

Vulnerabilidade de mulheres à AIDS: estudo da mortalidade segundo anos potenciais de vida perdidos

Vulnerability of women to AIDS: a study of mortality according to years of potential life lost (YPLL)

Vulnerabilidad de mujeres a la SIDA: un estudio de la mortalidad según los años de vida potencial perdidos (AVPP)

*Maiky Carneiro da Silva Prata**

*Lúcia Yasuko Izumi Nichiata***

*Renata Ferreira Takahashi****

*Maria Rita Bertolozzi*****

RESUMO: Estudo epidemiológico, descritivo e temporal. Descreve a mortalidade feminina por AIDS nos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo, por meio dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e identifica relações entre ocorrência de morte precoce por AIDS e condições de vida. Os dados foram extraídos da base do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram estudadas 16.973 mulheres, com idades entre 15 e 69 anos, que faleceram no período de 01/01/1985 a 31/12/2006. Foi calculado o APVP e a taxa (TAPVP) para os 17 DRS. Utilizou-se o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) e os Anos de Estudos Concluídos (AEC) como indicadores sociais. Houve redução de óbitos por AIDS a partir de 1996, predominância de baixa escolaridade e aumento da sobrevida. Não se observou relação direta entre IPRS, TAPVP e IPVS. Considerando os baixos indicadores sociais como determinantes da mortalidade precoce, se evidencia a necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de controle da AIDS entre mulheres paulistas.

PALAVRAS-CHAVE: AIDS. Mulher - mortalidade. Mulher - condições de vida.

ABSTRACT: This is an epidemiologic, descriptive and temporal study. It describes female mortality by AIDS in the 17 Regional Health Departments (DRS) of São Paulo State, by means of years of potential life lost (YPLL) and identifies relations between occurrence of early death by AIDS and life conditions. Data was obtained in the database of Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), which records deaths. 16973 women were studied, with ages from 15 to 69 years that died from 01/01/1985 to 12/31/2006. YPLL was calculated and its rates (TAPVP) for the 17 DRS. We used as social indexes the São Paulo Index of Social Responsibility (IPRS), the São Paulo Index of Social Vulnerability (IPVS) and rates regarding Completed Study Years (AEC). There was a reduction of deaths by AIDS from 1996 on, predominance of school years low rates and increase of survival. We did not observe a direct relationship between IPRS, TAPVP and IPVS. Considering social indexes bases as determinative of early mortality, it was evidences the necessity of enhancing AIDS control strategies among São Paulo women.

KEYWORDS: AIDS. Women - mortality. Women - life conditions.

RESUMEN: Esto es un estudio epidemiológico, descriptivo y temporal. Describe la mortalidad femenina por SIDA en los 17 departamentos regionales de salud (DRS) del estado de São Paulo de promedio los años de vida potencial perdidos (AVPP) e identifica relaciones entre la ocurrencia de la muerte temprana por SIDA y las condiciones de vida. Los datos fueron obtenidos en la base de datos del Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que registra muertes. Se estudiaron a 16973 mujeres, con edades desde 15 hasta 69 años que murieron desde 01/01/1985 hasta 21/12/2006. El AVPP foi calculado, así bien sus tasas (TAPVP) para los 17 DRS. Utilizamos como índices sociales el Índice de Responsabilidad Social de São Paulo (IPRS), el Índice de Vulnerabilidad Social de São Paulo (IPVS) y tasas respecto a los años terminados de estudio (AEC). Hubo una reducción de muertes por SIDA a partir de 1996, un predominio de tasas bajas de años escolares y el aumento de la supervivencia. No observamos una relación directa entre IPRS, TAPVP e IPVS. Considerando los índices sociales como determinativos de la mortalidad temprana, hay evidencias de la necesidad de realzar estrategias de control del SIDA entre las mujeres de São Paulo.

PALABRAS LLAVE: SIDA. Mujeres - mortalidad. Mujeres - condiciones de vida.

* Enfermeiro. Departamento de Epidemiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. Pronto-Socorro Central do Município de Diadema.

** Enfermeira. Professora doutora. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. E-mail: izumi@usp.br

*** Enfermeira. Professora Livre-docente. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

**** Enfermeira. Professora Livre-docente. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

Introdução

A AIDS é uma causa de morte evitável que, há quase 30 anos, constitui múltiplos desafios, no que se refere às medidas de prevenção, tratamento e diagnóstico precoce dos infectados¹.

No Brasil, ao longo dos anos, a epidemia de AIDS sofreu variações relativas à categoria de exposição, às condições socioeconômicas e sexo da população infectada. Essas mudanças tornaram, em certa medida, as mulheres mais vulneráveis à morte por AIDS, tanto pelas condições socioeconômicas, quanto pela questão de gênero, que as levam às situações de subordinação na esfera sexual e reprodutiva, ao menor valor no mercado de trabalho, com maior índice de emprego precário, além de uma menor representação política².

Embora a análise de dados epidemiológicos sobre mortalidade feminina revele diminuição do número de casos, desde 1996, a velocidade da redução tem sido mais lenta em mulheres do que em homens. Em 1995, o coeficiente de mortalidade masculina por AIDS foi de 35,1 por 100.000 e, em 2007, foi 11,2 em 100.000. Nas mulheres, em 1995 foi 11,0 em 100.000 e, em 2007, foi de 5,0 por 100.000³.

Ainda, no Estado de São Paulo, no período de 1991 a 1998, a AIDS foi a principal causa de morte no segmento das mulheres em idade fértil, já nos dois anos seguintes esteve em segundo lugar⁴. Mais recentemente, a Fundação Sistema de Análise de Dados do Estado de São Paulo (SEADE) mostrou que, de 2003 a 2005, a síndrome classificou-se como a quarta causa de morte entre as jovens de 10 a 24 anos e a segunda entre mulheres de 25 a 39 anos, ultrapassando a mortalidade por homicídios⁵.

O fenômeno da feminização da epidemia da AIDS é inegável e pode

ser evidenciado tanto pela taxa de incidência como de mortalidade.

A análise da mortalidade por períodos históricos contribui com a avaliação da situação de saúde e se torna mais consistente ao se agregar índices que contemplam as características do agravo de saúde. No caso da AIDS, o índice que avalia Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) pode trazer maior especificidade à análise da mortalidade ao captar de forma mais sensível a mortalidade prematura, que pode indicar condições desiguais de vida, uma vez que a morte ocorreu previamente à idade que se definiu como limite ideal^{6,7}.

O presente estudo tem como objetivo analisar a mortalidade feminina por AIDS nos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do estado de São Paulo, por meio do índice de avaliação de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e identificar relações da ocorrência de morte prematura de mulheres com AIDS com suas condições de vida.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e temporal. Os dados de óbito foram extraídos do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo e do Programa Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/AIDS e compreenderam registros de notificações, incorporados no SINAN até 10 de março de 2007, de mulheres com AIDS que vieram a óbito, residentes no Estado de São Paulo, com idade acima de 13 anos, abrangendo desde o primeiro caso ocorrido em 1985 até o último registrado em 31 de dezembro de 2006. As variáveis socioeconômicas e demográficas dessas mulheres foram extraídas do banco de dados

do censo de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e disponíveis online pela SEADE do Estado de São Paulo⁸.

O indicador de mortalidade APVP permite a comparação da importância relativa das diferentes causas de morte, em função do momento de sua ocorrência. Além disso, identifica o número de anos que os falecidos poderiam ter vivido, considerando-se como limite superior de idade a expectativa de vida ao nascer da população estudada^{9,10}.

Para a análise dos APVP, foram selecionados os anos de 1985, 1990, 1995, 2000 e 2005, por representarem anos marcantes de mudanças no perfil da epidemia (incremento significativo da categoria usuário de droga, avanço acentuado de transmissão heterossexual, interiorização da epidemia, número máximo e mínimo de casos e tendência de redução de óbitos)¹¹. Definiu-se a faixa etária de 15 a 69 anos de idade para o cálculo do APVP, dado que a expectativa de vida para as mulheres no Brasil no período de estudo foi ao redor de 70 anos⁸. As faixas etárias foram estabelecidas em intervalos de cinco anos, conforme demais estudos que consideram os APVP na análise de mortalidade^{12,13}. Para a análise dos APVP nos anos selecionados, foram identificados 16.973 casos do total de óbitos femininos notificados por AIDS. Ainda, a análise do APVP foi realizada pela agregação de 645 municípios, segundo os 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo.

O cálculo do APVP e da Taxa de APVP (TAPVP) foi realizado conforme as seguintes equações^{9,10}:

$$APVP = \sum a_i \cdot d_i \quad (1)$$

$$TAPVP = \sum (APVP \times 1000) / N \quad (2)$$

Em que:

a_i = anos remanescentes de vida até a idade limite (70 anos) quando

a morte ocorre entre as idades (i) e ($i+5$); e admitindo distribuição uniforme das mortes dentro de cada grupo etário, em que i representa a idade do último aniversário.

d_i = número de mortes por AIDS ocorridas no grupo etário;

N = número de mulheres de 15 a 69 anos, em cada DRS.

O ano de 2000 foi selecionado para a análise dos dados de condições de vida por tratar-se do último ano censitário utilizado como base populacional na elaboração dos indicadores de condições de vida envolvidos no estudo. Como indicadores de condições de vida, foram utilizados o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) e o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), ambos produzidos pela SEADE⁸. Além desses, utilizou-se o indicador “anos de estudos concluídos” pelas mulheres que vieram a óbito, uma vez que a escolaridade é um dos poucos índices que retrata a condição de vida¹⁴.

A classificação dos 645 municípios do Estado de São Paulo, segundo o IPRS, compreendeu três dimensões, a saber: riqueza, longevidade e escolaridade. Na variável riqueza foram considerados o consumo anual de energia elétrica por residência, agricultura, comércio e serviços, valor adicionado fiscal *per capita* e remuneração média dos empregados com carteira assinada e setor público. Para longevidade, foram avaliadas as mortalidades perinatal e infantil, de pessoas com 15 a 39 anos e daquelas com 60 anos e mais. A escolaridade agregou proporções de jovens de 15 a 17 anos com pelo menos quatro anos de estudos e de crianças com cinco e seis anos que freqüentam a pré-escola. Os municípios foram classificados em cinco graus, numerados de um a cinco, de maior para menor nível de desenvolvimento socioeconômico⁸.

O IPVS complementa o IPRS ao possibilitar identificar os municípios que, embora possuam bons índices sociais, apresentam bolsões de pobreza, mantendo em seus territórios populações em situações de maior vulnerabilidade social⁸. A sua elaboração agrega variáveis socioeconômicas e demográficas, sendo que as primeiras associam a renda da família, a escolaridade do chefe da família e a capacidade dos seus membros em gerar renda. A dimensão demográfica é expressa pelo ciclo de vida familiar, que considera a presença de crianças de zero a quatro anos e a idade média do chefe de família. Apesar do estágio das famílias no ciclo de vida não ser um definidor dos grupos, as famílias com chefes mais jovens e com maior número de crianças tendem a ter situação socioeconômica mais vulnerável⁸.

O IPVS atribui à população de cada município seis possíveis graduações: nenhuma, muito baixa, baixa, média, alta e muito alta vulnerabilidade⁸.

O conceito de Vulnerabilidade orientou a discussão da relação entre a ocorrência da mortalidade e as condições de vida. Segundo o conceito da vulnerabilidade, a infecção pelo HIV e a morte precoce por AIDS não são resultantes apenas da dimensão do indivíduo - comportamento do indivíduo -, mas também determinadas ou condicionadas por aspectos concernentes aos serviços de saúde e seus benefícios - acesso, diagnóstico precoce, instituição da terapêutica anti-retroviral, prevenção de infecções secundárias e agravos oportunistas, entre outros - e âmbito social também são determinantes^{15,16}.

A obtenção, organização e tabulação dos dados foram realizadas utilizando-se o programa computacional Microsoft Excel 97. Os dados foram tratados sigilosamente, de forma que os nomes das mu-

lheres notificadas foram mantidos sob anonimato, seguindo as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Norma 196/96)¹⁷.

Resultados

Na ocasião da primeira etapa do estudo, foram identificados 17.247 óbitos de mulheres por AIDS, de 1985 a 2006. Observa-se que a mortalidade passou por duas fases, sendo que nos primeiros dez anos ocorreu incremento na proporção de óbitos de 10,04%. Na segunda fase, ocorreu um decréscimo gradual do número de mortes, de 1.664 casos em 1996 a 795 casos em 2005, que corresponde a uma queda de 53%. Não há dúvidas de que os dados de 2006 devem ser analisados com cautela, pois pode ter ocorrido atraso em seu envio, com falha na cobertura, devido à morosidade do sistema de informação¹⁸.

Considerando os DRS segundo o percentual de casos ao longo dos 22 anos, a Grande São Paulo representou 53,47% dos óbitos, seguido da Baixada Santista, com 9,16% e, em terceiro, da região de Taubaté, com 5,36%. A Baixada Santista é a região onde tanto o número absoluto de óbitos se mostra importante, quanto a taxa de mortalidade, tendo apresentado, em 2003, com a DRS de Barretos, as maiores taxas de mortalidade, ultrapassando 15 óbitos por 100 mil habitantes⁴.

Em relação ao perfil dos casos de óbito por AIDS entre as mulheres, o estudo mostrou que houve predominância de mulheres com um a três anos de estudo. Em relação à categoria de exposição, verificou-se que a heterossexual e o uso de drogas foram predominantes até 1991 e, a partir de 1992, observou-se maior incremento da categoria heterossexual e diminuição percentual da exposição rela-

cionada ao uso de droga. Em 2006, 26,67% dos casos estiveram exclusivamente associados à transmissão heterossexual, 66,67% à heterossexual de parceria com risco indefinido e apenas 6,66% de transmissão associada ao uso de droga. Quanto às parcerias das mulheres, 29,1% tinham um parceiro sexual sabidamente HIV positivo. Os parceiros de cerca de 25% (4.311) delas eram usuários de drogas injetáveis e 23% das mulheres possuíam parceiros com múltiplas parcerias, vale lembrar, que o campo de parceria na ficha de investigação epidemiológica para AIDS permite realizar a confirmação de mais de uma possibilidade de situação do parceiro¹⁹.

A análise da Tabela 1 revela uma ampla variação da APVP e TAPVP e um aumento gradativo da idade média ao morrer de mulheres com AIDS, com 15 a 69 anos, no período estudado. Ressalta-se que, para a análise do índice de APVP, considera-se tanto o número de casos por 1.000, quanto a idade dos indivíduos ao morrer, podendo ocorrer alta TAPVP no ano com maior número de casos, mesmo que se verifique maior idade ao morrer. O pico dos índices de APVP e TAPVP ocorreu em 1995, ano em que o número de óbitos foi mais elevado e, também, precedente à instituição da terapia antiretroviral às pessoas soropositivas ao HIV ou com AIDS.

Na Tabela 2, observa-se nos APVP segundo DRS e anos selecionados que, em 1985, somente o DRS da Grande São Paulo apresentou óbitos, provavelmente por se tratar do início da epidemia e por São Paulo ter sido o primeiro município a organizar os serviços de saúde para monitorar os casos identificados e registrar os óbitos. Já em 1990, esse DRS caiu para o 10º lugar, e é o DRS de Presidente Prudente que apresentou a maior TAPVP (12,1 por mil), seguido por

Tabela 1. Distribuição do número de óbitos, APVP, Taxa de APVP* e idade média ao morrer (em anos), de mulheres de 15 a 69 anos. Estado de São Paulo, 1985 a 2005

Ano	nº de Óbitos	APVP	Taxa de APVP*	Idade média ao morrer
1985	3	129	0,04	26
1990	395	15.240	2,16	31
1995	1.714	60.822	6,07	34
2000	1.166	38.043	3,41	37
2005	775	22.845	1,94	41

* por 1.000 mulheres de 15 a 69 anos.

Fonte: SINAM (dados em 10/3/2007)

Tabela 2. Taxas de Anos Potenciais de Vida Perdidos por 1000 mulheres de 15 a 69 anos, segundo DRS. Estado de São Paulo, 1985, 1990, 1995, 2000 e 2005

Departamento Regional de Saúde	1985	1990	1995	2000	2005
1-Grande São Paulo	0,04	1,95	5,36	3,02	1,63
2-Araçatuba	-	1,50	5,24	2,15	2,90
3-Araraquara	-	3,51	5,42	5,56	3,10
4-Baixada Santista	-	5,46	14,20	7,34	3,50
5-Barretos	-	3,88	12,59	8,15	1,65
6-Bauru	-	1,77	5,77	2,82	2,43
7-Campinas	-	1,57	3,40	2,14	1,19
8-Franca	-	0,65	4,60	4,28	2,95
9-Marília	-	8,66	5,19	2,47	1,88
10-Piracicaba	-	0,72	4,89	3,34	1,15
11-Presidente Prudente	-	12,08	4,40	3,86	1,94
12-Registro	-	4,51	3,44	9,22	3,84
13-Ribeirão Preto	-	3,17	11,75	5,88	3,71
14-São João da Boa Vista	-	2,65	5,52	2,35	0,96
15-São José do Rio Preto	-	2,95	12,66	6,76	4,23
16-Sorocaba	-	1,85	5,77	2,95	2,72
17-Taubaté	-	1,49	6,56	3,09	2,01

Fonte: SINAM (Dados até 10 de março de 2007)

*Foram excluídos dois óbitos no ano de 2000 cujo registro de DRS consta como sem informação.

Marília, com 8,7 por mil mulheres e Baixada Santista, com 5,5 por mil mulheres.

Em 1995, observa-se o aumento da TAPVP na maioria dos DRS, com exceção de Presidente Prudente, Marília e Registro. O DRS da Baixada Santista (14,2 por mil mulheres) foi líder dos três maiores índices, seguido por São José do

Rio Preto (12,7 por mil mulheres) e por Barretos (12,6 por mil mulheres de 15 a 69 anos de idade). Já em 2000, ocorreu diminuição das TAPVP, com exceção dos DRS de Araraquara e Registro, sendo desse a maior TAPVP (9,2 por mil mulheres). O DRS da Baixada Santista e de São José do Rio Preto integraram o grupo que teve os índices

mais elevados no período. Embora Araçatuba tenha sofrido aumento da TAPVP, em 2005, o mesmo não ocorreu com os demais DRS. São José do Rio Preto foi o que apresentou a maior TAPVP (4,2 por mil), seguido de Registro (3,8 por mil) e de Ribeirão Preto (3,7 por mil mulheres de 15 a 69 anos).

Na análise da Tabela 3, em que se apresenta a classificação dos municípios que integram as DRS segundo o IPRS e as TAPVP dos DRS em 2000, observa-se que os DRS da Baixada Santista, da Grande São Paulo, de Piracicaba e de Campinas concentram os números mais elevados de municípios classificados nos grupos um e dois, cujos indicadores de condições de vida representam melhor situação de desenvolvimento humano. Nos DRS de Registro, de Franca, de Ribeirão Preto e de Barretos congregam o maior número de municípios classificados nos grupos quatro e cinco, que possuem os piores índices de riqueza, longevidade e escolaridade.

Das regiões com as menores TAPVP (2,14 a 2,95), somente o DRS de Campinas foi classificado com melhor IPRS (grupo 2); os outros (Araçatuba, São João da Boa Vista, Marília, Bauru, Sorocaba) tiveram o IPRS correspondente aos grupos 3, 4 e 5.

Por outro lado, dos DRS com altas TAPVP (Registro, Barretos, Baixada Santista e São José do Rio Preto), somente o DRS de Registro e Barretos apresentaram os piores indicadores de desenvolvimento (grupos 4 e 5), explicitando relação entre TAPVP e o índice de desenvolvimento humano.

A distribuição dos DRS no ano 2000, segundo o IPVS (Tabela 4), mostra que os DRS que apresentaram as maiores porcentagens da população nas classificações agrupadas de nenhuma, muito baixa e baixa vulnerabilidade foram Bai-

xada Santista (57,93%), Taubaté (57,5%) e Campinas (59,47%). Os DRS que apresentaram maior parte da população vivendo sob condições de média, alta e muito alta vulnerabilidade foram os DRS de Presidente Prudente (68,27%), de Barretos (67,93%) e de Registro (72,29%).

Verifica-se que o DRS de Campinas apresenta tanto bons índices para o IPVS quanto para a TAPVP, sendo a menor taxa do Estado. Os DRS de Registro e Barretos apresentam relação entre a TAPVP e IPVS, só que inversa ao que ocorre no DRS de Campinas, pois são regiões cuja população possui piores condições de vulnerabilidade socioeconômica apresenta altas taxas de APVP.

Ao analisar a Tabela 5, verifica-se que, embora a escolaridade média no Estado esteja em torno de seis anos e meio, na maioria dos DRS (75%), mais da metade das mulheres que faleceram por AIDS possuíam no máximo até três anos de escolaridade. Nos DRS de Presidente Prudente, de Ribeirão Preto e de Piracicaba a relação entre baixa escolaridade e óbito por AIDS foi mais acentuada, pois mais de 75% das mulheres que morreram tinham de nenhuma até três anos de estudos.

Discussão

A análise dos resultados deste estudo revelou uma tendência da redução da mortalidade por AIDS em mulheres, no Estado de São Paulo, corroborando com os resultados de pesquisas realizadas por Santos e Secretaria de Estado da Saúde^{3,4}.

Desde 1996, a queda da mortalidade por AIDS está relacionada aos avanços conquistados pelo Plano Nacional de AIDS do Brasil, que incluiu a implementação de serviços de assistência em todos os Estados e pelo Senado Federal, que

promulgou a Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996, garantindo a distribuição gratuita de medicamentos antiretrovirais às pessoas que vivem com HIV e aos doentes de AIDS. A melhoria das condições de tratamento para o HIV contribuiu tanto para a queda da mortalidade, como, também, para a diminuição da incidência da infecção²⁰.

É necessário lembrar que os avanços científicos no campo do diagnóstico e do tratamento da AIDS foram determinantes do aumento da sobrevivência das pessoas infectadas pelo HIV ou com AIDS, no entanto nem todos podem ser beneficiados por tais recursos devido à falta de acesso aos serviços de saúde, como nas regiões com piores condições de vida, habitadas pelos que são mais vulneráveis à infecção e ao adoecimento¹⁶. Apesar de a epidemia estar com tendência à redução, há, ainda, alguns municípios no Estado de São Paulo com elevada ocorrência de mortes prematuras em pessoas do sexo feminino, com grande impacto no grupo de adultas jovens².

As várias condições que as tornam vulneráveis ao adoecimento e morte por AIDS são conhecidas. Segundo Santos², o diagnóstico e o acesso ao tratamento em mulheres soropositivas ao HIV ocorre em estágios mais avançados da doença, de tal forma que, muitas vezes, o óbito é simultâneo ao diagnóstico. Em muitos casos, a mulher tem relações afetivas e sexuais com um único parceiro na vida e por isso desconsidera o risco da infecção, não adotando práticas seguras de proteção. Em outras situações, a mulher está mais vulnerável à morte precoce por AIDS, devido ao papel socialmente imposto a ela, de "cuidadora" do lar e da família, que a faz deixar em segundo plano os cuidados consigo própria, priorizando a atenção para crianças e outras pessoas da família².

Tabela 3. Número de municípios, distribuição proporcional (%) desses municípios segundo a classificação de IPRS* e Taxas de Anos Potenciais de Vida Perdidos (por 1.000 mulheres de 15 a 69 anos). DRS, São Paulo, 2000

Departamentos Regionais de Saúde	nº de municípios	Índice Paulista de Responsabilidade Social						TAPVP
		1	2	3	4	5	Total	
1-Grande São Paulo	39	10,26	71,79	-	2,56	15,38	100	3,02
2-Araçatuba	40	5,00	-	65,00	27,50	2,50	100	2,15
3-Araraquara	24	20,83	-	41,67	29,17	8,33	100	5,56
4-Baixada Santista	9	-	100,00	-	-	-	100	7,34
5-Barretos	19	15,79	10,53	21,05	52,63	-	100	8,15
6-Bauru	67	5,97	2,99	22,39	44,78	23,88	100	2,82
7-Campinas	42	28,57	33,33	4,76	16,67	16,67	100	2,14
8-Franca	22	4,55	4,55	13,64	54,55	22,73	100	4,28
9-Marília	63	1,59	-	36,51	39,68	22,22	100	2,47
10-Piracicaba	26	38,46	11,54	11,54	26,92	11,54	100	3,34
11-Presidente Prudente	44	2,27	-	59,09	29,55	9,09	100	3,86
12-Registro	15	6,67	-	-	20,00	73,33	100	9,22
13-Ribeirão Preto	26	7,69	15,38	23,08	53,85	-	100	5,88
14-São João da Boa Vista	20	20,00	5,00	20,00	15,00	40,00	100	2,35
15-São José do Rio Preto	101	3,96	-	76,24	17,82	1,98	100	6,76
16-Sorocaba	49	12,24	12,24	2,04	24,49	48,98	100	2,95
17-Taubaté	9	7,69	23,08	-	41,03	28,21	100	3,09

*Índice Paulista de Responsabilidade Social varia de 1 (melhor) a 5 (pior), indica decréscimo do grau de desenvolvimento sociodemográfico.

Fonte: SINAN - Vigilância epidemiológica - Programa Estadual DST/AIDS e Fundação SEADE.

Tabela 4. Taxa de Anos Potenciais de Vida Perdidos por 1.000 mulheres de 15 a 69 anos e distribuição proporcional da população segundo classificação pelo IPVVS*. Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo, 2000

Departamento Regional de Saúde	Taxa APVP	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social						Total (%)
		Nenhuma	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito Alta	
1-Grande São Paulo	3,02	9,73	22,24	24,45	27,63	4,44	11,51	100
2-Araçatuba	2,15	1,61	23,66	10,93	9,34	50,71	3,75	100
3-Araraquara	5,56	2,91	27,53	20,10	12,29	29,20	7,97	100
4-Baixada Santista	7,34	4,16	35,38	18,40	12,29	14,92	14,86	100
5-Barretos	8,15	0,75	21,61	9,71	10,77	51,68	5,48	100
6-Bauru	2,82	3,62	25,55	13,15	10,07	37,25	10,34	100
7-Campinas	2,14	7,13	25,24	27,10	18,24	14,76	7,53	100
8-Franca	4,28	1,37	19,19	21,00	15,14	34,92	8,38	100
9-Marília	2,47	2,05	21,82	12,28	7,55	50,59	5,71	100
10-Piracicaba	3,34	4,11	29,31	22,03	14,46	20,43	9,65	100
11-Presidente Prudente	3,86	1,95	18,32	11,46	7,85	54,85	5,58	100
12-Registro	9,22	0,02	10,98	16,71	5,38	52,22	14,69	100
13-Ribeirão Preto	5,88	7,76	25,86	19,02	13,78	23,53	10,04	100
14-São João Boa Vista	2,35	1,48	27,09	15,75	6,23	44,44	5,00	100
15-São José Rio Preto	6,76	3,33	21,43	13,15	6,10	52,48	3,50	100
16-Sorocaba	2,95	2,21	19,10	22,46	18,36	27,18	10,70	100
17-Taubaté	3,09	6,36	21,73	29,40	17,32	18,58	6,60	100

*Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

Tabela 5. Número de óbitos femininos por AIDS, distribuição proporcional (%) das falecidas segundo número de anos de estudos*, Taxas de Anos Potenciais de Vida Perdidos (por 1.000 mulheres de 15 a 69 anos) e número médio de anos de estudo em cada DRS, SP, 2000

DRS	Nº de óbitos	Anos de estudo concluídos (%)					Taxa de APVP	Anos médios.
		0	1 a 3	4 a 7	8 a 11	12 e +		
1-Grande São Paulo	485	4,74	41,03	35,88	15,46	2,89	3,02	6,98
2-Araçatuba	8	-	50,00	37,50	12,50	-	2,15	6,52
3-Araraquara	21	4,76	61,90	23,81	9,52	-	5,56	6,40
4-Baixada Santista	76	5,26	46,05	31,58	14,47	2,63	7,34	7,24
5-Barretos	18	11,11	61,11	27,78	-	-	8,15	6,23
6-Bauru	13	-	69,23	23,08	7,69	-	2,82	6,30
7-Campinas	32	3,13	68,75	21,88	6,25	-	2,14	6,66
8-Franca	9	-	44,44	33,33	22,22	-	4,28	6,30
9-Marília	11	9,09	54,55	27,27	9,09	-	2,47	6,40
10-Piracicaba	24	4,17	70,83	16,67	8,33	-	3,34	6,19
11-Presidente Prudente	7	-	85,71	14,29	-	-	3,86	6,50
12-Registro	4	-	50,00	-	50,00	-	9,22	6,14
13-Ribeirão Preto	44	2,27	75,00	18,18	2,27	2,27	5,88	6,58
14-São João Boa Vista	12	8,33	58,33	25,00	8,33	-	2,35	6,64
15-São José Rio Preto	45	8,89	46,67	31,11	13,33	-	6,76	6,28
16-Sorocaba	29	10,34	48,28	27,59	13,79	-	2,95	5,93
17-Taubaté	38	13,16	52,63	15,79	18,42	-	3,09	6,60

Fonte: SINAN - Vigilância epidemiológica – Programa Estadual DST/AIDS e Fundação SEADE

Observa-se mortalidade prematura por AIDS em mulheres nas diferentes regiões do Estado de São Paulo e reconhece-se que a epidemia passou por um processo de interiorização, cinco anos após o aparecimento dos primeiros casos da capital²⁰. No entanto, evidencia-se que a sua expansão se deu de forma heterogênea, havendo grande variabilidade dos valores das TAPVP nos DRS, que podem estar relacionadas às condições de vida e/ou da qualidade da assistência à saúde da população que vive com HIV/AIDS. Tal fato permite inferir que, provavelmente, a operacionalização das políticas públicas de enfrentamento do HIV/AIDS – definição de metas e ações, organização de serviços, distribuição dos recursos para prevenção e controle, entre outros – ocorreu de forma distinta e em tempos dife-

rentes nos diversos municípios do Estado de São Paulo.

A história dos 17 DRS mostra a diversidade do perfil dos municípios que os compõem, seja em relação ao período de ocupação do território, como ao desenvolvimento de políticas de saúde local, socioeconômico, às formas de trabalho e cultura de seus habitantes. Por exemplo, no Estado de São Paulo, estão localizados os municípios com o maior e com o menor número de habitantes do Brasil, e há cidades em que o acesso aos serviços de saúde e as formas de enfrentamento do HIV/AIDS se dão de forma muito desigual. Essas peculiaridades se reproduzem devido a seus diferentes modos de produção e reprodução social, que são permeados pelas diversas relações de trabalho e consumo presentes na sociedade paulistana²¹. Dessa

forma, ao se analisar a mortalidade por AIDS, deve-se considerar que essa tem sua determinação na dimensão estrutural da sociedade¹⁶.

Ainda, os distintos padrões de mortalidade prematura podem estar associados às atividades laborais e ao aporte de serviços de saúde existentes nas respectivas regiões. Tais fatos podem explicar as elevadas taxas APVP do DRS da Baixada Santista, cujo maior município possui o maior porto em extensão da América Latina, com grande circulação de pessoas e mercadorias, presença de prostituição, tráfico e uso de drogas²². Entretanto, nessa DRS, há nove municípios, em que as condições de vida são muito diferentes, inclusive no que diz respeito ao acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento da AIDS²³.

A região de Ribeirão Preto também apresenta peculiaridades

quanto à ocupação do espaço. Sendo conhecida pela forte presença do plantio de cana de açúcar e outras monoculturas, o que favorece a afluência de um contingente de trabalhadores de todo o Brasil em períodos sazonais, para suprir a necessidade de mão-de-obra barata. No período de safra, os empregos são garantidos, mas, com o seu término, os trabalhadores, entre eles mulheres, não possuem qualificação para se inserir no mercado de trabalho, não conseguem retornar para o município de origem e fixam residência na região, vivendo de forma marginalizada à sociedade e sujeitas a situações maiores de exposição à violência, ao uso de drogas e à prostituição²⁴.

A análise do IPRS para o Estado mostra que, em cerca de 30% dos DRS, a maioria de seus municípios (mais que 70%) estão sob baixas condições de vida. Embora nem todos os DRS apresentem uma boa relação de baixo desenvolvimento humano e morte prematura por AIDS, os DRS de Campinas e de Registro correspondem a essa situação. Registro é uma das regiões mais pobres do Estado, com precariedade de recursos, áreas de difícil acesso, sem energia elétrica e saneamento básico e situa-se próximo a uma das principais vias de acesso ao sul do País (BR 116), com grande fluxo de caminhoneiros²³. Assim, as características dessa região – estrutura econômica, políticas públicas, em especial de educação e saúde, cultura, ideologia e relações de gênero – são determinantes da vulnerabilidade à infecção e adoecimento por HIV/AIDS das mulheres que lá vivem.

Já o DRS de Campinas mostra melhores indicadores de desen-

volvimento humano e morte por AIDS, pois além de ser uma região diferenciada, no Estado, apresenta apreciável número de universidades públicas e privadas, desenvolvimento de tecnologias e pesquisa, população com maior escolaridade, disponibilidade de serviços de saúde, entre outros aspectos, que potencializam a capacidade das mulheres para enfrentar a infecção (ou contribuem para minimizar a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV/AIDS)²³.

Os resultados referentes ao IPVSI incorporaram o ciclo de vida familiar do indivíduo e consideraram a existência de bolsões de pobreza, mesmo naquelas regiões com altos indicadores sociais. Dessa maneira, parece haver um número maior de municípios com baixo desenvolvimento social que pertenciam aos DRS com altas TAPVP. Assim, embora esses indicadores utilizados tenham contribuído para a análise do perfil da epidemia de AIDS entre as mulheres no Estado, fica evidente a necessidade de elaboração de outros indicadores, relacionados à identificação da vulnerabilidade ao HIV/AIDS nas suas três dimensões (individual / social / programática).

Quanto à escolaridade das mulheres que vieram a óbito, chama a atenção o baixo número de estudos. Reconhecendo que, no plano da dimensão individual da vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS, a capacidade de adoção de medidas de proteção é, em parte, condicionada pelo conhecimento sobre a doença, constatou-se alta vulnerabilidade das mulheres com baixa escolaridade, devendo-se considerar as características das mulheres, na elaboração de estratégias de prevenção.

Considerações finais

As diferentes taxas de APVP encontradas nos 17 DRS do Estado mostraram relações heterogêneas da ocorrência de morte prematura de mulheres paulistanas com AIDS com suas condições de vida. Dessa maneira, não foi possível definir a ocorrência de uma relação direta entre TAPVP, IPRS e IPVSI, em que mulheres com melhores condições de vidas possuem baixa vulnerabilidade e conseqüentemente, menores taxas de APVP e vice-versa; mulheres com piores condições de vida apresentam maior vulnerabilidade e maiores taxas de APVP. Daí decorre a necessidade de construir outros indicadores ou refinar os propostos para que possibilitem identificar melhor a relação entre tais índices.

Embora o Estado de São Paulo tenha sido pioneiro no desenvolvimento de ações e conformação do primeiro Programa de Controle da DST/AIDS no País, ainda são muitos os desafios teóricos, metodológicos e das práticas de saúde para o seu efetivo enfrentamento em todos os municípios paulistas.

A análise da mortalidade por AIDS, segundo os índices de desenvolvimento e condições de vida da população, evidenciou diferentes vulnerabilidades ao adoecimento e morte de mulheres por AIDS no Estado. Acredita-se que este estudo pode proporcionar a disseminação de informações e, principalmente, fornecer subsídios para o debate e mobilização em torno da AIDS entre as mulheres no Estado de São Paulo, contribuindo para que a assistência a elas seja integral, universal e equânime em todas as regiões.

REFERÊNCIAS

1. Parpinelli MA, et al. Análise da Mortalidade Evitável de Mulheres em Idade Reprodutiva. Rev Bras Ginecol Obst. 2000;2(9).
2. Santos NJS, et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Rev Saúde Pública. 2002;36(4 supl):12-23.
3. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Boletim Epidemiológico de AIDS. São Paulo; 2008;25(1).
4. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. A mortalidade por AIDS se mantém em queda no Estado de São Paulo. Boletim Epidemiológico. São Paulo; 2004;23(1).
5. Fundação SEADE. SAIDS: Sistema de Informação de Mortalidade de AIDS no Estado de São Paulo. São Paulo: SEADE; 2008.
6. Izazola JA, Garcia VM, Pérez SHJ, Chiriboga C. La mortalidad por el SIDA em México de 1983 a 1992. Tendencias y Anos Perdidos de Vida Potencial. Salud Publ Mex. 1995;37:140-8.
7. Canelo JAM, et al. Mortalidad prematura por enfermedades infecciosas em Espana, 1908-1995. Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Health. 2002;12(4).
8. Fundação SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. São Paulo: SEADE; 2008.
9. Pereira MG. Epidemiologia Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 132-3.
10. Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 74-5.
11. Sakae TM, et al. Perfil da Mortalidade por AIDS em Santa Catarina – 2000 a 2004. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2006;35(2).
12. Lemos KRV, Valente JG. Mortalidade por AIDS no Estado do Rio de Janeiro - 1991 a 1995. Cad Saúde Pública. 2001;17(4):957-68.
13. Derossi AS, et al. Evolução da Mortalidade e Anos Potenciais de Vida Perdidos por Câncer Cérvico-Uterino em Salvador (BA), 1979-1997. Rev Brasil Cancerologia. 2001;47(2):163-70.
14. Baldani MH, Narval PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições sócio econômicas no Estado de Paraná, Brasil, 1996. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2002;18(3):755-63.
15. Mann J, Tarantola D. From epidemiology, to vulnerability, to human rights. In: Mann J, Tarantola D, editors. AIDS in the World II. New York: Oxford University Press; 1996. p. 427-76.
16. Ayres JRJM, França Jr. I, Calazans GJ, Saletti FHC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-39.
17. Brasil. Ministério da Saúde. CONEP/CNS/MS [acessado 04 Ago 2009]. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/>
18. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Estado de São Paulo-avaliação da sub-notificação de casos de AIDS através do estudo de óbitos. Boletim Epidemiológico. 2005;5(1).
19. Brasil. Ministério da Saúde. MS [acessado 09 Ago 2009]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/dicionario/DIC_DADOS_Aids_adulto.pdf
20. Santos NJS, et al. A AIDS no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. Rev Brasil Epidemiologia. 2005;5(2).
21. Fonseca RMG, Bertolozzi MR. A epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: Egry EY, organizador. A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997.
22. Villarinho L, et al. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS, Santos, São Paulo. Rev Saúde Pública. 2002;36 (4) suppl.
23. Dourado BEM. As regiões metropolitanas do Estado de São Paulo [acessado 05 Nov 2008]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos_tecnicos/estudos_analises/as_regioes_metropolitanas%5Beliana_bottas%5D.pdf
24. Alessi NP, Navarro VL. Saúde e trabalho rural: o caso dos trabalhadores da cultura canavieira na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 1997;13 suppl (2).

*Recebido em 14 de agosto de 2009
Aprovado em 25 de setembro de 2009*