mais lenta nas áreas de exclusão. Entre as mulheres, a área 5 apresentou crescimento da incidência no final do período (54%), e as áreas 3, 4 e 5 apresentaram a menor velocidade de queda na mortalidade. **Discussão:** Entre os homens, o padrão de mortalidade acompanha a morbidade: as áreas mais centrais são as mais atingidas e com maior queda da mortalidade, mas com tendência à “periferização”. Entre as mulheres, confirma-se o crescimento mais tardio da epidemia em direção à periferia, e uma tendência de queda na mortalidade inversamente proporcional à exclusão social das áreas.

Palavras-chaves: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Estudo ecológico. Áreas homogêneas. Condições sociais.

Abstract

Background: The epidemiological trends of AIDS have been influenced by socio-cultural conditions. **Objective:** To describe the development of AIDS morbidity and mortality among 15-49 year-old adults in the city of São Paulo, according to gender and homogeneous socio-economic areas, from 1994 to 2001.

Methods: The sources of data were the STD/AIDS Program and the Mortality Information Improvement Program of the city of São Paulo. Homogeneous areas were built through the Social Exclusion Map of the City: areas 1 and 2 (central and inclusion areas); areas 3, 4 and 5 (peripheral and exclusion areas). Rates per 100,000 and morbidity and mortality ratios between 1995 and 2001 were calculated taking 1994 as the reference year.

Results: a decreasing incidence in all areas was observed among men since 1998-1999, and in the first four areas during this period among women. The decrease in AIDS incidence and mortality in men was faster in area 2: ratio 2001/94=0.43 and 0.21, and slower in the exclusion areas. Among women, area 5 presented an increase in incidence at the end of the period (54%), and areas 3, 4 and 5 presented a slower decrease in mortality. **Discussion:** The mortality pattern followed morbidity in men: the most central areas are the most affected, with a greater decrease in mortality, but with a trend toward "peripheralization". In women, a later increment of the AIDS epidemic in the peripheral direction was confirmed, as was a trend toward a decrease in mortality inversely proportional to social exclusion areas.

Key Words: AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome. Ecological Study. Homogeneous Areas. Social Conditions.

Introdução

O desenvolvimento da epidemia de aids vem ocorrendo de forma diferente segundo os diversos estágios de desenvolvimento econômico e os aspectos socioculturais das populações atingidas. Assim, como resultado de estratégias de prevenção e de controle da doença, incluindo a introdução terapêutica com os modernos anti-retrovirais, a mortalidade e a incidência da aids vem apresentando declínio em diversos países, bem como modificação no seu perfil epidemiológico e no seu prognóstico^{1,2}.

Ao lado dessas novas tendências, enquanto a epidemia apresentava uma tendência global de diminuição em países ricos, observava-se um aumento de incidência de aids nesses países, em populações consideradas mais vulneráveis sob o ponto de vista social³. Em continentes mais pobres, ao lado do crescimento da epidemia observou-se um aumento de casos de aids entre os mais jovens, mulheres, comunidades rurais e estratos de baixo nível socioeconômico³.

No Brasil, várias questões têm sido apontadas em relação às tendências da epidemia de aids⁴⁻⁶: ela tem se caracterizado por epidemias microrregionais com diferentes taxas de crescimento; aumento progressivo dos casos de aids em mulheres e da transmissão heterossexual; redução das taxas de mortalidade associada à introdução da terapêutica combinada anti-retroviral em 1996; uma progressiva "pauperização", atingindo áreas mais distantes dos centros urbanos, de menor porte e mais pobres; aumento proporcional entre pessoas com níveis de escolaridade mais baixos, principalmente do sexo feminino e com inserção precária no mercado de trabalho.

Em relação à análise da epidemia em cidades do Brasil, Szwarcwald et al.⁷ estudaram a difusão espacial dos casos de aids entre mulheres de áreas desfavorecidas do Rio de Janeiro, mostrando a influência das desigualdades socioespaciais e de sexo na dinâmica da epidemia. Granjeiro⁸ analisou o perfil socioeconômico dos casos de aids notificados no Município de São Paulo entre 1985 e

1990, observando um aumento na proporção de casos com menor qualificação profissional ao longo do tempo. Em relação à mortalidade por aids nesse município, Drumond Jr.⁹ descreveu a diminuição no número de óbitos entre 1996 e 1997, verificando que a queda foi mais importante nas regiões com melhores níveis educacionais do chefe de família.

O presente estudo teve como objetivo descrever as diferenças sociodemográficas observadas na evolução da epidemia de aids no Município de São Paulo, no período de 1994 a 2001, segundo sexo e áreas homogêneas, podendo contribuir para a formulação de políticas específicas e para a adaptação de ações de prevenção e prestação de serviços, de acordo com o contexto epidemiológico observado.

Material e Método

Trata-se de um estudo ecológico tendo como unidades de análise cinco áreas homogêneas socioeconômicas e ambientais do Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo, de 1996¹⁰, utilizando dados secundários de óbitos e casos de aids.

Foram incluídos no estudo os casos de aids notificados até 30/09/2003 e com ano de diagnóstico de 1994 a 2001, de homens e mulheres de 15 a 49 anos, cujos distritos administrativos (DA) de residência eram conhecidos (n = 28.180); foram excluídos os casos de indivíduos com DA de residência ignorados (n = 872).

Em relação aos óbitos por aids, foram incluídos para a mesma população-alvo os óbitos de residentes no Município de São Paulo e ocorridos no próprio Município, entre 01 de janeiro de 1994 e 31 de dezembro de 2001 (n = 13.269) e excluídos também aqueles com distritos de residência ignorados (n = 782).

Os dados referentes aos casos foram obtidos do Programa de DST/AIDS da Cidade de São Paulo, e os dados dos óbitos foram extraídos do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São PAULO – PROAIM. As es-

timativas da população de referência para os anos de 1994 a 2001 foram fornecidas pela Fundação SEADE do Estado de São Paulo, discriminadas por distrito administrativo, sexo e faixa etária com estimativas baseadas nos censos do IBGE de 1991 e 2000.

As áreas homogêneas utilizadas nesse estudo foram constituídas a partir daquelas apresentadas no *Mapa da inclusão/exclusão social da Cidade de São Paulo*, que selecionou todas as informações socioeconômicas e ambientais disponíveis que detectam a exclusão social e que permitiam, ao mesmo tempo, a desagregação pelos 96 distritos administrativos da cidade.

Para a construção dos indicadores socioeconômicos e ambientais, os autores utilizaram metodologia semelhante àquela desenvolvida pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Assim, no *Mapa da Cidade de São Paulo*, os valores para a construção dos índices para cada distrito foram estabelecidos segundo a fixação de padrões básicos de inclusão, a partir dos quais foram calculados os indicadores para os 96 distritos. Como resultado, o *Mapa da Exclusão* dividiu o território do município em oito áreas homogêneas, de acordo com a agregação socioeconômica dos distritos. A metodologia detalhada para a elaboração das áreas e seus resultados encontram-se em publicação específica¹⁰.

Dessa forma, foram originadas quatro áreas homogêneas de inclusão social (áreas 1 a 4), todas com maiores valores socioeconômicos, e quatro áreas de exclusão social (com menores valores socioeconômicos). As áreas de inclusão foram compostas pelos seguintes números de distritos administrativos: área 1 (1 distrito); área 2 (1 distrito); área 3 (10 distritos) e área 4 (11 distritos). As áreas de exclusão foram constituídas respectivamente por 27 distritos (área 5); 24 distritos (área 6); 20 distritos (área 7) e dois distritos (área 8).

O presente estudo fez um ajuste dessas áreas, efetivando a junção das três primeiras áreas de inclusão para compor a área homogênea (AH1), de maior valor socioeconômico (12 distritos). As duas últimas áreas de exclusão (áreas 7 e 8) foram agrupadas

para compor a área homogênea 5 (AH5), de menor valor socioeconômico (22 distritos).

A junção dessas áreas teve por objetivo reduzir os pequenos números na análise, representados pelas áreas extremas com poucos distritos administrativos, e melhorar a análise estatística dos dados. Segundo Akerman¹¹, “a desagregação geográfica mínima deve representar um compromisso entre obter uma área reduzida o suficiente para ser homogênea e extensa o bastante para fornecer o número adequado de dados para a análise”.

Assim, os dados dos casos e óbitos por aids e as populações dos distritos foram agregados de acordo com 5 (cinco) áreas homogêneas socioeconômicas e ambientais: duas áreas de inclusão social (AH1 e AH2) e três áreas de exclusão (AH3, AH4 e AH5) (Figura 1). Apesar da não contigüidade entre as áreas, nota-se que elas constituem 5 (cinco) anéis na cidade, onde se observam que os distritos das áreas 1 e 2 são predominantemente de localização central; os distritos da área 3, mais intermediária, e das outras duas áreas (4 e 5), de localização predominantemente periférica no município.

Os coeficientes de incidência e de mortalidade masculina e feminina por aids foram calculados para cada ano e área por 100.000 homens e mulheres de 15 a 49 anos e descritos para o período de 1994 a 2001. Para descrever a evolução da epidemia calculou-se, além dos coeficientes de incidência e de mortalidade, as razões dos coeficientes em cada área homogênea e ano da série, utilizando como referência o primeiro do estudo (ano de 1994, razão de coeficiente = 1).

Resultados

Dentre os 28.180 casos de aids incluídos no estudo entre 1994 a 2001, 70,5% (n = 19.867) eram do sexo masculino e 29,5% (n = 8.313) do sexo feminino. Quanto aos 13.269 óbitos analisados para o mesmo período, 74% (n = 9.855) eram do sexo masculino e 26% (n = 3.414) do sexo feminino.

Em relação à distribuição dos casos e óbitos por aids nas áreas homogêneas, a área

4 (AH4) apresentou o maior número desses eventos em 1994 e 2001 (967 e 838 casos, respectivamente, contra 768 e 329 óbitos). A área 2 (AH2) apresentou o menor número no mesmo período: 372 casos e 230 óbitos em 1994, e 228 casos e 59 óbitos em 2001.

A distribuição da proporção dos casos e óbitos por aids nas áreas homogêneas é apresentada na Figura 2 para os anos de 1994 a 2001. Nota-se que, enquanto a frequência de casos e de óbitos diminuiu entre 1994 e 2001 nas duas primeiras áreas (de localização mais central e de inclusão social), ocorreu um aumento dessa proporção nas duas últimas áreas (de localização mais periférica e de exclusão).

A evolução da razão de sexo masculino/feminino dos casos de aids mostrou uma diminuição ao longo do período em todas as áreas. Ao contrário das áreas mais centrais, desde o início do período de estudo as áreas mais periféricas já apresentavam uma razão de sexo masculino/feminino menor que àquela do município (3,7 homens para 1 mulher, em 1994) (dados não apresentados). No final do período, a área 2 apresentou a maior razão de sexo (2,5 para 1), e a área mais periférica (AH5) apresentou a menor razão: 1,4 para 1, ligeiramente abaixo da média do município (1,8 para 1) (dados não apresentados).

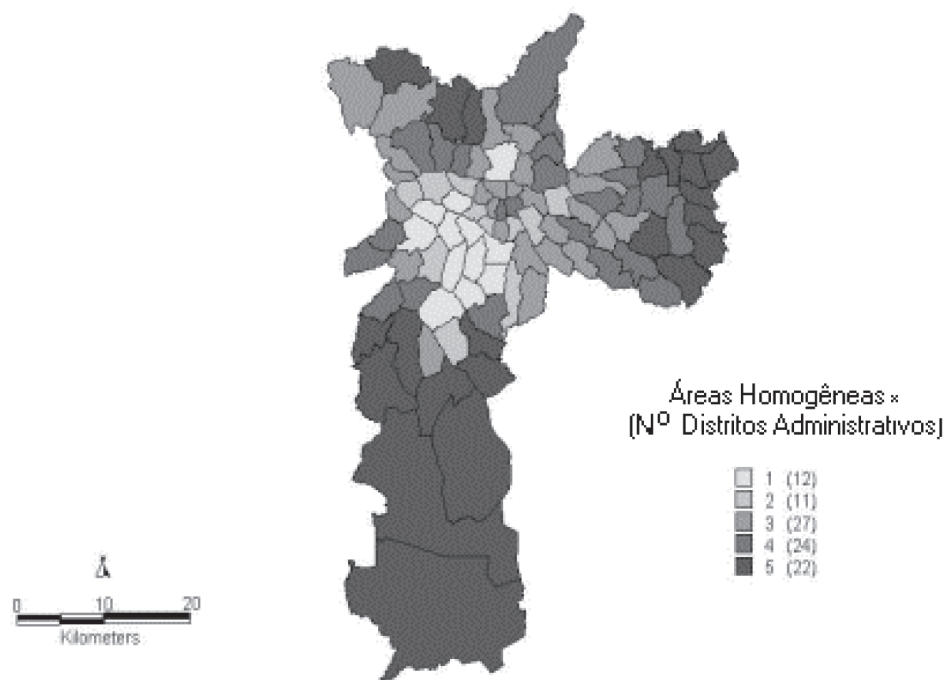
Em relação à razão de sexo masculino/feminino dos óbitos por aids, observou-se também uma diminuição dessa razão em todas as áreas no período analisado. No final do período, a maior razão foi observada na AH2 (4,9 óbitos masculinos para 1 óbito feminino), e a menor na AH5 (1,7 para 1), sendo ligeiramente inferior àquela do município: 2 para 1 (dados não apresentados).

Evolução dos coeficientes de incidência de aids nas áreas homogêneas

A evolução dos coeficientes de incidência masculina e feminina de aids é apresentada na Figura 3.

Observa-se na população masculina que os coeficientes de incidência são maiores nas áreas mais centrais e socialmente incluídas,

MAPA DA EXCLUSÃO / INCLUSÃO SOCIAL



Fonte: Sposati, 1996

Figura 1 – Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo.

Figure 1 – Social exclusion/inclusion map of the city of São Paulo.

* Área Homogênea 1 – área de maior nível socioeconômico/* Homogeneous area 1 – highest socio-economic level area

* Área Homogênea 5 – área de menor nível socioeconômico/* Homogeneous area 5 – lowest socio-economic level area

e menores nas áreas mais periféricas e excluídas, ao longo de todo o período. A incidência já apresentava tendência à diminuição na primeira área desde o período 94 a 95, enquanto nas outras áreas apresentava tendência a aumento ou estabilidade até 1998. A partir do período 1998-1999, observou-se diminuição dessa incidência em todas as áreas homogêneas.

A área 2 apresentou os maiores coeficientes de incidência masculina por aids para a maioria dos anos: 189,6/100.000 homens em 1994, caindo para 81,7 em 2001. A área 5 registrou os menores coeficientes em todos os anos do período, diminuindo de 49,8/100.000 homens em 1994 para 38,9 em 2001.

Entre as mulheres, a incidência de aids apresentou crescimento em todas as áreas, entre 1994 e 1998. Nesse ano, os maiores coeficientes foram registrados nas áreas 3 e 4 (49,1 e

54,4/100.000 mulheres, respectivamente).

A redução nos coeficientes de incidência feminina por aids foi observada desde o período 1998-1999 nas quatro primeiras áreas, e mais tardiamente na área 5. Como observado na população masculina, os menores coeficientes dessa incidência são registrados, na maioria dos anos, na área mais periférica e excluída (AH5). Em 1994, o coeficiente nessa área foi de 18,2/100.000 mulheres, aumentando para 40,1 em 1999 e diminuindo para 28,1 em 2001.

Evolução dos coeficientes de mortalidade por aids nas áreas homogêneas

A evolução dos coeficientes de mortalidade masculina e feminina por aids está mostrada na Figura 4.

Observa-se que os coeficientes de mor-

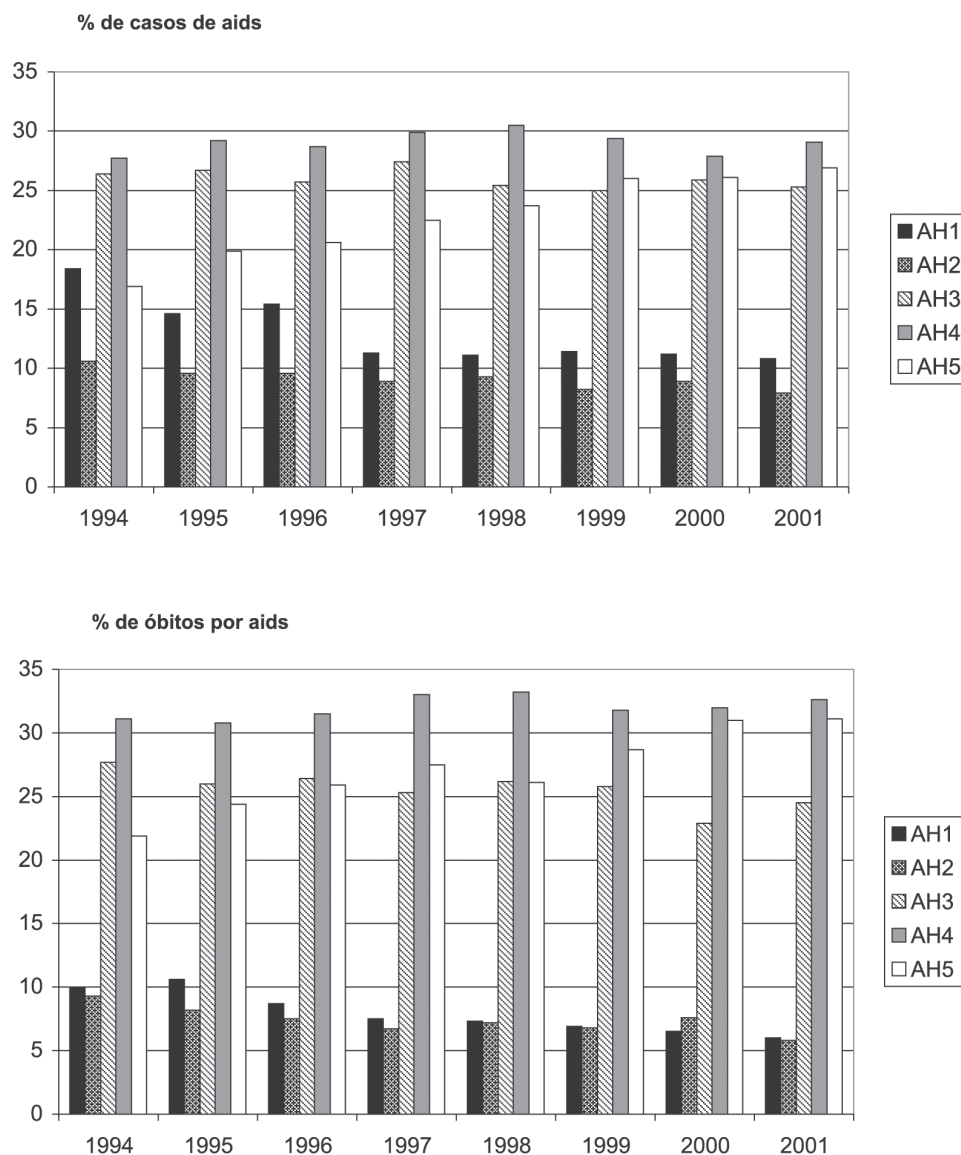


Figura 2 – Distribuição percentual (%) dos casos e óbitos por aids na população de 15 a 49 anos, segundo áreas homogêneas socioeconômicas e ambientais (AH*), Município de São Paulo, 1994 a 2001.

Figure 2 – Distribution of percentage (%) of cases and deaths due to aids in the 15 to 49 year-old population according to environment and socio-economic homogeneous areas (HA*), City of São Paulo, 1994 to 2001.

* AH1 – área de maior nível socioeconômico/* HA1 – highest socio-economic level

* AH5 – área de menor nível socioeconômico/* HA5 – lowest socio-economic level

talidade por aids entre os homens tenderam a diminuir desde o período 1994-1996 nas quatro primeiras áreas, enquanto apresentavam tendência à aumentar na última área. Como observado para a incidência nessa população, os maiores coeficientes são registrados ao longo do período, na área 2

(área central e de inclusão social), e os menores na área 5 (área mais periférica e de maior exclusão social). Em 1994, o coeficiente de mortalidade masculina por aids na área 2 foi de 116,1/100.000 homens, e na área 5, de 48,4/100.000 homens, diminuindo em 2001 para 24,7 e 16,8/100.000 homens, res-

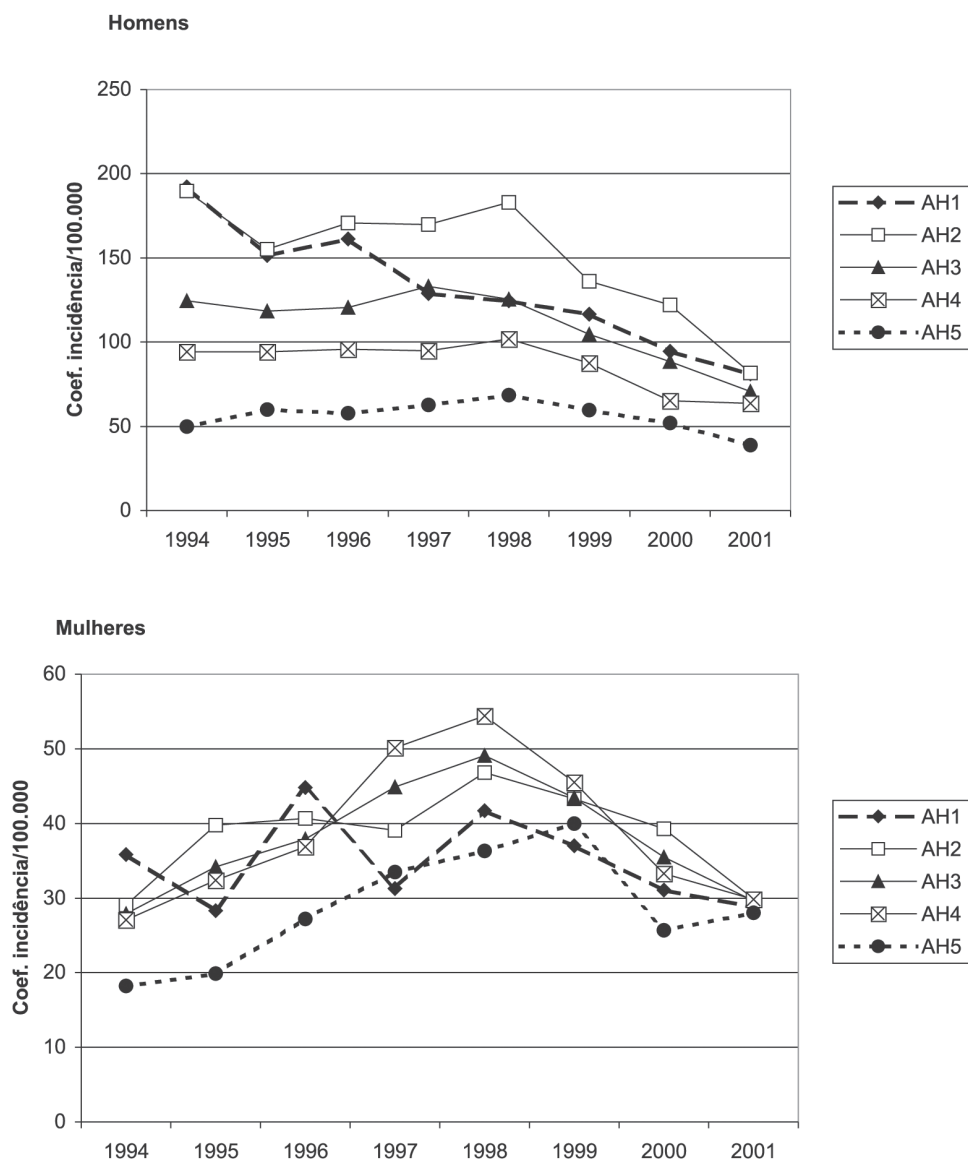


Figura 3 – Evolução da incidência de aids na população masculina e feminina de 15 a 49 anos, segundo áreas homogêneas socioeconômicas e ambientais (AH*) do Município de São Paulo, 1994 a 2001.

Figure 3 – Development of the incidence of aids in the 15 to 49 year-old male and female populations, according to environment and socio-economic homogeneous areas (HA*), City of São Paulo, 1994 to 2001.

* AH1 – área de maior nível socioeconômico/* HA1 – highest socio-economic level

* AH5 – área de menor nível socioeconômico/* HA5 – lowest socio-economic level

pectivamente.

Observou-se queda importante da mortalidade masculina por aids em todas as áreas entre 1996 e 1997, com diminuição gradativa até o final do período.

Na população feminina, a mortalidade por aids apresentou tendência a aumento

até 1996, ao contrário do que foi verificado para os homens. Nesse ano, o maior coeficiente de mortalidade feminina por aids foi registrado na área 4 (25,1/100.000 mulheres).

Ao longo do período, os maiores coeficientes de mortalidade feminina por aids foram observados principalmente nas áreas in-

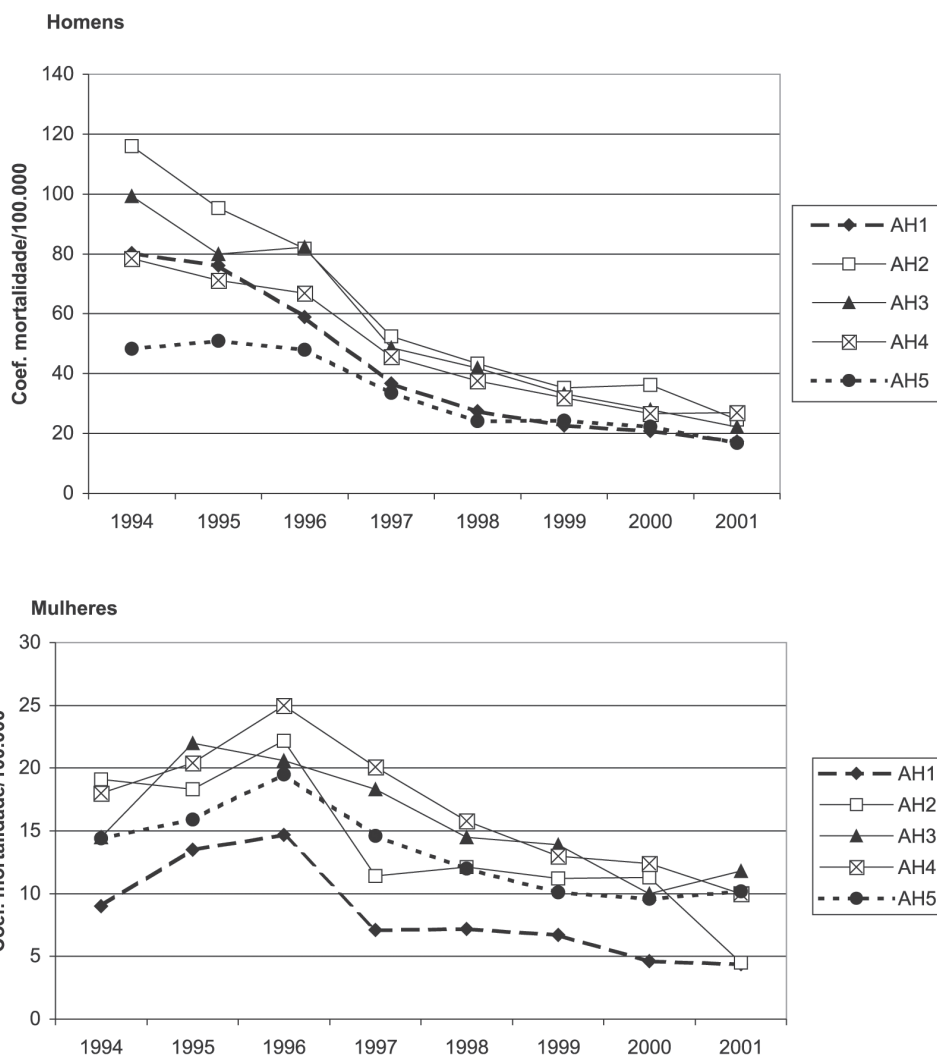


Figura 4 – Evolução da mortalidade por aids na população masculina e feminina de 15 a 49 anos, segundo áreas homogêneas socioeconômicas e ambientais (AH*) do Município de São Paulo, 1994 a 2001.

Figure 4 – Development of aids mortality in the 15 to 49 year-old male and female populations, according to environment and socio-economic homogeneous areas (HA*), City of São Paulo, 1994 to 2001.

* AH1 – área de maior nível socioeconômico/* AH1 – highest socio-economic level

* AH5 – área de menor nível socioeconômico/* AH5 – lowest socio-economic level

termediária e periféricas (AH3, AH4, AH5), e os menores coeficientes foram registrados na área 1 (área central e de maior nível social).

A partir do período 1996-1997, observou-se queda da mortalidade feminina por aids em todas as áreas. No final do período, os menores coeficientes dessa mortalidade foram observados nas áreas AH1 e AH2: 4,4 e 4,5/100.000 mulheres, respectivamente.

Evolução na razão de incidência de aids nas áreas homogêneas em relação ao ano de 1994

A Figura 5 mostra a evolução na razão dos coeficientes de incidência masculina e feminina de aids nas áreas homogêneas, entre os anos de 1995 a 2001, em relação ao ano de 1994.

Quando se examina a evolução da razão de incidência entre os homens, verifica-se que entre 1994 e 1998, a área 5 (AH5) apresentou a maior velocidade de crescimento nessa incidência, sendo o coeficiente 38% maior em 1998 do que em 1994; as áreas 2, 3, e 4 (AH2, AH3, AH4) apresentaram razão

em torno de 1; na área 1, esse coeficiente correspondeu em 1998 à 65% daquele observado em 1994.

As curvas das razões de coeficientes de incidência masculina de aids mostram uma diminuição dessa razão em 2001, comparada a 1994, em todas as áreas e evidenciando a

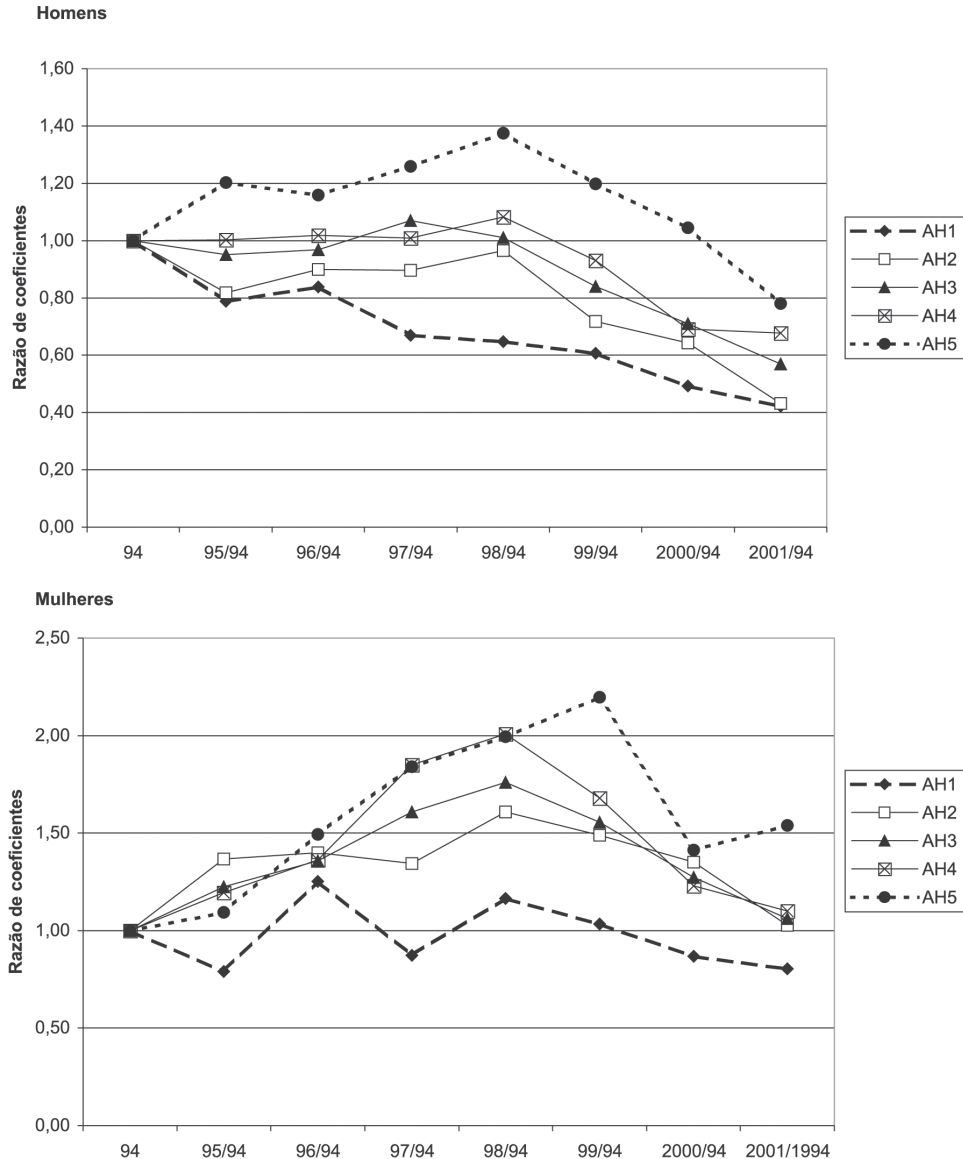


Figura 5 – Evolução da razão dos coeficientes de incidência de aids (por 100.000) entre 1995 e 2001 em relação ao ano de 1994, entre homens e mulheres de 15 a 49 anos, segundo áreas homogêneas socioeconômicas e ambientais (AH*), Município de São Paulo.

Figure 5 – Development of ratios of aids incidence rates (per 100,000) between 1995 and 2001 in relation to 1994, in the 15 to 49 year-old male and female populations, according to environment and socio-economic homogeneous areas (HA*), City of São Paulo.

* AH1 – área de maior nível socioeconômico/* HA1 – highest socio-economic level

* AH5 – área de menor nível socioeconômico/* HA5 – lowest socio-economic level

queda mais lenta dessa incidência nas áreas de exclusão. Os coeficientes de incidência nas áreas AH1 e AH2 representaram em 2001 menos de 50% daqueles observados em 1994; nas áreas AH3, AH4 e AH5, esses coeficientes representaram respectivamente, 57%, 68% e 78% daqueles observados para 1994.

No que concerne à população feminina, chama a atenção que na área mais periférica e mais excluída (AH5), o coeficiente de incidência de aids nos anos de 1998 e 1999 foi cerca de 2 vezes maior do que àquele observado em 1994, enquanto na área mais rica e central (AH1) essa razão encontrava-se ligeiramente superior a 1, mostrando uma certa homogeneidade no crescimento da epidemia de aids entre mulheres nessa área e uma aceleração no crescimento na área mais periférica.

No final do período, as áreas AH2, AH3 e AH4 apresentavam uma certa homogeneidade em relação aos coeficientes de incidência feminina de aids registrados no início do período, com razão de coeficientes 2001/94 ligeiramente superior a 1. Por outro lado, esse coeficiente na AH1 foi 20% menor em 2001 do que em 1994; ao contrário, na AH5 ele foi 54% maior em 2001, quando comparado a 1994, mostrando que a maior queda foi registrada na primeira área, enquanto na última área registrou-se uma tendência a aumento no final do período.

Evolução na razão de mortalidade por aids nas áreas homogêneas em relação ao ano de 1994

As curvas da razão dos coeficientes da mortalidade masculina e feminina por aids entre os anos de 1995 e 2001, em relação ao ano de 1994, estão apresentadas na Figura 6.

Nota-se que, na população masculina, as áreas mais periféricas apresentam uma menor velocidade de queda nos coeficientes de mortalidade por aids, e as áreas mais centrais uma maior velocidade.

A AH5 registrou a menor velocidade de queda no coeficiente de mortalidade masculina por aids ao longo do período, e a AH2, a maior velocidade. A AH5 registrou uma ra-

ção no coeficiente 1996/1994 em torno de 1, mostrando uma estabilidade na velocidade de crescimento da epidemia entre homens dessa área nesse período; em 2001, o coeficiente nessa área correspondeu a 35% daquele observado em 1994, significando uma queda de 65% na mortalidade. Na AH2, o coeficiente de mortalidade masculina por aids representou, em 1996, 70% daquele observado em 1994, e no ano 2001, 21% do coeficiente de 1994, significando uma queda de 79% da mortalidade no período analisado.

Em relação à população feminina, a razão dos coeficientes de mortalidade por aids mostra que, no período de 1994 a 1997, as áreas AH1 e AH2 apresentaram a maior velocidade de queda nessa mortalidade, representando, em 1997, 79% e 60% dos coeficientes observados em 1994.

Ao longo do período, as áreas AH3, AH4 e AH5 apresentaram uma velocidade de queda mais lenta nos coeficientes de mortalidade feminina por aids do que as áreas AH1 e AH2. Em 2001, aquelas três áreas corresponderam a 81%, 56% e 71%, respectivamente, dos valores observados em 1994. Ao contrário, as áreas AH1 e AH2 corresponderam, em 2001, a 49% e 24%, respectivamente, dos seus coeficientes do início do período.

Discussão

A análise das informações apresentadas nesse estudo corrobora as informações nacionais que mostram que a epidemia de aids vem apresentando um processo de “periferização”, “pauperização” e “feminização”^{12,13}. De outra parte, os achados presentes mostram em que medida esses fenômenos ocorrem em áreas geográficas diferenciadas do ponto de vista social dentro do Município de São Paulo.

A diminuição da ocorrência de casos e óbitos masculinos em relação aos femininos observada ao longo do tempo em todas as áreas mostra o aumento da transmissão heterossexual e a “feminização” da epidemia, qualquer que seja a condição socioeconômica da área. No entanto, esse fenômeno é mais evidente nas áreas mais periféricas,

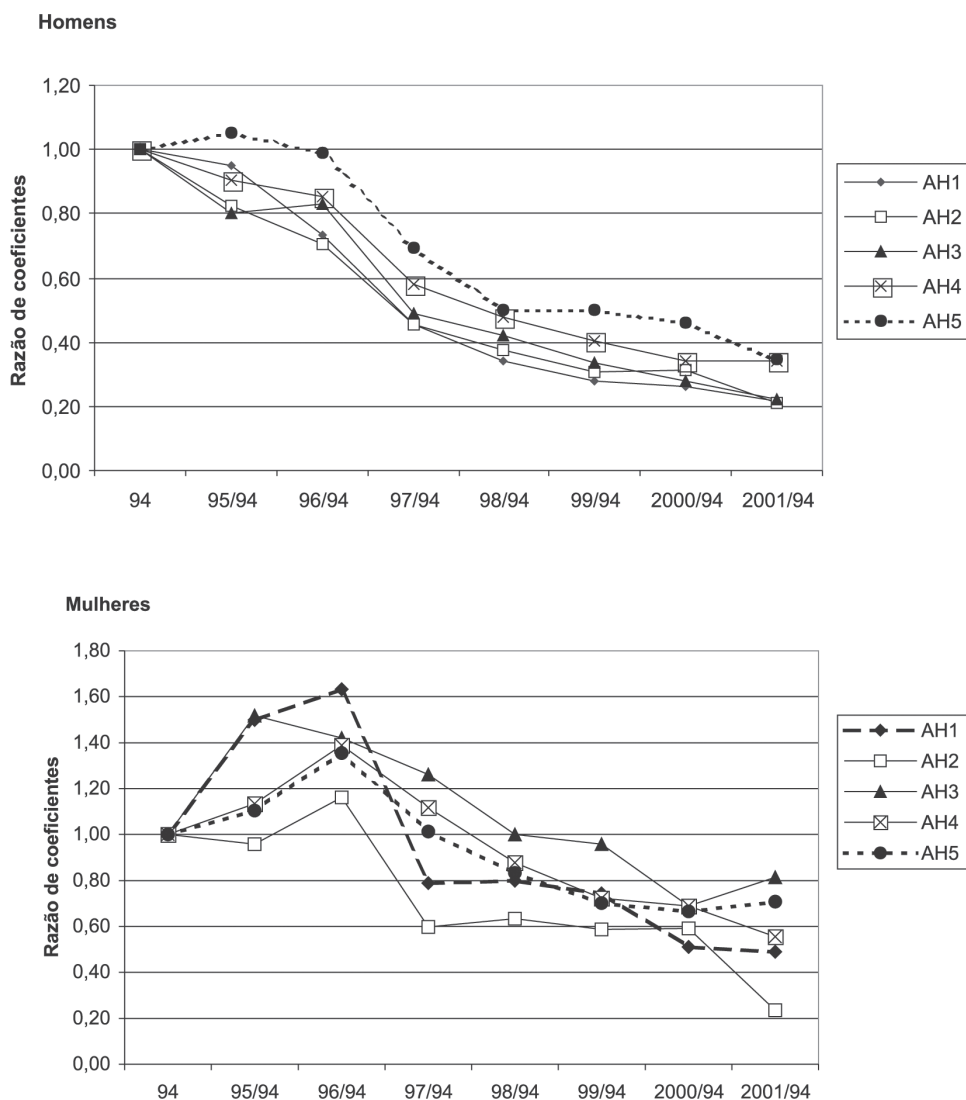


Figura 6 - Evolução da razão dos coeficientes de mortalidade por aids (por 100.000) entre 1995 e 2001 em relação ao ano de 1994, entre homens e mulheres de 15 a 49 anos, segundo áreas homogêneas socioeconômicas e ambientais (AH*), Município de São Paulo.

Figure 6 – Development of ratios of aids mortality rates (per 100,000) between 1995 and 2001 in relation to 1994, in the 15 to 49 year-old male and female populations, according to environment and socio-economic homogeneous areas (HA*), City of São Paulo.

* AH1 – área de maior nível socioeconômico/* HA1 – highest socio-economic level

* AH5 – área de menor nível socioeconômico/* HA5 – lowest socio-economic level

com a participação maior de casos e óbitos masculinos nas áreas mais centrais.

Os coeficientes de incidência na população masculina são maiores em áreas de localização predominantemente centrais, que são também as áreas socialmente incluídas; da mesma forma, a redução dessa incidência ocorreu primeiramente na área mais rica.

Esses resultados estão em conformidade com o que foi observado em países industrializados, onde a epidemia se expandiu principalmente entre homens de nível socioeconômico mais elevado. Sabe-se também que as iniciativas de prevenção e de controle da aids mostraram-se mais eficientes em comunidades de homossexuais brancos, em

geral socialmente organizados e com grau de instrução elevada¹.

Em relação à população feminina, observou-se que a incidência de aids já partia de patamares mais elevados em áreas de localização intermediária e periférica, desde os primeiros anos do período analisado, e com tendência a aumento em todas as áreas, enquanto na população masculina já diminuía ou se estabilizava em algumas áreas. Esse fenômeno mostra a expansão mais tardia da epidemia em mulheres, acompanhada do fenômeno de “periferização”.

Em relação à mortalidade por aids, os coeficientes na população masculina tendem a acompanhar a morbidade, sendo mais elevados na área de maior incidência (AH2) e menor na área de menor incidência (AH5). No entanto, a queda da mortalidade nessa população já ocorria nas quatro primeiras áreas mesmo antes da introdução da terapêutica combinada anti-retroviral. Esse dado é concordante com outros estudos que mostram que a melhoria da qualidade da assistência contribuiu para o aumento da sobrevida masculina mesmo antes da terapêutica combinada anti-retroviral^{14,15}.

Entre as mulheres, o padrão de mortalidade mostrou que os maiores coeficientes ocorreram predominantemente, ao longo dos anos, em áreas de localização intermediária e periférica, e com queda mais tardia do que na população masculina, confirmando a dinâmica da epidemia entre as mulheres, de crescimento mais tardio e em direção à periferia.

A análise da evolução da razão ano a ano dos coeficientes de incidência masculina de aids em relação ao ano de 1994 mostra que, além da queda de coeficientes em relação ao início do período apresentar-se maior nas áreas mais favorecidas e mais centrais, onde a incidência é também maior, observou-se uma redução de coeficientes menor nas áreas de exclusão. Esse dado aponta também para uma tendência à “periferização” e “pauperização” da epidemia de aids entre os homens. Além disto, a menor velocidade de queda nos coeficientes de mortalidade por aids entre os homens, em áreas mais perifé-

ricas e mais pobres, chama a atenção para a questão do acesso e cuidados de saúde na população vivendo em áreas socialmente desfavorecidas.

Entre as mulheres, a constatação de queda de coeficientes de incidência de aids mais lenta nas áreas intermediária e periféricas e maior nas áreas mais centrais, tendo também a área mais pobre um maior crescimento no final do período, mostra que, na medida em que a velocidade de crescimento diminui nas camadas sociais mais favorecidas, o crescimento aumenta nas populações menos favorecidas.

Da mesma forma, ao longo do período, a queda da mortalidade feminina por aids foi maior nas áreas de inclusão (AH1 e AH2), ao contrário do que se observou para a área AH4, de exclusão social e periférica, e que apresentou uma das maiores incidências e crescimento da epidemia entre as mulheres.

Além disso, a área mais pobre (AH5), apesar de juntamente com a área mais rica (AH1) apresentar os menores coeficientes de mortalidade feminina por aids, não acompanha a mesma velocidade de queda dessa última, tendo a menor redução de coeficiente no período analisado. Esses achados apontam para a questão da existência de fatores como o acesso aos serviços de saúde, aderência ao tratamento, maior vulnerabilidade social da população feminina, que podem explicar parte das diferenças na mortalidade em mulheres vivendo em áreas de condições sociais diferentes.

Assim, considerando-se a existência de uma cobertura eficiente em relação aos anti-retrovirais, as populações mais vulneráveis estariam em desvantagem em relação ao acompanhamento da doença. Uma avaliação sobre a aderência aos anti-retrovirais em aids no Estado de São Paulo¹⁶ mostrou que os mais pobres e menos escolarizados têm menores taxas de aderência. Os custos do seguimento, como os de transporte, mesmo quando o tratamento é subsidiado, e o cuidado com os filhos, têm sido apontados como dificuldades para a adesão ao seguimento em mulheres com aids¹⁶.

Além das questões relacionadas ao aces-

so aos serviços de saúde e ao seguimento clínico, outras questões podem ser colocadas em relação às mulheres portadoras de HIV, como aspectos psicossociais. Um estudo realizado em um serviço de referência de tratamento das DST/Aids no estado de São Paulo¹⁷, numa amostra de mulheres em acompanhamento, mostrou que mais de 80% dos eventos estressantes no cotidiano não são resultados diretos do tratamento ou do adoecimento. Uma parte desses eventos foi atribuída a assuntos relacionados aos parceiros, filhos, problemas materiais, profissão, discriminação.

A questão da incidência e mortalidade feminina por aids implica, portanto, numa compreensão das informações psicossociais e comportamentais da infecção pelo HIV, e na necessidade de uma abordagem integral por parte dos serviços e profissionais de saúde.

Parker¹⁸ discute o fato de que, embora mudanças tenham ocorrido nas relações de gênero dentro da sociedade brasileira, o modelo tradicional para organizar as relações sexuais continua praticamente intacto, prejudicando as possibilidades de negociação por parte das mulheres. Mesmo o fato de receberem informações acerca da prevenção da doença tem sido questionado na sua eficiência em proporcionar mudanças de comportamento, devido à situação de vulnerabilidade das mulheres^{19,20}, o que requer substanciais transformações sociais e

da condição feminina.

O presente estudo aponta para a questão de que a morbi-mortalidade por aids pode ser influenciada por variáveis de contexto, ou seja, aquelas relacionadas com o entorno onde as pessoas vivem, tais como a oferta e a utilização de bens e serviços, qualidade ambiental, nível de renda e organização social, entre outros.

Por outro lado, a análise da frequência de casos e óbitos mostrou que o número e a proporção desses eventos é superior nas áreas mais excluídas. Essas áreas são compostas por distritos que, em sua grande maioria, são também de localização periférica, e elas representam as áreas mais populosas da cidade. Esse maior número de indivíduos acometidos residentes nessas áreas mostra, portanto, um impacto potencial para os serviços de saúde, o que requer uma definição de estratégias em termos de recursos provisionais para a assistência e investimento desses recursos em serviços dessas localidades.

Recomenda-se que as políticas de prevenção e de controle da epidemia tenham como parâmetro as diferentes realidades socioculturais e as necessidades das populações que vivem nas diferentes áreas geográficas do município, assim como a promoção do envolvimento dessas populações no que diz respeito às políticas de saúde e ao controle da epidemia pelo Sistema Único de Saúde.

Referências

1. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). *Trends in the HIV & AIDS Epidemic*. United States; 1998.
2. World Health Organization. UNAIDS (United Nations Joint Programme on Aids). *AIDS epidemic update: December 2000. Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva; 2000.
3. World Health Organization. UNAIDS (United Nations Joint Programme on Aids). *The Status and Trends of the Global HIV/AIDS Pandemic*. Final Report of the Official Satellite Symposium of XI International Conference on Aids, Vancouver (CA); 1996.
4. Bastos FI, Barcellos C. Geografia Social da Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública* 1995; 29: 52-62.
5. Szwarcwald CL, Bastos FI, Andrade CLT, Castilho EA. Aids: o mapa ecológico do Brasil, 1982-1994. In: *Simpósio Satélite – A epidemia da aids no Brasil: situação e tendências* 1997. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
6. Fonseca MGP, Travassos C, Bastos FI, Silva NV, Szwarcwald CL. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. *Cad Saúde Pública* 2003, 19(5): 1351-63.
7. Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, Esteves MA, Castilho EA. Dinâmica da epidemia de AIDS no Município do Rio de Janeiro, no período de 1988-96: uma aplicação de análise estatística espaço-temporal. *Cad Saúde Pública* 2001; 17: 109-18.

8. Granjeiro A. O perfil socioeconômico dos casos de AIDS da cidade de São Paulo. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS. *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/ UERJ; 1994.
9. Drumond Jr. Desigualdades sociais na mortalidade por AIDS na Cidade de São Paulo. Programa de Aprimoramento das Informações em Mortalidade no Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. *Boletim PROAIM*, nº 4, 1999. São Paulo: SMS-SP.
10. Sposati, AO. *Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo*. Editora da PUC-SP: São Paulo; 1996.
11. Akerman M, Stephens C, Campanato P, Maia PB. Saúde e Meio Ambiente: Uma análise de diferenciais intra-urbanos enfocando o município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 1994; 28(4): 320-5.
12. Coordenação Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde. Tendências da Epidemia- a feminização dos casos de aids no Brasil. boletim epidemiológico on line. Brasília; 1998. Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br/udtv/bolepide/tendencias.htm> 2001mai 21.
13. Coordenação Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde. Tendências da Epidemia-interiorização. Boletim epidemiológico on line. Brasília; 1998. Disponível em URL:<http://www.aids.gov.br/udtv/bolepide/tendencias.htm> 2001mai 21.
14. Blum S, Singh TP, Gibbons J, Fordyce EJ, Lessner L, Chiasson MA et al. Trends in survival among persons with acquired immunodeficiency syndrome in New York City. The experience of the first decade of the epidemic. *AM J Epidemiol* 1994; 139(4), 351-61.
15. Sullivan D, Sax PE. AIDS deaths decline. *AIDS Clin Care* 1997; 9(4): 36, 33.
16. Nemes MIB, Jordan MS, Lopes JF, Okazaki E, Komatsu CL. Aderência ao Tratamento Anti-Retroviral em AIDS: Revisão da Literatura Médica. In: Teixeira P, Paiva V, Shimma E, organizadores. *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. Nepaids: São Paulo; 2000. p.7-22.
17. Tunala LG. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4 S): 24-31.
18. Parker R, Camargo KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saúde Pública* 2000; 16 (S): 89-102.
19. Alves RN, Kovács MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Rev Saúde Pública* 2002; 36 (4S): 32-39.
20. Villela W. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: Barbosa MR, Parker R. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; 1999. p. 199-213.

recebido em: 26/08/2004
 versão final apresentada em: 17/11/2004
 aprovado em: 03/12/2004