

## Aids no Brasil: rumo a uma epidemia sem rosto?

Francisco Inácio Bastos e Célia L. Szwarcwald\*

Uma constatação inquestionável acerca dos bancos de dados que sistematizam informações sobre os casos de Aids no Brasil, comum ao banco de dados nacional – SINAN–Aids (disponibilizado pela Coordenação Nacional de DST/Aids) e diversos bancos de dados regionais, é o aumento substancial do número de casos cuja categoria de exposição é “ignorada”.

Embora a análise detalhada de tal achado seja, precisamente neste momento, objeto de estudo por parte do nosso grupo de pesquisa, é possível adiantar algumas hipóteses, a serem verificadas a partir da utilização de metodologia epidemiológica e estatística. Descrevemos abaixo, brevemente, algumas destas possibilidades, sem qualquer preocupação de estabelecer uma ordenação de hipóteses mais ou menos prováveis. As hipóteses dizem respeito tanto à lógica intrínseca do sistema de registro como às representações dos profissionais de saúde que prestam assistência aos pacientes com Aids preenchendo as fichas de notificação.



### Deterioração/sobrecarga dos sistemas de registro

Seguindo um velho aforismo de um compêndio de epidemiologia, as mais sofisticadas estatísticas nacionais baseiam-se, antes de tudo, nos dados recolhidos pelo coletor de impostos. Substituindo a figura do coletor de impostos pelo atarefado profissional de saúde de nossos dias, inserido em um sistema de saúde que pouco tempo deixa para a adequada reflexão e registro de suas ações, é possível imaginar registros limitados ao aparentemente “indispensável” (critério invariavelmente subjetivo e inconsistente) e pouco tempo para uma anamnese cuidadosa, de onde poderia emergir uma história mais acurada de exposições e riscos.

Não é difícil também imaginar lacunas à medida que os diversos níveis de processamento e sistematização de informação se vêem às voltas com uma epidemia que totaliza hoje mais de 150.000 casos notificados, em todas as Unidades da Federação e mais de 2.800 municípios, em um país de dimensões continentais e extrema heterogeneidade social.

### Mudanças experimentadas pelos sistemas de classificação

Os critérios de notificação de “caso de Aids” experimentaram, ao longo dos anos, sucessivas reformulações. Sem entrar em detalhes, cabe observar que uma característica marcante dos critérios mais recentes é a proeminência dos achados laboratoriais (por exemplo, a contagem diferencial de linfócitos CD4+, quando menor que 200, é definidora de caso). Com isso, ampliam-se as possibilidades de registro independente da anamnese clínica detalhada e da recuperação de casos notificados post mortem ou in extremis, ou seja, de pessoas que jamais haviam sido diagnosticadas e tratadas, ou que haviam recebido diagnóstico e tratamento apenas imediatamente antes de falecerem.

### Pauperização da epidemia e suas conseqüências sobre o registro

A pauperização da epidemia, ou seja, o fato dos casos novos de Aids estarem sendo crescentemente notificados entre pessoas pertencentes aos estratos e comunidades mais pobres, constitui hoje uma conclusão relativamente consensual de diversos pesquisadores e profissionais envolvidos no dia-a-dia da epidemia nas diferentes regiões do nosso país.

***A pauperização faz com que mais pessoas residentes em comunidades pobres demandem serviços de assistência (e registro) menos aparelhados, ou, alternativamente, se “dirijam” aos serviços públicos de referência, já às voltas com as demandas de sua clientela “tradicional”, com frequência, geograficamente mais próxima. Ambas as possibilidades têm óbvias implicações sobre a qualidade dos registros***

A pauperização faz com que mais pessoas residentes em comunidades pobres demandem serviços de assistência (e registro) menos aparelhados, ou, alternativamente, se “dirijam” aos serviços públicos de referência, já às voltas com as demandas de sua clientela “tradicional”, com frequência, geograficamente mais próxima. Ambas as possibilidades têm óbvias implicações sobre a qualidade dos registros.

É também mais provável que pessoas com maior dificuldade de acesso aos serviços especializados (por terem mais dificuldade de transporte, de se ausentarem do trabalho etc), acabem sendo diagnosticadas, tratadas e registradas em momentos posteriores da evolução da sua infecção pelo HIV, ou seja, reforçando a tendência descrita no item anterior.

### **“Migração” de pessoas para o sistema de notificação, a partir da disponibilização de novos anti-retrovirais**

O Brasil e o Canadá são, hoje, os únicos países no mundo que vêm disponibilizando (em que pesem dificuldades) as modernas combinações de anti-retrovirais (coquetéis) na rede pública. O elevado preço destas medicações fazem com que pacientes, até então, atendidos no âmbito da clínica privada ou até então desassistidos, “migrem” para o sistema formal de dispensação de medicamentos, que é, necessariamente, um sistema de registro. Seja em função do estigma, que, infelizmente, ainda persiste, quanto às modalidades de infecção, seja de um “ingresso” pouco ordenado destas pessoas no sistema formal de assistência e registro, é possível supor problemas de notificação.

### **Inadequação da tipologia das “categorias de exposição” segundo a percepção consolidada entre os profissionais de saúde e a dinâmica atual da epidemia no Brasil**

O profissional de saúde que, em última análise, preenche a ficha de notificação está, freqüentemente, familiarizado com uma epidemia com categorias mais estanques de exposição do que a epidemia real, em curso.

É bastante provável que diante de uma ocorrência que não se “encaixa” com seus pressupostos (conscientes ou inconscientes) acerca dos riscos de infecção pelo HIV, opte por utilizar “ignorado” ao invés de “arriscar” uma classificação mais específica que lhe parece errônea ou duvidosa.

A título de esclarecimento deste profissional, tecemos algumas breves considerações sobre a epidemiologia da Aids no Brasil de nossos dias.

As categorias de exposição ainda hoje vigentes foram elaboradas em um momento anterior da epidemia, quando determinados hábitos e a inserção em redes sociais específicas eram determinantes quase exclusivos do risco efetivo de infecção pelo HIV. Ou seja, ser um homossexual masculino, com múltiplos parceiros, praticante de sexo desprotegido, no início da década de 80 tinha um significado diferente do atual, por várias razões. Diversas pessoas optaram pelo sexo seguro, “quebrando” as cadeias de transmissão do HIV; algumas das pessoas infectadas pelo HIV no início da epidemia adoeceram ou morreram ao longo dos anos, alterando as “cenas” de interação; os modernos anti-retrovirais reduziram de forma muito efetiva a carga viral dos indivíduos, tornando-os não só muito mais “saudáveis” (individualmente) como menos infectantes (na dimensão interacional e coletiva).

Embora seja inquestionável que determinadas populações continuem sendo mais vulneráveis à infecção pelo HIV que outras (como demonstraram cabalmente Jonathan Mann e colaboradores), as populações hoje mais vulneráveis, especialmente, nos países e comunidades mais pobres, se aproximam mais desta entidade impalpável denominada “população geral”, portanto, menos passíveis de categorizações específicas e menos “definidas” do ponto de vista epidemiológico. No campo da epidemiologia das doenças infecciosas, a palavra “mistura” (mixing),

tem um sentido específico e destituído dos preconceitos habituais (por exemplo, no sentido étnico), descrevendo simplesmente os padrões de interação. Neste sentido, a epidemia brasileira tem claramente um padrão de mistura disassortativo (não exclusivo, aliás como aliás em nenhum local do mundo), ou seja, aquele que combina pessoas com características sócio-demográficas e comportamentais distintas.

Em epidemias que seguem este padrão, por razões que não é possível detalhar aqui, existe uma “primeira onda”, que afeta segmentos sociais específicos, que apresentam, posteriormente, um fenômeno de “saturação epidêmica”, que poderia ser traduzido em termos simples como um momento em que todos aqueles sob maior risco já foram afetados de alguma forma pela epidemia. A seguir, emerge uma “segunda onda”, mais ampla (já que afeta uma população com maior contingente), de recorte social mais impreciso, com comportamentos menos passíveis de serem definidos como “de risco”. Ou seja, como vimos no item anterior, é mais difícil “encaixar” estas pessoas nas categorias de exposição tradicionais.

Enfim, todos estes fatores, em combinações diversas, podem estar contribuindo para uma epidemia que vem perdendo em parte “seu rosto” epidemiológico. Como a epidemiologia, a despeito de suas limitações, tem a cumprir um papel indispensável de registro, avaliação e monitoramento da epidemia, espera-se que possamos elucidar estes fatores, tornando o sistema de notificação uma instância socialmente útil, não estigmatizante e sintonizada com seu tempo.

---

\*Pesquisadores do Departamento de Informações em Saúde (DIS/CICT) da Fundação Oswaldo Cruz e do CNPq.



---

| [Gapa-Ba](#) | [Áreas](#) | [Boletim](#) | [Estrutura](#) |

| [Idioma](#) | [Home](#) | [A Aids](#) | [Produtos & Serviços](#) |  
| [Campanha](#) | [Doação](#) | [Fale Conosco](#) | [Links](#) |