



ORIGINAL ARTICLE

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF AIDS IN CARUARU CITY, PE

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA AIDS NO MUNICÍPIO DE CARUARU-PE

EPIDEMIOLOGÍA DEL SIDA EN EL CIUDAD CARUARU-PE

Shirley Suely Soares Veras Maciel¹, Wamberto Vieira Maciel², Maria Cristina de Andrade³, Cláudia Emanuella de Oliveira Santana⁴, Roselene Menezes Aleluia⁵, Manuella Donato⁶, Ellen Tayanne Carla da Silva⁷, Tamires de Farias Oliveira⁸

ABSTRACT

Objective: to describe the patterns of Aids morbimortality in Caruaru, Pernambuco, Brazil, along the period of January, 2000 to December, 2006, **Method:** this is about a descriptive cross-sectional study. The data on morbidity and mortality were obtained from the Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN - Information System on Disease Notification) and the Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM - Mortality Information System) available at the Health Minister's website, **Results:** of the total number of notified Aids cases (318 cases), 32.7% resulted in death. The reduction of the mortality rate is more meaningful among males than females; however the sex ratio was observed every year, excepting 2006. **Conclusion:** in Caruaru city, Aids affects more heterosexual young black male, with not more than 11 years of schooling. The results in death occurs more among young white male with no more than 3 years of schooling, **Descriptors:** acquired immunodeficiency syndrome; health profile; sexually transmitted diseases; information systems.

RESUMO

Objetivo: descrever o padrão de morbimortalidade por Aids em Caruaru- PE no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2006, **Método:** trata-se de um estudo transversal descritivo. Os dados sobre morbidade e mortalidade foram obtidos a partir das bases de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) disponibilizados no site do Ministério da Saúde. **Resultados:** do total de casos notificados por Aids (318 casos), 32,7% evoluíram para óbito. A redução da taxa de mortalidade é mais expressiva no sexo masculino do que no feminino, todavia, a razão de masculinidade foi observada em todos os anos do estudo, excetuando-se em 2006, **Conclusão:** em Caruaru a Aids acomete mais pessoas jovens, pardas, do sexo masculino, com até 11 anos de estudo e heterossexuais, sendo que leva mais a óbito pessoas jovens, brancas, do sexo masculino e com até 3 anos de estudo, **Descritores:** síndrome de imunodeficiência adquirida; perfil de saúde; doenças sexualmente transmissíveis; sistemas de informação.

RESUMEN

Objetivo: describir la tendencia de morbimortalidad por SIDA en Caruaru, Pernambuco, Brasil, desde enero de 2000 hasta diciembre de 2006, **Método:** se trata de un estudio transversal descriptivo. Los datos sobre morbilidad y mortalidad se obtuvieron desde las bases de datos del Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN) y del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM) disponibles en el sitio web del Ministerio de la Salud. **Resultados:** del total de casos notificados de SIDA (318 casos), el 32,7% resultó en óbito. La reducción de la tasa de mortalidad es más significativa en hombres que en mujeres, sin embargo, la razón de masculinidad se observó en todos los años del estudio, con excepción del 2006. **Conclusión:** en Caruaru, el SIDA afecta más a las personas jóvenes, negras, de sexo masculino, con hasta 11 años de estudio y heterossexuales. Y los números de óbitos son más grandes entre las personas jóvenes, blancas, de sexo masculino y con hasta 3 años de estudio. **Descriptores:** síndrome de inmunodeficiencia adquirida; perfil de salud; enfermedades sexualmente transmisibles; sistemas de información.

¹Doutora em Saúde Coletiva, Professora da Faculdade do Vale do Ipojuca/Favip. Caruaru, Pernambuco, Brasil. E-mail: shirleyverasmaciel@gmail.com; ²Doutorando do Programa de Pós-graduação da Universidade de Pernambuco - FOP/UPE; Professor da Associação Caruaruense de Ensino Superior/Asces e da Favip. Caruaru, Pernambuco, Brasil. E-mail: wambertomaciel@gmail.com; ³Mestre em Odontologia - FOP/UPE, Professora da Associação Caruaruense de Ensino Superior/Asces. Caruaru, Pernambuco, Brasil. E-mail: mariarecife2@yahoo.com.br; ⁴Fonoaudióloga especialista em Saúde Pública pela Associação Caruaruense de Ensino Superior/Asces. Caruaru, Pernambuco, Brasil. E-mail: claudiasantana25@hotmail.com; ⁵Especialista em Docência do Ensino Superior pelo Centro de Estudos Superiores de Maceió, Professora do Centro de Estudos Superiores de Maceió - Cesmac, Maceió, Al. E-mail: lena_aleluia@hotmail.com; ⁶Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Pernambuco - PPGCP/UFPE. E-mail: manudonato@gmail.com; ^{7,8}Acadêmicas de Enfermagem da Associação Caruaruense de Ensino Superior/Asces. Caruaru, Pernambuco, Brasil. E-mails: ellen_dio@hotmail.com; tamfarias@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome - Aids) emerge como uma das principais causas de morte, em especial entre adultos de 20 a 49 anos de idade, revelando-se um problema de saúde pública, nos anos 80. As desigualdades na morbidade e mortalidade pela doença têm sido relatadas na literatura científica tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, porém um estudo realizado nos Estados Unidos sobre pessoas diagnosticadas com a doença entre 1990 e 1998 mostrou aumento substancial na sobrevida após a terapêutica combinada com antirretroviral, mas foi observado que essa sobrevida variou segundo o sexo, raça e *status* socioeconômico.¹ No Brasil, estudos sobre a epidemia mostram que os casos da doença foram inicialmente observados em populações mais favorecidas, ocorrendo mudança nesse padrão ao longo do tempo, assim o processo denominado de pauperização da Aids.²⁻³

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (2006), desde o início da década de 80 até junho de 2006, foram notificados à Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DST/Aids) 433.067 mil casos da doença, deste total 183.074 casos evoluíram a óbito, sendo mais da metade deles (68,9%) registrados na região Sudeste do Brasil, seguida das regiões Sul (15,1%) e Nordeste (9,2%).⁴

Todavia, estudos sugerem que ao se considerar a existência de uma política eficiente de assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids, pode-se levantar a hipótese de que populações mais vulneráveis teriam um menor acesso a assistência ou menor adesão ao tratamento, o que poderia estar influenciando os diferenciais de mortalidade observados nas regiões brasileiras.⁵

As múltiplas consequências da doença e da morte provocam uma situação de crise em vários lugares do mundo: diminuição das chances de sobrevida das crianças, anos potenciais de vida perdidos, aumento do número de órfãos, pessoas atingidas no auge da produtividade, gerando problemas individuais e coletivos, sociais e econômicos, como aqueles relacionados a uma queda de produtividade da mão de obra e perdas econômicas importantes.⁶

Nesse sentido, a Aids não se limita a uma certa região geográfica, sexo, raça/etnia ou condição social, embora todos esses fatores se relacionem com a forma como a epidemia se dissemina. Vários estudos epidemiológicos referidos na literatura têm enfatizado a

importância de políticas públicas voltadas para a redução das desigualdades sociais e o fortalecimento dos serviços de saúde, devido ao grau de associação entre a prevalência da doença e as baixas condições sócio-econômicas, como também entre o aumento da mortalidade e a posição sócio-econômica e o nível educacional.⁷⁻⁸

Em 2006, no estado de Pernambuco a doença acometeu mais a população economicamente ativa, sendo a maioria dos casos (5.014) e óbitos (2.266) verificada entre pessoas de 20 a 49 anos de idade. Ressalta-se ainda que o estado é responsável, no contexto nacional, por 3,3% dos casos notificados e dos 2,6% óbitos registrados no país.⁴

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo apresentar o padrão de morbimortalidade por Aids em Caruaru, município do estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2006, como também descrever algumas variáveis sociais sobre a mortalidade pela doença, visando subsidiar ações específicas para o seu controle no município.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo. Os dados sobre a morbidade e mortalidade foram obtidos por meio de consulta aos seguintes Sistemas de Informação, o de Agravos de Notificação (Sinan) e o sobre Mortalidade (SIM), bem como o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral (*Síscel*), todos disponibilizados em CD-ROM pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2006.

Ressalta-se que a Aids foi considerada como a causa básica informada e codificada segundo as disposições da Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). A população do estudo foi constituída por todos os casos de Aids em residentes em Caruaru, diagnosticados e registrados no período de 2000 a 2006. Para evitar erros de retardo de notificação, optou-se por analisar os dados disponíveis até 2006, último ano em que constavam os dados completos.

Foram incluídas no estudo as variáveis: anos do diagnóstico do caso e de ocorrência do óbito, sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil do falecido, categoria de exposição hierárquica do caso, local de ocorrência do óbito e origem dos

dados do caso. Para compatibilizar a classificação com a utilizada pelo Ministério da Saúde na definição do caso de Aids, consideraram-se como adultos os indivíduos com 14 anos de idade ou mais e como crianças àqueles com menos de 14 anos. Para a variável raça/cor usou-se parda, branca e preta. Escolaridade foi estratificada como nenhuma, de 1 a 3 anos, de 4 a 7 anos, de 8 a 11 anos e de 12 anos e mais de estudo e ignorados quando a escolaridade não foi informada. Para estado civil se utilizou solteiro, casado, viúvo, separado, ignorado (quando não foi informado) e não se aplica (quando se referia às crianças). Categoria de exposição hierárquica do caso foi classificada como homossexual, bissexual, heterossexual, usuário de drogas injetáveis (UDI) e transmissão vertical. Local de ocorrência do óbito foi definido como hospital, domicílio e via pública. E por último, usou-se como origem dos dados os sistemas de informações que informaram os casos (Sinan, SIM e Siscel).

Chama-se a atenção, visto que na base de dados online não se encontra disponível nenhuma variável que possa identificar os sujeitos da pesquisa, não havendo necessidade de submissão à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), bastando apenas citar a fonte governamental dos dados.

A tabulação dos dados e o cálculo dos indicadores foram realizados utilizando-se basicamente os recursos dos Programas Microsoft Excel® 2003 e Epidata Analysis versão 1.1.

RESULTADOS

Durante o período de janeiro de 2000 a dezembro de 2006 foram diagnosticados 318 casos de Aids entre residentes do município de Caruaru, destes 104 evoluíram a óbito. O número total de casos e óbitos por Aids, os coeficientes de morbidade e mortalidade, como também as taxas de letalidade no período estudado encontram-se demonstradas na Tabela 1.

Tabela 1. Número, Taxa de letalidade e coeficientes de morbidade e mortalidade (100.000 habitantes) por Aids, Caruaru, 2000 a 2006.

Anos	Morbidade		Mortalidade		Taxa de letalidade (%)
	n	Coef.	n	Coef.	
2000	27	10,6	11	4,3	2,45
2001	33	12,8	12	4,6	2,75
2002	54	20,6	16	6,1	3,38
2003	57	21,4	17	6,4	3,35
2004	53	19,6	19	7,0	2,79
2005	45	16,1	16	5,7	2,81
2006	49	17,3	13	4,6	3,77
Total	318	118,9	104	38,9	3,10

Fonte: Datasus/MS, disponível em 2009

Em números absolutos, os casos de Aids passaram de 27, em 2000, para 49, em 2006. Todavia, analisando os coeficientes de morbidade, estes, inicialmente, apresentaram crescimento acelerado até 2003, alcançando o coeficiente mais elevado de 21,4 por 100.000 habitantes, e a partir desse ano apresentou discreta redução na velocidade de crescimento, com pequenas variações ao longo do período.

Quanto aos óbitos observa-se uma oscilação dos seus valores em números absolutos, enquanto que os coeficientes de mortalidade apresentaram tendência ascendente até o ano de 2004, começando a reduzir gradualmente. Sendo que os maiores coeficientes de

mortalidade por Aids foram verificados nos anos de 2003 e 2004, com 6,4 e 7,0/100.000 habitantes, respectivamente, atingindo o seu valor mais baixo em 2000, com 4,3/100.000 habitantes. No que se refere às taxas de letalidade por Aids, observou-se que estas oscilaram no decorrer do período estudado, apesar de ascender de 2000 a 2002. Todavia, ressalta-se que a maior taxa foi registrada em 2006 (3,77%), último ano do estudo.

A Tabela 2 mostra os números de casos e óbito, como também os percentuais e a relação homem/mulher por Aids segundo sexo e ano ocorrência, registrados em Caruaru, no período de 2000 a 2006.

Tabela 2. Razão de sexo, número e percentuais de casos e óbitos por Aids, segundo sexo e ano, Brasil, 2000 a 2006.

Anos	Casos		Razão M/F	Óbitos		Razão M/F
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
2000	17 (63,0)	10 (37,0)	1,7	9 (81,8)	2 (18,2)	4,5
2001	22 (66,7)	11 (33,3)	2,0	8 (66,7)	4 (33,3)	2,0
2002	39 (72,2)	15 (27,8)	2,6	14 (87,5)	2 (12,5)	7,0
2003	32 (56,1)	25 (43,9)	1,3	16 (94,1)	1 (5,9)	16,0
2004	33 (62,3)	20 (37,7)	1,6	14 (73,7)	5 (26,3)	2,8
2005	28 (62,2)	17 (37,8)	1,7	12 (75,0)	4 (25,0)	3,0
2006	30 (61,2)	19 (38,8)	1,6	6 (46,2)	7 (53,8)	0,9
Total	201 (63,2)	117 (36,8)	1,7	79 (76,0)	25 (24,0)	3,2

Fonte: Datasus/MS, disponível em 2009

Considerando a evolução da morbidade por Aids observou-se que houve oscilações nos valores total de casos e nas suas porcentagens independente do sexo estudado. Em todos os anos estudados a doença atingiu mais homens do que mulheres, sendo registrados ao todo 201 casos em homens, sendo que a maioria deles ocorreu em 2002 (n=39; 72,2%). Enquanto que se observou que dos 117 casos registrados em mulheres, a maioria ocorreu em 2003 (n=25; 43,9%). Ao se observar a relação homem/mulher verificou-se que a razão de masculinidade oscilou entre 1,3 casos, em 2003 e, 2,6 casos, em 2002, porém, manteve-se uma relação igual ou superior a 1,6 casos na maioria dos anos estudados.

Verificou-se que em todos os anos do estudo o número de óbitos por Aids foi maior no sexo masculino, a exceção do ano de 2006. Observou-se que no sexo masculino a mortalidade foi maior no ano de 2003 (n=16;

94,1), enquanto que, no sexo feminino o valor mais alto foi verificado em 2006 (n=7; 53,8%). A análise dos dados compreendeu também o estudo da razão entre sexos - masculino/feminino (M:F), podendo-se observar que apesar dessa relação oscilar no decorrer do estudo, verificou-se uma redução importante ao se analisar apenas o primeiro (2000) e o último ano (2006) do período, passando de 4,5 mortes masculinas para cada morte feminina, em 2000, para 0,9 em 2006. Ressalta-se também que a maior razão de masculinidade foi registrada em 2003 (16,0:1).

A morbimortalidade por Aids em Caruaru em números absolutos e porcentagens, segundo faixa etária (em anos), raça e escolaridade (em anos de estudo) encontram-se demonstradas na Tabela 3.

Tabela 3. Morbimortalidade proporcional por Aids segundo faixa etária, raça e escolaridade, Caruaru, 2000 a 2006.

Variáveis	Casos	Óbitos
	n (%)	n (%)
Faixa Etária (em anos)		
<14	12 (3,8)	2 (1,9)
15-19	1 (0,3)	1 (1,0)
20-29	94 (29,6)	29 (27,9)
30-39	126 (39,6)	40 (38,5)
40-49	54 (17,0)	21 (20,2)
50-59	21 (6,6)	7 (6,7)
60 e +	10 (3,1)	4 (3,8)
Raça		
Branca	110 (34,6)	56 (53,8)
Preta	17 (5,3)	4 (3,8)
Parda	152 (47,8)	40 (38,5)
Ignorado	39 (12,3)	4 (3,8)
Escolaridade (em anos de estudo)		
Nenhum	36 (11,3)	18 (17,3)
1 a 3	57 (17,9)	33 (31,7)
4 a 7	91 (28,6)	19 (18,3)
8 a 11	64 (19,2)	13 (12,5)
12 e mais	16 (5,0)	4 (3,8)
Ignorado	54 (17,0)	17 (16,3)

Fonte: Datasus/MS, disponível em 2009

A doença se apresenta de forma bastante diferenciada nas diversas faixas etárias da população, durante os sete anos destacados neste estudo, sendo possível observar uma

concentração tantos dos casos quanto dos óbitos na faixa etária de 20 a 49 anos (84,2% e 84,6%, respectivamente), sendo a faixa etária

mais atingida a de 30 a 39 anos, registrando 126 casos (39,6%) e 40 óbitos (38,5%).

Com relação à raça/cor, os maiores números de casos ocorreram em pardos (n=152; 47,8%) acompanhados de brancos (n=110; 34,6%). Todavia, ao analisar os óbitos, observou-se uma inversão, onde há uma predominância dos brancos (n=56; 53,8%), seguido dos pardos (n=40; 38,5%). Chama-se a atenção para o número de dados ignorados, principalmente entre os casos de Aids (n=39; 12,3%).

Quanto à escolaridade, deve-se destacar um maior percentual de casos e de óbitos em pessoas com grau de escolarização abaixo de 8 anos de estudo. Sendo que entre os casos o maior percentual foi observado principalmente entre aquelas pessoas com 4 a 7 anos de estudo (n=91; 28,6%) e entre os óbitos, entre as pessoas de 1 a 3 anos de estudo (n=33; 31,7%). Vale mencionar que a elevada proporção de dados ignorados (acima de 16,0%) limita a análise dos óbitos segundo escolarização (Tabela 3), bem como esses

dados ignorados limita-se à análise da escolaridade dos casos segundo a categoria de exposição, conforme apresentado na Tabela 4.

Ao comparar os casos de Aids segundo categoria de exposição e escolaridade, verificou-se que a categoria com o mais baixo grau de escolaridade (nenhum ano de estudo) foi a do heterossexual (n=27; 75,9%), fato este observado até aquelas pessoas que concluíram 11 anos de estudo. Enquanto que, pessoas que têm 12 anos ou mais de estudo se enquadraram na categoria de exposição do bissexual (n=8; 50%). Entretanto, chama-se a atenção para o alto número de campos em branco que deixaram de ser informados tanto na identificação da categoria de exposição quanto na escolaridade (n=40; 71,4%). Ressalta-se ainda que, as categorias de exposição que mais foram acometidas pela doença foram a heterossexual (n=167; 52,5%) seguida por bissexual (n=44; 13,8%) e homossexual (n=29; 9,1%), apesar de 20,4% (n=65) dos dados se encontrarem ignorados (Tabela 4).

Tabela 4. Escolaridade dos casos segundo a categoria de exposição, Caruaru, 2000 a 2006.

Categoria de exposição	Escolaridade (em anos de estudo)					
	Nenhum	1 a 3	4 a 7	8 a 11	12 e +	Ignorado
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Homossexual	2 (5,6)	5 (8,8)	8 (8,8)	11 (17,2)	2 (12,5)	1 (1,9)
Bissexual	3 (8,3)	8 (14,0)	9 (9,9)	14 (21,9)	8 (50,0)	2 (3,7)
Heterossexual	27 (75,0)	35 (61,4)	65 (71,4)	34 (53,1)	3 (18,8)	3 (5,6)
UDI	0 (0,0)	1 (1,8)	1 (1,1)	1 (1,6)	2 (12,5)	0 (0,0)
Transmissão Vertical	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (14,8)*
Ignorado	4 (11,1)	8 (14,0)	8 (8,8)	4 (6,3)	1 (6,3)	40 (74,1)
Total	36 (100,0)	57 (100,0)	91 (100,0)	64 (100,0)	16 (100,0)	54 (100,0)

*Não se aplica. Fonte: Datasus/MS, disponível em 2009

Verificou-se que o sistema de informação em saúde que mais alimentou os casos de Aids no estado de Pernambuco foi o Sinan (n=285; 89,6%), sendo o SIM responsável por apenas 5,3% (n=17) desses dados.

Com relação aos óbitos por Aids segundo o estado civil, verificou-se que houve uma maior predominância entre os solteiros (n=72; 69,2%) seguidos dos casados (n=22; 21,2%), separado (n=4; 3,8%) e viúvos (n=3; 2,9%). E a maioria dos óbitos por Aids registrados em Pernambuco (n=84; 80,8%) ocorre em hospitais.

DISCUSSÃO

Inicialmente, é importante considerar que as informações contidas no presente estudo são baseadas em dados secundários, o que pode trazer limitações ligadas à qualidade das informações com vieses de resultados. Da mesma forma, cabe enfatizar sobre as limitações comuns advindas da utilização de dados de mortalidade, que têm sua qualidade afetada por diversos fatores tais como o acesso diferenciado aos serviços de saúde,

dificuldades no diagnóstico, erro no preenchimento da declaração de óbito, na codificação da causa básica e até no processamento dos dados. Esses fatores afetam, de forma diferenciada, os estudos de mortalidade por causa específica, e no caso da Aids pelo fato de ser uma doença associada a estigmas e preconceitos, a preocupação de sua subestimação como causa de morte é referida por vários autores.⁹⁻¹⁰

Todavia, esta situação não invalida a análise de dados locais, tendo em vista que as limitações deste estudo são apenas inerentes àquelas ligadas à utilização de dados secundários.

Embora a aids represente uma das principais causas de morte da população jovem adulta do município de Caruaru, constata-se a partir de 2004 uma queda relevante no número de mortes provocadas por esta causa, o que concorda com os achados observados nos estudos realizados no estado de São Paulo⁶ e de Santa Catarina.¹¹ A hipótese principal é que, pelo menos em grande parte, a diminuição da mortalidade

por Aids seja consequência do aumento da sobrevida dos pacientes devido à melhoria das condições de tratamento, especialmente à terapêutica combinada de antirretrovirais associada à profilaxia das infecções oportunistas. O desenvolvimento de novos medicamentos tende a melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV⁵, entretanto é fundamental que sejam também considerados e tratados os efeitos colaterais desses medicamentos, bem como a resistência desenvolvida pelo vírus nas pessoas em tratamento.

Verifica-se que cada vez mais têm sido realizados estudos abordando a multidimensionalidade das condições de vida das pessoas em estado de doença, apontando para a necessidade de abordagem diferenciada por parte dos profissionais envolvidos em seu tratamento. Quando se trata de uma doença sem cura, a abordagem profissional com o paciente precisa ser voltada para melhorar sua qualidade de vida, pois a Aids é uma doença sem cura e muito temida pela população, principalmente pelo estigma associado.¹²

A análise dos dados compreendeu também o estudo da razão entre sexos masculino/feminino (M/F), podendo-se observar que apesar dessa relação oscilar no decorrer do estudo, verificou-se uma redução importante ao se analisar apenas o primeiro (2000) e o último ano (2006) do período, passando de 4,5 mortes masculinas para cada morte feminina, em 2000, para 0,9 em 2006. Essa tendência expõe a situação que foi se agravando para a população feminina e revela o alastramento da Aids entre as mulheres, a chamada feminização da Aids, com a redução do diferencial de mortalidade em relação aos homens. Estudo realizado no estado do Maranhão indicou como fatores explicativos para uma menor sobrevida entre as mulheres, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde; a discriminação; a baixa valorização dos sinais e sintomas, dificultando e retardando o diagnóstico e as medidas terapêuticas cabíveis; como também a baixa adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais.¹³

Observa-se que as maiores taxas de morte se apresentam entre os adultos jovens, o que está em consonância com dados sobre morbimortalidade em nível nacional¹⁴⁻¹⁵ e internacional¹⁶. A ascensão do número de mortes prematuras - expressão última da relevância da epidemia - qualifica e reitera sua transcendência. Atingindo segmentos da população em idade produtiva/reprodutiva, a Aids, em especial nos países em

desenvolvimento, agrava a desagregação familiar e a orfandade.

Sugere-se que a morbimortalidade por Aids esteja ligada diretamente à escolaridade, onde as pessoas com grau de escolarização abaixo de 8 anos de estudo estejam mais sujeitas a contrair o HIV e morrer em decorrência da Aids. A constatação de que o número de casos aumentou nos estratos de menor escolaridade remete aos fatores socioeconômicos que tornam as populações mais vulneráveis ao HIV e em desvantagem no que se refere ao acompanhamento da doença. Pois estudo realizado no estado de São Paulo⁶ mostrou que pessoas mais pobres e menos escolarizadas têm menores taxas de aderência ao tratamento e que os custos do seguimento, como os de transporte, mesmo quando o tratamento é subsidiado, e o cuidado com os filhos - especialmente no caso das mulheres, tem sido apontado como dificuldades para a adesão ao acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/Aids.¹⁷

Referente à categoria de exposição hierárquica, há uma maior predominância da prática heterossexual. Esta tendência representa, de fato, o crescimento dos casos entre homens heterossexuais, junto ao marcante predomínio desta forma de transmissão na população feminina, o que corrobora a hipótese de heterossexualização da epidemia.¹⁸

Quanto ao estado civil, notou-se que há uma maior proporção de casos e óbitos em solteiros e uma menor proporção em viúvos e separados. Uma das hipóteses para explicar o elevado índice em solteiros seria que eles teriam um maior número de parceiros sexuais em relações desprotegidas que as outras classificações, portanto, maior chance de infecção.

É, portanto, fundamental, focalizar investimentos em estratégias de prevenção e assistência, principalmente entre as mulheres e pessoas em situação de pobreza, como forma de garantir a redução da transmissão do HIV e da mortalidade por Aids nesses segmentos populacionais. A implementação dessas ações deve considerar as características socioculturais das comunidades, como por exemplo, a realização de ações educativas por meio de campanhas acessíveis e adequadas às realidades locais, além da garantia do envolvimento da sociedade na formulação de mecanismos eficientes de prevenção, assistência e melhoria das condições de vida dessas populações, e no controle social junto ao Sistema Único de Saúde.¹⁹

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo reforçam os achados de outras pesquisas no sentido de que a mortalidade por Aids apresenta desaceleração na velocidade de crescimento, notadamente entre os homens, bem como, ainda assim, se constitui em importante causa de morte, que atinge uma população economicamente ativa (de 20 a 39 anos).

Em Caruaru, a doença acomete mais pessoas pardas, porém, pessoas brancas morrem mais em função da doença. Heterossexual é a categoria de exposição mais atingida pela doença, principalmente quando em pessoas com até 7 anos de estudo, enquanto que, pessoas da categoria bissexual acometidas pela doença têm mais anos de escolaridade (12 e mais anos de estudo).

REFERÊNCIAS

1. Fordyce EJ, Singh TP, Nas h D, Gallagher B, Forlenza S. Servical rates in NYC in The era of combination ART. I Acquir Immune Defc Syndr. 2002; 30: 111-8.
2. Bastos FI, Barcellos C. geografia social de Aids no Brasil. R. Saúde Pública 1995; 29: 52-62.
3. Medeiros MGP. Dinâmica temporal da epidemia de Aids no Brasil segundo condição socioeconômica, no período 1986-1998 [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST e Aids; 2006 [acesso 2009 jun 12]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
5. Chequer P, Sudo E, Vitória MAA, Cunha C, Veloso V. Impacto da terapia antiretroviral. Coordenação Nacional de DST e AIDS, Ministério da Saúde. Brasília; 2000 [acesso 2009 jun. 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/impactorev isoos1.htm>
6. Farias NSO. Mortalidade por AIDS e condições socioeconômicas no Município de São Paulo, 1994 a 1999 [Tese]. São Paulo: UFSP/Departamento de Epidemiologia; 2002.
7. Wood E, Sallar AM, Schechetes MT. Social inequalities in male mortality amenable to medical intervention in British Columbia. Soc Sci Med; 48 (12): 1751-8.
8. Brodis HPH, Massing M, Tyroles HA. Income Inequality and all-cause mortality in the 100 counties of North Carolina. South MedJ 2000; 93 (4): 386-91.
9. Barchielli A, Buiatti E, Galanti C, Giovannetti L, Acciai S. 1995. Completeness of AIDS reporting and quality of AIDS death certification in Tuscany (Italy): A linkage study between surveillance system of cases and death

certificates. European Journal of Epidemiology, 11:513-517.

10. Buchalla CM, A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e a Mortalidade Masculina, de 20 a 49 Anos, no Município de São Paulo: 1983 a 1986. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo;1993.

11. Santos R, Peres MAA, Medeiros LS, Sakae TM. Perfil da mortalidade por AIDS em Santa Catarina - 2000 a 2004. Associação Médica Brasileira, 2006. 35 (2): 89-97.

12. Zatta LT, Xavier RM, Santos JRS dos *et al.* Análise da produção científica brasileira sobre qualidade de vida de Portadores do hiv/AIDS. Rev Enferm UFPE On Line. 2009;3(1):70-5

13. Alves SSB, Silva AAM, Nemes MIB, Brito LGO. Tendências da incidência e da mortalidade por AIDS no Maranhão, 1985 a 1998. Rev. Saúde Pública. 2003; 37: 177-82.

14. Bouvier MM, Jouglu E, Schwoebel V. Impact du SIDA sur la mortalité générale en France. ReVue d'Epidemiologia et Santé Publique; 1994. 42: 89-98.

15. Lemos KRV, Valente JG. Mortalidade por Aids no Estado do Rio de Janeiro - 1991 a 1995. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cadernos de Saúde Pública; 2001. 17 (4).

16. Giovani EM. Estudo retrospectivo dos aspectos demográficos e das manifestações clínicas bucais e gerais, em pacientes com idade superior a 50 anos, soropositivos para HIV/AIDS. [Tese]. São Paulo; 2002.

17. Fundação SEADE. Taxa de mortalidade por AIDS, por sexo e faixa etária: Município de São Paulo 1988-1995. [acesso 2009 jun. 02]. Disponível em <http://www.sead.gov.br>.

18. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev Soc Bras Med Trop. 2000; 34: 207-17

19. Cardoso MRA, Farias N. Mortalidade por AIDS e indicadores sociais no município de São Paulo, 1994 a 2002. Rev de Saúde Pública. 2005; 39(2):198-205.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/04/13

Last received: 2010/06/28

Accepted: 2010/07/01

Publishing: 2010/10/01

Address for correspondence

Shirley Suely Soares Veras Maciel
Avenida Londres, 110 – Maria Gorete
CEP: 55.016-370 – Caruaru, Pernambuco, Brasil