

AIDS NO BRASIL: UMA EPIDEMIA EM MUTAÇÃO

A dinâmica da Epidemia de AIDS no Brasil a Partir dos Casos Notificados

A epidemia de AIDS iniciou-se no Brasil nas suas duas Metrôpoles Nacionais¹ - São Paulo e Rio de Janeiro -, ambas situadas na Região Sudeste, que apresentam, hoje, taxas de incidência acumulada elevadas: o município de São Paulo com 220,9/100.000 hab. e o do Rio de Janeiro com 143,8/100.000 hab.². A epidemia torna-se visível do ponto de vista médico e social nos primeiros anos da década de 80, entre homossexuais masculinos, tendo sido os dois primeiros casos notificados na Cidade de São Paulo em 1982.

Até 1987, havia ainda estados da federação, nas Regiões Norte e Nordeste do país, com menos de 5 casos notificados da doença e a epidemia se restringia, basicamente, às metrópoles nacionais supra-citadas e às metrópoles regionais das Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. De modo contínuo, a epidemia se difunde para o conjunto da federação, com taxas anuais de incidência crescentes na maior parte das Unidades da Federação até 1993³

Assim, especialmente, o Estado de São Paulo (com taxa de 22,9/100.000 hab. para 1993), o Estado do Rio de Janeiro (com



12,8 para o mesmo ano) e o Distrito Federal (com 12,9), apresentam taxas de incidência anuais elevadas, sendo o coeficiente de incidência paulista algo superior ao da Espanha (país europeu mais afetado pela epidemia - 19,1/100000 hab. em 1994) e o do Rio de Janeiro e Distrito Federal algo superiores aos valores registrados na Itália, segundo país europeu mais atingido pela epidemia (10/100.000 hab. em 1994). Cabe observar que essas taxas são, mesmo nas Unidades onde mais se disseminou a epidemia, bastante inferiores à dos Estados Norte-americanos onde a epidemia é de maior magnitude

como o Estado de Nova York (83,3/100.000 hab. para 1993/4) ou a Califórnia (46,1).⁴

O início dos anos 90 testemunha taxas anuais de incidência elevadas em regiões geograficamente afastadas do Sudeste, como a Região Centro-Oeste (com uma taxa global de 5,4 - para o ano de 1992), e em estados da Região Norte como Roraima (5,1 em 1991).

Portanto, observa-se que, paralelamente, à contínua expansão da epidemia nos epicentros geográficos tradicionais, esta se difunde para o conjunto do país.

Quadros intermediários e países com pontos isolados de disseminação

Um padrão ainda favorável, embora não propriamente de evitamento da epidemia pode ser observado em países do norte da Europa, onde foram registradas epidemias localizadas em alguns pontos do território, embora sem expansão para o conjunto das regiões. É o caso de algumas cidades alemãs ou da cidade de Edimburgo, na Escócia. Embora essas localidades tenham experimentado epidemias pelo HIV/AIDS entre seus UDIs na primeira metade da década de 80, algumas bastante extensas, como em Edimburgo,

a tendência mais recente é de franco decréscimo dos níveis de soroprevalência e soroincidência.

Apenas a título de exemplo, observemos que os dados obtidos através do monitoramento contínuo de pessoas falecidas em virtude do uso de drogas na Alemanha, aponta para valores da ordem de 36% de soropositividade entre UDIs da cidade de Berlim e 23% em Frankfurt, registrados ao final da década de 80, que caem para taxas em torno de 9% na década de 90.

Epidemias estabilizadas

Em contraste com a situação descrita acima, registram-se epidemias extensas entre UDIs, que vêm atravessando a presente

década com níveis persistentemente elevados, em diversas regiões de países do sul da Europa como Itália, França e Espanha. Nesses países as respostas preventivas foram de um modo geral tardias, fragmentárias e não-consensuais.

Mas os quadros mais graves em todo o mundo têm tido lugar em bolsões de pobreza de grandes cidades norte-americanas e cidades de países em desenvolvimento como São Paulo e Rio de Janeiro ou Bangkok, na Tailândia.

Nestes últimos, somam-se às dificuldades anteriores aquelas decorrentes da intensa pauperização e marginalização dos UDIs. Soroprevalências da ordem de 55% têm sido encontradas em Nova York, naquela que se constitui a mais antiga e extensa epidemia em todo o mundo.

Não se sabe porque razões as epidemias de Rio de Janeiro e Santos têm apresentado soroprevalências bastante distintas - cerca de 30-35% nas diversas amostras cariocas e 55-60% nas Santistas. Uma vez que se trata de estudos de universos pouco conhecidos e com amostras obtidas por métodos não aleatórios, é difícil afirmar em que medida essas diferenças são reais ou secundárias a vícios amostrais. De qualquer modo ambas são preocupantes e merecem enfrentamento imediato e abrangente.

O presente texto é parte (resumida e simplificada) do capítulo XIII do livro: Stimson, G. et al. (eds.) - Drug injecting and HIV infection: global dimensions and local responses. London: Taylor & Francis, 1996 (no prelo), de autoria de Francisco Bastos e colaboradores.

