

**Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social**



**AIDS E MULHERES EM PERNAMBUCO
Perfil Epidemiológico e Implicações Sócio-Culturais**

Maria Goretti de Godoy Sousa

Recife, 1993

100

**Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva**



**AIDS E MULHERES EM PERNAMBUCO
Perfil Epidemiológico e Implicações Sócio-Culturais**

Maria Goretti de Godoy Sousa

**Monografia apresentada à coordenação do Programa de Residência em
Medicina Preventiva e Social, para obtenção do Título de Especialista, a
nível de residência, em Medicina Preventiva e Social**

Recife, 1993

AGRADECIMENTOS

A Djalma Agripino de Melo Filho, pela tranquilidade e segurança em todos os momentos da orientação.

À Coordenação do Programa DST/AIDS da Secretaria de Saúde do Estado pela colaboração na coleta dos dados.

Às equipes dos arquivos dos Hospitais Oswaldo Cruz, Correia Picanço, das Clínicas e do Instituto Materno Infantil de Pernambuco pelas suas contribuições.

Ao SOS Corpo/Recife, pelo apoio na pesquisa bibliográfica, através do seu Centro de Documentação.

Enfim, a todos que colaboraram direta ou indiretamente para a elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | |
| 1.1. Histórico | 5 |
| 1.2. Padrões de Infecção | 6 |
| 1.3. Situação Atual da AIDS | 7 |
| 1.4. Algumas Reflexões Acerca das Dimensões Sociais da AIDS | 8 |
| 1.5. Justificativa | 10 |
| 1.6. Objetivos | . |
| 1.6.1. Geral | . |
| 1.6.2. Específicos | . |
| 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 11 |
| 2.1. Descrição da Área | . |
| 2.2. População do Estudo | . |
| 2.3. Definição de Caso | . |
| 2.4. Desenho do Estudo | . |
| 2.5. Coleta de Dados | . |
| 2.6. Variáveis | . |
| 2.7. Plano de Tratamento dos Dados | . |
| 3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 15 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 30 |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 31 |
| 6. ANEXOS | 33 |

1 - INTRODUÇÃO

1.1. Histórico

A AIDS, do inglês significa, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - é o termo utilizado para caracterizar as condições físicas resultantes da infecção pelo HIV, ou vírus da imunodeficiência humana. HIV é um termo genérico para se referir a dois vírus semelhantes - HIV 1 e HIV 2 - ambos resultando na AIDS . O HIV 1 é o mais detectado no mundo inteiro (10,13).

Ao estar infectado pelo HIV a pessoa não necessariamente tem AIDS ou fica doente, entretanto ela pode transmitir para outras pessoas. O período médio entre a infecção pelo HIV e a AIDS (período de incubação) é de aproximadamente 10 anos, e alguns pesquisadores estimam em até 20 anos (10,12). Porém, quando a pessoa desenvolve a AIDS, a doença é invariavelmente fatal. O HIV pode ser detectado através de testes sanguíneos, sendo os mais utilizados, o Elisa, a Imunofluorescência e o Western Blot. A presença de anticorpos no sangue, mostra se a pessoa já esteve exposta ao vírus.

O HIV pode ser transmitido através do sangue ou dos líquidos vaginal e seminal, podendo conseqüentemente ser transmitido através das seguintes formas: 1) através da relação sexual sem proteção (sem preservativo) com uma pessoa infectada; 2) através de transfusões de sangue, de hemoderivados ou pela re-utilização de agulhas, seringas ou de outros instrumentos de uso subcutâneo; 3) através da mãe contaminada para o bebê - antes, durante ou depois do nascimento, pelo leite humano.

Em relação à transmissão, via relação sexual, as estimativas sobre a probabilidade de contaminação pelo HIV ainda são muito precárias, exigindo ainda maiores estudos científicos. Entretanto vale ressaltar alguns pontos em discussão como o fato de que esta probabilidade de contaminação tem variado bastante, sendo alguns indivíduos mais vulneráveis que outros, além de que esta transmissão pode variar em função do estágio da doença/infecção, daí falar-se de "risco variável" (10).

Apesar disto, existe uma certeza absoluta, que é o fato do HIV estar contido tanto no líquido seminal e vaginal quanto no sangue, e a possibilidade de trocas destes líquidos numa relação sexual pode resultar na infecção pelo HIV, através das membranas porosas da vagina, do pênis ou do ânus. Existem estudos que procuram levantar a probabilidade de transmissão homem/mulher que concluem que o risco de transmissão é muito maior para a mulher que para o homem (1,10), o que necessariamente não implica que os homens não estão sob risco numa relação heterossexual sem proteção. Com risco duas vezes maior estão as relações sexuais com penetração anal, tanto em hetero quanto em homossexuais. Diversos estudos (1,10) têm demonstrado ainda que a presença de doenças ulcerativas genitais têm funcionado como eficientes portas de entrada para o HIV. O risco de infecção tem sido ainda relacionado ao número de relações sexuais, aos últimos estágios de infecção; à falta de circuncisão, à ausência do uso de preservativos, além de outros fatores ainda em estudo.

A AIDS, nas palavras de Jonathan Mann (12), fundador do Programa Global de AIDS, da Organização Mundial de Saúde, tem envolvido não apenas uma, mas três sucessivas epidemias globais. A primeira, amplamente oculta e de rápida expansão do vírus HIV, provavelmente teve início na década de 50 ou 60, expandindo-se de forma invisível através dos anos 70, atingindo os Estados Unidos, Haiti, França, Bélgica, Zaire e Zâmbia, e continua até hoje, atingindo um contingente cada vez maior nos diversos pontos do mundo. Segundo estimativas da ONU (13), até o ano 2000, haverá em torno de 30 a 40 milhões de casos cumulativos de infectados pelo HIV em homens, mulheres e crianças, dos quais, mais de um terço serão de mulheres (15).

A segunda epidemia ao contrário da primeira, é totalmente visível, que é constante aumento de casos de AIDS. Segundo estimativas da ONU (13), cerca de 50% dos adultos, infectados pelo HIV-1, desenvolverão AIDS, dentro de um período de infecção de 10 anos, estimando-se portanto em 12 a 18 milhões o número de adultos infectados, e cerca de 4 a 8 milhões de casos pediátricos.

A terceira epidemia, ao contrário das outras duas, é mais um problema social, do que médico e envolve questões como a negação, a culpa, estigma, preconceitos e discriminação trazidos pelo medo da AIDS, em indivíduos e sociedades.

1.2. Padrões de Infecção

A epidemiologia da incidência e expansão da AIDS é fundamental no sentido de se predizer onde poderão ocorrer aproximadamente novos casos assim como para tentar identificar ações preventivas. Até o momento, o vírus do HIV parece seguir padrões epidemiológicos bem definidos. Segundo a OMS-Organização Mundial da Saúde, (10, 11,13) estes padrões de infecção são assim divididos:

Padrão I - aumento extensivo do HIV, a partir dos anos 70 e 80, atingindo na maioria, homossexual e usuários de drogas injetáveis, com uma transmissão heterossexuais limitada. A transmissão por hemotransfusão já não é um problema, pela adoção de medidas de controle, apesar de muitos já terem sido infectados por esta via antes de 1985. A transmissão perinatal se encontra principalmente em mulheres usuárias de drogas ou com parceiros usuários de drogas. (América do Norte, Europa Ocidental, Austrália, Nova Zelândia e algumas áreas da América do Sul).

Padrão II - infecção pelo HIV iniciada no final da década de 70 ou início de 80, tendo sido esta transmissão predominantemente heterossexual e em consequência, os números de AIDS perinatal são muito altos (África Subsaariana).

Padrão III - difusão extensiva do HIV iniciada da metade para o final da década de 80, através de transfusões de sangue e da transmissão sexual (Oriente Médio, Ásia e Europa Oriental).

Padrão Misto(I/II) - introduzido no final da década de 70 ou início de 80. Inicialmente, os infectados eram na sua maioria homossexuais e usuários de drogas injetáveis mas, a partir de meados da década de 80 verificou-se um grande e significativo aumento de infectados pela via de transmissão heterossexual. (América Latina e Caribe)

É importante frisar que esta é uma classificação que pode variar, mesmo dentro de uma mesma região ou país, não sendo portanto estáticos estes padrões.

1.5. Situação Atual da AIDS

Analisando-se a evolução da pandemia de AIDS, verifica-se que a mesma vem aumentando de forma bastante acelerada em todo o mundo. Até o final de 1981, havia morrido nos Estados Unidos, 248 pessoas com diagnóstico de AIDS, tendo havido muitos registros na Europa, África e Haiti. Segundo dados da OMS (4), até junho de 1992, 501.272 casos de AIDS foram notificados, apresentando o seguinte quadro: Américas (277.042), África (151.463), Europa (66.545), Oceania (3.670) e Ásia (1.552). Verifica-se portanto o quanto a epidemia vem se propagando dramaticamente, com perspectivas assustadoras quando se levam em consideração as milhares de pessoas ora infectadas pelo HIV, que poderão desencadear a doença nos próximos anos.

Em relação às mulheres, os dados vêm demonstrando um aumento cada vez maior no número de casos, sendo as principais vias de transmissão a heterossexual (a nível mundial, 75% dos casos de AIDS, dá-se por relações sexuais) e a transfusão sanguínea. No Caribe não latino, a incidência de AIDS em mulheres, excede inclusive os casos da América do Norte (15).

Na América Latina, o Brasil destaca-se na liderança do número de casos de AIDS, representando 49%, enquanto o México e Caribe de fala espanhola, apresentam cada, 19% dos casos (15). Segundo dados do Ministério da Saúde (4) até abril de 1993, foram notificados no Brasil, 37.039 casos acumulados; sendo 31.923 do gênero masculino e 5.116 do feminino. No Estado de Pernambuco, até junho de 1993, foram notificados 877 casos.

No Brasil (4) a AIDS vem assumindo um perfil epidemiológico em transformação tendo atingido maciçamente nos primeiros anos, os homo e bissexuais, correspondendo até 1986, em 78% dos casos, seguidos dos hemofílicos (5,6%), heterossexuais (5%) e usuários de drogas (3,5%). No final de 1992, os homo e bissexuais correspondiam a 43,3% seguidos dos usuários de drogas (24,7%), dos heterossexuais (22,9%) e dos hemofílicos (0,7%). Em relação às mulheres, no Brasil(4), ocorreu em 1983 o primeiro caso de AIDS, atingindo até o final de 1992, 1238 casos novos só neste último ano.

Em síntese, este é o quadro geral da AIDS, estando o mesmo inserido numa realidade concreta que é a de não existir até o momento, nem os meios científicos reconhecem, ao menos a curto ou médio prazo, qualquer possibilidade de cura para esta doença. É improvável até um futuro próximo, que seja descoberta uma vacina contra o HIV, devido à complexidade deste vírus, pela sua rápida mutação e pelo número de diferentes cepas. O que existem hoje são algumas drogas utilizadas no tratamento das infecções oportunistas, mas o sistema imunológico permanece imunodeprimido e vulnerável ao ataque de micro-organismos. São poucas as drogas que atacam o vírus diretamente, sem contudo conseguir eliminá-lo do organismo. A mais utilizada destas, é o AZT (zidovudine), a qual tem retardado o início dos sintomas da AIDS, aumentando a

sobrevida dos pacientes, entretanto ela trás sérios efeitos colaterais, incluindo danos à medula óssea e anemia, levando muitas vezes à necessidade de hemotransfusões para compensar estes problemas.

Portanto, a única forma de prevenção da AIDS é evitar a exposição ao HIV, a partir da adoção de cuidados e controle do sangue e hemoderivados. A nível individual, esta prevenção envolve acima de tudo mudanças no comportamento e atitudes em relação à vivência da sexualidade a partir sobretudo da adoção do sexo seguro, da relação de fidelidade entre os parceiros. No caso de usuários de drogas endovenosas é imprescindível o cuidado com agulhas e seringas, evitando-se que as mesmas sejam compartilhadas.

1.4. Algumas Reflexões Acerca das Dimensões Sociais da AIDS

No estudo e pesquisa sobre a AIDS, devem ser abordadas não apenas questões médicas e perfis epidemiológicos, mas fundamentalmente, as dimensões sociais envolvidas na determinação desta doença, sobretudo atitudes e comportamentos relacionados à sexualidade, por ser esta a principal via de transmissão. Como afirma Parker, R. (7) deve-se dar atenção à construção social do gênero e da sexualidade, pois a vida sexual é uma construção tanto da história e da cultura quanto uma natureza humana e biológica, sendo as formas de comportamentos originários do desejo sexual moldados no universo sócio-cultural, político e legal mais amplo.

Na cultura sexual brasileira (6), destacam-se dentre alguns parâmetros: a ideologia do gênero patriarcal com a polarização do feminino/passivo e masculino/ativo; o discurso religioso, cujos valores são o matrimônio, monogamia e a procriação; o discurso da higiene social que define a sexualidade saudável e a doentia.

A principal meta do programa global de prevenção da AIDS (14), é a promoção do uso de preservativos, primariamente para as mulheres, objetivando a redução da transmissão do HIV/AIDS. A introdução deste, depende de certas pré-condições tais como, a existência de relativa equidade entre os gêneros, além da existência de outras opções além da maternidade para definir a identidade ou a auto-estima da mulher.

Verifica-se portanto, que considerando os padrões sexuais da cultura brasileira, esta estratégia certamente enfretará sérias limitações, pois o uso de preservativos não tem sido visto apenas como proteção contra DST, conduzindo a implicações sociais e culturais do ato sexual, ou seja, a sugestão do seu uso significaria que a mulher é sexualmente ativa ou disponível para o sexo, o que numa sociedade patriarcal como a nossa, seria a violação de comportamentos normativos tradicionais, onde a esta cabe o papel sexual passivo; para muitos indivíduos, a sugestão do uso do preservativo simboliza relações extra; quando introduzido em relações duradoras, onde não vinha sendo utilizado previamente, ameaça a crença na própria relação, na confiança e na fidelidade.

Em nossa cultura, o exercício da sexualidade só é permitido às mulheres após o casamento, enquanto para os homens é sinal de virilidade, estimulado já na adolescência,

assim como é socialmente aceitável a procura de outras parceiras fora do casamento.

A vivência diferenciada da sexualidade dos gêneros, conseqüentemente confere níveis de poder distintos no interior destas relações, limitando amplamente o poder de negociação da mulher, ficando estas mais expostas ao risco, visto que a demanda do uso do preservativo pelo parceiro pode significar risco à própria relação, situação extremamente agravada quando a isto soma-se a relação submissa e de dependência sócio-econômica destes parceiros, realidade da maioria das mulheres brasileiras, além do limitado espaço de exercício de atividades no mercado de trabalho, cabendo a estas a maternidade e criação da prole.

É importante destacar ainda em relação à construção social do gênero, algumas reflexões sobre a questão da bissexualidade. Segundo Parker, R. (7), as relações entre indivíduos do mesmo sexo têm-se tornado mais abertas, a exemplo dos EUA e da Grã-Bretanha, promovido muitas mudanças de estilo de vida e revolvido padrões tradicionais de organização familiar e reprodutivo, havendo uma construção gradual da homossexualidade enquanto identidade sexual distinta (rompendo com o discurso da higiene social em relação à sexualidade). Esta mesma identidade sexual tem possibilitado a estes grupos uma resposta coletiva à ameaça do HIV (primeiro grupo afetado), reduzindo o número de casos nos últimos anos.

Em culturas tradicionais, com valores associados à vida familiar e reprodutiva, os padrões de comportamento têm sido completamente distintos daqueles emergentes nas sociedades industrializadas e nestes contextos, a bissexualidade pode ter assumido o papel funcional de permitir tanto as expectativas sociais quanto satisfazer preferências sexuais ao mesmo tempo.

Há ainda a visão em muitas partes do mundo, aqui estando inserido o Brasil (7), de que o parceiro sexual (masculino e feminino) é conceitualmente menos importante do que os papéis específicos exercidos pelo indivíduo durante o ato sexual, distinguindo-se parceiros ativos e passivos em interações com parceiros do mesmo sexo, determinando a definição de gênero e sexualidade, mais do que a noção de heterossexualidade e homossexualidade.

Estas construções a cerca de interações com parceiros do mesmo sexo, podem estruturar os riscos de infecção para o HIV/AIDS. Sendo frequentemente o comportamento bissexual clandestino ou oculto para as parceiras femininas, este tem funcionado como ponte entre a população heterossexual e grupos de alta prevalência, sobretudo para as mulheres, pelo desconhecimento dos riscos que corre, sendo este fator ainda mais contundente em contextos culturais onde é amplamente negado o poder feminino de negociação dentro das relações reprodutivas. No Brasil, cerca de 20% dos casos de AIDS por transmissão vertical ocorrem em crianças de pais bissexuais (7).

1.5. Justificativa

A AIDS vem se constituindo nos últimos anos num dos sérios problemas de saúde que afetam a humanidade. É uma doença que se avaliada a partir dos indicadores de morbi-mortalidade proporcional não seria tão significativa, visto que doenças infecto-parasitárias, e outras decorrentes da miséria, têm atingido e matado muito mais pessoas, sobretudo em regiões do Brasil como a do Nordeste. Mas acima de tudo, a AIDS é objeto de preocupação pela forma como as estatísticas vêm demonstrando crescimentos do tipo exponencial nas suas taxas de incidência, sobretudo entre os heterossexuais. Em relação à AIDS, há um fator agravante que é a latência entre o período da infecção pelo HIV e a manifestação dos sintomas podendo durar muitos anos, e esta é de fato a grande preocupação, pois a infecção se dá de forma insidiosa e silenciosa.

Dentro deste quadro, tem-se observado que a AIDS vem atingindo um número cada vez maior de mulheres, onde a razão masculino/feminino vem diminuindo gradativamente. Como decorrência deste aumento do número de mulheres infectadas, o aumento do número de casos de AIDS perinatal torna-se inevitável.

Em face do exposto, considera-se relevante o presente estudo, no momento em que se propõe a traçar um perfil de evolução do número de casos de AIDS em mulheres, correlacionando-o com o gênero masculino, no Estado de Pernambuco e acima de tudo procurando identificar fatores determinantes, o que certamente poderá ser de utilidade quando do planejamento de ações de caráter preventivo, viabilizando um instrumento para maior informação e divulgação à população envolvida.

1.6. Objetivos

1.6.1. Geral

Descrever o perfil epidemiológico da AIDS, por gênero, no Estado de Pernambuco, no período de 1983 a 1992, destacando-se o estudo da casuística do gênero feminino.

1.6.2. Específicos

- Calcular indicadores de morbidade segundo atributos ligados ao indivíduo, ao tempo e ao espaço, comparando-os principalmente pela categoria gênero;
- Levantar possíveis hipóteses explicativo-compreensivas para o perfil epidemiológico encontrado, à luz de aspectos sócio-econômicos e culturais.

2 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1. Descrição da Área

O presente estudo tem como área o Estado de Pernambuco, que fica situado na Região Nordeste do Brasil, com área territorial de 101.023,4 Km² e população de 7.122.548 habitantes, sendo 69,2% correspondente à população urbana e 30,8% à rural, segundo dados preliminares do Censo Demográfico de 1991. Como principais bases econômicas, desenvolvem-se a agricultura, sobretudo a da cana-de-açúcar, cebola e feijão, a indústria têxtil, alimentícia, além da percuária e extração mineral.

2.2. População do Estudo

A população do estudo se constituiu de 896 casos de AIDS, sendo 788 do gênero masculino e 108 do feminino, em residentes no Estado de Pernambuco, e ocorridos no período de 1983 a 1992.

2.3. Definição de Caso

Neste estudo adotou-se a definição de caso confirmado utilizada pelo Programa DST/AIDS-Ministério da Saúde do Brasil (Anexo 1).

2.4. Desenho do Estudo

O desenho do estudo adotado foi do tipo descritivo, identificado como tendência temporal, cujo esboço se assemelha ao do tipo correlação ecológica.

A vantagem deste tipo de estudo é que o mesmo fornece o comportamento da doença ao longo do tempo, permitindo avaliar a magnitude dos indicadores epidemiológicos.

Entretanto, apresenta algumas desvantagens, como um enorme bias de seleção, porque os dados utilizados distanciam-se muito da realidade em função da diferença entre aqueles que são notificados e o real número de casos. Como consequência as taxas serão sempre subestimadas. Há ainda a tendência dos indicadores que além de serem influenciados pelo comportamento das variáveis independentes, estão sujeitos às variações dos procedimentos de vigilância epidemiológica relativos à variáveis dependentes como, mudanças no critério de definição de caso e oscilações no fluxo de notificações. Como consequência, criam-se dificuldades na interpretação das referidas tendências, não permitindo separar o que se deve ao real comportamento tendencial da doença, daquilo que é considerado um artefato produzido pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica. Uma última desvantagem é o fato deste tipo de estudo não permitir fazer análise causal entre as variáveis.

2.5. Coleta de Dados

Os dados foram coletados pela própria autora, a partir de planilha elaborada para este fim (Anexo 2), constituindo-se de 877 casos de AIDS de residentes no Estado de Pernambuco e notificados ao Programa DST/AIDS-Secretaria de Saúde do Estado, diagnosticados no período de 1983 a 1992, sendo 89 do gênero feminino e 788 do masculino, identificados no livro de registro do referido programa.

Foram ainda analisadas as fichas de notificações (anexo 3) destes casos, apenas para o gênero feminino, assim como foi realizada uma pesquisa nos prontuários destas pacientes, junto às 04 Unidades de Referência de Tratamento da AIDS (IMIP-Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Hospital Oswaldo Cruz, Hospital Correia Picanço e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE) com o objetivo de preencher possíveis lacunas das fichas de notificação. Como consequência disto, foram encontrados 19 casos não-notificados à Secretária de Saúde, e que passaram a fazer parte da casuística deste estudo, totalizando finalmente 896 casos, sendo 788 do gênero masculino e 108 do feminino.

2.6. Variáveis

Para ambos os gêneros, foram selecionados as seguintes variáveis:

| Nome da Variável | Definição | Categorização |
|----------------------------|--|---|
| 1 - Caso de AIDS | Anexo 1 | - |
| 2 - Gênero | Sexual+construção Social | Masculino/feminino |
| 3 - Idade | Anos completos no momento do diagnóstico | 0 -5; 5 -10; 10 -15; 15 -20; 20 -25; 25 -30; 30 -35; 35 -40; 40 -45; 45 - 50; 50 -55; 55 -60; 60 -65; 65 -70. |
| 4 - Ano do Diagnóstico | Ano no qual foi feita a confirmação do diagnóstico (anexo 1) | 1983;1984;1985;1986 ; 1987;1988;1989,1990; 1991;1992. |
| 5 - Ocupação | Consta no livro de registro. | agrupados pelo critério (adaptado) dos grupos ocupacionais do censo de 1980-IBGE (anexo 4). |
| 6 - Categoria de Exposição | Adotada pelo Ministério de Saúde do Brasil | - Sexual (homo,hetero e bissexual). - Sanguínea (hemofilia hemotransfusão e uso de drogas endovenosas) - Perinatal (mãe para filho) - Múltipla (sexual + sanguínea) - Não definidas (quando não é identificada a categoria de exposição). |

Somente para o gênero feminino:

| Nome da Variável | Definição | Categoria |
|---|--|--|
| 1 - Escolaridade | Constante na ficha de notificação | Sem alfabetização 1o. grau 2o. grau 3o. grau Superior Ignorado (quando não informado o nível de escolaridade) |
| 2 - Mesorregião | Divisão territorial adotada pelo Censo IBGE (1991) | Metropolitana do Recife Mata Pernambucana Agreste Pernambucano Sertão Pernambucano São Francisco Pernambucano. |
| 3 - Municípios | Constantes na ficha de notificação | Lista dos municípios pernambucanos |
| 4 - Formas de Exposição, quando heterossexual | Constante na ficha de Notificação e nos prontuários. | Parceiro HIV/AIDS Parceiro bissexual Parceiro usuário de drogas Parceiro hemofílico Parceiro hemotransfundido Múltiplos parceiros Parceiro com múltiplos parceiros Ignorada a condição do parceiro. |

2.7. Plano de Tratamento dos Dados

A fim de realizar a comparação entre gêneros, foram calculados os coeficientes de incidência anual e acumulada (1983-1992), brutos e por faixa etária, bem como a frequência simples e relativa, segundo ano do diagnóstico, ocupação e categoria de exposição. Em relação a esta última variável não foi possível calcular risco/coeficiente de incidência, uma vez que não existem os denominadores para tal equação, ou seja, as populações específicas segundo estas categorias.

Foram calculados ainda, apenas para o gênero feminino, os coeficientes de incidência acumulada (1987-1992), segundo localização nas mesorregiões nos municípios, e as frequências simples e relativas, segundo escolaridade e forma de exposição, quando heterossexual.

Realizou-se o estudo de tendência de crescimento do número de casos, para o período de estudo e as taxas foram ajustadas a curvas de crescimento lineares, logarítmicas ou exponenciais.

A média de idade dos casos de AIDS no momento do diagnóstico, foi calculada através do método de distribuição de frequência, por grupos etários, no período do estudo.

Os dados demográficos foram estimados pelo método aritmético, a partir dos Censos de 1980 e 1991, estando a estrutura da população por sexo e grupo etário, de acordo com os percentuais observados no Censo de 1980.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Evidenciou-se que o número de casos de AIDS no Estado de Pernambuco vem crescendo, conforme observa-se na tabela nº 1. A epidemia iniciou-se no ano de 1983 com 1 (um) caso, atingindo em 1991 e 1992, respectivamente, 199 e 182 casos novos. Em relação a este último ano do período do estudo, ressalta-se que o decréscimo possivelmente reflete a sub-notificação dos casos novos por parte das Unidades de Referência e que estes dados estão constantemente sujeitos à revisão. No gráfico 01, observa-se que a curva de crescimento é acentuadamente ascendente.

Ainda observando-se os dados da tabela 01, verifica-se que a magnitude dos coeficientes de incidência era em 1983, 0,01:100.000hab., atingindo em 1991 e 1992, respectivamente as taxas de 2,8:100.000 e 2,5:100.000 hab. No gráfico 02, observa-se este crescimento, o qual demonstrou uma tendência de crescimento linear.

Em relação ao sexo masculino, até o ano de 1986 estes detinham a exclusividade dos casos, seguindo portanto os mesmos números da totalidade e apresentando em 1987, 55 casos novos, um aumento significativamente elevado em relação ao ano anterior e assim seguindo em 1991 e 1992, respectivamente, 169 e 152 casos novos. Observa-se no gráfico 01, o quão acentuada e ascendente é a curva deste crescimento, praticamente definindo a curva de crescimento da totalidade dos casos, uma vez que este sexo vem liderando as estatísticas da AIDS.

TABELA Nº 1
Número de casos de AIDS, Percentual e Coeficiente de incidência
(por 100.000 hab), segundo sexo
Pernambuco (1983-1992)

| A N O | S E X O | | | | | | T O T A L | | | R A Z Ã O (M/F) | |
|-------------|-----------|-----|-------|----------|----|-------|-----------|-----|-------|----------------------|----------------|
| | MASCULINO | | | FEMININO | | | Nº | Z | Coef. | ENTRE Nº DE CASOS | ENTRE Coef. |
| | Nº | Z | Coef. | Nº | Z | Coef. | | | | | |
| 1983 | 01 | 100 | 0,03 | - | - | - | 01 | 100 | 0,01 | 1/- | 0,03/- |
| 1984 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 1985 | 12 | 100 | 0,4 | - | - | - | 12 | 100 | 0,2 | 12/- | 0,4/- |
| 1986 | 17 | 100 | 0,5 | - | - | - | 17 | 100 | 0,3 | 17/- | 0,5/- |
| 1987 | 55 | 83 | 1,7 | 04 | 7 | 0,1 | 59 | 100 | 0,9 | 14/1 | 17/1 |
| 1988 | 77 | 92 | 2,3 | 06 | 8 | 0,2 | 83 | 100 | 1,2 | 13/1 | 12/1 |
| 1989 | 144 | 92 | 4,3 | 12 | 8 | 0,3 | 156 | 100 | 2,2 | 12/1 | 14/1 |
| 1990 | 155 | 92 | 4,6 | 13 | 8 | 0,4 | 168 | 100 | 2,4 | 12/1 | 12/1 |
| 1991 | 169 | 82 | 5,0 | 30 | 18 | 0,8 | 199 | 100 | 2,8 | 6/1 | 6/1 |
| 1992 | 158 | 85 | 4,5 | 24 | 15 | 0,6 | 182 | 100 | 2,5 | 7/1 | 7/1 |

Fonte: Elaborada a partir de dados do Programa DST/AIDS da Secretaria de Saúde/PE

Casos notificados até junho/93.

Verifica-se que os coeficientes de incidência apresentaram as maiores taxas no sexo masculino, sendo a mesma de 0,03:100.000 hab. em 1983, chegando a 4,5:100.000 hab em 1992. Visualiza-se no gráfico 2 uma tendência de crescimento logarítmico destes coeficientes.

Em referência ao sexo feminino, somente a partir de 1987 é que surgiram os primeiros casos no Estado, ocorrendo naquele ano, 4 casos novos, com sucessivos aumentos e atingindo em 1991 e 1992, respectivamente, 30 e 24 casos novos. Observa-se que a AIDS vem significativamente crescendo também entre as mulheres, aumento este tanto no número absoluto de casos, quanto em relação aos coeficientes de incidência, os quais apresentaram uma tendência de crescimento linear, havendo sido em 1987 de 0,1:100.000 hab. e chegando em 1991 e 1992, respectivamente, 0,8:100.000 hab. e 0,6:100.000 hab, conforme pode ser visto no gráfico 2.

Gráfico 1 - Nº de casos de casos de AIDS
segundo sexo.
PERNAMBUCO (1983-1992)

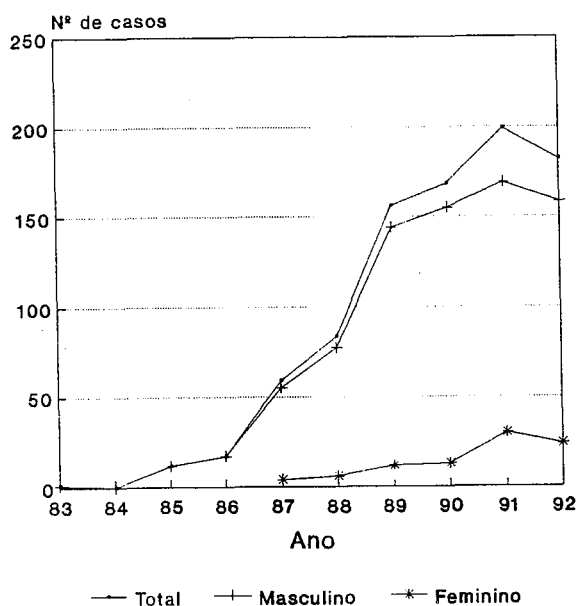
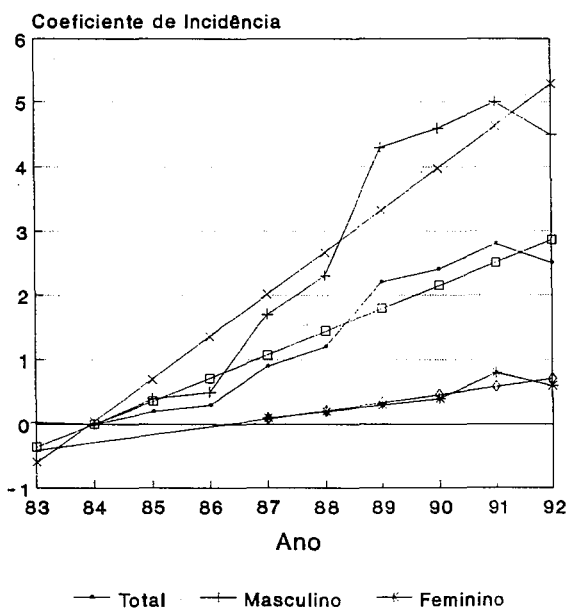


Gráfico 2 - Coeficiente de Incidência
(100.000 hab.)segundo sexo.
PERNAMBUCO (1983-1992)



Comparando-se a totalidade dos casos, constata-se que estes vêm apresentando crescimento com tendência linear. Outro dado importante é quando se observa a razão masculino/feminino em todo o período e verifica-se que esta vem diminuindo gradualmente, tanto em relação ao número de casos, quanto em relação ao risco na população, através da razão entre coeficientes de incidência, tendo sido este inicialmente de 0,03:100.000 hab, ou seja, risco zero para a mulher, assim permanecendo até a 1986, aumentando o risco no sexo masculino até 1987. Daí em diante vê-se que esta razão vem sendo cada vez menor, tendo sido em 1987, o risco do homem contrair AIDS, 17 vezes maior em relação à mulher, e em 1992, este risco é apenas 7 vezes maior (Tabela 1).

Observando-se a tabela 2, constata-se que o crescimento médio anual do número de casos novos de AIDS no período de 1983-1992 foi de 160%, sendo 156% no sexo masculino e 54% no feminino. Em relação aos coeficientes de incidência, verifica-se que este crescimento foi de 53%, sendo este de 77% no sexo masculino e 52%, no feminino.

Em síntese, verifica-se que o número de casos de AIDS vem aumentando em Pernambuco, em ambos os sexos, apresentando uma razão masculino/feminino cada vez menor. Entretanto, e apesar do período em que foram observados casos no sexo feminino ser ainda muito pequeno- apenas 6 anos- percebe-se pela tendência de crescimento anual destes em relação à mesma tendência no sexo masculino, que pelo menos a curto e médio prazo não há possibilidade de uma "africanização" dos casos de AIDS em Pernambuco, ou seja, um caso masculino para cada caso feminino.

TABELA Nº 2
Tendência de crescimento anual (Z) do número de casos novos de AIDS e do
coeficiente de incidência (por 100.000 hab), segundo sexo
Pernambuco (1983-1992)

| A N O | MASCULINO | | | | FEMININO | | | | TOTAL | | | |
|-------------|-----------|------------|-------|------------|----------|------------|-------|----------|---------|------------|---------|------------|
| | Nº | Δ Z | Coef. | Δ Z | Nº | Δ Z | Coef. | Δ | Nº. | Δ Z | Coef. | Δ Z |
| 1983 | 01 | -100 | 0,03 | -100 | - | - | - | - | 01 | -100 | 0,01 | -100 |
| 1984 | 01(*) | 1100 | 0,01* | 400 | - | - | - | - | 01(*) | 1100 | 0,01(*) | 200 |
| 1985 | 12 | 42 | 0,4 | 25 | - | - | - | - | 12 | 42 | 0,2 | 50 |
| 1986 | 17 | 224 | 0,5 | 240 | - | - | - | - | 17 | 247 | 0,3 | 200 |
| 1987 | 55 | 40 | 1,7 | 35 | 04 | 50 | 0,1 | 100 | 59 | 41 | 0,9 | 33 |
| 1988 | 77 | 87 | 2,3 | 87 | 06 | 100 | 0,2 | 50 | 83 | 88 | 1,2 | 83 |
| 1989 | 144 | 8 | 4,3 | 7 | 12 | 8 | 0,3 | 33 | 156 | 8 | 2,2 | 9 |
| 1990 | 155 | 9 | 4,6 | 9 | 13 | 131 | 0,4 | 100 | 168 | 18 | 2,4 | 17 |
| 1991 | 169 | -7 | 5,0 | -10 | 30 | -20 | 0,8 | -25 | 199 | -9 | 2,8 | -11 |
| 1992 | 158 | | 4,5 | | 24 | | 0,6 | | 182 | | 2,5 | |
| - X | | - X= | | - X= | - X= | - X= | | - X | - X= | - X= | | - X= |
| | | 156Z | | 77Z | | 54Z | | 52Z | | 160Z | | 53Z |

(*)Valores aproximados para o número diferente de zero mais próximo, por razões de índole matemática.

A partir da tabela 3, observa-se a distribuição dos casos de AIDS no período do estudo, segundo grupo etário, verificando-se no sexo masculino, os maiores percentuais e entre os 25 e 34 anos, correspondendo a 45% dos casos, e os menores percentuais, entre 0 (zero) e 14 anos, com 2,0% e entre os 55 e 69 anos, com 3,8%. A idade média foi de 34 anos, com um desvio padrão de 10 anos, ou seja, 68% dos casos neste sexo, se encontravam entre os 24 e 44 anos. Em relação aos coeficientes da incidência no período, vê-se que a maior taxa ocorreu entre os 30 e 34 anos, com 98,5:100.000 hab e a menor incidência entre os 5 e 9 anos, com 1,0:100.000 hab. (gráfico 3 e 4).

TABELA Nº 03
Distribuição do Nº de Casos de AIDS (*), e Coeficientes de
Incidência Acumulada (Por 1000.000 hab.), Segundo Idade e Sexo
Pernambuco (1983 - 1992)

| GRUPO ETÁRIO | SEXO | | | | | | TOTAL | | | RAZÃO (M/F) | |
|-----------------|-----------|-------|------------------------------|----------|-------|------------------------------|-------|-------|------------------------------|---------------------------|------------------|
| | MASCULINO | | | FEMININO | | | Nº | Z | Coefic. Incid. Acumul. | Entre Números De Casos | Entre Coefic. |
| | Nº | Z | Coefic. Incid. Acumul. | Nº | Z | Coefic. Incid. Acumul. | | | | | |
| 0 — 5 | 06 | 0,8 | 1,2 | 09 | 10,1 | 1,8 | 15 | 1,7 | 1,5 | 0,7/1 | 0,7/1 |
| 5 — 10 | 05 | 0,6 | 1,0 | 01 | 1,1 | 0,2 | 06 | 0,7 | 0,6 | 5/1 | 5/1 |
| 10 — 15 | 05 | 0,6 | 1,1 | 01 | 1,1 | 0,2 | 06 | 0,7 | 0,7 | 5/1 | 6/1 |
| 15 — 20 | 10 | 1,3 | 2,5 | 02 | 2,2 | 0,5 | 12 | 1,4 | 1,5 | 5/1 | 5/1 |
| 20 — 25 | 86 | 10,9 | 31,9 | 11 | 12,3 | 3,6 | 97 | 11,1 | 16,7 | 8/1 | 9/1 |
| 25 — 30 | 179 | 22,8 | 88,4 | 20 | 22,6 | 8,1 | 199 | 22,7 | 43,9 | 9/1 | 11/1 |
| 30 — 35 | 175 | 22,2 | 88,5 | 17 | 19,1 | 8,2 | 192 | 21,9 | 49,8 | 10/1 | 12/1 |
| 35 — 40 | 137 | 17,4 | 88,6 | 16 | 18,0 | 8,9 | 153 | 17,4 | 45,8 | 9/1 | 10/1 |
| 40 — 45 | 85 | 10,8 | 58,7 | 04 | 4,5 | 2,4 | 89 | 10,1 | 28,3 | 21/1 | 24/1 |
| 45 — 50 | 34 | 4,3 | 30,4 | 04 | 4,5 | 3,1 | 38 | 4,3 | 15,7 | 8/1 | 10/1 |
| 50 — 55 | 31 | 3,9 | 29,4 | 03 | 3,4 | 2,5 | 34 | 3,9 | 15,1 | 10/1 | 12/1 |
| 55 — 60 | 12 | 1,5 | 13,5 | - | - | - | 12 | 1,4 | 6,6 | 12/- | 14/- |
| 60 — 65 | 11 | 1,4 | 15,2 | 01 | 1,1 | 1,3 | 12 | 1,4 | 8,0 | 11/1 | 12/1 |
| 65 — 70 | 07 | 0,9 | 11,2 | - | - | - | 07 | 0,8 | 5,6 | 7/- | 11/- |
| TOTAL(**) | 788 | 100,0 | 24,0 | 89 | 100,0 | 2,5 | 877 | 100,0 | 12,9 | 9/1 | 10/1 |

Fonte: Elaborada a partir de dados do Programa DST/AIDS - SES/PE. Casos notificados até junho /93.

(*) Excluídos 5 (cinco) casos do Sexo Masculino com idade ignorada.

(**) Incluindo 5 (cinco) casos de idade ignorada.

No sexo feminino, os maiores percentuais ocorreram entre os 25 e 39 anos, correspondendo a 59,7% dos casos e os menores percentuais entre os 5 e 14 anos, com 2,2% e entre os 60 e 64 anos, com 1,1%. A idade média feminina foi de 29 anos, com um desvio padrão de 13 anos, estando assim 68% dos casos entre 16 e 42 anos. A maior taxa de incidência, deu-se entre os 35 e 39 anos, com 8,9:100.000 hab (gráfico 5 e 6).

Na totalidade dos casos, observa-se que a maioria destes, encontravam-se entre os 25 e 34 anos, com 44,6% e a minoria entre 0 (zero) e 14 anos, com 2,2% e entre os 65 e 69 anos, com 5,6%. A idade média foi de 34 anos, com desvio padrão de 11 anos, estando 68% dos casos entre os 23 e 45 anos. A maior taxa de incidência ocorreu entre os 30 e 34 anos e foi de 49,8:100.000 hab (gráfico 7 e 8).

Comparando-se os casos de ambos os sexos, observa-se então que a idade média dos casos, no momento do diagnóstico foi bastante aproximada, na faixa entre os 25 e 34 anos, dados estes que são semelhantes à casuística nacional (4) onde predominam os maiores números de casos nesta faixa etária.

É interessante ressaltar a quase equivalência entre a razão masculino/feminino na faixa dos 0 (zero) aos 4 anos, tanto no número de casos quanto entre coeficientes, tendo sido de aproximadamente um caso masculino para cada feminino, devendo-se isto ao fato de que nesta faixa encontram-se os casos por transmissão perinatal, onde a probabilidade de contaminação da mãe para o filho são equivalentes, independente de sexo do recém-nascido.

Observa-se ainda na tabela 3, que entre os 5 e 19 anos, a razão masculino/feminino mantém-se em 5:1, aumentando a mesma gradualmente até os 44 anos, sendo que nesta última faixa (40-44 anos), a mesma foi bastante elevada para o sexo masculino, 21:1, e a partir daí foi oscilando, com tendência a diminuir, atingindo na faixa dos 65 anos, a razão de 7:0.

Verifica-se portanto, que a AIDS, em ambos os sexos, vem atingindo em sua maioria, pessoas num período de vida bastante jovem, o que certamente reflete o fato desta ser acima de tudo uma doença sexualmente transmitida. É na juventude e na idade madura jovem, que as pessoas desenvolvem mais ativamente a sua vida sexual.

Gráfico 3 - Nº de casos de AIDS, sexo masculino, por faixa etária. PERNAMBUCO (1983-1992)

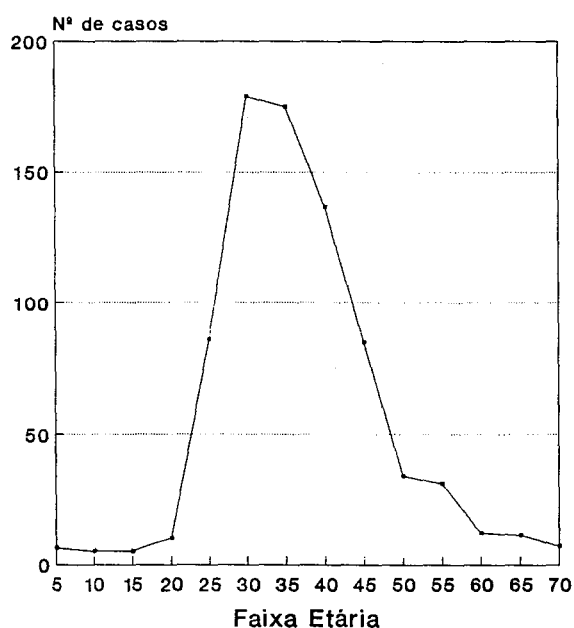


Gráfico 4 - Coeficiente de Incidência acumulada (100.000hab) de AIDS sexo masculino por faixa etária-PE.(1983-1992)

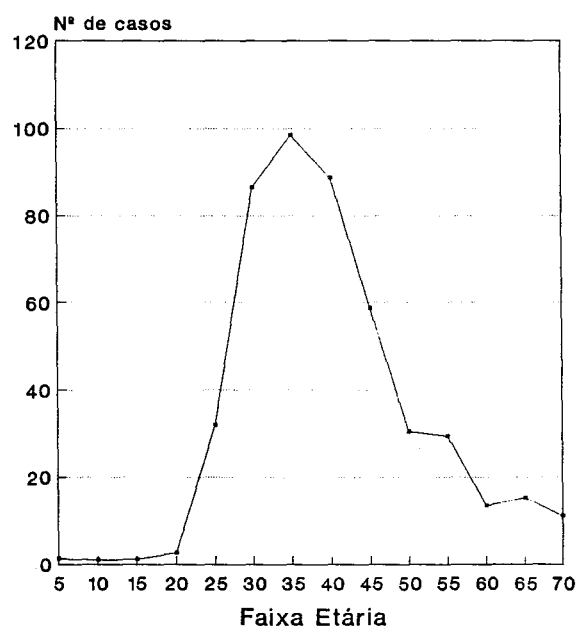


Gráfico 5 - Nº de casos de AIDS, sexo feminino, por faixa etária.
PERNAMBUCO (1983-1992)

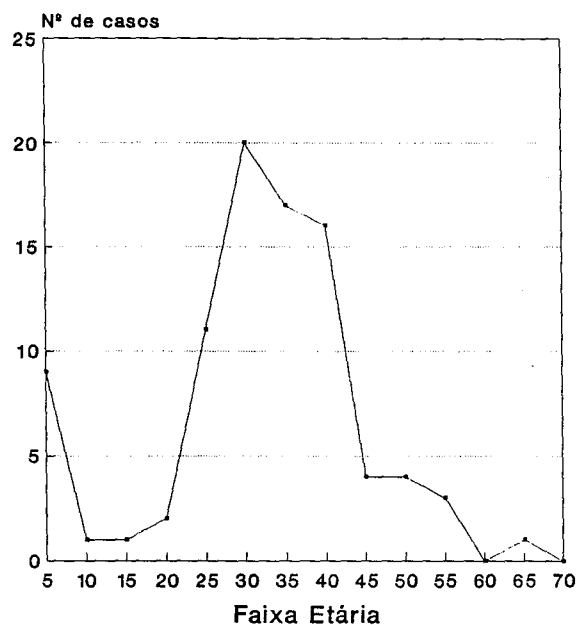


Gráfico 6 - Coeficiente de Incidência acumulada (100.000hab) de AIDS sexo feminino por faixa etária-PE.(1983-1992)

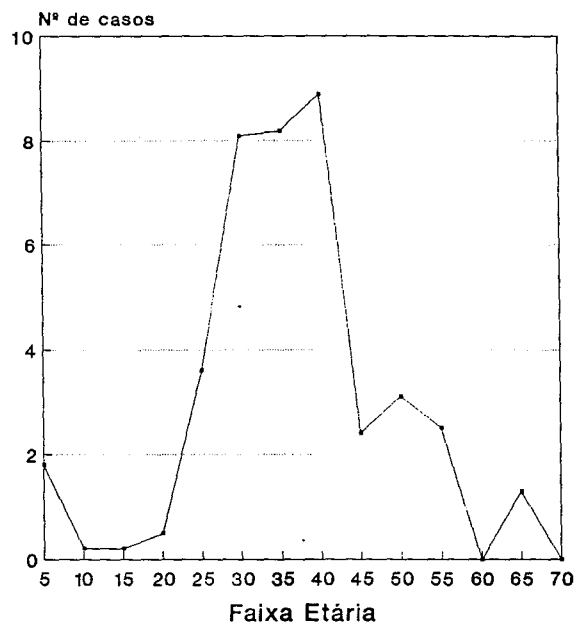


Gráfico 7 - Nº de casos de AIDS, por faixa etária.
PERNAMBUCO (1983-1992)

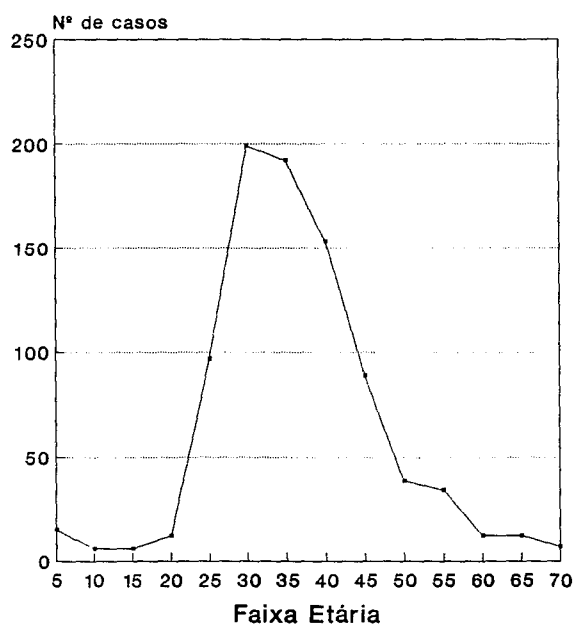


Gráfico 8 - Coeficiente de Incidência acumulada (100.000hab) de AIDS por faixa etária-PE.(1983-1992)

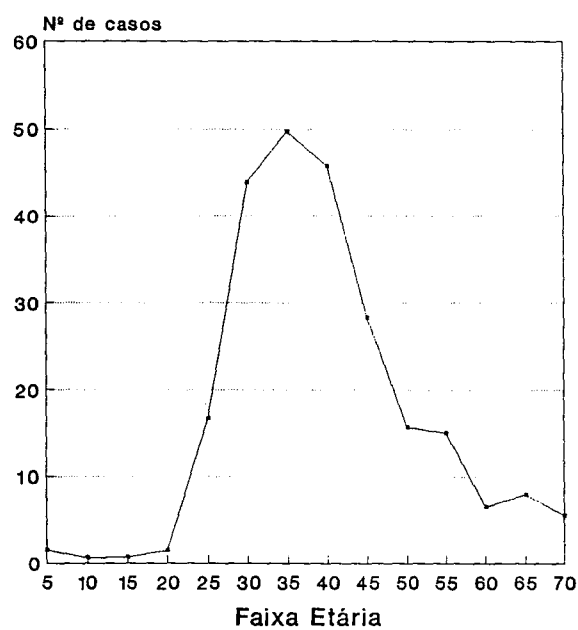


TABELA Nº 4
Distribuição do número de casos de AIDS, segundo sexo e categoria de exposição

Pernambuco (1983-1992)

| CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO | 1983 | | | 1984 | | | 1985 | | | 1986 | | | 1987 | | | 1988 | | | 1989 | | | 1990 | | | 1991 | | | 1992 | | | |
|--------------------------|------|---|-----|------|---|-----|------|---|------|------|---|------|------|-----|------|------|-----|------|------|-----|------|------|-----|------|------|-------|------|------|-----|------|-------|
| | M | F | M/F | M | F | M/F | M | F | M/F | M | F | M/F | M | F | M/F | M | F | M/F | M | F | M/F | M | F | M/F | M | F | M/F | M | F | M/F | |
| SEXUAL | 01 | - | 1/- | - | - | - | 12 | - | 12/- | 14 | - | 14/- | 48 | - | 48/- | 58 | 3 | 20/1 | 115 | 8 | 13/1 | 111 | 5 | 22/1 | 144 | 23 | 6/1 | 143 | 18 | 8/1 | |
| Homossexual | 01 | - | 1/- | - | - | - | 07 | - | 7/- | 07 | - | 7/- | 23 | - | 23/- | 35 | - | 35/- | 65 | - | 65/- | 54 | - | 54/- | 80 | - | 80/- | 63 | - | 63/- | |
| Bissexual | - | - | - | - | - | - | 05 | - | 5/- | 07 | - | 7/- | 28 | - | 28/- | 18 | - | 18/- | 40 | - | 40/- | 38 | - | 38/- | 31 | - | 31/- | 35 | - | 35/- | |
| Heterossexual | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 5 | 3 | 2/1 | 10 | 3 | 1/1 | 18 | 5 | 4/1 | 28 | 23 | 1/1 | 45 | 12 | 3/1 | |
| SANGUÍNEA | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 02 | - | 2/- | 4 | 2 | 2/1 | 8 | 2 | 4/1 | 8 | 2 | 5/1 | 14 | 4 | 4/1 | 2 | 1 | 8/1 | 5 | 2 | 3/1 | |
| Usuário drogas | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | - | 2/- | 1 | - | 1/- | 5 | 2 | 3/1 | 1 | - | 1/- | 1 | - | 1/- | 1 | - | 1/- | | |
| Herofílico | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 1/- | 2 | - | 2/- | 2 | - | 2/- | 8 | - | 8/- | 5 | - | 5/- | 1 | - | 1/- | | |
| Receptor de sangue/comp. | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 02 | - | 2/- | 1 | 2 | 05/1 | 5 | 2 | 3/1 | 2 | - | 2/- | 5 | 4 | 1/1 | 3 | 1 | 3/1 | 3 | 2 | 2/1 | |
| PERINATAL | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 1/- | 1 | 1 | 1/1 | - | 1 | - | 1/- | - | - | - | 2 | 2 | 1/1 | 1 | 3 | 0,3/1 |
| MULTIPLA (*) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 1/1 | 3 | - | 3/- | 4 | - | 4/- | 3 | 1 | 3/1 | 1 | 2 | 0,5/1 | 1 | 1 | 1/1 | | |
| NÃO DEFINIDA (**) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 01 | - | 1/- | 1 | - | 1/- | 6 | - | 6/- | 18 | - | 18/- | 27 | 3 | 8/1 | 13 | 2 | 7/1 | 8 | - | 8/- | |
| TOTAL | 01 | - | 1/- | - | - | - | 12 | - | 12/- | 17 | - | 17/- | 55 | 4 | 14/1 | 77 | 6 | 13/1 | 144 | 12 | 12/1 | 155 | 13 | 12/1 | 169 | 30 | 6/1 | 158 | 24 | 7/1 | |

Fonte: Elaborada a partir de dados do Programa DST/AIDS-SES/PE, Casos notificados até junho/93

(*) Categoria de transmissão múltipla, envolve mais de uma categoria e/ou subcategoria (sexual+sanguínea)

(**) Quando a investigação epidemiológica não consegue identificar a categoria de transmissão

Ao analisar a distribuição do número de casos de AIDS, segundo categorias de exposição (tabela 4), observa-se que a categoria sexual foi a que deu início à epidemia em Pernambuco no ano de 1983, sendo a responsável pela quase totalidade dos casos ao longo do período, com crescimento anual bastante acentuado, tendo ocorrido um caso em 1983, e atingindo nos anos de 1991 e 1992, respectivamente, 144 e 143 casos novos.

Comparando-se as subcategorias de exposição sexual, verifica-se que até 1987, os homo e bissexuais do sexo masculino representaram a totalidade dos casos, permanecendo as mesmas com a maioria destes ao longo de todo o período. Verifica-se entretanto, que a partir de 1988, ocorreram os primeiros casos pela sub-categoria de exposição heterossexual, demonstrando esta uma tendência de crescimento exponencial (gráficos 9 e 10), tendo ocorrido em 1983, 5 casos no sexo masculino e 3 no feminino, atingindo em 1992, respectivamente 45 e 18 casos novos, enquanto que a tendência de crescimento nas subcategorias homo e bissexuais foram respectivamente, linear e logarítmica. Observa-se em relação a estas últimas subcategorias, que as mesmas vêm apresentando um percentual de casos em escala decrescente quando relacionadas à subcategoria heterossexuais, esta com percentuais em ascensão, o que neste ponto também coincide com a casuística nacional (4). Possivelmente estes dados refletem a adoção de medidas preventivas por parte destes grupos, uma vez que foram os primeiros a serem atingidos pela AIDS.

Na categoria de transmissão sanguínea, observa-se que a mesma apresentou seus primeiros casos em 1986, em escala de crescimento ascendente até 1990, passando a diminuir o número de casos novos. Em relação às subcategorias sanguíneas, vê-se que tanto para os hemofílicos quanto para os receptores de sangue e complementos sanguíneos, o número de casos cresceu até 1991, diminuindo gradualmente a partir deste ano o que também coincide com os casos de AIDS a nível nacional (4) e pode ser explicado sobretudo em função de medidas de controle como pesquisa do HIV e proibição da comercialização do sangue e hemoderivados, decorrentes da Constituição Brasileira, promulgada em 1988 (vide gráfico 11).

Ainda em relação à categoria de exposição sanguínea, observa-se que a subcategoria usuário de drogas, representou uma proporção muito pequena dos casos, não se verificando crescimentos significativos, valendo-se destacar que neste ponto, o Estado de Pernambuco diferencia-se em relação à casuística nacional (4), sobretudo nas regiões Sul e Sudeste onde os usuários de drogas endovenosas vêm aumentando significativamente as estatísticas da AIDS.

Na categoria de transmissão perinatal, observa-se que a mesma vem apresentando-se em escala de crescimento, tendo havido o primeiro caso em 1987, atingindo nos anos de 1991 e 1992, respectivamente, 4 e 3 casos novos. Este crescimento correlaciona-se com a tendência de crescimento dos casos de AIDS em mulheres maiores de 15 anos, período em que as mesmas apresentam um grande potencial reprodutivo (vide também, a tabela 5 e o gráfico 12).

TABELA Nº 5
Número de casos de AIDS em mulheres > 15 anos(*)
e por transmissão perinatal, segundo ano de
Diagnóstico.
Pernambuco (1987-1992)

| ANO DE DIAGNÓSTICO | MULHERES > 15 ANOS | PERINATAL (M e F) |
|--------------------|-----------------------|----------------------|
| 1987 | 3 | 1 |
| 1988 | 5 | 2 |
| 1989 | 11 | 1 |
| 1990 | 13 | - |
| 1991 | 34 | 3 |
| 1992 | 31 | 4 |

A categoria de transmissão múltipla (sexual+sanguínea) representou uma minoria dos casos, mantendo o número de casos num patamar quase uniforme até 1990, decaído a partir daí, o que possivelmente reflete a situação da transmissão sanguínea em decréscimo no número de casos, assim como à reduzida influência da subcategoria usuário de drogas, conforme citado anteriormente.

Ainda na tabela 4, observa-se que a categoria de exposição não definida-a qual reflete limitações no preenchimento das notificações e na investigação epidemiológica - apresentou um crescimento marcadamente acentuado para o sexo masculino, tendo ocorrido só em 1990, 27 casos (17,4%), atingindo proporções menores nos últimos anos. No sexo feminino quase não ocorreram casos sem definição da categoria de exposição, à exceção dos anos de 1990 e 1991, respectivamente, 3 (23%) e 2 (7%) casos. É provável que este elevado número de casos sem definição da categoria de exposição no sexo masculino, tenha ocorrido pela simples omissão da mesma pelo paciente, sobretudo quando relacionadas à condição homossexual, bissexual ou usuário de drogas, uma vez que estes grupos são severamente estigmatizados na sociedade.

Gráfico 9 - Distribuição do Nº de casos de AIDS, sexo masculino, segundo categoria de exposição sexual.PE (1983-1992)

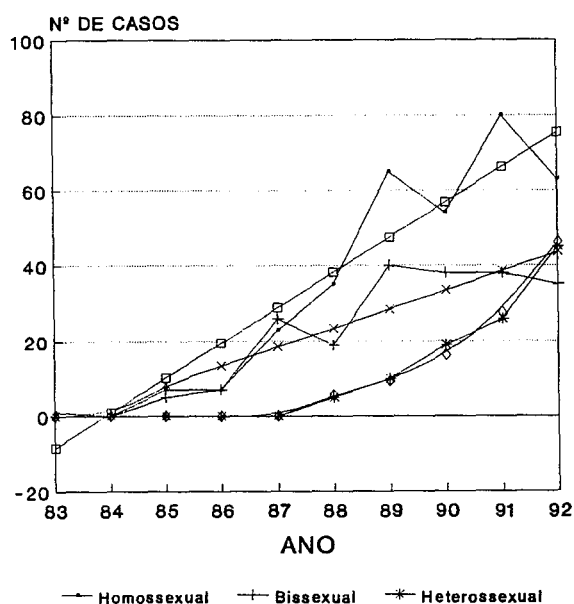


Gráfico 10- Distribuição do Nº de casos de AIDS, sexo feminino, segundo categoria de exposição sexual.PE (1983-1992)

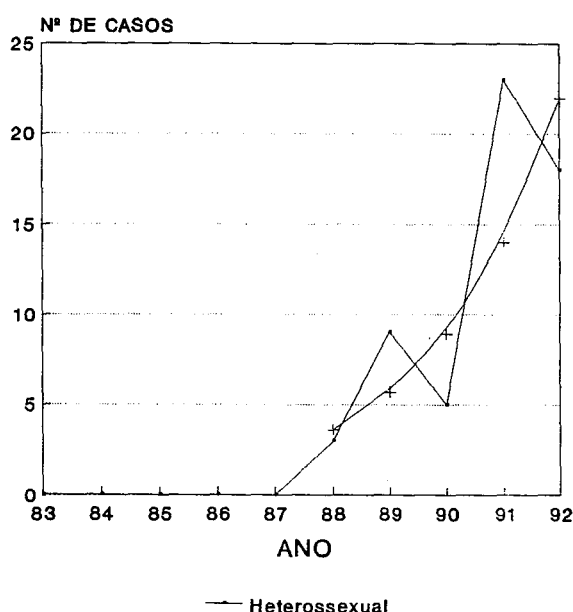


Gráfico 11 - Distribuição do nº de casos de AIDS segundo categoria de exposição sanguínea.Pernambuco (1983-1992)

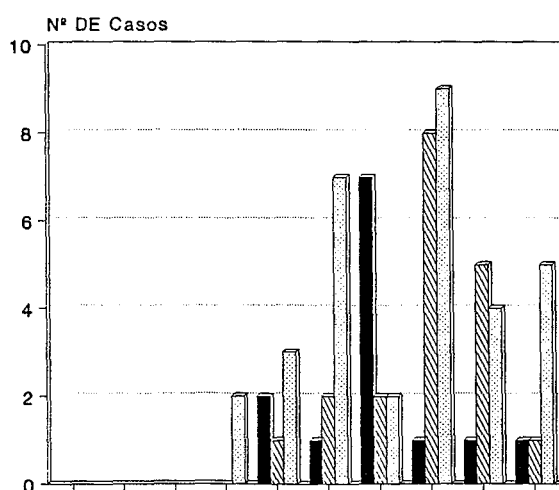
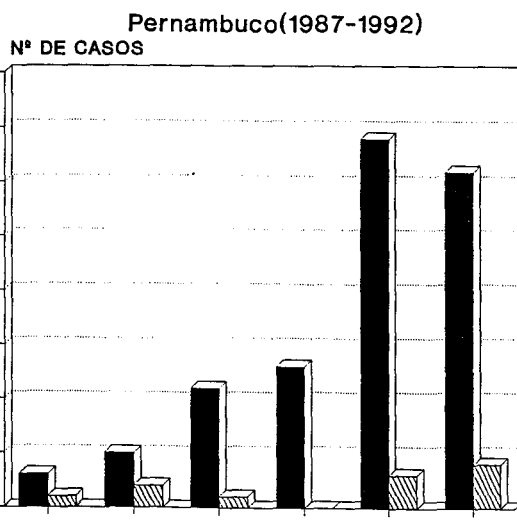


Gráfico 12 - Nº de casos de AIDS em mulheres > 15 anos e por transmissão perinatal, segundo ano de diagnóstico.



Analisando os casos de AIDS no sexo feminino, incluindo os não notificados à SES-Secretaria de Saúde do Estado, verifica-se que dos 108 casos estudados, 75 (69,4%) tiveram como categoria de exposição, a sexual, pela sub-categoria heterossexual, o que denota que esta vem sendo a principal via de transmissão. Destes, é muito elevado o número de mulheres que possuíam parceiros portadores de HIV/AIDS, constituindo-se 46,7%, ou seja, quase a metade dos casos (tabela 6).

Observa-se ainda em 26,7% dos casos, que apesar da especificação da via de transmissão heterossexual, não foi detalhada como esta se deu, tendo sido muitas vezes assim notificada pela regra da exclusão, ou seja, quando a paciente negava uso de drogas endovenosas ou hemotransfusões. Esta dificuldade entretanto vem sendo contornada, a partir da nova ficha de notificação implantada desde o ano de 1992, a qual é mais precisa neste ponto, limitando portanto a margem de sub-notificação (vide anexo 3, fichas de notificação, no item categoria de exposição).

Verifica-se que 17,3% dos casos referiram múltiplos parceiros, 13,3%, parceiros bissexuais e 10,7% cujos parceiros tinham múltiplos parceiros. Em menor percentual, 0,1%, o parceiro possuía HIV+, por hemotransfusão.

Em síntese, observa-se que as mulheres foram mais infectadas pelo HIV+/AIDS, quando as mesmas tinham múltiplos parceiros, ou parceiros únicos, onde não havia relação de fidelidade, fossem os mesmos heterossexuais ou bissexuais. Esta associação não pode a rigor, estabelecer qual foi a verdadeira fonte de infecção. Entretanto, estudos científicos (1,10,15) têm demonstrado que na transmissão heterossexual, a possibilidade de infecção mulher/homem é menor que a homem/mulher, quando não estão envolvidas outras DST, principalmente ulcerativas. Tem importância também questões sócio-culturais e afetivas em relação à sexualidade feminina (1,3,8) seu papel passivo/submisso em relação ao homem, além do fato da aceitação social da infidelidade masculina, vista como sinal de virilidade. A partir destes questionamentos pode-se supor que as mulheres vêm sendo mais infectadas do que infectando, entretanto, este aspecto merece pesquisas mais cuidadosas para tal afirmação.

TABELA Nº 6
Distribuição do número de casos de AIDS(*),
segundo sexo feminino e subcategoria de
exposição HETEROSSEXUAL
Pernambuco (1987-1992)

| CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO | Nº | % |
|----------------------------------|----|------|
| Parceiro bissexual | 10 | 13,3 |
| Parceiro usuário de drogas | 4 | 5,3 |
| Múltiplos parceiros | 13 | 17,3 |
| Parceiro com múltiplos parceiros | 8 | 10,7 |
| Parceiro heterossexual | - | - |
| Parceiro hemotransfundido | 1 | 1,3 |
| Parceiro HIV+/AIDS | 35 | 46,7 |
| Condição do parceiro ignorado | 20 | 26,7 |

Nota: É importante ressaltar que nesta tabela as categorias de exposição não são exclusivas, podendo um mesmo caso incluir duas ou mais categorias.

(*) Total de 75 casos, pela subcategoria de exposição heterossexual, incluindo 17 casos não notificados ao Programa DST/AIDS-SES/PE

É importante destacar que os percentuais relativos a condição do parceiro se, bissexual, usuário de drogas endovenosas, com múltiplos parceiros, etc, poderiam, ter sido maiores se não fosse tão elevado o percentual onde era ignorada a condição destes, conforme já citado anteriormente.

Na tabela 7, encontra-se o nível de escolaridade das pacientes no momento do diagnóstico de AIDS, tendo sido de 29,7%, o percentual onde este dado era ignorado, o que reflete limitações no preenchimento da ficha de notificação, provavelmente decorrente da ausência de espaço para esta informação na ficha de atendimento do paciente (prontuário) utilizada nas Unidades de Referência do SUS, à exceção da ficha do Hospital das Clínicas da UFPE.

A despeito desta limitação, observa-se que a AIDS vem atingindo a população indiscriminadamente, independente do nível de escolaridade/potencial de acesso a maiores informações acerca da doença e da prevenção, ficando isto evidenciado a partir do percentual de mulheres sem alfabetização (4,6%) em relação àquelas com níveis superior (14,8%), médio (20,4%) ou elementar (23,1%).

TABELA Nº 07
Número de casos de AIDS, sexo FEMININO,
segundo nível de escolaridade
PERNAMBUCO (1987-1992)

| NÍVEL DE ESCOLARIDADE | Nº | % |
|-----------------------|-----|-------|
| SEM ALFABETIZAÇÃO (*) | 05 | 4,6 |
| 1º GRAU | 25 | 23,1 |
| 2º GRAU | 22 | 20,4 |
| SUPERIOR | 16 | 14,8 |
| IGNORADO | 32 | 29,7 |
| TOTAL (**) | 108 | 100,0 |

(*) excluídos 08 (oito) casos da categoria de transmissão perinatal (< 3 anos)

(**) incluídos 08 (oito) casos da categoria de transmissão perinatal (7,4%)

Analisando-se na tabela 8, e no anexo 4, os casos de AIDS segundo ocupação, aqui também considerado o sexo masculino para fins de comparação, verifica-se em relação à totalidade destes, que o maior percentual ocorreu no grupo das ocupações técnicas, científicas, artísticas e assemelhadas, com 18,1%, destacando-se neste, o subgrupo das ocupações de nível superior, 8,3% (vide anexo 4), em seguida, as ocupações administrativas, com 13,1%, destacando-se neste grupo as funções burocráticas ou de escritório, com 5,7% e os empregadores, 5,1%. Em menor proporção encontram-se as ocupações da produção extrativa mineral com 0,1% dos casos.

No sexo masculino a distribuição segue basicamente as características da totalidade dos casos, com as ocupações técnicas, científicas, artísticas e assemelhadas com 18,6%, as administrativas com 13,3% e a produção extrativa mineral com 0,1% dos casos.

Em relação ao sexo feminino, destaca-se um contingente de 46% dos casos, inseridos nas ocupações fora da PEA (população economicamente ativa), ou seja, quase a metade, sendo que neste grupo estão incluídas as domésticas, com 30,3%, seguida dos menores, com 11,2% (vide anexo). De uma certa forma, estes dados refletem a posição da mulher na sociedade, uma vez que tradicionalmente-e este fato ainda está muito presente na atualidade-estas têm sido alijadas no mercado de trabalho, cabendo-lhes as atividades domésticas e a criação da prole, ou seja, atividades não remuneradas. Vê-se então que as mulheres em sua maioria, donas-de-casa, vêm sendo severamente atingidas pela AIDS e não é à toa que a estas se seguem os menores, em sua maioria atingidos pela transmissão perinatal.

Ainda em relação ao sexo feminino, verifica-se em seguida, o grupo das ocupações técnicas, científicas, artísticas e assemelhadas, destacando-se o subgrupo, professores, com 7,9% dos casos, o que mais uma vez reflete a situação da mulher no mercado de trabalho, sendo esta uma ocupação marcadamente exercida por mulheres. Destaca-se ainda, o subgrupo das ocupações de nível superior com 4,5%. Em menor proporção, com 1,1% respectivamente encontram-se as ocupações da agropecuária e produção extrativa vegetal e animal, indústrias de transformação e construção civil, e defesa e segurança pública, ressaltando-se que estas vêm sendo tradicionalmente ocupadas pelo sexo masculino.

TABELA Nº 08

Distribuição dos casos de AIDS, por grupo ocupacional, segundo sexo. Pernambuco (1983 - 1992)

| GRUPOS OCUPACIONAIS | M | Z | F | Z | T | Z |
|--|------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| Ocupações Técnicas, Científicas, Artísticas e Assemelhadas | 147 | 18,6 | 12 | 13,5 | 159 | 18,1 |
| Ocupações Administrativas | 105 | 13,5 | 10 | 11,2 | 115 | 13,1 |
| Ocupações Fora de PEA | 75 | 9,5 | 41 | 46,0 | 116 | 13,2 |
| Ocupações da Prestação de Serviços | 100 | 12,7 | 7 | 7,8 | 107 | 12,2 |
| Ocupações Ignoradas, Mal Definidas ou Outras | 81 | 10,3 | 2 | 2,2 | 84 | 9,6 |
| Ocupações da Indústria de Transformação e Construção Civil | 79 | 10,1 | 1 | 1,1 | 80 | 9,1 |
| Ocupações do Comércio e Atividades Auxiliares | 77 | 9,8 | 2 | 2,2 | 79 | 9,0 |
| Ocupações dos Transportes e Comunicações | 39 | 5,0 | — | — | 39 | 4,4 |
| Bancários (*) | 33 | 4,2 | 2 | 2,2 | 35 | 4,0 |
| Funcionalismo Público | 25 | 3,2 | 3 | 3,4 | 28 | 3,2 |
| Ocupações da Defesa e Segurança Pública | 13 | 1,6 | 1 | 1,1 | 14 | 1,6 |
| Trabalhadores do Sexo | 5 | 0,6 | 7 | 7,9 | 12 | 1,4 |
| Ocupação Agropecuária, Produção Extrativa Vegetal e Animal | 8 | 1,0 | 1 | 1,1 | 9 | 1,0 |
| Ocupações da Produção Extrativa Mineral | 1 | 0,1 | — | — | 1 | 0,1 |
| TOTAL | 788 | 100,0 | 89 | 100,0 | 877 | 100,0 |

(*) Aberta classificação à parte devido à impossibilidade de melhor definição ocupacional.

Sendo a AIDS, acima de tudo uma doença sexualmente transmitida, é interessante destacar a ocupação trabalhadores do sexo, a qual apresentou percentual de 1,4% quando em relação à totalidade dos casos, 0,6% para o sexo masculino e 7,9% para o feminino. São percentuais relativamente baixos, sobretudo no sexo masculino, uma vez que esta ocupação tradicionalmente vem sendo exercida pela mulher, estando muito correlacionado à repressão da sexualidade desta em nossa sociedade, apesar de todo o movimento de liberação sexual nas últimas décadas. Estes percentuais podem também estar refletindo a omissão da informação, estando em jogo dois fatores importantes, que são inicialmente o estigma e discriminação sofridos por estas ocupações e também o fato de que geralmente estas pessoas mantêm uma outra ocupação durante o dia e à noite, são trabalhadores do sexo.

Finalizando, observa-se a distribuição dos casos de AIDS no sexo feminino, segundo localização geográfica (tabela 9), onde a maioria destes ocorreram na Região Metropolitana do Recife, representando 83,5%, destacando-se nesta, os municípios de Recife, com 62,2%, Jaboatão dos Guararapes 6,5% e Paulista 5,6%.

Em seguida, a região do Agreste Pernambucano, com 9,2%, destacando-se aqui o município de Caruaru, com 3,8% e com o menor percentual, tem-se a região do Sertão Pernambucano, com 0,9% dos casos.

Quando considerado o número de casos em relação à população, ou seja, a partir dos coeficientes de incidência, a Região Metropolitana do Recife apresentou a maior taxa, 6,0:100.000, sendo este risco de 9,8:100.000 no município do Recife. A seguir, a região do Agreste e do São Francisco Pernambucano, cada uma com 1,1:100.000 hab. Vale destacar na região do Agreste, os municípios de São Vicente Férrer e Jataúba, com apenas um caso em cada um destes, mas que apresentaram as maiores taxas de incidência, respectivamente, 14,2:100.000 e 13,7:100.000 hab. Isto se explica pelo fato destas taxas serem diretamente influenciadas pela população, que nestes municípios é muito pequena.

TABELA Nº 09

Distribuição do número de casos de AIDS(*) Percentual e Coeficientes de Incidência Acumulada (por 100.000), no Sexo Feminino Segundo Mesorregiões(**) e Municípios Atingidos. Pernambuco (1987-1992)

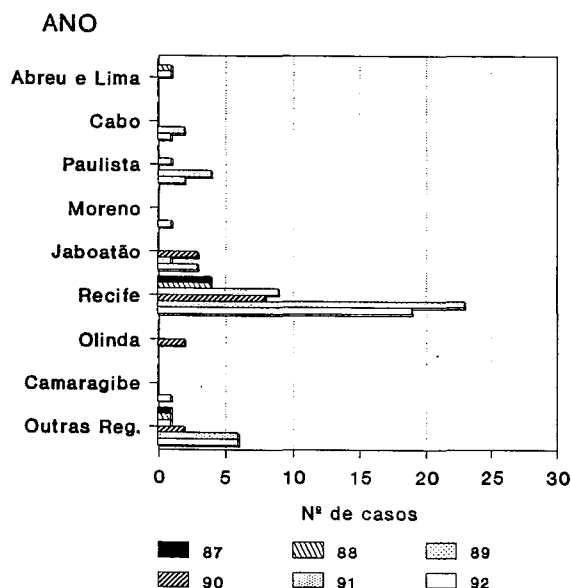
| MESORREGIÃO/MUNICÍPIO | Nº | % | Coeficiente de Incidência Acumulada |
|--------------------------------------|------------|--------------|-------------------------------------|
| 1. Metropolitana do Recife | 90 | 83,5 | 6,0 |
| Camagibe | 01 | 0,9 | 2,1 |
| Moreno | 01 | 0,9 | 5,1 |
| Abreu e Lima | 02 | 1,8 | 5,3 |
| Cabo | 03 | 2,8 | 4,8 |
| Olinda | 03 | 2,8 | 1,7 |
| Paulista | 06 | 5,6 | 5,8 |
| Jaboatão dos Guararapes | 07 | 6,5 | 2,9 |
| Recife | 67 | 62,2 | 9,8 |
| 2. Mata Pernambucana | 05 | 4,6 | 0,9 |
| Nazaré da Mata | 01 | 0,9 | 7,4 |
| Timbaúba | 01 | 0,9 | 3,4 |
| Vitória de Santo Antão | 03 | 2,8 | 5,6 |
| 3. Agreste Pernambucano | 10 | 9,2 | 1,1 |
| Bonito | 01 | 0,9 | 5,7 |
| Jataúba | 01 | 0,9 | 13,7 |
| Orobó | 01 | 0,9 | 9,2 |
| São Vicente Férrer | 01 | 0,9 | 14,2 |
| Belo Jardim | 02 | 1,8 | 6,5 |
| Caruaru | 04 | 3,8 | 3,6 |
| 4. Sertão Pernambucano | 01 | 0,9 | 0,2 |
| Arcoverde | 01 | 0,9 | 3,4 |
| 5. São Francisco Pernambucano | 02 | 1,8 | 1,1 |
| Petrolina | 01 | 0,9 | 1,2 |
| Santa Maria da Boa Vista | 01 | 0,9 | 5,1 |
| TOTAL (***) | 108 | 100,0 | 3,1 |

(*) Incluídos 19 casos não notificados, encontrados a partir da da pesquisa junto às 04 (quatro) Unidades de Referência da Capital Pernambucana.

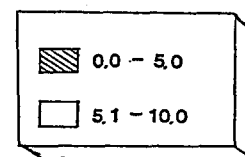
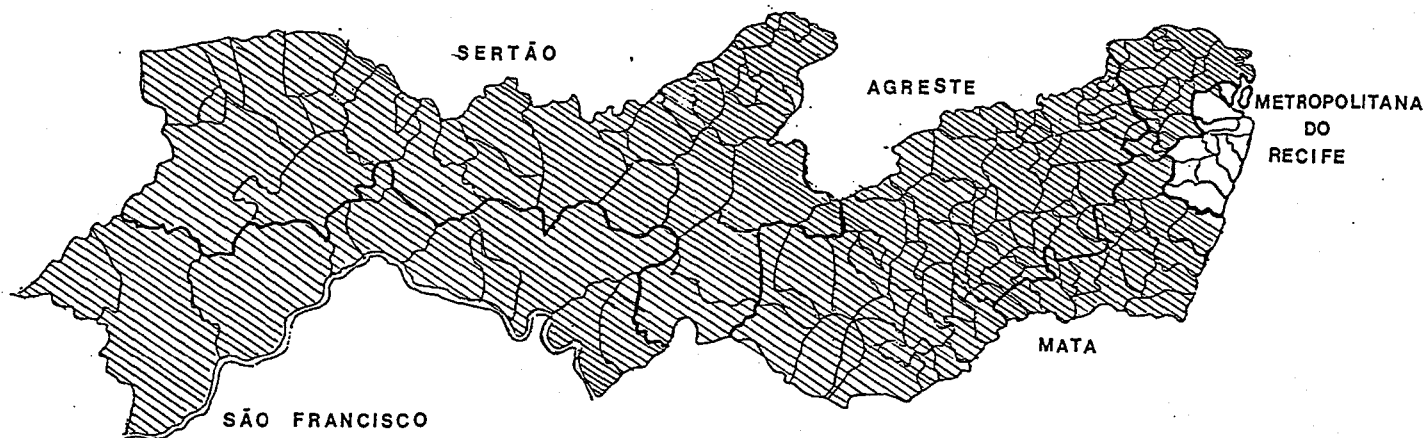
(**) As Mesorregião englobam 176 municípios e o território de Fernando de Noronha, estando aqui incluídas apenas os municípios atingidos pela AIDS/Sexo feminino.

(***) Excluída a população de Fernando de Noronha no cálculo da incidência, em razão da mesma ter passado a pertencer a Pernambuco a partir de 1988.

Gráfico 13 - Distribuição dos casos de AIDS, sexo feminino segundo localização de procedência Pernambuco (1987-1992)

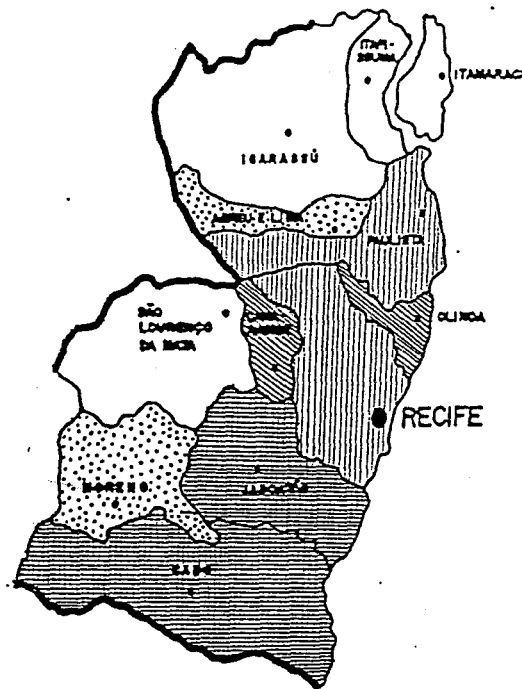
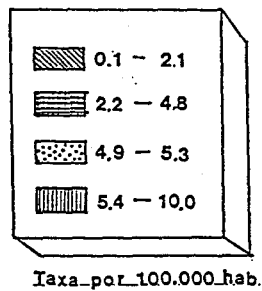


INCIDÊNCIA ACUMULADA DA AIDS, SEXO FEMININO, SEGUNDO MESORREGIÕES. PERNAMBUCO (1987-1992)



Taxa por 100.000 hab

INCIDÊNCIA ACUMULADA DA AIDS, SEXO FEMININO, SEGUNDO MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE (1987-1992)



Confirma-se a partir destes dados, que a AIDS é uma doença, nitidamente de caráter urbano, concentrando-se em regiões densamente urbanizadas a exemplo da região Metropolitana do Recife (vide gráfico 13), a qual possui grau de urbanização de 94,4%, apresentando o município do Recife, o grau de 100% urbana. Quando interiorizada, a AIDS ocorre em municípios com elevados graus de urbanização, a exemplo de Caruaru 85,2%, Petrolina 71,4%, Arcoverde 88,7% e outros.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de casos de AIDS no Estado de Pernambuco vem crescendo bastante, sobretudo aqueles com via de transmissão heterossexual, com tendências exponenciais de crescimento para ambos os sexos. A categoria de transmissão sexual foi responsável por 81,3% dos casos no período de 1983 a 1992, sendo que em relação ao sexo feminino (aqui incluídos os casos subnotificados) este percentual foi de 69,4%. Em função deste crescimento a razão masculino/feminino vem a cada ano ficando mais aproximada, e a este fato acrescenta-se o crescimento do número de casos de AIDS perinatal, visto que a maioria destas mulheres apresentaram idade média de 29 anos, portanto uma população extremamente jovem, em pleno vigor sexual.

Ainda em relação à categoria de exposição sexual, foi grande o número de mulheres cujos parceiros apresentaram HIV positivo (46,7%), afora aquelas onde esta informação não foi fornecida em decorrência de falhas na investigação epidemiológica, tendo sido as principais formas de exposição, o fator multiplicidade de parceiros ou parceiros onde não havia a relação de fidelidade, seja através de relação hetero quanto bissexuais.

Ficou ainda evidenciado que a AIDS, concentra-se sobretudo nos grandes centros urbanos, fato este evidenciado nos demais estudos, e que certamente reflete o fato de que nestas áreas as pessoas exercem mais livremente a sua sexualidade, e apesar dos velhos tabus e preconceitos, nos últimos anos estes vêm sendo relativamente rompidos.

A AIDS vem atingindo a população feminina independente de nível de escolaridade, não tendo ficado evidente qualquer correlação entre os níveis mais elevados de escolaridade e conseqüente maior acesso à informações sobre a doença e adoção de medidas de prevenção. Em relação à ocupação, aqui também analisados os casos do gênero masculino, entre as mulheres foi bastante elevado o percentual de casos concentrados no grupo de ocupações fora da PEA-o que não ocorreu no gênero masculino- sobretudo de domésticas(30,3%), sendo um dado preocupante pois a dependencia sócio-econômica de parceiros tem sido um fator limitante à mulher no tocante ao estabelecimento de uma relação de equidade entre os gêneros, fundamental às ações de prevenção da AIDS.

Porém, como falar em equidade entre os gêneros numa sociedade como a pernambucana, cujos valores estão profundamente arraigados em padrões tradicionais de comportamento, sendo a mulher definida como ser submisso e passivo, sobretudo quando relacionados à vivência da sexualidade? A situação da dependência econômica em relação

ao gênero masculino e o limitado espaço ocupado no mercado de trabalho, absolutamente refletem a condição do gênero feminino, construída socialmente. A introdução de medidas de prevenção baseadas na introdução de preservativos seguramente enfrentará severas limitações em função exatamente da posição ocupada pela mulher na sociedade.

Assim, conclui-se que qualquer medida de prevenção da AIDS em pernambuco e no Brasil, passa acima de tudo pela reflexão acerca da construção social dos gêneros, base de quaisquer campanhas visando a informação sobre a AIDS e a introdução do sexo seguro, destacando-se a impotência de campanhas acima de tudo educativas, atingindo comunidades específicas, e que representem suporte e ajuda na real compreensão da transmissão pelo HIV/AIDS, encorajando mudanças no comportamento visando reduzir o risco de infecção. Certamente esta não será uma tarefa das mais fáceis, visto que envolve acima de tudo a reestruturação de constructos sociais, sobretudo em relação à sexualidade. É fundamental o estabelecimento da equidade entre os parceiros, e que a mulher assegure a sua auto-afirmação enquanto tal, que imponha também os seus desejos e a adoção do sexo seguro, estabelecendo uma relação de confiança, respeito e fidelidade na sua vivência cotidiana.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANÔNIMO - **Heterossexual trasmission on HIV** - Literature Review. s/l, s/d.
2. ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, **Boletim 18**, Rio de Janeiro, Jan.1993.
3. MARTIN, Denise. et al. - **Mulher, sexualidade e prevenção da AIDS**. Mimeo, São Paulo, s/d.
4. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Controle de DST/AIDS, **Boletins epidemiológicos da AIDS**, ano V, nº 8 e ano VI, nº 4, Brasília, 1992 e 1993.
5. KIMBALL, Ann Marie et al - El SIDA en las Mujeres de América Latina y el Caribe, in, **Boletín de la Oficina Panamericana de Saúde**, 116(6), 1992.
6. PAIVA, Vera - **Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS e negociação da camisinha**. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. mimeo, São Paulo, s/d.
7. PARKER, Richard e CARBALLO, Manuel - **Human sexuality and AIDS. The case of Male Bissexuality**. Mimeo, s/l, s/d.
8. PARKER, Richard - **The social dimensions of AIDS in Brazil: Report on a Consultance** for the Ford Foundation. California, 1988.

9. Secretaria de Saúde de Pernambuco-Programa DST/AIDS-Boletim Epidemiológico nº 5, Recife, 1992.
10. PANOS Institute, ABIA, SOS CORPO-A tripla ameaça: Mulheres e AIDS. Rio de Janeiro: ABIA; Recife: SOS CORPO; London: Panos Institute, 1993.
11. PANOS Institute - **SIDA y tercer mundo**. Institute Panos en colaboración con la Cruz Roja Noruega, London, 1988.
12. -----, **The third epidemic: repercussions of the fear of AIDS**. The Panos Institute, in association with the Norwegian Red Cross, London, 1990.
13. WHO - World Health Organization - Global Program on AIDS. **Current and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic**. Mimeo. April 1991.
14. WORTH, Dooley - **Sexual decision - making and AIDS: Why condom promotion among vulnerable women is likely to fail**. Studies in family planning, vol. 20, nº 6, november/december 1989.
15. ZESSLER, Laurent - **Situación mundial del SIDA**, in, anais del seminário: Mujer y SIDA. Org. Centro de Informaciones de las Naciones Unidas y FEIM- Fundación para Estudio y Investigación de la Mujer. Mimeo. Buenos Aires, 1991.

6 - ANEXOS

ANEXO 1

CASO CONFIRMADO DE AIDS

Para efeito de notificação ao Ministério da Saúde será considerado caso de AIDS:

_ Todo adulto que apresente evidência laboratorial de infecção pelo HIV (*) e, independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência:

A- Um conjunto de sinais e sintomas/doenças que somem pelo menos 10 pontos, segundo o critério OPAS/Caracas (anexo I)

e/ou

B- Pelo menos 1 doença indicativa de AIDS, incluindo Pneumonia por **Pneumocystis carinii**, toxoplasmose cerebral, herpes simples muco-cutâneo de duração >1 mês, retinite por citomegalovirus e candidíase esofágica diagnosticadas presuntivamente. (critério CDC modificado item 1: anexo II)

Critério excepcional: Será considerado caso de AIDS todo adulto com teste laboratorial para o HIV não realizado ou de resultado desconhecido e que apresente pelo menos 1 doença indicativa de AIDS diagnosticada definitivamente (critério CDC modificado item 2 : anexo II), desde que excluídas as seguintes causas de imunodeficiência:

_Corticoterapia sistêmica em altas doses ou de longo termo ou outra terapia imunossupressiva/citotóxica iniciada pelo menos 3 meses antes do diagnóstico da doença indicativa;

_Pelo menos 1 das seguintes doenças diagnosticadas em até 3 meses após o diagnóstico da doença indicativa: Hodgkin, linfoma não-Hodgkin (outro que não o linfoma primário do cérebro), leucemia linfocítica, mieloma múltiplo, qualquer outro câncer do tecido linforreticular ou histiocítico, linfadenopatia angioimunoblástica.

_Síndrome de imunodeficiência genética (congenita) ou uma síndrome de imunodeficiência, que não seja pelo HIV, como a que envolve hipogamaglobulinemia.

(*) No contexto da vigilância epidemiológica de casos de AIDS, evidência laboratorial existe quando uma amostra de soro é repetidamente reativa em um teste para pesquisa de anticorpos anti-HIV (p.ex.ELISA) e/ou apresenta um teste positivo para antígeno e/ou cultura positiva.

CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO OPAS/CARACAS

| Sinais/sintomas/doenças | Pontos |
|---|--------|
| Sarcoma de Kaposi | 10 |
| Tuberculose disseminada/extrapulmonar/ pulmonar não cavitária | 10 |
| Candidíase oral ou leucoplasia pilosa | 5 |
| Tuberculose pulmonar ou não especificada | 5 |
| Herpes Zoster em indivíduo \leq 60 anos | 5 |
| Disfunção do sistema nervoso central | 5 |
| Diarréia \geq 1 mês | 2 |
| Febre \geq 38 °C \geq 1 mês | 2 |
| Caquexia ou perda de peso $>$ 10% | 2 |
| Astenia \geq 1 mês | 2 |
| Dermatite persistente | 2 |
| Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia | 2 |
| Tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose) | 2 |
| Linfadenopatia \geq 1 cm \geq 2 sítios extra-inguinais \geq 1 mês | 2 |

ANEXO 2

PLANILHA PARA COLETA DOS DADOS DOS CASOS DE AIDS

| Nº da Ficha | Iniciais do paciente | Ano Diagnóstico | Idade | Escolaridade * | Ocupação | Categoria de Exposição | Se heterossexual, forma exposição * | Mesorregião * | Hospital/ Registro |
|----------------|-------------------------|--------------------|-------|----------------|----------|------------------------------|--|---------------|-----------------------|
| | | | | | | | | | |

* dados coletados apenas para o gênero feminino

ANEXO 3

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SIDA/AIDS

Data de preenchimento

Unidade Federada

DATA DO DIAGNÓSTICO: DIA MÊS ANO INICIAIS DO PACIENTE DATA DO NASCIMENTO: DIA MÊS ANO

(SEXO MASCULINO=1, FEMININO=2)

NATURALIDADE: MUNICÍPIO ESTADO OUTRO PAÍS:

OCUPAÇÃO: ESCOLARIDADE (Analfabeto=1, 4ª Série ou menos=2, 5ª Série ou Mais=3, 2º Grau completo ou Incompleto=4, Superior completo ou Incompleto=5, Ignorado=9)

IDADE NO INÍCIO DA DOENÇA: MAIORES DE 1 ANO ANOS MENORES DE 1 ANO MESES

DOMICÍLIO QUANDO DO INÍCIO DA DOENÇA: MUNICÍPIO ESTADO

DOMICÍLIO ATUAL MUNICÍPIO ESTADO

SITUAÇÃO ATUAL (VIVO=1, MORTO=2, IGNORADO=9) SE MORTO, DATA DO ÓBITO: DIA MÊS ANO

DOENÇAS ASSOCIADAS
SIM=1 NÃO=2

| PROTOZOÁRIOS | FUNGOS | BACTÉRIAS | VÍRUS | HELMINTOS | NEOPLASIAS |
|----------------------|---------------|----------------------------|-----------------|------------------|-------------------|
| Criptosporidíase | Histoplasmose | Micobacterium tuberculosis | Citomegalovírus | Estrongiloidíase | Sarcoma de Kaposi |
| Pneumonia por | Criptococose | Outras Micobactérias | Herpes simples | Outros | Linfoma |
| Pneumocystis carinii | Candidíase | Outras | Outros | | Outras |
| Isosporíase | Outros | | | | |
| Toxoplasmose | | | | | |
| Giardíase | | | | | |
| Amebíase | | | | | |

FATORES DE RISCO

- Prática sexual a partir de 1980 (Homossexual masculino=1, Bissexual=2, Heterossexual=3, Homossexual feminino=4, nega relação sexual=5)
- Relações sexuais com doentes de "SIDA/AIDS" (Sim=1, Não=2, Ignorado=9)
- Relações sexuais a partir de 1980, com pessoas pertencentes a grupos de risco (Sim=1, Não=2, Ignorado=9)
Se Sim, especificar os grupos de risco:
- Usuário(s) a partir de 1980, de drogas injetáveis (Sim=1, Não=2, não Informa=9)
- Hemofílico (Sim=1, Não=2)
- História de transfusão de sangue nos últimos 7 anos (Sim=1, Não=2, Ignorado=9)
Se Sim, especificar a data (Se Ignorada anotar 9999)
- SOMENTE PARA MENORES DE 13 ANOS: Um dos pais (ou ambos) pertencentes a grupos de risco (Sim=1, Não=2, Ignorado=9)
Se Sim, especificar o (s) grupo (s) de risco: Pai: Mãe:

Obs: Se o paciente (adulto ou criança) não pertence a um dos grupos de risco, especificar o modo provável da contaminação

SOROLOGIA PARA HIV

- ELISA (pelo menos uma positiva=1, Negativas=2, Não realizada=9)
- IMUNOFLOURESCÊNCIA (pelo menos uma positiva=1, Negativas=2, Não realizada=9)
- WESTERN BLOT (pelo menos uma positiva=1, Negativas=2, Não realizada=9)

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO CASO

NOME: ENDEREÇO: TELEFONE:

MINISTERIO DA SAUDE
PROGRAMA NACIONAL DST/AIDS

FICHA DE NOTIFICACAO/INVESTIGACAO
AIDS (ADULTO)

DADOS DE NOTIFICACAO/INVESTIGACAO

| | | |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1-UNIDADE FEDERADA | 2-MUNICIPIO DE RESIDENCIA | 3-DATA DO DIAGNOSTICO / / |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|

DADOS DO PACIENTE

| | | |
|--------------------------|---|--|
| 4-INICIAIS DO PACIENTE | | |
| 5-DATA DO NASCIMENTO / / | 6-IDADE | 7-SEXO 1-MASCULINO 2-FEMININO |
| 8-ESCOLARIDADE | 1-ANALFABETO 2-1º GRAU INCOMPLETO 3-1º GRAU COMPLETO 4-2º GRAU INCOMPLETO 5-2º GRAU COMPLETO 6-SUPERIOR 9-IGNORADO | |
| 9-OCUPACAO | 10-SITUACAO ATUAL | 1-VIVO 2-MORTO 9-IGNORADO 11-DATA DO OBITO / / |

CATEGORIAS DE EXPOSICAO

| | | | | | |
|---|------------------------|--|------------------------|------------------|------------------------|
| 12-HOMOSSEXUAL MASCULINO | 1-SIM 2-NAO 9-IGNORADO | 13-BISSEXUAL MASCULINO | 1-SIM 2-NAO 9-IGNORADO | 14-HETEROSSEXUAL | 1-SIM 2-NAO 9-IGNORADO |
| 15-SE HETEROSSEXUAL 1-SIM 2-NAO 9-IGNORADO | | | | | |
| <input type="checkbox"/> COM PARCEIRO BISSEXUAL | | <input type="checkbox"/> COM PARCEIRO HEMOFILICO | | | |
| <input type="checkbox"/> COM PARCEIRO(A) USUARIO DE DROGAS EV | | <input type="checkbox"/> COM PARCEIRO(A) COM MULTIPLOS PARCEIROS | | | |
| <input type="checkbox"/> COM MULTIPLOS (AS) PARCEIROS (AS) | | <input type="checkbox"/> COM PARCEIRO(A) HIV+/AIDS | | | |
| <input type="checkbox"/> COM PARCEIRO(A) TRANSFUNDIDO(A) | | | | | |
| 16-USUARIO DE DROGAS ENDOVENOSAS | 1-SIM 2-NAO 9-IGNORADO | 17-HEMOFILICO | | 1-SIM 2-NAO | |
| 18-HISTORIA DE TRANSFUSAO DE SANGUE A PARTIR DE 1980 | 1-SIM 2-NAO 9-IGNORADO | 19-SE SIM, DATA / / | 20-LOCAL | | |
| 21-OUTROS (ESPECIFICAR) | | | | | |

DADOS CLINICOS

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| 22-CRITERIO CARACAS 1-SIM 2-NAO 9-IGNORADO | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SARCOMA DE KAPOSI (10) | | <input type="checkbox"/> FEBRE MAIOR OU IGUAL A 38°C MAIOR IGUAL 1 MES (2) | | | |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE DISSEMINADA/EXTRA-PULMONAR/NAO CAVITARIA (10) | | <input type="checkbox"/> CAQUEXIA OU PERDA DE PESO MAIOR QUE 10% (2) | | | |
| <input type="checkbox"/> CANDIDIASE ORAL OU LEUCOPLASIA PILOSA (5) | | <input type="checkbox"/> ASTENIA MAIOR OU IGUAL A 1 MES (2) | | | |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE PULMONAR CAVITARIA OU NAO ESPECIFICADA (5) | | <input type="checkbox"/> DERMATITE PERSISTENTE (2) | | | |
| <input type="checkbox"/> HERPES ZOSTER EM INDIVIDUO MENOR OU IGUAL A 60 ANOS (5) | | <input type="checkbox"/> ANEMIA E/OU LINFOPENIA E/OU TROMBOCITOPENIA (2) | | | |
| <input type="checkbox"/> DISFUNSAO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (5) | | <input type="checkbox"/> TOSSE PERSISTENTE OU QUALQUER PNEUMONIA (EXCETO TUBERCULOSE) (2) | | | |
| <input type="checkbox"/> DIARREIA MAIOR OU IGUAL A 1 MES (2) | | <input type="checkbox"/> LINFADENOPATIA MAIOR OU IGUAL A 1 CM. MAIOR IGUAL 2 SITIOS EXTRA-INGUINAIS MAIOR OU IGUAL 1 MES (2) | | | |
| 23-CRITERIO CDC 1-SIM 2-NAO 9-IGNORADO | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CANDIDIASE (ESOFAGO, TRAQUEIA, BRONQUIOS, PULMAO) | | <input type="checkbox"/> LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA | | | |
| <input type="checkbox"/> CITOMEGALOVIRESE | | <input type="checkbox"/> LINFOMA NAO HODGKIN | | | |
| <input type="checkbox"/> COCCIDIOMICOSE DISSEMINADA | | <input type="checkbox"/> LINFOMA PRIMARIO DO CEREBRO | | | |
| <input type="checkbox"/> CRIPTOCOCOSE (EXTRA-PULMONAR) | | <input type="checkbox"/> MICOBACTERIOSE DISSEMINADA | | | |
| <input type="checkbox"/> CRIPTOSPORIDIASE | | <input type="checkbox"/> PNEUMONIA POR P. CARINII | | | |
| <input type="checkbox"/> HERPES SIMPLS (MUCO-CUTANEO > 1 MES, ESOFAGO, BRONQUIOS, PULMAO) | | <input type="checkbox"/> SALMONELOSE (SEPTICEMIA RECORRENTE) | | | |
| <input type="checkbox"/> HISTOPLASMOSE DISSEMINADA | | <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE CEREBRAL | | | |
| <input type="checkbox"/> ISOSPORIASE | | | | | |
| 24-SOROLOGIA PARA HIV 1-POSITIVO 2-NEGATIVO 3-INCONCLUSIVO 4-NAO REALIZADO 9-IGNORADO | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ELISA (1º TESTE) | | <input type="checkbox"/> ELISA (2º TESTE) | | <input type="checkbox"/> IMUNOFLOURESCENCIA | |
| <input type="checkbox"/> WESTERN BLOT | | <input type="checkbox"/> OUTROS (ESPECIFICAR) | | | |
| 25-SE SOROLOGIA NAO REALIZADA OU COM RESULTADO DESCONHECIDO 1-SIM 2-NAO 9-IGNORADO | | | | | |
| <input type="checkbox"/> EXCLUSAO DE OUTRAS CAUSAS DE IMUNODEFICIENCIA | | | | | |

ANEXO 4

Distribuição dos casos de AIDS, por grupos e subgrupos ocupacionais, segundo sexo. Pernambuco (1983 - 1992).

| GRUPOS E SUBGRUPOS OCUPACIONAIS | | H | % | F | % | T | % |
|---|--|-----|------|----|------|-----|------|
| 1 - OCUPAÇÕES ADMINISTRATIVAS | | 105 | 13,3 | 10 | 11,2 | 115 | 13,3 |
| 1.1 - Empregadores | | 43 | 5,5 | 2 | 2,2 | 45 | 5,4 |
| 1.1.1 - Comerciantes (*) | | 40 | 5,1 | 2 | 2,2 | 42 | 5,0 |
| 1.1.2 - Empresários | | 3 | 0,4 | - | - | 3 | 0,4 |
| 1.2 - Administradores e Gerentes de Empresas | | 13 | 1,6 | 2 | 2,2 | 15 | 1,8 |
| 1.3 - Chefes e Encarregados de Seções de Serviços de Adm. de Empresas | | 5 | 0,6 | - | - | 5 | 0,6 |
| 1.4 - Funções Burocráticas ou de Escritório | | 44 | 5,6 | 6 | 6,8 | 50 | 5,9 |
| 2 - OCUP. TÉCNICAS, CIENTÍFICAS, ARTÍSTICAS E ASSEMELHADAS | | 147 | 18,6 | 12 | 13,5 | 159 | 18,8 |
| 2.1 - Ocupações de Nível Superior | | 68 | 8,6 | 4 | 4,5 | 72 | 8,6 |
| 2.2 - Ocupações de Nível Técnico | | 32 | 4,1 | - | - | 32 | 3,9 |
| 2.3 - Professores (**) | | 18 | 2,3 | 7 | 7,9 | 25 | 3,0 |
| 2.4 - Religiosos | | 5 | 0,6 | - | - | 5 | 0,6 |
| 2.5 - Artistas, ocupações afins e auxiliares | | 24 | 3,0 | 1 | 1,1 | 25 | 3,0 |
| 3 - FUNCIONALISMO PÚBLICO (***) | | 25 | 3,2 | 3 | 3,4 | 28 | 3,4 |
| 4 - OCUP. DA AGROPECUÁRIA E DA PRODUÇÃO EXTRATIVA VEGETAL E ANIMAL | | 8 | 1,0 | 1 | 1,1 | 9 | 1,1 |
| 4.1 - Trabalhadores da Agropecuária (*) | | 7 | 0,9 | 1 | 1,1 | 8 | 0,9 |
| 4.2 - Pescadores | | 1 | 0,1 | - | - | 1 | 0,1 |
| 5 - OCUPAÇÕES DA PRODUÇÃO EXTRATIVA MINERAL | | 1 | 0,1 | - | - | 1 | 0,1 |
| 5.1 - Mineiros | | 1 | 0,1 | - | - | 1 | 0,1 |
| 6 - OCUPAÇÕES DAS INDÚSTRIAS DE TRANSFORMAÇÃO E CONSTRUÇÃO CIVIL | | 79 | 10,1 | 1 | 1,1 | 80 | 9,7 |
| 6.1 - Ocup. Industriais Mecânicas e Metalúrgicas | | 21 | 2,7 | - | - | 21 | 2,4 |
| 6.2 - Ocup. da Indústria do Vestuário | | 11 | 1,4 | - | - | 11 | 1,3 |
| 6.3 - Ocup. da Indústria da Construção Civil | | 20 | 2,5 | - | - | 20 | 2,3 |
| 6.4 - Ocup. da Indústria de Madeira e Móveis | | 6 | 0,8 | - | - | 6 | 0,7 |
| 6.5 - Outras | | 21 | 2,7 | - | - | 21 | 2,4 |
| 7 - BANCÁRIOS (***) | | 33 | 4,2 | 2 | 2,2 | 35 | 4,0 |
| 8 - OCUPAÇÕES DO COMÉRCIO E ATIVIDADES AUXILIARES | | 77 | 9,8 | 2 | 2,2 | 79 | 9,0 |
| 8.1 - Vendedores | | 18 | 2,3 | - | - | 18 | 2,1 |
| 8.2 - Vendedores Ambulantes | | 9 | 1,1 | - | - | 9 | 1,0 |
| 8.3 - Outras | | 50 | 6,4 | 2 | 2,2 | 52 | 5,9 |
| 9 - OCUPAÇÕES DOS TRANSPORTES E COMUNICAÇÕES | | 39 | 5,0 | - | - | 39 | 4,4 |
| 9.1 - Ocup. dos Transportes Aéreos | | 8 | 1,0 | - | - | 8 | 0,9 |
| 9.2 - Ocup. dos Transportes Urbanos e Rodoviários | | 8 | 1,0 | - | - | 8 | 0,9 |
| 9.3 - Ocup. das Comunicações | | 6 | 0,8 | - | - | 6 | 0,7 |
| 9.4 - Outras | | 6 | 0,8 | - | - | 6 | 0,7 |
| 10 - OCUPAÇÕES DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS | | 100 | 12,7 | 7 | 7,8 | 107 | 12,2 |
| 10.1 - Serviços de Alojamento e Alimentação | | 27 | 3,4 | 1 | 1,1 | 28 | 3,2 |
| 10.2 - Serviços de Higiene Pessoal | | 31 | 3,9 | 2 | 2,2 | 33 | 3,8 |
| 10.3 - Porteiros, Vigias, Serventes, Contínuos, etc | | 39 | 5,0 | 3 | 3,4 | 42 | 4,8 |
| 10.4 - Outras | | 3 | 0,4 | 1 | 1,1 | 4 | 0,4 |
| 11 - OCUPAÇÕES DA DEFESA E SEGURANÇA PÚBLICA | | 13 | 1,6 | 1 | 1,1 | 14 | 1,6 |
| 12 - TRABALHADORES DO SEXO | | 5 | 0,6 | 7 | 7,9 | 12 | 1,4 |
| 13 - OCUPAÇÕES FORA DA PEA | | 75 | 9,5 | 41 | 46,0 | 116 | 13,2 |
| 13.1 - Domésticas (***) | | - | - | 27 | 30,3 | 27 | 3,1 |
| 13.2 - Estudantes | | 41 | 5,2 | 3 | 3,4 | 44 | 5,0 |
| 13.3 - Aposentados | | 12 | 1,5 | - | - | 12 | 1,4 |
| 13.4 - Desempregados | | 8 | 1,0 | 1 | 1,1 | 9 | 1,0 |
| 13.5 - Desocupados | | 3 | 0,4 | - | - | 3 | 0,3 |
| 13.6 - Menores (****) | | 11 | 1,4 | 10 | 11,2 | 21 | 2,4 |
| 14 - OCUPAÇÕES IGNORADAS, MAL DEFINIDAS OU OUTRAS | | 81 | 10,3 | 2 | 2,2 | 84 | 9,6 |
| 14.1 - Ocup. Ignoradas | | 69 | 8,8 | 2 | 2,2 | 72 | 8,2 |
| 14.2 - Ocup. Mal Definidas | | 7 | 0,9 | - | - | 7 | 0,8 |
| 14.3 - Outras | | 5 | 0,6 | - | - | 5 | 0,6 |
| TOTAL | | 788 | 100 | 89 | 100 | 877 | 100 |

Fonte: Elaborada a partir das fichas de notificação à SES/Programa DST/AIDS, assim como através dos prontuários dos pacientes nas unidades de referência do Recife.

(*) nestes subgrupos, fica a crítica em relação a serem ou não empregados, uma vez que não havia maiores explicitações nas fichas de notificação ou prontuários.

(**) aberta classificação a parte devido à impossibilidade de definir se estes eram de nível médio ou superior.

(***) aberta classificação, à parte devido à impossibilidade de melhor definição ocupacional.

(****) neste subgrupo houve uma grande dificuldade de definição no tocante a ser "do lar" ou "empregada doméstica".