

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS E CIÊNCIAS EXATAS – IGCE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
CAMPUS DE RIO CLARO

**AS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM CIDADES DE
MÉDIO PORTE: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA DA AIDS EM
PIRACICABA/SP**

Nádia Helena Bueno

Orientadora: Prof^a Dr^a Sandra Elisa Contri Pitton

Dissertação de mestrado elaborada junto ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, área de concentração em Organização do Espaço, da UNESP, campus de Rio Claro, para obtenção do título de Mestre em Geografia.

Rio Claro (SP)
2010

910h.71 Bueno, Nádía Helena.
B928d As doenças infectocontagiosas em cidades de médio porte:
uma abordagem qualitativa da AIDS em Piracicaba/SP. /
Nádía Helena Bueno. - Rio Claro : [s.n.], 2010
161 f. : il., gráfs., tabs., mapas

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista,
Instituto de Geociências e Ciências Exatas
Orientador: Sandra Elisa Contri Piton

1. Geografia médica. 2. Geografia socioambiental. 3.
Assistencialismo. I. Título.

Dedico essa dissertação, com muito amor ao meu esposo e aos meus queridos e admiráveis pais.

Agradecimentos

À Profª Dra. Sandra E.C. Pitton, pela fundamental orientação, amizade, compreensão e apoio em todos os momentos dessa pesquisa.

Aos Professores Drª. Ana Tereza Cáceres Cortez e Dr. Fadel David Antônio Filho, membros da banca de qualificação, pelo estímulo e dicas para a melhoria desta investigação.

Às Professoras Drª. Ana Tereza Cáceres Cortez e Drª. Roseana Corrêa Grilo, membros da comissão examinadora, pelas críticas construtivas e elogios.

À Vigilância Epidemiológica de Piracicaba/SP, que forneceu os dados sobre a ocorrência dos casos de AIDS, em especial a funcionária Anna Lindo, Responsável Técnica, pelo pronto atendimento e pelas inúmeras conversas que muito contribuíram para o enriquecimento deste trabalho.

Ao Dr. Moisés F. Baldo Taglieta, coordenador do CEDIC e da Vigilância em Saúde de Piracicaba, pela permissão a mim cedida para a aplicação das entrevistas.

A Sra. Leda Maria Malosá Morão, Assistente Social do CEDIC, e a Médica Infectologista Drª. Lucy Pereira, pela fundamental assistência e por ceder informações importantes durante as entrevistas.

Agradeço, imensamente, aos pacientes entrevistados no CEDIC, sempre prontos a colaborar, concedendo informações imprescindíveis para a elaboração da pesquisa.

Ao Instituto de Pesquisa e Planejamento de Piracicaba (IPPLAP) pelo fornecimento das informações e base cartográfica.

Aos funcionários da Biblioteca, em especial à querida amiga Meire pelo pronto atendimento e constante incentivo.

Ao Gilberto Donizeti Henrique, pela confecção do mapa da localização de Piracicaba.

A todos meus amigos queridos, em especial ao Juliano pela ajuda e incentivo, e ao João pelo auxílio na escrita do abstract.

À minha querida amiga Lídia pela revisão do texto e preciosas palavras de estímulo.

Ao meu irmão Rodolfo e a minha tia Márcia, pela amizade, amor e companheirismo, encorajando-me em todos os momentos dessa pesquisa.

Aos meus queridos pais que com todo amor incondicional, dedicação, carinho e sacrifícios, sempre me apoiaram desde criança, acreditando nos meus propósitos, transmitindo-me confiança e paz, possibilitando, assim, a conclusão de mais uma etapa da minha vida.

Ao meu amado esposo Robson, por seu amor, paciência, confiança, sacrifícios, compreensão nos meus momentos de dificuldade e ausência no nosso lar; pelo apoio irrestrito ao longo desses anos de convivência e em todas as etapas desse trabalho, nunca deixando que eu desistisse.

&

principalmente, à **Deus**, Senhor da minha vida, sempre guiando meus passos, iluminando meus pensamentos e minhas ações, concedendo-me sabedoria, serenidade e discernimento.

“... o Senhor é o meu firme apoio... o meu auxílio...”

Salmo 17.

*“Por um momento, produto de um acidente histórico e do descobrimento dos antibióticos, acreditamos que as enfermidades infecciosas e sobretudo a ameaça de epidemias, já não constituíam um problema para as sociedades industriais avançadas. A **AIDS** oferece um sarcástico antídoto contra essa arrogância. No momento atual, enquanto se realizam esforços para deter a propagação da epidemia e dar tratamento aos já enfermos, estão sendo postos em questão os valores fundamentais da sociedade liberal. Fica pendente a tarefa de traçar um caminho que proteja, simultaneamente, a saúde da coletividade e os direitos individuais de cada uma das pessoas vulneráveis. Esta é a norma pela qual seremos julgados pela história”.*

(Bayer & Gostin)

RESUMO

AS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM CIDADES DE MÉDIO PORTE: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA DA AIDS EM PIRACICABA/SP

As epidemias infectocontagiosas tais como cólera, dengue, malária, sarampo, tuberculose e AIDS assolam a sociedade humana, desestruturando a população nos segmentos sociais, econômicos e políticos.

Dentre essas doenças optou-se em estudar os casos de AIDS, através da observação das categorias de exposição (sexo, preferência sexual, uso de drogas, faixa etária e razão por sexo) e das características sócio-territoriais da AIDS, permitindo-se assim trabalhar duas vertentes: o recorte do assistencialismo, o qual é responsável em cronificar a doença, evitando a morte do paciente, e, também elucidar uma possível mudança no perfil da doença.

Essa discussão desenvolveu-se segundo a abordagem qualitativa e sob a perspectiva da Geografia socioambiental, utilizando-se de diferentes metodologias, as quais possibilitaram a construção dos mapas sócio-territoriais, gráficos e tabelas, traçando, dessa maneira, o perfil da epidemia na cidade de Piracicaba, visando contribuir com as políticas públicas para a saúde, assegurando acessibilidade aos serviços.

Palavras-chave: Geografia Médica, AIDS, Geografia socioambiental, Assistencialismo.

ABSTRACT**CONTAGIOUS DISEASES IN MEDIUM SIZED CITIES:
A QUALITATIVE APPROACH OF AIDS IN PIRACICABA/SP**

The contagious epidemics such as cholera, dengue fever, malaria, measles, tuberculosis and AIDS devastates the human society, disintegrating the human society in social, economical and political segments.

Among those diseases, it was decided to study the cases of AIDS, through the observation of different ways of exposition (sex, sexual option, use of drugs, age range and proportion of infected man to women) and the characteristics related to social-geographical characteristics of AIDS, allowing to work in two different points of view: the welfare system, which is responsible for preventing a reinfection , avoiding the death of the patient and also, elucidate a possible change in the characteristics of the disease.

This discussion developed according to a qualitative approach under the perspective of the socio-environmental Geography using different methodologies, which allow the construction of social-geographical maps, graphs and tables, outlining, this way, the characteristics of the epidemics in the city of Piracicaba, in order to contribute to the public policies for health, assuring the accessibility to the services.

Key words: Medical Geography, AIDS, socio-environmental Geography, Welfare

SUMÁRIO

Introdução.....	1
Capítulo 1 – Estado da Arte.....	6
Capítulo 2 – Universo de Análise.....	45
Capítulo 3 – Procedimentos Metodológicos.....	53
Capítulo 4 – Discussão dos Resultados.....	59
Capítulo 5 – Considerações Finais.....	115
Capítulo 6 – Bibliografia.....	121
Anexos.....	128

ÍNDICE

Introdução.....	1
Capítulo 1 – Estado da Arte.....	6
1.1 - A importância da Geografia Médica.....	6
1.2 - A Epidemiologia.....	14
1.3 - Contribuições da Epidemiologia para a Geografia Médica.....	19
1.3.1 – Período de Pré-patogênese.....	19
1.3.2 – Período de Patogênese.....	25
1.4 - Doenças Emergentes e Reemergentes no Brasil.....	26
1.5 – AIDS: Histórico e Definição.....	27
1.5.1 – A AIDS no Brasil.....	29
1.6 - O estudo das Categorias de Exposição da AIDS no Brasil.....	31
1.7 – O programa brasileiro de combate à AIDS.....	36
1.8 - O programa da AIDS em Piracicaba.....	43
Capítulo 2 – Universo de Análise.....	45
2.1 - Histórico do Município.....	46
2.2 - O crescimento econômico e a expansão urbana de Piracicaba/SP....	49
Capítulo 3 – Procedimentos Metodológicos.....	53
Capítulo 4 – Discussão dos Resultados.....	59
4.1 – Categoria de Exposição: Faixa Etária.....	59
4.2 – Categoria de Exposição: Sexo.....	63

4.3 – Categoria de Exposição: Preferência Sexual e Usuários de Drogas Injetáveis.....	67
4.4 – Categoria de Exposição: Razão por Sexo.....	72
4.5 – Cruzamento entre Categorias.....	77
4.6 – Os Riscos da Transmissão Vertical em Piracicaba.....	91
4.7– Distribuição Espacial Intra-Urbana da AIDS em Piracicaba/SP.....	94
Capítulo 5 – Considerações Finais.....	115
5.1 – Propostas.....	119
Capítulo 6 – Bibliografia.....	121
Anexos.....	128
Anexo 1.....	129
Anexo 2.....	131

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização de Piracicaba.....	3
Figura 2 – Localização da cidade de Piracicaba e províncias geomorfológicas do Estado de São Paulo.....	45
Figura 3 – Freqüência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo faixa etária, no período de 2002 a 2008.....	60
Figura 4 – Freqüência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo faixa etária, nos anos de 1990, 1995 e 2000.....	61
Figura 5 – Freqüência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo sexo, no período de 2002 a 2008.....	64
Figura 6 – Freqüência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo sexo, nos anos de 1990, 1995 e 2000.....	65
Figura 7 – Freqüência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo a preferência sexual e o uso de drogas injetáveis, no período de 2002 a 2008.....	70

Figura 8 – Freqüência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo a preferência sexual e o uso de drogas injetáveis, nos anos de 1990, 1995 e 2000.....71

Figura 9 – Razão por Sexo segundo Ano do Diagnóstico, no período de 1980 a 2008 no Estado de São Paulo.....74

Figura 10 - Número total da população de mulheres e homens, na cidade de Piracicaba.....75

Figura 11 – Freqüência de casos de AIDS por Sexo segundo Faixa Etária, através de Ano do Diagnóstico, no período de 2002 a 2008.....79

Figura 12 – Freqüência de casos de AIDS por Sexo segundo Faixa Etária, através de Ano do Diagnóstico, nos anos de 1990, 1995 e 2000.....80

Figura 13 – Freqüência de casos de AIDS por Sexo segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis, por Ano do Diagnóstico, no período de 2002 a 2008.....84

Figura 14 – Distribuição intra-urbana do rendimento médio dos chefes de família em Piracicaba-SP.....95

Figura 15 – Distribuição espacial intra-urbana da densidade demográfica em Piracicaba/SP.....	96
Figura 16 – Distribuição do Número de Casos da AIDS em Adultos por Bairro de Residência em 2002.....	100
Figura 17 – Distribuição do Número de Casos da AIDS em Adultos por Bairro de Residência em 2003.....	101
Figura 18 – Distribuição do Número de Casos da AIDS em Adultos por Bairro de Residência em 2004.....	102
Figura 19 – Distribuição do Número de Casos da AIDS em Adultos por Bairro de Residência em 2005.....	104
Figura 20 – Distribuição do Número de Casos da AIDS em Adultos por Bairro de Residência em 2006.....	105
Figura 21 – Distribuição do Número de Casos da AIDS em Adultos por Bairro de Residência em 2007.....	106
Figura 22 – Distribuição do Número de Casos da AIDS em Adultos por Bairro de Residência em 2008.....	107

Figura 23 – Mapa da Distribuição do Número de Casos da AIDS em Adultos por Bairro de Residência no período de 2002 a 2008.....110

Figura 24 – Localização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e CEDIC (Centro de Doenças Infectocontagiosas).....111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Crescimento da população urbana de Piracicaba – SP, 1970 – 2000.....	50
Tabela 2 – Frequência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo faixa etária, no período de 2002 a 2008.....	59
Tabela 3 – Frequência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo sexo, no período de 2002 a 2008.....	64
Tabela 4 – Frequência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo a preferência sexual e o uso de drogas injetáveis, no período de 2002 a 2008.....	68
Tabela 5 – Frequência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo a preferência sexual e o uso de drogas injetáveis, no período de 2002 a 2008.....	71
Tabela 6 – Razão por Sexo segundo Ano do Diagnóstico, no período de 1980 a 2008 no Estado de São Paulo.....	73
Tabela 7 – Razão por Sexo segundo Ano do Diagnóstico, no período de 2002 a 2008.....	76
Tabela 8 – Razão por Sexo segundo Ano do Diagnóstico, nos anos de 1990, 1995 e 2000.....	76

Tabela 9 – Frequência de casos de AIDS por Sexo segundo Faixa Etária, através de Ano do Diagnóstico, no período de 2002 a 2008.....78

Tabela 10 – Frequência de casos de AIDS por Sexo segundo Faixa Etária, através de Ano do Diagnóstico, no período de 2002 a 2008.....81

Tabela 11 – Frequência de casos de AIDS por Sexo segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis, por Ano do Diagnóstico, no período de 2002 a 2008.....83

Tabela 12 – Frequência de casos de AIDS por Faixa Etária segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis, por Ano do Diagnóstico, nos anos de 2002 e 2003.....88

Tabela 13 – Frequência de casos de AIDS por Faixa Etária segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis, por Ano do Diagnóstico, nos anos de 2004 e 2005.....88

Tabela 14 – Frequência de casos de AIDS por Faixa Etária segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis, por Ano do Diagnóstico, nos anos de 2006 e 2007.....89

Tabela 15 – Frequência de casos de AIDS por Faixa Etária segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis, por Ano do Diagnóstico, no ano de 2008.....89

Tabela 16 – Freqüência de casos de AIDS por Faixa Etária segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis, por Ano do Diagnóstico, nos anos de 1990 e 1995.....90

Tabela 17 – Freqüência de casos de AIDS por Faixa Etária segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis, por Ano do Diagnóstico, no ano de 2000.....90

SIGLAS

- AIDS** - Aquired Imuno Deficiencia Síndrome.
- SIDA** – Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida.
- CRT** - Centro de Referência e Tratamento em DST/AIDS.
- DST** – Doença Sexualmente Transmissível.
- CDC** - Center for Diseases Control – EUA.
- OMS** – Organização Mundial da Saúde.
- CVE** – Centro de Vigilância Epidemiológica.
- V.E** – Vigilância Epidemiológica.
- CEDIC** – Centro de Doenças Infectocontagiosas.
- UBS** – Unidade Básica de Saúde.
- UDI** – Usuário de Drogas Injetáveis.
- IPPLAP** - Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba.
- IHGP** – Instituto Histórico-Geográfico de Piracicaba.
- UNAIDS** - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS.

Introdução

As inúmeras epidemias infectocontagiosas, tais como cólera, dengue, malária, sarampo e tuberculose, assolam a sociedade humana há séculos, desestruturando a população nos segmentos sociais, econômicos e político, não distinguindo, em alguns casos, classe econômica ou social.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, essas doenças são aquelas que mais mortes causam no mundo e, dentre elas, destaca-se, por suas peculiaridades, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, cujo surgimento é recente. Em países emergentes, como o Brasil, sua erradicação se torna difícil pela má condição de vida de grande parte da população e pelos menores recursos financeiros que esses países destinam aos sistemas de saúde, insuficientes para prevenir e minimizar os efeitos de tais enfermidades.

A AIDS apareceu na década de 1980, espalhando-se pelo ocidente com grande velocidade e marcada pelo preconceito pois desde o início esteve ligada aos comportamentos considerados desviantes, sendo chamada de **mal do século**, **peste moderna** e até “**peste gay**”. Naquele momento, associava-se à doença somente os grupos de risco, formados por homossexuais e Usuários de Drogas Injetáveis - UDI (ZANCAN, 1999).

Ainda hoje, associa-se o vírus HIV e a AIDS com morte iminente e a comportamentos “imorais”, tais como relacionamentos homossexuais masculinos e uso de drogas injetáveis. Esses estereótipos históricos acerca da contaminação pelo HIV fundamentaram numerosas respostas sociais e pragmáticas estigmatizantes e têm contribuído, atualmente, para que as pessoas não reconheçam as novas situações cotidianas que as expõem à infecção.

Através de leituras prévias sobre a AIDS em artigos contidos no site do Ministério da Saúde, viu-se que algumas mudanças estavam ocorrendo no perfil da doença em todo o Brasil, principalmente no que se refere às categorias preferência sexual, sexo, faixa etária e a caracterização sócio-econômica, sendo que essa última evidencia que nos últimos anos em território nacional a epidemia manifesta-se sobremaneira entre a população de renda baixa e média.

Tais levantamentos bibliográficos revelaram também que um grande número de casos de AIDS dissemina-se rapidamente em cidades de médio e pequeno porte.

Partindo-se dessas constatações do Ministério da Saúde, este estudo visa a aferir duas hipóteses:

Primeira hipótese: Acredita-se que Piracicaba, uma cidade média do interior paulista, apresente um significativo número de casos de AIDS e que esses diagnósticos concentram-se entre a população de renda baixa e média.

Segunda hipótese: Acredita-se que Piracicaba acompanha a mudança de perfil da doença nas categorias de exposição preferência sexual, sexo e faixa etária que vêm sendo constatadas no Brasil.

Dessa forma, a presente pesquisa teve como objetivo geral retratar o perfil da AIDS na cidade de Piracicaba no período de 2002 a 2008.

Já os objetivos específicos buscaram:

- Analisar as categorias de exposição (preferência sexual e uso de drogas injetáveis, distribuição por idade, distribuição por sexo, razão de sexo e distribuição geográfica).
- Identificar se houve uma mudança no perfil da doença.
- Delimitar as desigualdades sócio-espaciais no que se refere à distribuição da AIDS.
- Verificar se o CEDIC (Centro de Doenças Infectocontagiosas) possui uma localização geográfica ideal.

Piracicaba, uma cidade média do interior paulista, como observa-se a sua localização na figura 1, foi escolhida como o universo de análise do presente estudo porque apresenta algumas características que permitem a propagação da AIDS, tais como a presença de grandes universidades que recebem estudantes de todas as faixas etárias, de diferentes localidades do Brasil e do mundo; ser detentora de um grande centro comercial e industrial que atrai indivíduos de cidades vizinhas; apresentar um significativo número de casos de AIDS, pois segundo o Boletim Epidemiológico (2008), Piracicaba ocupa o 17º lugar (1304 casos), num conjunto de 150 municípios que apresentaram o maior número de doentes desde 1980 a 2008, segundo ano de diagnóstico.

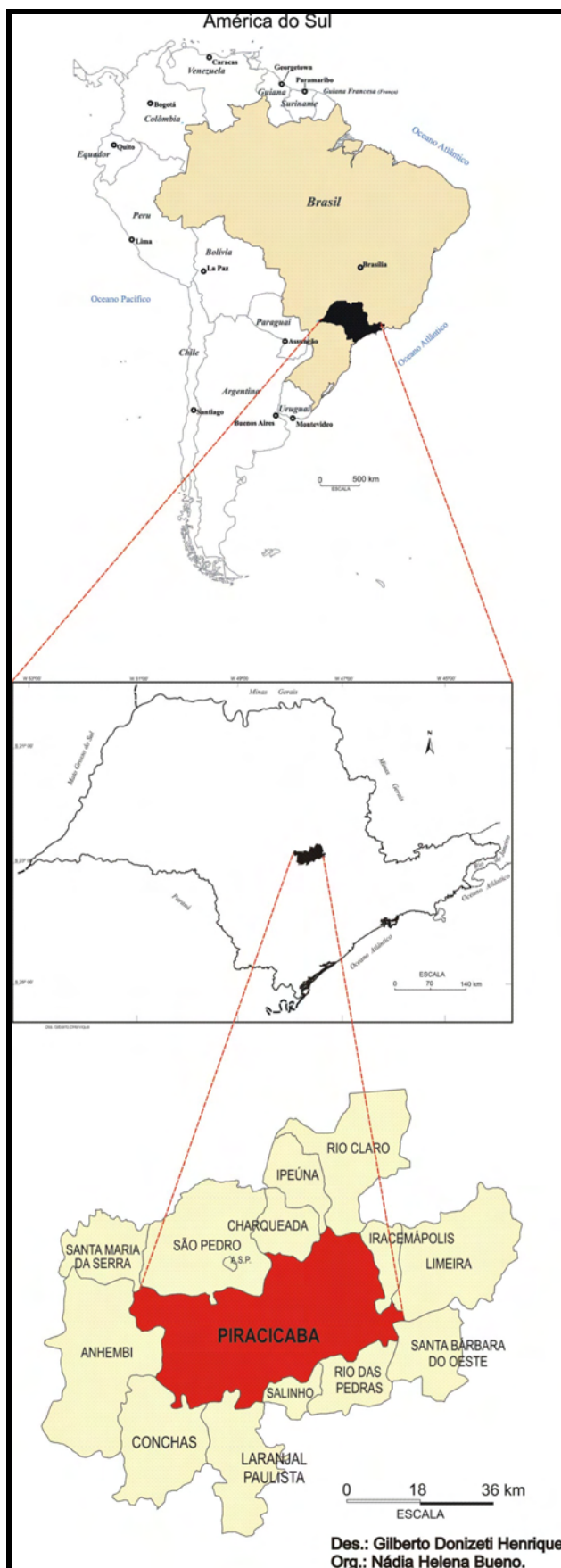


Figura 1 – Localização de Piracicaba.

O citado Boletim Epidemiológico informa que o território piracicabano apresenta um elevado número de óbitos por AIDS, o que o classifica em 15º lugar (908 mortes), num universo de 50 municípios que mais obtiveram casos letais de AIDS de 1990 a 2007.

Bastos e Fonseca (2007) ressaltam que embora a epidemia ainda esteja concentrada nos grandes centros urbanos brasileiros, ela tende à estabilização em cidades com mais de 500.000 habitantes. Enquanto em territórios que possuem de 50.000 a 400.000 habitantes a infecção cresce numa velocidade inversamente proporcional ao tamanho de suas populações

Ainda no que concerne à escolha do universo de análise, deve-se salientar, que, atualmente, Piracicaba, como a maioria dos demais municípios brasileiros, apresenta fortes desigualdades intra-urbanas: de um lado, a população carente, onde a qualidade ambiental e de vida é comprometida, de outro, um território caracterizado por suas residências luxuosas, onde não faltam equipamentos urbanos de lazer e saúde. Rouquayrol e Goldbaum (1999) ressaltam que tais desigualdades sociais têm grande influência no surgimento e disseminação de doenças emergentes como a AIDS.

O Estado da Arte deste trabalho caracterizou-se pela análise de obras dentro da Geografia Médica e da Epidemiologia e estudos acerca da cidade de Piracicaba, evidenciando-se sua história e expansão urbana, permitindo um embasamento teórico acerca da problemática escolhida, notadamente os fenômenos espaciais de saúde da população.

Quanto às questões metodológicas, preocupou-se em evidenciar os caminhos que foram trilhados para se alcançar os objetivos propostos utilizando-se a frequência Têmporo-Espacial e a abordagem sócio-ambiental para se analisar com acuidade as categorias de exposição da AIDS, o que possibilitou a elaboração de tabelas, gráficos e mapas.

Na discussão dos resultados buscou-se ressaltar uma caracterização sócio-econômica da AIDS através do mapeamento que distribuiu os casos da doença por bairros da cidade.

Posteriormente a essa espacialização, verificou-se se o CEDIC (Centro de Doenças Infectocontagiosas) realmente possui uma localização geográfica

que permita acessibilidade ideal aos pacientes que lá frequentam, levando-se em consideração os bairros em que estes residem.

A interpretação dos dados também comparou os números atuais do comportamento da AIDS em Piracicaba com as conclusões que estão sendo tiradas por outros estudiosos em outras localidades, no que se refere à mudança de perfil da doença, quebrando, dessa forma, velhos estigmas acerca da AIDS, principalmente no que tange à categoria de exposição preferência sexual e uso de drogas injetáveis.

Assim, espera-se que os resultados dessa pesquisa possam vir a subsidiar o planejamento de ações na área da saúde, viabilizando novas propostas para a melhoria do bem estar e saúde da população na cidade de Piracicaba e ajudando a melhorar a efetividade e equidade de ações na área da saúde, cuja metodologia possa espelhar novas análises em outras localidades.

Capítulo 1 - Estado da Arte

1.1 - A importância da Geografia Médica

A pesquisa geográfica tem um papel importante na promoção da saúde e qualidade ambiental, estudando a distribuição dos agravos, dos equipamentos prestadores de serviço e, principalmente, fornecendo uma visão sintética das diversas variáveis que intervêm no assunto. Essas questões vêm sendo abordadas por um ramo da Geografia, a Geografia Médica, que possui interfaces muito próximas com a Epidemiologia e o Planejamento em Saúde.

Segundo Mayer (1982) apud Mazzetto (2001), a Geografia Médica está dividida entre duas tradições: **epidemiologia geográfica** e **planejamento de sistemas de saúde**. Para ele, as pesquisas de Geografia Médica são convencionalmente vistas como concentradas ao redor desses dois temas maiores. O primeiro, historicamente desenvolvido mais cedo, pode ser amplamente classificado como “epidemiologia geográfica”, “patologia geográfica” ou “ecologia das doenças”. A segunda linha de pesquisa, com as perspectivas espaciais do planejamento em saúde, complementa os serviços de previdência em saúde e foi desenvolvido somente nas últimas décadas.

Rojas (1998), que também constata tal divisão na Geografia Médica, afirma existirem dois principais campos de investigação, a *Nosogeografia* ou *Geografia Médica Tradicional*, a qual identifica e analisa os padrões de distribuição espacial das doenças; e a *Geografia da Atenção Médica*, preocupada com a análise, distribuição e planejamento dos componentes da infra-estrutura e dos recursos financeiros e humanos do sistema de atenção médica.

Dentre esses dois campos de investigação, as pesquisas contidas no universo da Nosogeografia, como as obras de Lacaz (1970), Sobral (1988) e Rojas (1998) são frequentemente encontradas na Literatura, seguidas por aquelas que analisam a qualidade e a assistência dos serviços em saúde, como por exemplo, algumas obras de Raul Guimarães.

Deve-se ressaltar que, atualmente, graças aos avanços tecnológicos e científicos, existe uma nova linha de pesquisa, o *Geoprocessamento em Saúde*, construído e alimentado pelos Sistemas de Informação Geográfica (SIG ou GIS); os quais vêm sendo utilizados sobremaneira na área da saúde.

Sobre esse novo viés investigativo, Medronho (1995) considera que:

A Geografia Médica ou Geografia da Saúde como o estudo das variações geográficas na distribuição das doenças e na provisão de cuidados de saúde. Isso inclui o estudo das relações entre saúde e ambiente, dentro do objetivo do entendimento das relações entre a distribuição e difusão das doenças e o ambiente.

A Geografia Médica, assim como a ciência geográfica, possui diferentes formas de abordagem, inserindo-se em correntes de pensamento geográfico, tais como Geografia Clássica; Geografia Quantitativa ou Teorética, Geografia Radical e Geografia Cultural.

Mazetto (2001) salienta que, no início do século XX, já no período da escola clássica francesa da Geografia, alguns trabalhos importantes em Geografia Médica, começam a aparecer e, entre eles, destacou o de autoria do médico e geógrafo Navarre, que analisa o livro de Clemow, intitulado *The Geography of Disease*.

Para Navarre (1904 apud Mazetto, 2001), a Geografia Médica foca a distribuição das doenças na superfície do globo, apresentando evidências de que o estudo da distribuição das doenças está relacionado aos fatos geográficos, destacando-se o caso da malária, nas costas da Itália e Córsega, que é objeto de estudos da Geografia Humana e os efeitos da infecção causada pela mosca tsé-tsé nos animais de carga, em certas regiões da África, lembrando que tal temática está inserida na Geografia dos Transportes.

Mazetto, nessa mesma obra, explica que o termo *Medical Geography* segundo Navarre se deve mais à ação dos médicos do que dos geógrafos e elucida que um trabalho de Geografia Médica coeso necessita preocupar-se sobremaneira com a espacialização, localizando a ocorrência das doenças em diferentes unidades espaciais e estudando, separadamente, o conhecimento das causas das enfermidades.

Diante disso, nota-se que as consequências dos agravos em saúde não são estudados com detalhes por Navarre.

Sob esse olhar clássico, Sorre (1955) salienta que a explicação científica da distribuição dos complexos patogênicos está em conhecer as leis relacionadas com o meio ambiente, destacando que os estudos de Geografia

Médica devem tratar da ligação do vetor transmissor com o ecossistema, com a distribuição das doenças infecciosas, os tipos de distribuição e os pontos de interrogação referentes aos surtos e epidemias.

Assim, a Geografia Médica, inserida no pensamento clássico da ciência geográfica, preocupa-se quase que exclusivamente em distribuir espacialmente as doenças, associando-as com o meio geográfico e com a ecologia das doenças (causas e consequências do processo saúde/doença).

A maioria das pesquisas em Geografia Médica encontra-se dentro dessa corrente de pensamento clássico e os trabalhos nessa linha de pesquisa também são chamados de epidemiologias geográficas tradicionais, sendo que, de um lado, há estudos que se preocupam apenas com a distribuição espacial das doenças e suas relações com as condições sócio-econômicas da sociedade, tais como as obras de Pessoa (1960), Lacaz (1972) e Paraguassu-Chaves (2001); de outro lado, há investigações que focam somente a distribuição espacial das enfermidades, relacionando-as com os aspectos físicos do território (como clima, solo e vegetação), esses trabalhos são inseridos dentro da climatologia médica e são representados, segundo Sperandio (2006), por Gavião Gonzaga (1925), Afrânio Peixoto (1938), Serra (1974), Verona e Pitton (1996), e Castro (2000).

Paraguassu-Chaves (2001) afirma que os aspectos que contribuíram com essa preocupação em distribuir as enfermidades segundo as relações sócio-econômicas da população surgiram a partir dos anos 1970, no Canadá, pois geógrafos canadenses tiveram experiência no chamado Terceiro Mundo, onde as inter-relações entre doenças, ambiente, serviços de saúde e paciente são facilmente observáveis.

Já nos anos 1980 inicia-se um debate sobre novas abordagens dentro da Geografia Médica. Esse debate estaria ligado, entre outros aspectos, às mudanças na assistência à saúde no marco welfare state de países ricos.

Assim, segundo Paraguassu-Chaves (2001, p.56), nesse momento, começa-se a discutir as diferenças sociais no processo saúde-doença: “Passou-se a discutir a questão da saúde-doença no quadro das diferenças entre os grupos sociais: mulheres, deficientes, homossexuais etc.”

Pessoa (1983) revela que a Geografia Médica tem por finalidade o estudo da distribuição e prevalência das doenças na superfície da terra,

retratando os impactos fatores geográficos e humanos no processo saúde-doença, fazendo uso da estatística, da distribuição e migração de doenças. Lacaz (1972) afirma que essa união entre a espacialidade das enfermidades e aspectos sócio-econômicos da população permite à Geografia Médica fornecer bases seguras para os programas de saúde pública.

Inserida na Geografia Quantitativa ou Teorética, a Geografia Médica faz uso de modelos estatísticos/matemáticos e da Teoria dos Sistemas para descrever e analisar os padrões de distribuição e organização espacial das doenças, utilizando programas de Geoprocessamento e a Cartografia para se compreender a distribuição e organização dos espaços de saúde e doença.

A Geografia Teorética é semelhante à Geografia Clássica, a diferença entre elas está no acréscimo de modelos matemáticos e na Teoria dos Sistemas, os quais são o cerne da abordagem positivista, a qual engloba a Geografia Teorética ou Quantitativa. Christofolletti (1999) ressalta que os métodos estatístico-matemáticos aliados aos programas de Geoprocessamento e a Cartografia são fundamentais para compreender-se a organização espacial de diversos fenômenos.

Essa abordagem quantitativa não é a mais indicada para o trabalho em questão, uma vez que, para a Geografia Médica, é de fundamental relevância a elaboração de políticas públicas em saúde e, para que isso, ocorra deve-se romper com a visão lógico-positivista, avançando-se, assim, em questões sobre a **equidade** e **acesso aos serviços de saúde**, os quais estão relacionados aos aspectos qualitativos da saúde humana. Os estudos de Geografia Médica que se preocupam com o estado de saúde das pessoas, com a justiça social e com as políticas de bem-estar e de saúde pública estão inseridos na corrente Radical/Marxista, que faz uso da Dialética e da Análise Histórica, tal pensamento geográfico é de extrema importância para essa disciplina, pois o conceito de espaço aqui debatido é visto como fruto e herança da organização social.

Santos (1996) revela que o espaço é um “sistema de objetos e um sistema de ações”. Logo, os estudos de Geografia Médica que tiverem esse viés elaboram diagnósticos mais coesos no que se refere à compreensão das desigualdades sócio-espaciais que intervêm no processo saúde-doença.

Paim (1997 apud Costa e Teixeira, 1999), evidencia que processo saúde-doença, sua produção e distribuição, e a constituição do espaço possuem os mesmos determinantes, pois esse último expressa as condições de vida da população, evidenciando, assim, as relações entre a sociedade e a saúde.

Jones e Moon (1993 apud Mazetto, 2001) discorrem em sua obra sobre o papel do espaço e do lugar no planejamento em saúde. Afirmam que a noção do lugar e suas características e ligações com o entorno são vitais para os sistemas de saúde preventiva, assim como as informações sobre o status do lugar, sua demanda e oferta de serviços de saúde. Já no que concerne à análise espacial, os autores identificam o sentido de diferenciação em saúde dos espaços urbanos, citando cidades onde determinadas faixas etárias são mais ou menos acometidas por doenças, assim como as diferenças na esperança de vida e outros indicadores ligados à saúde.

Segundo Mazetto (2001), os trabalhos realizados no Brasil, especificamente por geógrafos da saúde, começam a tomar impulso sob essa corrente radical. Esses trabalhos, com um teor geográfico mais rígido, apresentam as relações entre a saúde da população e o espaço circundante nas mais variadas escalas e elementos atuantes. Os estudos estão centrados em temas como meio ambiente e saúde, população e saúde, distribuição e difusão de doenças, agentes infecciosos e equipamentos de saúde no espaço, amplitude do planejamento e das políticas públicas em saúde.

Sob esse olhar da corrente radical, Monken et.al (2008) toma o território como base das condições objetivas onde ocorrem os eventos e os efeitos na saúde e no ambiente. Acrescenta a importância da inserção da saúde ambiental na pauta do Sistema Único de Saúde (SUS) e no desenvolvimento de políticas públicas transversais, a partir da compreensão do território, do espaço e das relações sócio-ambientais, integrando o território com a saúde, fornecendo elementos para as análises em saúde e ambiente e revalorizando os espaços geográficos em face dos problemas emergentes na saúde.

Guimarães (2001) mostra que o entendimento da saúde pública em uma perspectiva geográfica ocorre de modo completo, tendo em vista a contribuição do pensamento crítico desenvolvido pela Geografia brasileira, pois os paradigmas científicos e as matrizes discursivas dos serviços de saúde

guardam estreita relação com o poder político e o desenvolvimento da vida urbana.

Por último, observam-se estudos de Geografia Médica dentro do pensamento da Geografia Cultural ou Humanística, representados por pesquisadores como Trujillo (2003) e Silva (2003).

Para Trujillo (2003) os estudos em Geografia Médica, dentro da visão humanística, preocupam-se com a "... qualidade do ambiente, com a qualidade individual e social do estado de saúde..."¹, sendo assim, imprescindível para um estudo coeso de qualquer problemática a ser levantada, pois valoriza a história pessoal e coletiva da população, e se traduz em uma "... linguagem polissêmica, repleta de signos e significados..."², estando, assim, preocupada com os aspectos qualitativos e não com os quantitativos, utilizando-se, *principalmente*, de fontes primárias, como entrevistas e questionários.

Ainda nessa corrente, Silva (2003, p.107), evidencia a importância das relações simbólicas que o homem mantém com o lugar, pois

"... as noções de espaço vivido, de complexo geográfico e de conexão são importantes para uma análise geográfica da saúde, porque permitem ao mesmo tempo entender as doenças em suas dimensões biológicas e sociais."

Silva (2003, p. 108) salienta que "toda doença tem uma dimensão social". O autor ainda defende a ideia de se falar em Complexo Sóciopatogênico, ressaltando que tal organização caótica nada mais é do que a combinação de fatores epidemiológicos e socioculturais.

Observa-se, então, que sob as diferentes correntes do pensamento geográfico, nascem obras diversificadas no que se refere à Geografia Médica, proporcionando uma ampla visão dos diferentes aspectos que permeiam a saúde da sociedade. Dessa maneira, a Geografia Médica, segundo Carvalho (1997), representa uma disciplina de análise das questões sócio-ambientais que se refletem no bem-estar do homem, na sua saúde e qualidade de vida.

A Geografia Médica é uma vertente da ciência geográfica que possui dois grandes problemas, o primeiro é que ainda existem poucas investigações

¹ Tradução nossa.

² Tradução nossa.

de autores brasileiros dentro dessa área de pesquisa, o segundo é com relação à definição e utilização das fontes de informação.

Sperandio (2006) salienta que as fontes de dados podem ser primárias, quando coletadas pelos pesquisadores através de questionários ou nas fichas médicas dos pacientes, e as secundárias, aquelas que são adquiridas em bancos de instituições de pesquisa, órgãos estaduais ou municipais.

Para se obter os dados de fontes primárias, os pesquisadores se deparam com uma grande dificuldade: os traçados metodológicos são demonstrados em obras de cunho epidemiológico e não geográfico. A obtenção de dados secundários também é problemática, pois em muitas das vezes o acesso a eles é restrito, ou os bancos de informações não possuem uma padronização, isto é, não contêm uma similaridade temporo-espacial. Tais lacunas no conjunto de dados não permitem uma análise comparativa coesa e coerente.

Sperandio (2006) afirma que alguns bancos de dados não possuem correspondência com a unidade de análise ou com o recorte temporal e espacial que se está investigando, além de não possuírem um longo registro histórico, fato que inviabiliza uma análise das condições de saúde ao longo do tempo.

Outro problema está na organização dos dados, pois muitos dos registros estatísticos já foram tabulados e seus valores são médias aritméticas e porcentagens, entre outras medidas, fato que pode mascarar a realidade, pois os muitos dados já foram agrupados, ou são valores relativos e não mais valores absolutos.

Dessa maneira, Rojas (1998) evidencia que em inúmeras ocasiões os padrões de distribuição espacial de muitas doenças são um reflexo da qualidade do sistema de informação ou base de dados que se utiliza, pois muitas vezes identificam-se áreas com altas incidências de doenças que podem ser explicadas pela maior capacidade de diagnóstico, enquanto em outras áreas não há notificações de casos, o que pode não significar ausência da doença, mas sim incapacidade de diagnosticar as enfermidades.

Dessa maneira, observa-se que o estudo do processo saúde-doença é complexo, já que se encontram dificuldades na aquisição de dados, forçando a Geografia Médica a fazer uso de técnicas multivariadas, importando, inclusive,

métodos de outras áreas, principalmente da epidemiologia. Isso é visto pela maioria dos estudiosos como algo positivo para o desenvolvimento das pesquisas.

Esse “casamento” entre Epidemiologia e Geografia Médica, só ocorre de maneira eficaz porque uma completa a outra. Enquanto a aquela preocupa-se sobremaneira com os dados estatísticos, esta busca uma análise qualitativa, mais ampla e profunda, levando em consideração caracteres sócio-econômicos, políticos, etc.

Cada área de estudo dá uma visão diferenciada acerca do tratamento dos dados no processo saúde-doença. Dentro da Epidemiologia, por exemplo, os fatores sócio-econômicos, na maioria das vezes, são vistos como um determinante distal, cuja ação é mediada por uma série de variáveis (renda, escolaridade, etc.) que possuem certa autonomia e, assim, as relações estatísticas entre inserção de classe e o processo saúde-doença podem ser enfraquecidas, e o enfraquecimento dos dados estatísticos é visto, pela Epidemiologia, como algo extremamente negativo. Esse fato leva os epidemiologistas, na maioria de suas pesquisas, preferirem distanciar-se de dados classificados como qualitativos.

Uma outra desvantagem da inserção de outras variáveis apontada pela Epidemiologia é sua difícil operacionalização, muito embora o conceito de classe social apresente dimensões econômicas, ideológicas e jurídico-políticas. Sendo assim, as classificações existentes têm-se concentrado na dimensão econômica, ignorando as demais.

Para Silva (1997) a simplificação, no entanto, é um processo inerente à pesquisa quantitativa em Epidemiologia. Para classificar uma criança como desnutrida dentro da ótica epidemiológica, por exemplo, utilizam-se uma ou duas medidas, peso e/ou altura, compara-se essa medida com um padrão de referência mais ou menos arbitrário e decide-se sobre um ponto de corte (grupo definido de pessoas selecionadas, tendo em vista um propósito ou estudo especial) também arbitrário. Nesse processo simplificador, é inevitável que se perca informação e que ocorram erros de classificação, assim, é exatamente nesse momento que entra a Geografia Médica, fazendo uso de seus conhecimentos para tornar tais dados fidedignos à realidade, podendo traçar um perfil completo e coeso do problema, articulando características

sócio-econômicas e ambientais de maneira profunda, buscando soluções plausíveis.

Dessa maneira, essa pluralidade metodológica permite uma troca de conceitos, métodos e tecnologias que possibilita uma coesão nas pesquisas em Geografia Médica, a partir do momento que se selecionem técnicas e métodos condizentes e adequados aos objetivos da pesquisa. Assim, para entender a troca de saberes entre Geografia Médica e Epidemiologia, se faz necessário um estudo mais profundo da ciência Epidemiológica.

1.2 - A Epidemiologia

O conhecimento básico sobre as doenças transmissíveis cresceu muito rapidamente entre 1860 e 1900, monopolizando o avanço do conhecimento epidemiológico, dirigindo-o para os processos de transmissão ou controle das epidemias de enfermidades infectocontagiosas. Data dessa época o ensino dos primeiros conhecimentos sobre a distribuição populacional das doenças nas escolas médicas da França, Inglaterra e Alemanha, no bojo de uma medicina social do colonialismo. Nesse período obtém-se o controle da varíola, malária, febre amarela e outras doenças chamadas “tropicais”, principalmente nos portos dos países colonizados e das ex-colônias, como o Brasil, desenvolvendo-se uma saúde pública que tinha como características principais um intenso pragmatismo e uma subordinação às ciências básicas da área médica, como a parasitologia e a microbiologia.

Segundo Filho (1999), na década de 1950, programas de investigação e departamentos de Epidemiologia desenvolvem novos “desenhos” de investigação, como os estudos de coorte, reforçando o paradigma da “história natural das doenças”, emergindo, então, uma forte tendência ecológica na Epidemiologia, com uma versão ocidental da “epidemiologia do meio ambiente”.

A partir daí, estabeleceram-se as regras básicas da análise epidemiológica, sobretudo pela fixação dos indicadores típicos da área (incidência e prevalência) e pela delimitação formalizada do conceito de grupos de risco Ayres (1997 apud Filho, 1999), fundamental para a adoção da bioestatística como instrumental analítico de escolha.

Nos anos 1960, ocorreu uma verdadeira revolução na Epidemiologia: a introdução da computação eletrônica. Nesse período, a investigação epidemiológica experimentou uma profunda transformação de sua curta história, tendo como resultado cada vez mais forte a matematização da área: uma vasta ampliação nos bancos de dados, somada às potencialidades obviamente ainda não esgotadas de criação de técnicas analíticas e uma especificação inimaginável na era da análise mecânica de dados.

Na década de 1970, paralelamente a um notável desenvolvimento de técnicas de coleta e análise de dados epidemiológicos, surge uma leve preocupação em agregar à Epidemiologia modelos biológicos e sociais, traçando assim, uma teoria “compreensiva” da doença, utilizando ainda os conhecimentos epidemiológicos.

Segundo Filho (1999), a “matematização” da Epidemiologia recebe um considerável reforço nas décadas seguintes (1980 e 1990). São propostos então modelos matemáticos de distribuição de inúmeras patologias. Dessa maneira o campo da Epidemiologia encontra uma identidade provisória, justificando a consolidação de autonomia enquanto disciplina, impondo-se no terreno da investigação sobre o complexo saúde-doença-cuidado com o recurso à matemática.

Goldberg (1982 apud Filho, 1999) considera que a Epidemiologia das décadas de 1970 e 1980 caracteriza-se por três tendências principais. A primeira foi facilitada pela ampliação do uso de microcomputadores e pelo desenvolvimento de softwares específicos para análises epidemiológicas. Observa-se aí um aprofundamento das bases matemáticas da disciplina, com importantes repercussões sobre os processos de formalização do objeto epidemiológico.

Na segunda, consolida-se a proposta de uma Epidemiologia Clínica como projeto de uso pragmático da metodologia epidemiológica fora dos contextos coletivos mais ampliados. A consequência principal dessa variante da Epidemiologia parece ser uma maior ênfase metodológica nos procedimentos de identificação de caso e na avaliação da eficácia terapêutica, conformando o que se tem chamado de “medicina embasada em evidências”.

E, finalmente, a terceira tendência, que emerge durante a década de 1980, na América Latina e na Europa com abordagens mais críticas da

Epidemiologia, reafirmando a historicidade dos processos saúde-enfermidade-atenção e a raiz econômica e política de seus determinantes.

Dessa maneira, a partir desse momento, a epidemiologia importa conhecimento de outras áreas, tais como a Sociologia, Geografia, História e Biologia. Evidencia-se, assim, um esgotamento dos modelos numéricos formais epidemiológicos, indicando o papel fundamental dos paradigmas e processos históricos, macro e microssociais da disciplina, salientando sua contribuição na construção institucional das ciências através da prática, técnica e teórica.

A Epidemiologia é o eixo principal da saúde pública. Proporciona as bases para avaliação das medidas de profilaxia, fornece pistas para diagnose de doenças transmissíveis e não transmissíveis e enseja a verificação da consistência de hipóteses de causalidade. Além disso, estuda a distribuição da morbidade e da mortalidade a fim de traçar o perfil de saúde-doença nas coletividades humanas; realiza testes de eficácia e de inocuidade de vacinas; desenvolve a vigilância epidemiológica; analisa os fatores ambientais e socioeconômicos que possam ter alguma influência na eclosão de doenças e nas condições de saúde. Vem daí a grande ligação entre Epidemiologia e Geografia, resultando na Geografia Médica, disciplina que permite a análise coesa entre doença, fatores ambientais e sociais, culminando na elaboração de medidas que visem a melhorias no setor da saúde pública. A Epidemiologia constitui-se pois num dos elos comunidade/governo, estimulando a prática da cidadania através do controle, pela sociedade, dos serviços de saúde.

Segundo Rouquayrol e Goldbaum (1999), a Associação Internacional de Epidemiologia (IEA), em seu Guia de Métodos de Ensino de 1973, define Epidemiologia como:

[...] o estudo dos fatores que determinam a freqüência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas. Enquanto a clínica dedica-se ao estudo da doença no indivíduo, analisando caso a caso, a epidemiologia debruça-se sobre os problemas de saúde em grupos de pessoas – às vezes grupos pequenos -, na maioria das vezes envolvendo populações numerosas.

Ainda segundo a IEA, são três os objetivos principais da Epidemiologia:

1. “Descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde nas populações humanas;
2. Proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças, bem como para estabelecer prioridades;
3. Identificar fatores etiológicos na gênese das enfermidades”.

Isto posto, vê-se que uma definição precisa do termo Epidemiologia não é fácil, pois sua temática é dinâmica e seu objeto, complexo. Pode-se, então, de uma maneira simplificada, defini-la como ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

Vale destacar que, para se compreender a Epidemiologia na totalidade, é necessário compreender a magnitude das expressões típicas dessa disciplina.

Rouquayrol e Goldbaum (1999) salientam que a definição da ciência epidemiológica pode ser melhor entendida pelo aprofundamento de algumas concepções nela expressas.

A priori, independentemente de qualquer análise, pode ser dito que a atenção da Epidemiologia está voltada para as ocorrências, em escala maciça, de doença e de não-doença envolvendo pessoas agregadas em sociedades, coletividades, comunidades, grupos demográficos, classes sociais ou quaisquer outros coletivos formados por seres humanos;

O universo dos estados particulares de ausência de saúde é estudado pela Epidemiologia sob a forma de doenças infecciosas (sarampo, malária etc), não infecciosas (diabetes, depressão etc) e agravos à integridade física (acidentes, homicídios, suicídios etc).

Considerando-se o conjunto de processos sociais interativos que, dentro de um sistema, definem a dinâmica dos agregados sociais, um em especial constitui o campo sobre o qual trabalha a Epidemiologia: é o processo saúde-doença.

Laurell (1983 apud Rouquayrol e Filho, 1999), relata que o processo saúde-doença da coletividade pode ser entendido como:

[...] o modo específico pelo qual ocorre, nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença.

Para Goldbaum (1997), colocada neste contexto, a expressão saúde-doença é um "... qualificativo empregado para adjetivar genericamente um determinado processo social...", qual seja, o modo específico de passar de um estado de saúde para um estado de doença e o modo recíproco.

Descontextualizada, a expressão saúde-doença refere-se a uma ampla gama que vai desde "o estado de completo bem-estar físico, mental e social" até o de doença, passando pela coexistência de ambos em proporções diversas. A ausência gradativa ou completa de um desses estados corresponde ao espaço do outro e vice-versa.

Ao estudo da variabilidade da freqüência das doenças de ocorrência em massa, em função de variáveis ambientais e populacionais, ligadas ao tempo e ao espaço, dá-se o nome de distribuição.

A análise dos fatores determinantes envolve a aplicação do método epidemiológico ao estudo de possíveis associações entre um ou mais fatores suspeitos e um estado característico de ausência de saúde, definido como doença. A prevenção visa a empregar medidas de profilaxia a fim de impedir que os indivíduos sadios venham a adquirir a doença; o controle objetiva baixar a incidência a níveis mínimos; erradicação, depois de implantadas as medidas de controle, consiste na não ocorrência de doença, isso significa permanência da incidência zero, como é o caso da poliometelite, que está erradicada no Brasil desde 1990.

Dentro da Epidemiologia, é de fundamental importância, estudar-se a história natural das doenças, sequenciada em dois períodos: o período *epidemiológico* e o período *patológico*. No primeiro, o interesse é dirigido para as relações suscetível-ambiente; no segundo, interessam as modificações que se passam no organismo vivo.

Para Gonçalves (1990), o homem se faz presente em ambos os períodos. É gerador das condições socioeconômicas favorecedoras das anomalias ecológicas predisponentes a alguns dos agentes diretamente responsáveis por doenças. Ao mesmo tempo, é a principal vítima do contexto de agressão à saúde por ele favorecido.

Assim, para melhor entender a história natural das doenças, é necessário dividi-la em:

- a) Período pré-patogênese;
- b) Fatores sociais: socioeconômicos, sociopolíticos, socioculturais e psicossociais;
- c) Fatores ambientais: genéticos e multifatorialidade;
- d) Período de patogênese: interação estímulo-suscetível, alterações bioquímico-histológicas e fisiológicas, sinais e sintomas, cronicidade;
- e) Prevenção: primária (promoção da saúde e proteção específica); secundária (diagnóstico precoce e limitação da incapacidade) e terciária.

Vê-se que a Epidemiologia estabelece (ou indica) e avalia os métodos e processos usados pela saúde pública para prevenir e tratar as mais diversificadas enfermidades, contribuindo diretamente, com o desenvolvimento da Geografia Médica.

1.3 - Contribuições da Epidemiologia para a Geografia Médica

Como já fora dito, a Geografia Médica faz uso de técnicas multivariadas, importando métodos de outras áreas, principalmente da Epidemiologia. Essa conexão pode ser estabelecida utilizando-se alguns caracteres epidemiológicos, tais como a história natural da doença.

A história natural de doenças, amplamente utilizada pelos pesquisadores em Geografia Médica, divide-se em alguns tópicos que serão estudados a seguir.

1.3.1 – Período de pré-patogênese

O primeiro período da história natural, chamado de período de pré-patogênese, é a própria evolução das inter-relações dinâmicas, que envolvem,

de um lado, os condicionantes sociais e ambientais e, do outro, os fatores próprios do suscetível, até que se chegue a uma configuração favorável à instalação da doença. É também a descrição dessa evolução. Envolve, como já foi referido antes, as inter-relações entre os agentes etiológicos da doença, o suscetível e outros fatores ambientais que estimulam o desenvolvimento da enfermidade e as condições socioeconômicas e culturais que permitem a existência desses fatores.

No período de pré-patogênese, podem ocorrer situações que vão desde um mínimo de risco máximo, dependendo dos fatores presentes e da forma como esses fatores se estruturam. Pessoas abastadas que adoecem de cólera é um evento de baixa probabilidade, isto é, para os que dispõem de meios, a estrutura formada pelos fatores predisponentes à cólera é de risco mínimo. Já em termos de probabilidade em adquirir doença, no outro extremo, encontram-se, por exemplo, os usuários de drogas injetáveis que participam coletivamente de uma mesma agulha, para esses, os fatores pré-patogênicos estruturados criam uma situação de alto risco, favorável à aquisição do HIV.

Percebe-se que o período pré-patogênico, permite que o pesquisador em Geografia Médica analise, com acuidade, os dados adquiridos sobre uma determinada doença, observando os motivos que levaram um determinado grupo de indivíduos a adquirir determinada enfermidade.

O estudo em nível pré-patogênico da produção da doença, em termos coletivos, objetiva o estabelecimento de ações de ordem preventiva, pois considera a doença como originária de processos sociais, crescendo através de relações ambientais e ecológicas desfavoráveis, atingindo o homem pela ação direta de agentes físicos, químicos, biológicos e psicológicos, aliados, algumas vezes, às pré-condições genéticas em um indivíduo suscetível.

Para Goldbaum (1997), modernamente, os condicionantes sociais da doença considerada em nível coletivo têm sido tratados a partir de dois pontos de vista. O primeiro vê que o componente social na pré-patogênese poderia ser definido como uma categoria residual, isto é, conjunto de todos os fatores que não podem ser classificados como componentes genéticos ou agressores físicos, químicos e biológicos. Os fatores que constituem esse componente social podem ser agrupados, didaticamente, com vistas a uma melhor compreensão, em quatro tipos gerais:

- a. Fatores socioeconômicos.
- b. Fatores sociopolíticos.
- c. Fatores socioculturais.
- d. Fatores psicossociais.

O segundo ponto de vista vem se firmando numa maneira diferente de trabalhar o social dentro da Epidemiologia. Nesses trabalhos, o “social” já não é apresentado como uma variável ao lado dos outros “fatos causais” da doença, mas, sim, como um campo onde a doença adquire um significado específico. Ele não é mais expresso sob a forma de um indicador de consumo (quantidade de renda, nível de instrução etc.), mas sob a forma de relações sociais de produção responsáveis pela posição de segmentos da população na estrutura social. É desse contexto que a Geografia Médica retira metodologias e técnicas, que permitam indagar a origem de determinada enfermidade segundo a estrutura socioeconômica da população em análise, pois ainda, apesar dos esforços de alguns epidemiologistas, a maioria dos estudos epidemiológicos são carregados de dados estatísticos puros, sem a devida contextualização econômica, social e política.

Segundo Marsiglia et al.(1985), em estudos de processos epidêmicos, fica mais clara a limitação teórica da ciência epidemiológica que tenta representar a utilização do social como categoria composta por fatores relacionados causalmente com a produção de doenças. A perspectiva de pensar o social sob a forma mais totalizante – uma estrutura social particularizada em conjunturas econômicas, políticas e ideológicas - que condiciona uma dada situação de vida de grande parcela da população e um agravamento crítico do seu estado de saúde, dá ao estudo do processo epidêmico sua real dimensão enquanto fenômeno coletivo.

Segundo Rouquayrol e Filho (1999) existe uma associação inversa, que não é somente de ordem estatística, entre capacidade econômica e probabilidade de adquirir doença. Essa percepção, entretanto, não é recente. Renaud (1992 apud Goldbaum 1997) retrata que os trabalhos de Villerme (1840), Virchow (1849) e Chadwick (1842) apontam diferenças consideráveis entre grupos sociais em termos de morbidade e de mortalidade. Reforça que os grupos sociais economicamente privilegiados estão menos sujeitos à ação dos

fatores ambientais que ensejam ou que estimulam a ocorrência de certos tipos de doenças, cuja incidência é grandemente elevada nos grupos economicamente desprivilegiados. Para Renaud, os pobres:

- São percebidos como mais doentios e mais velhos;
- Morrem mais jovens;
- Procriam crianças de baixo peso, em maior proporção;
- Sua taxa de mortalidade infantil é mais elevada.

Modernamente, o componente socioeconômico é visto segundo duas óticas alternativas dentro do processo saúde-doença. Por um lado, fatores socioeconômicos perfeitamente definíveis e metodologicamente isoláveis são associados aos diferenciais de morbidade e mortalidade. Sob outro ponto de vista, o conceito de classe social, como uma totalidade ao mesmo tempo econômica, jurídico-política e ideológica, é explicado de forma mais abrangente pela Geografia Médica do que pela Epidemiologia como explicitado no item 1.2 deste trabalho.

Os fatores sociopolíticos estudados pela Epidemiologia elencam alguns fatores políticos que devem ser considerados ao se analisarem as condições pré-patogênicas ao nível do social:

- Instrumentação jurídico-legal;
- Decisão política;
- Participação comunitária.

Goldbaum (1997) esclarece que, dentro dos fatores socioculturais, os estudos epidemiológicos citam preconceitos e hábitos culturais, credences, comportamentos e valores, valendo como fatores pré-patogênicos contribuintes para a difusão e manutenção de doenças.

Vale a pena citar como exemplo de padrão externo de comportamento, com características pré-patogênicas cuja influência se faz sentir quase que diretamente, o proceder das populações rurais em regiões subdesenvolvidas da África e do Brasil, que conservam o hábito de defecar na superfície do solo, nas proximidades de mananciais. Esse traço cultural foi no passado e continua sendo no presente um dos fatores contribuintes para a disseminação da esquistossomose, cuja enfermidade é alimentada pela permanência de uma pobreza cronificada.

Um outro exemplo de padrão externo de comportamento, com influência quase que direta na difusão de doença, vem da larga expansão que nas últimas décadas tiveram as doenças de transmissão sexual entre jovens, fenômeno que deve ser associado às atuais liberdade e promiscuidade sexuais.

Dentre os fatores psicossociais que estão inseridos nas características de pré-patogênese, encontram-se:

- Marginalidade;
- Ausência de relações parentais estáveis;
- Desconexão em relação à cultura de origem;
- Falta de apoio no contexto social em que se vive;
- Condições de trabalho extenuantes ou estressantes;
- Promiscuidade;
- Transtornos econômicos, sociais ou pessoais;
- Falta de cuidados maternos na infância;
- Carência afetiva de ordem geral;
- Competição desenfreada;
- Agressividade vigente nos grandes centros urbanos e desemprego.

Esses estímulos possuem influência direta sobre o psiquismo humano, com conseqüências somáticas e mentais danosas.

Ainda debruçando-se sobre as contribuições da Epidemiologia para a Geografia Médica, devem-se ressaltar os fatores ambientais.

Para efeito de análise estrutural epidemiológica, por ambiente deve ser entendido o conjunto de todos os fatores que mantém relações interativas com o agente etiológico (aquele que causa a enfermidade) e o suscetível (homem).

O termo (ambiente) tem maior abrangência do que lhe é dado no campo da Ecologia. Além de incluir o ambiente físico, que abriga e torna possível a vida autotrófica e o ambiente biológico, que abrange todos os seres vivos, inclui também a sociedade envolvente, sede das interações sociais, políticas, econômicas e culturais. Segundo Rouquayrol e Filho (1999), são componentes do ambiente físico: situação geográfica, solo, clima, recursos hídricos e topografia, agentes químicos e agentes físicos.

Atualmente, o estudo da influência exercida pelos fatores naturais do ambiente físico na produção de doenças tornou-se menos importante do que o conhecimento da ação desenvolvida pelos agentes aí agregados artificialmente. O progresso e o desenvolvimento industrial criaram problemas epidemiológicos novos, resultantes da poluição ambiental. O ambiente físico que envolve o homem moderno condiciona o aparecimento de doenças cuja incidência tornou-se crescente a partir da urbanização e da industrialização. As doenças cardiovasculares, as alterações mentais e o câncer de pulmão estão também associados a fatores de ambiente físico.

Dentro dos fatores ambientais, estão contidos os genéticos e a multifatorialidade.

Os fatores genéticos provavelmente determinam a maior ou menor suscetibilidade das pessoas quanto à aquisição de doenças, embora isso permaneça ainda na fronteira da pesquisa genética.

Behar (1976 apud Goldbaum, 1997) ressalta que a estruturação de fatores condicionantes da doença, denominada multifatorialidade, não é um simples resultado de justaposição. A associação dos fatores é sinérgica, isto é, dois fatores estruturados aumentam o risco de doença mais do que faria a sua simples soma. O estado final provocador de doença é, portanto, resultado da sinergização de uma multiplicidade de fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, psicológicos, genéticos, biológicos, físicos e químicos; assim, o agregado total resultante da estruturação sinérgica de todas as condições e influências indiretas – próximas ou distantes – socioeconômicas, culturais e ecológicas, e os agentes que têm acesso direto ao bioquimismo e às funções vitais do ser vivo, perturbando-o, constituem o ambiente gerador de doença.

Os estudos atuais em Geografia Médica analisam essa multifatorialidade retirada da Epidemiologia, enriquecendo os estudos geográficos, inserindo uma outra visão de síntese e análise e promovendo resultados coesos e condizentes à realidade, elaborando trabalhos finais que reflitam a qualidade de vida da população.

1.3.2. – Período de patogênese

O segundo período da história natural das doenças é o período de patogênese. Este se inicia com as primeiras ações que os agentes patogênicos exercem sobre o ser afetado. Seguem-se as perturbações bioquímicas em nível celular, continuam com as perturbações na forma e na função, evoluindo para defeitos permanentes, cronicidade, morte ou cura.

Colimon (1978 apud Goldbaum, 1997) considera quatro níveis de evolução da doença nesse período:

- Interação estímulo-suscetível.
- Alterações bioquímicas, fisiológicas e histológicas.
- Sinais e sintomas.
- Defeitos permanentes, cronicidade.

A Prevenção é o último tópico a ser ressaltado pela Epidemiologia.

Winslow, citado por Leavel e Clark (1976 apud Goldbaum et.al, 1999, p.25) define:

[...] Saúde Pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e para-médicos para diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social, que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

A partir dessa consideração de Winslow, pode-se afirmar que Epidemiologia, Geografia Médica e Saúde Pública são indissociáveis quanto a seus objetivos sociais e quanto à sua prática. Uma vez que a Epidemiologia cede à Geografia Médica suas técnicas, unindo-se a ela, ambas orientam a saúde pública e esta, por sua vez, intervém buscando evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental.

Desse modo, a Epidemiologia persegue a observação exata e a análise pré-patogênica e patogênica das doenças, promovendo assim, a sistematização estatística dos eventos de saúde-doença em nível coletivo, permitindo à Geografia Médica a adoção de metodologias diferenciadas,

principalmente àquelas inseridas na história natural das doenças, e assim, ambas, orientam as ações de intervenção nas políticas públicas.

1.4 - Doenças Emergentes e Re-emergentes no Brasil

Segundo Rouquayrol e Goldbaum (1999), doenças infecciosas emergentes são as que surgiram recentemente (nas últimas duas décadas) numa população ou as que ameaçam expandir-se num futuro próximo. Doenças infecciosas re-emergentes são aquelas causadas por microorganismo bem conhecidos que estavam sob controle, mas que se tornaram resistentes às drogas antimicrobianas comuns (malária e tuberculose, por exemplo) ou estão expandindo-se rapidamente em incidência ou em área geográfica (cólera, nas Américas).

Gonçalves (1995 apud Rouquayrol, 1999) afirma que entre as doenças infecciosas emergentes, podem ser citadas HIV/AIDS, síndrome pulmonar por Hantavírus, dengue, dengue hemorrágica e cólera. Fatores específicos que precipitam o surgimento dessas doenças geralmente podem ser identificados. Entre eles, citam-se fatores demográficos, ecológicos e ambientais, que aumentam o contato de suscetíveis com o hospedeiro natural ou com o que promove a disseminação.

Os micro-organismos também continuam evoluindo, fator que ocasiona o surgimento de variantes de vírus e bactérias, além da seleção daqueles resistentes a drogas. Daí conclui-se que doenças infecciosas continuarão a surgir e que o pensamento de alguns anos passados, de que com os antibióticos e os inseticidas poder-se-iam “aposentar” os livros de doenças infecciosas, não parece corresponder à verdade atual.

Entre as doenças parasitárias, são consideradas problemas de saúde pública a malária, a doença de Chagas e as leishmanioses.

A malária acomete cerca de meio milhão de pessoas anualmente, quase todas da região norte do país (região amazônica); a doença de Chagas mata cerca de 5.000 pessoas por ano e as leishmanioses (tanto a cutânea como a visceral) têm apresentado incidência crescente nos últimos anos.

Entre as doenças virais, chamam a atenção a dengue, o sarampo e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS).

O sarampo ressurgiu em 1996, no estado de São Paulo e, em 1997, em diversos estados do país. Com uma campanha nacional de vacinação o surto foi contido.

Entretanto, dentre essas enfermidades, a dengue e a AIDS, são aqueles que mais causam preocupações no Estado de São Paulo.

O Ministério da Saúde, através do Boletim Epidemiológico (2006), revela que a AIDS continua sendo um problema de saúde. Não mais somente para as grandes cidades, pois aumenta rapidamente o número de casos nas médias e pequenas cidades, acometendo os heterossexuais, abarcando a faixa etária dos 30 aos 59 anos e a população de mais baixa renda.

Atualmente, no mundo globalizado, de economia internacionalizada, a facilidade de transportes, viagens, turismo, comércio e as mudanças de comportamento entre as diversas nações do mundo tornam fácil e rápida a disseminação de uma doença que surge numa população localizada numa área geográfica remota para diversas partes do mundo. Ela pode sair de um vilarejo para uma cidade através das estradas vicinais e, daí, para cidades grandes através das auto-estradas e de avião para outros grandes centros urbanos, em qualquer lugar do mundo. Portanto, uma doença com potencial epidêmico que ocorra em qualquer local pode ser um risco para a população de todo o planeta.

As desigualdades sociais, provavelmente, também têm grande influência no surgimento e na manutenção de doenças emergentes. Entre os fatores sociais, ressaltam-se o empobrecimento dos povos e a decadência urbana.

1.5 – AIDS: Histórico e Definição.

Segundo o Boletim Epidemiológico (2006) os primeiros casos de AIDS foram identificados em 1981, nos Estados Unidos, nas cidades de Los Angeles e Nova Iorque.

Constatou-se, nessas duas cidades, que algumas pessoas estavam sendo afetadas por um tipo raro de pneumonia (*Pneumocystis carinii*), enquanto outras estavam desenvolvendo Sarkoma de Kaposi, um tipo de câncer, também muito raro, mais comum em pessoas com idade muito avançada.

Atônitos diante de uma doença desconhecida que enfraquecia o organismo humano, deixando-o extremamente debilitado, os cientistas americanos deram a ela a denominação de Acquired Imuno Deficiencie Syndrome, que passou a ser mundialmente conhecida pela sigla AIDS. Introduzida na língua portuguesa, a AIDS ficou assim nomeada, significando Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sendo a sigla SIDA, também usual em nosso meio.

Segundo o Centro de Referência e Tratamento em DST/AIDS (CRT) (2006 apud Boletim Epidemiológico, 2006) a primeira definição de caso de AIDS foi desenvolvida pelo Center for Diseases Control (CDC), nos Estados Unidos, em 1982, baseada nos achados clínicos imunológicos e epidemiológicos dos primeiros casos descritos. Nessa época, o teste anti-HIV ainda não existia e nem mesmo se sabia que a doença era causada por um vírus. O CDC definia então a AIDS como a ocorrência de, pelo menos, uma dentre 13 doenças, que indicavam a existência de imunodeficiência celular subjacente em uma pessoa, sem outra razão para o comprometimento imunológico.

Com o passar do tempo, tornou-se claro que a infecção pelo HIV pode causar um amplo espectro de manifestações clínicas, que iniciam com um quadro de infecção aguda, passando por um longo período sem qualquer sintoma, evoluindo, posteriormente, para diversas manifestações leves, até a imunodeficiência grave, com infecções oportunistas e/ou neoplasias (cânceres), que caracterizam o quadro tradicionalmente conhecido como AIDS.

Em 1984, foi cunhado o termo AIDS Related Complex (ARC) ou complexo relacionado à AIDS, que aglutinava várias manifestações associadas à doença, mas que não apresentavam um comprometimento grave de imunidade ao ponto de o indivíduo ser considerado paciente de AIDS. Dentre tais manifestações podemos citar a candidíase oral (sapinhos) e linfadenopatia (doença no sistema linfático caracterizada pelo aparecimento de gânglios).

Em 1983, cientistas franceses dirigidos pelo Dr. Luc Montagnier, conseguiram identificar e isolar o agente causador da AIDS. Tratava-se de um vírus, ao qual deram o nome de LAV. Meses depois, cientistas americanos, dirigidos pelo Dr. Robert Gallo conseguiram também isolar o vírus, causador da AIDS, ao qual deram o nome de HTLV III. Posteriormente, ficou constatado que

se tratava do mesmo vírus. A partir de então, ficou convencionado através de resolução da Organização Mundial da Saúde (OMS), que o vírus causador da AIDS seria denominado HIV (Human Immunodeficiency Virus), cabendo à equipe francesa o reconhecimento pela sua descoberta.

1.5.1. – A AIDS no Brasil

Como já fora dito, a epidemia de AIDS, no Brasil, foi detectada no início dos anos 1980, sendo que ficou restrita, no início, aos chamados grupos de risco, compostos, principalmente, de homossexuais e usuários de drogas injetáveis. Os primeiros casos da doença surgiram nos grandes centros urbanos e nos estados mais populosos.

Segundo o Ministério da Saúde, de 1980 a junho de 2007 foram notificados 474.273 casos de AIDS no país – 289.074 no Sudeste, 89.250 no Sul, 53.089 no Nordeste, 26.757 no Centro Oeste e 16.103 no Norte. Nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, a incidência de AIDS tende à estabilização. No Norte e Nordeste, a tendência é de crescimento, pois em ambas o fluxo migratório é intenso. Na região Norte, essa movimentação populacional dá-se graças à expansão das fronteiras agrícolas e ao garimpo, enquanto que, no Nordeste esse alto fluxo ocorre devido à vasta atividade turística, que promove o turismo do sexo, levando ao aumento da promiscuidade e criando, assim, situações que promovem a contaminação pelo HIV.

Segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil tem uma epidemia concentrada, com taxa de prevalência da infecção pelo HIV de 0,6% na população de 30 a 59 anos.

Em 2006, considerando-se dados preliminares, foram registrados 32.628 casos da doença. Em 2005, foram identificados 35.965 casos, representando uma taxa de incidência de 19,5 casos de AIDS a cada 100 mil habitantes.

O Boletim Epidemiológico (2007) trouxe, pela primeira vez, uma pesquisa que trouxe dados sobre a proporção de pessoas que continuaram vivendo com AIDS em até cinco anos após o diagnóstico. O estudo foi feito com base no número de pessoas identificadas com a doença em 2000. Esses dados apontam que, cinco anos depois de diagnosticadas, 90% das pessoas com AIDS no Sudeste estavam vivas. Nas outras regiões, os percentuais foram

de 78%, no Norte; 80%, no Centro Oeste; 81%, no Nordeste; e 82%, no Sul. A análise mostra, ainda, que 20,5% dos indivíduos diagnosticados com AIDS no Norte haviam morrido em até um ano após a descoberta da doença.

No Centro Oeste, o percentual foi de 19,2% e no Nordeste, de 18,3%. Na região Sudeste, o indicador cai para 16,8% e, no Sul, para 13,5%. A média do Brasil foi de 16,1%. Em números absolutos, o Brasil registrou 192.709 óbitos por AIDS, de 1980 a 2006.

Na série histórica, foram identificados 314.294 casos de AIDS em homens e 159.793 em mulheres. Ao longo do tempo, a razão entre os sexos vem diminuindo de forma progressiva. Em 1985, havia 15 casos da doença em homens para 1 em mulher. Hoje, a relação é de 1,5 para 1. Na faixa etária de 13 a 19 anos, há inversão na razão de sexo, a partir de 1998.

Em 2005, foram identificados 700 casos de AIDS na população de menores de cinco anos, representando taxa de incidência de 3,9 casos por 100 mil habitantes. Em 2006, foram registrados 526 casos em menores de 5 anos, mas esse número provavelmente está subnotificado. Considerando as regiões, a taxa de incidência é maior no Sul (6,1), seguido do Sudeste (4,4), Nordeste (3,1), Norte (2,7) e Centro Oeste (2,6).

Do total de 192.709 óbitos por AIDS identificados no Brasil (1980-2006), a maioria foi no Sudeste, com 131.840 mortes em decorrência da doença. Em seguida, vem o Sul (28.784), o Nordeste (18.379), o Centro Oeste (8.738) e o Norte (4.968).

Em 2004, uma pesquisa de abrangência nacional feita pelo Ministério da Saúde, estimou que no Brasil cerca de 593 mil pessoas, entre 15 a 49 anos de idade, vivem com HIV e AIDS (0,61%). Desse número, cerca de 208 mil são mulheres (0,42%) e 385 mil são homens (0,80%).

A mesma pesquisa mostra que quase 91% da população brasileira de 15 a 54 anos citou a relação sexual como forma de transmissão do HIV e 94% citou o uso de preservativo como forma de prevenção da infecção. O conhecimento é maior entre as pessoas de 25 a 39 anos, entre os mais escolarizados e entre as pessoas residentes nas regiões Sul e Sudeste.

O Ministério da Saúde (2006) revela que os indicadores relacionados ao uso de preservativos mostram que aproximadamente 38% da população sexualmente ativa usou preservativo na última relação sexual,

independentemente do parceiro. Esse número chega a 57% quando se consideram apenas os jovens de 15 a 24 anos. O uso de preservativos na última relação sexual com parceiro eventual, entre heterossexuais, foi de 67%. A proporção comparável em 1998 foi de 63,7%.

Uma pesquisa sobre comportamento sexual, realizada por pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo e pela médica Elza Bercor, diagnosticou que 65% dos heterossexuais entrevistados, na faixa dos 19 aos 50 anos, não usam preservativo em suas relações sexuais, mesmo sabendo da importância do uso. Isso demonstra uma grande despreocupação dos heterossexuais em prevenir-se contra o vírus, numa época em que a informação é destilada pela mídia em grande volume e alta velocidade.

Outro fato a ser ressaltado sobre a AIDS em território nacional é que, ao longo da evolução da epidemia, verifica-se que os antigos grupos de riscos, homossexuais e usuários de drogas injetáveis, que anteriormente constituíam a maioria, vêm diminuindo sua participação entre os novos infectados pela doença.

Mazetto (2001) salienta uma mudança no perfil da epidemia na década de 1990, pois o número de heterossexuais infectados pelo HIV no Brasil em 1990 era minoria (11,5%). Em 1998 esse número subiu para 39,9%, ultrapassando todos os outros tipos de exposição (bissexual, homossexual e UDI – Usuários de Drogas Injetáveis) e em 2006, foram 42,6%, segundo o Ministério da Saúde. Observa-se, pois, que a AIDS não está mais restrita aos grupos de risco, mas sim, disseminada entre os tipos de comportamento social e sexual, surgindo assim, “novos grupos de risco”.

1.6 - O estudo das Categorias de Exposição da AIDS no Brasil

Segundo Castilho et. al (1999), na década de 1980, o Programa Global de AIDS da Organização Mundial da Saúde – GPA/WHO (MANN et al.,1993), propôs uma tipologia epidemiológica para a epidemia de AIDS no mundo.

Essa nova tipologia chamada “A Nova Geografia Global do HIV/AIDS”, envolve uma divisão do mundo em dez áreas geográficas de afinidade – AGA. A identificação de cada área teve por base quatro fatores: (1) a epidemiologia do HIV/AIDS em cada país; (2) o tipo e o nível de resposta à pandemia; (3) a

vulnerabilidade da sociedade à maior disseminação do HIV; (4) as realidades geográficas relevantes.

No Brasil, a epidemia lenta da infecção pelo HIV/AIDS vem apresentando mudanças de perfil epidemiológico, revelando distintos padrões nos diversos níveis de desagregação geográfica, mesmo em uma determinada macrorregião.

Assim, para se entender a epidemia de HIV/AIDS em território nacional é interessante analisar-se, dentro da Tendência Temporal, as Categorias de Exposição, sendo elas: sexual (preferência sexual), sanguínea (via transfusão ou uso de drogas injetáveis), vertical, distribuição por idade, distribuição por sexo, razão por sexo, escolaridade e distribuição geográfica. Cabe ressaltar que a observação da Letalidade e Mortalidade também faz-se necessária.

As categorias de exposição nos permite inferir análises acerca do histórico de AIDS no Brasil, pois sabia-se que a categoria de exposição sexual tinha predominância absoluta, no início da epidemia. Apesar de ser, ainda, em termos proporcionais, a mais frequente, ela decresce no decorrer do tempo (de 72% em 1983 para 51%, em 1997/98).

Ainda com relação aos componentes da *categoria sexual*, segundo Castilho et al (1999), em 1983, 69,2% dos casos diziam respeito a homens que faziam sexo com homens. Já em 1997/98, esta subcategoria contribui com 26,4% dos casos, enquanto a transmissão entre heterossexuais atingiu o valor de 58,8%.

No que tange à *categoria sanguínea*, Castilho et al. (1999), afirma que, em 1986, os casos de AIDS devido a transfusão, representaram 35% das ocorrências por transmissão parenteral (parenteral define-se pela administração de substâncias por via que não seja oral, geralmente com uso de seringas), tendo, no entanto, essa subcategoria, em 1996, decrescido para 11% dos casos da categoria de exposição sanguínea. Observou-se, em 1998, uma mudança de padrão, visto que o compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas (Usuários de Drogas Injetáveis - UDI) destaca-se como a subcategoria predominante (92%). Atualmente, entretanto, essa subcategoria vem diminuindo, pois os usuários de drogas injetáveis passaram a se prevenir, evitando o compartilhamento de seringas.

A transmissão vertical do HIV (da mãe infectada para seu filho durante a gravidez, parto ou aleitamento natural) correspondia a 0,2% do total de casos em 1986. Essa proporção vem crescendo no decorrer do tempo, atingindo 3,4% em 1997/98. No início da epidemia, havia predominância, entre crianças, da subcategoria sanguínea (transfusão de sangue ou hemofílicos usuários de derivados de sangue contaminado). Nos anos 1998, havia a predominância absoluta da subcategoria de transmissão perinatal (período imediatamente anterior e posterior ao parto).

A *categoria distribuição por idade* auxilia no estudo da AIDS, haja vista que, desde o começo da epidemia, o grupo etário mais atingido, segundo Castilho et al (1999), tem sido o de 25 a 39 anos de idade, que sistematicamente, por ano diagnóstico, tem compreendido mais de 60% dos casos de AIDS notificados, perfazendo 60% do total de casos notificados até 29 de agosto de 1998. Vale destacar que o autor, em sua pesquisa, através dessa categoria de análise, observou que os homo/bissexuais eram mais idosos (coortes das décadas de 1940 e 1950), enquanto os usuários de drogas injetáveis e casos de transmissão do HIV por meio de relações sexuais do tipo heterossexual, tanto entre homens quanto entre mulheres, são mais jovens (coortes das décadas de 1960 e 1970).

É interessante salientar que, atualmente, no século XXI, a faixa etária de maior incidência de casos de AIDS, é aquela dos 20 aos 59 anos.

Castilho et. al (1999) afirma que a *categoria razão por sexo*, isto é, a razão homem/mulher expressa a distribuição dos casos de AIDS notificados segundo sexo. Ao longo do tempo, a autor ressalta que se tem verificado que o excesso de casos do sexo masculino vem se reduzindo. De uma razão de 16H:1M (H corresponde a Homem e M à mulher), em 1984, constata-se que em 1990 alcançou 6H:1M, tendo atingido 2H:1M em 1997/98. Essa queda resulta do aumento de casos entre as mulheres usuárias de drogas ou aquelas que contraíram o HIV por meio de relações sexuais com parceiros usuários de drogas ou homens com práticas bissexuais. A diminuição da magnitude da razão de sexo tem levado a um diagnóstico atual de feminização da AIDS no país.

A *categoria escolaridade* permite verificar que a totalidade dos casos diagnosticados até 1982 era de nível superior ou grau médio. Nos dois anos

subsequentes, foram observadas frequências de 83,3% e 83,9% (1983 e 1984, respectivamente) e 76%, em 1985, como pertencentes a esse grupo, ao passo que apenas 24% dos casos, com informações disponíveis sobre escolaridade, eram analfabetos ou tinham cursado até os primeiros quatro anos do ensino fundamental. A tendência vem se mantendo ao longo do período e, em 1994, constatava-se que 69% dos casos eram analfabetos ou tinham cursado até o quinto ano do ensino fundamental, e apenas 31% apresentavam nível superior ou até o grau médio.

Castilho e Chequer (1997) afirmam que, pela tendência observada no Brasil, as populações já tradicionalmente marginalizadas vêm cada vez mais se infectando pelo HIV e sobre elas recaem a grande maioria das doenças endêmicas, as patologias decorrentes da fome e ausência de saneamento.

Como fator agravante adicional, ressaltam-se as dificuldades naturais que enfrenta essa camada social no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, à informação de um modo geral, e à informação para a saúde de um modo particular. Esse último aspecto, somado às mazelas das camadas menos abastadas, dificulta sobretudo as ações que visem à prevenção por meio da adoção de práticas seguras e diagnóstico precoce da doença.

Castilho et.al (1999), revela que, quando a variável escolaridade é tomada apenas para pacientes do sexo feminino, verifica-se que a predominância de casos de baixa ou nenhuma escolaridade vem ocorrendo desde 1987, quando dois terços das ocorrências já pertenciam a esse grupo, tendo alcançado, em 1994, a cifra de 78%. Observa-se, ainda, uma diferença significativa nas ocorrências de analfabetos segundo sexo do total acumulado de notificações: enquanto apenas 3,5% dos homens são analfabetos, este grupo corresponde a 6,1% das mulheres.

Na análise dos adultos usuários de drogas injetáveis, verifica-se que, independentemente do sexo, há uma predominância absoluta de indivíduos de baixa ou nenhuma escolaridade, quadro esse que se faz presente desde o início da epidemia.

Situação similar, em menor grau, é observada quando se tomam em consideração os casos heterossexuais, entre os quais também predomina, desde o início do registro dos primeiros casos dessa categoria de exposição, a observação de indivíduos de baixa ou nenhuma escolaridade.

Verifica-se, portanto, que a característica principal e o fator determinante do perfil inicial da epidemia, no que se refere à escolaridade dos casos, repousam na alta frequência de homo/bissexuais que, até 1986, além de contribuírem com a maioria dos casos diagnosticados, em mais de dois terços dos registros tinham cursado o grau médio ou frequentando a universidade.

Castilho e Chequer (1997) evidenciam que, ao longo do período, também nesse contingente, tem-se observado uma participação cada vez maior de indivíduos de menor ou nenhum grau de escolaridade, sem, entretanto, superar 50% das ocorrências. Deve-se ressaltar, ainda, que, do total acumulado de casos notificados, essa subcategoria de exposição é a que apresenta a menor frequência de analfabetos.

Dessa maneira, vê-se que, uma vez que se toma a escolaridade como indicador sócio-econômico, pode-se inferir que a epidemia de HIV/AIDS, no Brasil, vem passando por um processo de pauperização.

A *categoria distribuição geográfica* utiliza procedimentos de geoprocessamento e de análise espacial simples para caracterizar a epidemia da AIDS em termos geográficos.

Castilho et.al. (1999) acredita que esteja ocorrendo um processo de interiorização, pois observou-se em sua pesquisa que 88% dos municípios considerados de pequeno porte (de 50.000 a 200.000 habitantes) possuem, pelo menos, um caso de AIDS. Se no início da epidemia os casos de AIDS revelavam-se somente nas grandes metrópoles nacionais e regionais, hoje ela se prolifera ao longo do vasto território brasileiro.

As distribuições espaciais revelam que municípios com até 500.000 habitantes com casos de AIDS foi decorrente, primordialmente, da expansão da epidemia em UDI. Para essa categoria de exposição, entre os municípios de porte médio, a incidência passa a ser, aproximadamente, 90 vezes maior, e entre os municípios com população entre 50.000 a 200.000 habitantes, 65 vezes superior, em relação à incidência no período inicial da epidemia. No entanto, atualmente, em cidades médias, houve uma mudança no perfil da doença, que afeta, em sua maioria, heterossexuais que não usam drogas injetáveis.

No que se refere à *Letalidade e a Mortalidade*, é de suma importância salientar que o Sistema de Notificação não contempla busca ativa de óbitos

dos casos notificados, em todo o território nacional, assim, certamente, a letalidade está subestimada.

Todo esse panorama obtido das pesquisas citadas demonstra que o cruzamento entre as diferentes categorias de exposição e posterior análise é a maneira mais coerente de entender a distribuição dos casos da doença, permitindo-se assim, uma conclusão coesa e completa acerca da manifestação da AIDS em um determinado território.

1.7 - O programa brasileiro de combate à AIDS.

Entre o final de 1980 e início de 1981, a ocorrência de alguns casos de Pneumocistose e Sarcoma de Kaposi intrigavam alguns médicos nos Estados Unidos. Acometendo pessoas jovens e previamente saudáveis, esses casos estavam completamente fora do padrão habitualmente esperado das duas doenças. Uma característica das pessoas acometidas, contudo, chamava a atenção dos profissionais: eram todos homossexuais masculinos. Artigos são publicados informando sobre esses agregados de casos, outros são descobertos, e a ocorrência dos mesmos atrai a atenção da imprensa, que começa a repetir a expressão "câncer gay" em seus relatos.

A comunidade gay norte americana, especialmente em Nova York e São Francisco, reage rapidamente à dupla ameaça: por um lado, algo parece de fato estar acometendo os seus membros, por outro, a onda de discriminação ameaça as conquistas de direitos civis duramente alcançadas na década anterior.

A imprensa brasileira repercute quase imediatamente o noticiário dos EUA. Antes que se registrasse qualquer caso da "nova doença" em solo brasileiro, a "epidemia de significados" já se alastrava em nosso meio.

Ao mesmo tempo, a sociedade brasileira se rearticulava politicamente. Na esteira de uma crise econômica que lhe minava cada vez mais a legitimidade, o regime militar abrandava progressivamente seu controle sobre o processo político, e organizações da sociedade civil começavam a emergir e ocupar espaços.

Entre esses grupos, em particular, encontravam-se representantes de setores oprimidos da sociedade brasileira, como mulheres e homossexuais, e também profissionais de saúde empenhados num redesenho da assistência pública à saúde, no que ficou conhecido como movimento de reforma sanitária. Em comum, além de militâncias cruzadas, as bandeiras de luta da democracia e de uma perspectiva de cidadania ampliada. Beneficiados pela promulgação ainda recente (em 1979) da anistia, importantes figuras da resistência ao regime militar retornam do exílio e se incorporam a essas lutas.

Em 1982 as várias esferas de atenção à saúde eram separadas entre secretarias estaduais e municipais de saúde, e no nível federal divididas entre a assistência ligada à previdência, assistência social e o Ministério da Saúde. Ainda nesse ano, dados do Ministério da Saúde revelam que na primeira eleição direta para governador, a oposição conquista estados significativos da Federação. Em alguns desses, unidos às secretarias estaduais de saúde e participantes do movimento da reforma sanitária iniciam suas experiências institucionais de integração nos diferentes compartimentos ligados à saúde, surgindo assim as Ações Integradas em Saúde, ensaio do que viria a ser futuramente o SUS.

O CRT – DST/AIDS (2008) salienta que, em 1983, são feitos os primeiros diagnósticos da nova doença - já conhecida então como AIDS - no Brasil. Adotada no Brasil como substantivo, a sigla formada na língua inglesa pela expressão "Síndrome de Imunodeficiência Adquirida" fora adotada como termo descritivo justamente para evitar o teor discriminatório de denominações originalmente propostas - como GRID (*gay-related immune deficiency*, imunodeficiência relacionada aos gays) - mas, mesmo assim, a imprensa brasileira ocasionalmente ainda fala em "câncer gay" ou "peste gay" referindo-se à AIDS. Quase que imediatamente, o primeiro programa oficial de controle da doença é implantado em São Paulo, desde seu início em cooperação entre a comunidade gay organizada e os técnicos da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, seguindo-se o programa do Estado do Rio de Janeiro e a organização, ainda que embrionária, do Programa de AIDS no âmbito da Divisão de Dermatologia Sanitária, ocorrendo, logo após, a criação formal da Divisão Nacional de DST e AIDS.

Zancan (1999) afirma que o conhecimento disponível sobre a doença acumula-se rapidamente na década de 1980. Novos agregados de casos em certos grupos são descobertos, e por conta do referencial epidemiológico, surge a expressão "grupos de risco", que incluíam os homossexuais masculinos, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e haitianos.

A incompreensão do raciocínio epidemiológico subjacente a essa denominação leva à idéia de que a doença acometeria apenas pessoas de grupos populacionais específicos. Isso interfere de modo negativo na própria pesquisa - o nexos de determinados quadros com a "nova doença" deixa de ser percebido em função dos seus portadores não se enquadrarem nesses grupos - e mais ainda na prevenção, por um lado, por dar a pessoas fora desses grupos uma falsa sensação de segurança, e por outro, por reforçar estigmas e preconceitos. Essa pesada herança repercute ainda hoje na luta contra a epidemia.

Segundo Bastos e Barcelos (1995), o padrão de agregação dos casos e o crescimento do seu número se mostram para os pesquisadores, desde o início, como fortes evidências do caráter infeccioso da doença. A possibilidade do possível agente infeccioso se propagar por meio de hemoderivados, sujeitos a processos de filtração, também sugerem fortemente que se trate de um vírus.

Já em 1985 (poucos anos após a descoberta do vírus, portanto) são liberados os primeiros testes diagnósticos, baseados na detecção de anticorpos. Surge a dimensão da soropositividade, e com ela todo um novo espectro de possibilidades tecnológicas e, também, infelizmente, de discriminação. Propostas de testagem compulsória, frequentemente ligadas à idéia de exclusão asilar dos soropositivos começam a ser propostas.

A luta contra a AIDS no Brasil passa então a um novo patamar, com o surgimento das primeiras organizações não governamentais dedicadas especificamente nessa arena: o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS), em São Paulo, criado em 1985, e a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS), fundada por Herbert de Souza.

Os casos e óbitos de AIDS crescem com o tempo, e o Programa Nacional de DST e AIDS é criado, já em 1986, no segundo ano da primeira presidência civil do Brasil desde o golpe militar de 1964. Ainda em 1986, a VIII

Conferência Nacional de Saúde consagra as idéias do movimento de reforma sanitária, que tornam-se parte da carta magna do país com a promulgação, em 1988, da nova constituição, marco da redemocratização do país. Nasce o Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda em 1988, a Organização Mundial da Saúde institui o primeiro de dezembro como dia internacional de luta contra a AIDS, como parte de uma estratégia de mobilização, conscientização e prevenção em escala global, e a data passa a ser observada também no Brasil, tornando-se mote para o lançamento de informações e campanhas educativas.

As *campanhas oficiais* de prevenção contra a AIDS, iniciadas ainda em 1987, oscilaram de tom ao longo de sua história. A adoção, no início dos anos 1990, ainda que por um período limitado, de um discurso intimidatório e que reforçava a discriminação (baseado na idéia de que a AIDS não tem cura e mata), enfrenta resistência dos movimentos sociais organizados, àquela altura engrossados pelas ONG de pessoas soropositivas, a primeira das quais, o Grupo pela VIDDA (Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS) fundado em 1989, por Herbert Daniel. Com o passar dos anos, ganha corpo e aceitação a idéia de que faz parte da prevenção a luta contra discriminação e o preconceito e a defesa da solidariedade e dos direitos das pessoas vivendo com HIV e AIDS. Fruto dessa luta, a idéia de garantir a testagem para a soropositividade com o respeito à privacidade dos indivíduos é traduzida na criação dos primeiros centros de testagem anônima e aconselhamento no Brasil (à época denominados COAS - Centros de Orientação e Apoio Sorológico), primeiro em Porto Alegre e posteriormente no Rio de Janeiro, em fins de 1988.

A entrada em cena do Banco Mundial como financiador de projetos na área da saúde reconfigura a arena internacional. Em 1994, o Brasil assina um primeiro acordo com o Banco, o que alavanca o desenvolvimento do programa nacional.

O incentivo do acordo à participação das ONG no programa, apesar de alguns problemas, aumenta a participação política das mesmas na formulação e implementação das políticas nacionais nessa área. Seguem-se os acordos de empréstimo AIDS II e AIDS III, este último vigente até 2006.

A primeira medicação com eficácia, ainda que limitada, contra a progressão da imunodeficiência, o AZT (originalmente chamado de azidotimina,

renomeado mais tarde como zidovudina) já estava em uso desde o fim da década de 1980. O medicamento mostrou-se posteriormente eficaz na prevenção da transmissão vertical (da gestante para o bebê) do HIV. A utilização do AZT pela mãe durante a gestação e no momento do parto e sua administração à criança nos seus primeiros meses de vida reduz em pelo menos 60% as chances da transmissão. Para que essa conduta seja estabelecida, contudo, é necessário o conhecimento do estado sorológico da mãe, e essa é uma área que hoje recebe especial atenção. Estratégias com vistas à ampliação de cobertura têm sido desenvolvidas e, apesar de uma ampliação progressiva da cobertura, ainda se defronta com problemas pendentes de equacionamento.

Uma das características essenciais do programa brasileiro tem sido sua fundamentação na indissociabilidade das ações de prevenção e assistência, entendimento esse que perdurou mesmo antes da introdução da terapia antiretroviral.

É em 1996, contudo, com o advento de uma nova classe de fármacos, os inibidores da protease, e uma nova abordagem terapêutica, com a utilização simultânea de múltiplas drogas, que uma importante vitória na luta contra a doença é alcançada.

Segundo o Ministério da Saúde, a combinação de medicamentos detém a progressão da doença e evita a progressão da deterioração do sistema imunológico. A mortalidade pela AIDS cai drasticamente com a nova terapêutica. Amparado pela aprovação naquele mesmo ano de legislação garantindo o acesso aos medicamentos, mesmo contra recomendações e advertências do Banco Mundial, o Brasil adota uma política de distribuição da medicação, via SUS, para todas as pessoas acometidas pela doença.

Com o passar do tempo, essa estratégia mostra-se não apenas eficaz, do ponto de vista da redução da mortalidade, mas também poupadora de recursos, na medida que os gastos com o tratamento da AIDS em seus estágios iniciais consomem menos recursos que as repetidas internações dos pacientes em estado grave.

Desde 1996, o programa nacional de AIDS reúne periodicamente especialistas no tratamento da doença para estabelecer parâmetros de tratamento e acompanhamento de pessoas com AIDS. Esses consensos

geram documentos de orientação que são disponibilizados ao público, servindo de guia de orientação dos médicos envolvidos no tratamento e também para a aquisição dos medicamentos por parte do próprio programa.

A mera distribuição dos medicamentos, contudo, não garante a qualidade do tratamento, é necessário monitorar a resposta dos pacientes à medicação, para que se possa avaliar sua eficácia.

Dois exames, em particular a contagem de linfócitos CD4 (subpopulação de células do sistema imune com papel chave no sistema imunológico, que quando abaixo de um determinado valor indicam o comprometimento grave do mesmo) e o teste de carga viral, que identifica a quantidade de vírus circulando no organismo (ao contrário dos testes sorológicos, que assinalam a presença de anticorpos para o HIV), são relativamente sofisticados e caros e estariam fora do alcance da maioria da população brasileira. Isso associado à ausência de um controle da qualidade de sua realização poderia ter resultados catastróficos no acompanhamento de pacientes em uso da medicação.

Para enfrentar esses problemas, não só estimulou-se a implantação dessas técnicas em laboratórios ligados ao SUS em todo o país como, em 1997, foi criada a Rede Nacional de Laboratórios para Realização de Exames de Carga Viral e Contagem de CD4+/CD8+.

O surgimento de casos de pessoas que não respondem à terapêutica medicamentosa levou à tomada de decisão, ainda em 1999, de se introduzir a genotipagem como importante ferramenta de monitoramento da resistência viral, decisão que se implementou em 2001 com a implantação também de uma rede de laboratórios de estudo do padrão genético do HIV, com o intuito de estudar o surgimento de variantes do vírus resistentes à medicação. Esses estudos também fornecem subsídios para a eventual produção de uma vacina contra o HIV, empreendimento mundial do qual o Brasil também participa, através do Programa Nacional.

Por volta do ano de 2000, o Brasil, enfrentou as pressões da indústria farmacêutica multinacional, que, amparada na legislação internacional sobre patentes, pratica preços francamente abusivos para as novas drogas, como é o caso dos antiretrovirais.

O CRT (2008) ressalta que a rodada de negociações de 2001 da Organização Mundial do Comércio, em Doha, Qatar, onde o Brasil defendeu a

proposta vitoriosa de que as necessidades emergenciais de uma população se sobreponham aos direitos de patentes, deu respaldo político e legal no Brasil nas suas negociações, levando a significativas reduções de preço sem que a quebra das patentes tenha sido de fato efetivada até o momento.

A produção de medicamentos genéricos, isto é, química e farmacologicamente idênticos aos de marca, mas passíveis de revenda a um custo menor por não embutirem os gastos com propaganda e marketing na composição de seu preço, é uma arma importante do governo brasileiro na negociação com a indústria farmacêutica. Dos quinze medicamentos atualmente distribuídos pelo SUS, oito são produzidos nacionalmente.

O início do novo século consolida o reconhecimento do programa brasileiro de controle do HIV e AIDS, transformado em exemplo internacional. Suas características mais marcantes, a integração entre prevenção e assistência, a incorporação da perspectiva de direitos civis à prevenção, a universalidade, entre outras, são não somente reflexo dos princípios legais do próprio Sistema Único de Saúde, mas também reflexo da evolução dinâmica da resposta de uma sociedade ao desafio representado por uma epidemia. Nesse sentido, o Programa Nacional de DST e AIDS é o produto complexo de uma série de linhas interdependentes que co-evoluíram ao longo desses vinte anos, que tiveram nos órgãos governamentais, nas organizações da sociedade civil e na área acadêmica parceiros em constante cooperação, em que pesem os eventuais e inevitáveis atritos.

Alguns desafios ainda persistem: o quadro econômico desfavorável pesa permanentemente sobre a sustentabilidade dos programas sociais governamentais e a discriminação encontra formas nem sempre muito sutis de renovar-se.

O total de casos de AIDS acumulados até junho de 2007 é de 474.273 e pesquisas recentes mostram que houve uma diminuição no número de mortes por AIDS somente em localidades desenvolvidas, enquanto as mais pobres revelam ainda números elevados.

Alguns estudos acerca da temática revelam, ainda, que não houve uma diminuição na contaminação por HIV. Ainda assim, olhando para o caminho percorrido nessas duas décadas e percebendo-se o impacto decisivo desse conjunto de ações em dados expressivos, como na redução da mortalidade ou

na estabilização da progressão dos novos casos, os avanços são inegáveis, e estes são, literalmente, uma conquista do povo brasileiro.

1.8 - O programa da AIDS em Piracicaba

Essa busca em atender de maneira plena à população com AIDS leva o Programa Nacional DST/AIDS, juntamente com secretarias municipais, a criarem centros especializados nesse tipo de epidemia em várias cidades do interior do Estado de São Paulo, como, por exemplo, Piracicaba.

Segundo Anna Lindo, chefe de divisão da Vigilância Epidemiológica de Piracicaba, em 1982 começam as primeiras notificações na cidade, e, em 1989, no Centro de Especialidades na Unidade Básica de Saúde (UBS) no centro da cidade, 3 enfermeiras, 1 assistente social e 1 médico, reúnem-se para dar atendimento especializado àqueles que possuem AIDS. Uma dessas enfermeiras era a própria Anna Lindo.

Em 1993, inaugura-se o atual Centro de Doenças Infectocontagiosas (CEDIC), vastamente estruturado, pronto para atender, com grande qualidade, não somente aos doentes HIV/AIDS mas, também, todos aqueles acometidos por demais doenças infectocontagiosas, tais como Hepatite C, Tuberculose, Hanseníase e demais Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Para tanto, o CEDIC conta com uma equipe de assistentes sociais, psicólogos, enfermeiras, técnicos em enfermagem, auxiliar de enfermagem, recepcionista, guarda municipal, faxineiras e motorista.

O Centro é responsável pelo atendimento a todos os doentes de Piracicaba e de mais 26 municípios da região, pertencentes ao Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) de Piracicaba, sendo mantido pela Prefeitura Municipal através da Secretaria Municipal de Saúde e do convênio entre Prefeitura e Ministério da Saúde através do Banco Mundial.

Atualmente, segundo o Coordenador do CEDIC, Moisés Taglieta, o Centro atende a cerca de 750 casos de AIDS cadastrados, sendo o único centro responsável pelo tratamento de todos os pacientes, tanto soropositivos como aqueles que já manifestam a doença em si.

O coquetel antiretroviral é distribuído somente pelo CEDIC, as UBS, não possuem permissão para entregar tal medicamento, somente colhem o sangue para que seja realizada a testagem HIV.

O Centro de Doenças Infectocontagiosas de Piracicaba tem por finalidade a orientação, divulgação, apoio, atendimento ambulatorial e Hospital/Dia, prevenção a todos que estejam relacionados direta e indiretamente às doenças sexualmente transmissíveis, infecciosas e portadores do HIV/AIDS, promovendo maior convívio entre eles, defendendo seus direitos, assistindo-os da melhor maneira possível.

Capítulo 2 – Universo de Análise

A cidade de Piracicaba está localizada, cartograficamente, nas coordenadas: 22° 42' Sul e 47° 38' Oeste, sendo, logo, inserida na depressão periférica paulista, zona do médio Tietê, a qual constitui uma das unidades geomorfológicas do Estado de São Paulo e se caracteriza por ser uma zona deprimida que se alonga no sentido norte-sul do Estado, entre o Planalto Cristalino e o Planalto Ocidental, como pode ser observado na figura 2.

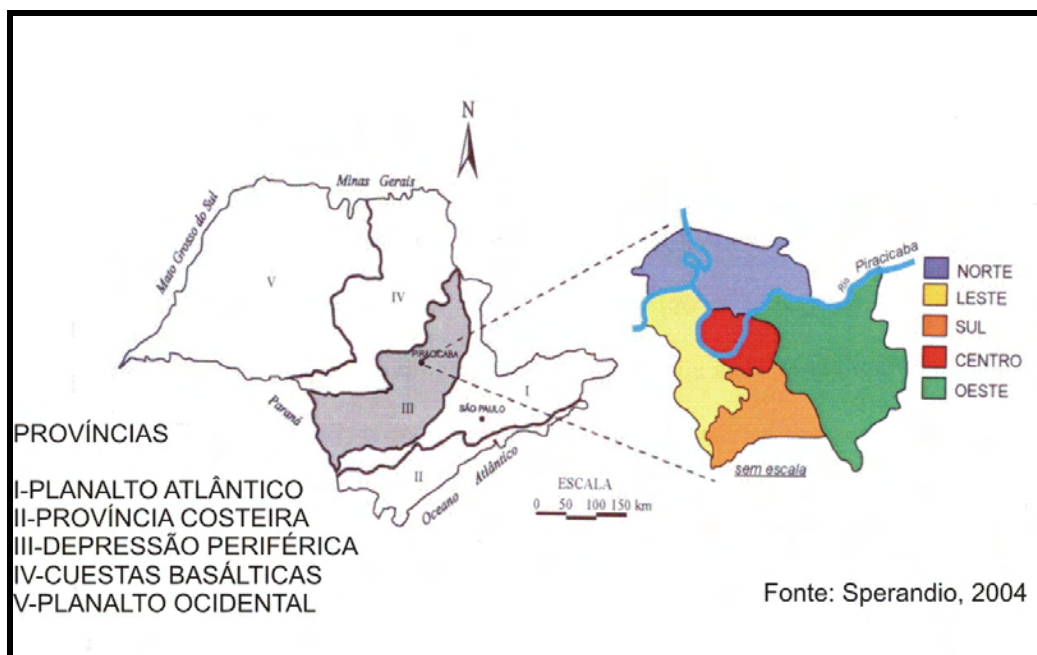


Figura 2 - Localização da cidade de Piracicaba e províncias geomorfológicas do Estado de São Paulo.

Org.: Bueno, N. H.

Essa unidade geomorfológica é composta por sedimentos paleozóicos com topografia pouco acidentada, com colinas amplas e tabuliformes, vertentes suavizadas e amplos vales. A altitude dessa cidade varia entre valores iguais a 500 e 700 metros, sendo que vários ressaltos topográficos podem ser encontrados devido à presença de corpos intrusivos basálticos.

Com relação às características climáticas da região de estudo, é importante salientar que o Estado de São Paulo, devido à sua localização (20° a 25°S e 44° a 53° W) combinada a fatores geográficos, encontra-se em uma posição de conflito entre sistemas atmosféricos extra e intertropicais, o que lhe

atribui um caráter de transição entre o clima tropical das baixas latitudes e o subtropical das latitudes médias e mais elevadas.

Sperandio (2006) declara que a cidade de Piracicaba encontra-se inserida no clima Tropical, pois observa-se um período seco (inverno) com temperaturas amenas e um período chuvoso (verão) com temperaturas mais elevadas e que variam entre 24º e 32ºC.

Tavares (2001) afirma que a média anual de chuva é de 1.273,4mm, sendo que o ano mais chuvoso foi o de 1983 (com um total anual de 2.017,7mm) e o mais seco foi 1921, com apenas 812mm de precipitação anual.

2.1 - Histórico do Município

O início da urbanização em Piracicaba deu-se durante o século XVIII, através da movimentação dos bandeirantes.

A descoberta de ouro no norte do país, em 1718, levou a monarquia a abrir uma estrada ligando São Paulo às terras do interior do Brasil. Essa estrada, chamada Estrada do Tabuado, construída em 1725, passava pela região que mais tarde tornou-se a sede do município de Piracicaba. Data dessa época o início do povoamento da região.

Segundo informações do Instituto Histórico e Geográfico de Piracicaba, em 1766, o Capitão-General Dom Luis Antônio de Souza Botelho Mourão encarregou Antônio Corrêa Barbosa de fundar uma povoação nas margens do Rio Piracicaba, a fim de facilitar o transporte de víveres e munições para as tropas da vila Militar de Iguatemi, recém instalada nas fronteiras com o Paraguai e encarregadas do policiamento e defesa das zonas divisórias do país.

Em 1º de agosto de 1767, na margem direita do Rio Piracicaba e junto ao salto, ocorreu a fundação oficial da cidade. Esse salto é o responsável pela escolha do nome da cidade, **Piracicaba**, pois havia uma abundância de peixes no lugar, e a definição de Piracicaba, em tupi-guarani, significa “lugar onde peixe pára” ou “lugar onde se junta o peixe”.

Devido à característica do Rio Piracicaba em desaguar no Rio Tiete e não no mar, o Rio Piracicaba foi um dos principais caminhos para o “sertão” e

para o interior do Brasil. Dessa maneira, o povoado se desenvolveu muito devido à sua ligação com a Bacia Platina, e junto à sua margem direita foi construído um porto para a construção de canoas, que eram destinadas ao Forte do Iguatemi, onde também se escoavam madeira e outros produtos necessários ao Forte Militar.

Com a posse do primeiro Pároco, o Padre João Manuel da Silva, em 21 de Junho de 1774, a povoação elevou-se à categoria de freguesia. Alguns anos mais tarde, foi realizado o primeiro levantamento de pessoas, levantamento que acusou a existência de 231 habitantes.

Em virtude da decadência da Vila Militar de Iguatemi, em 1777, a freguesia de Piracicaba perdeu sua principal função e a produção de embarcações declinou, motivando o povoamento da margem esquerda do Rio, onde as Terras eram mais férteis e favoreceram a expansão e a produção agrícola. Dava-se início ao Ciclo da Cana-de-Açúcar, cultura que ainda hoje marca a paisagem da cidade.

O Instituto Histórico e Geográfico de Piracicaba afirma que, ao longo do século XIX, o cultivo da cana-de-açúcar possibilitou uma grande expansão à freguesia, que em 1816 já contava com mais de 2.000 moradores e já somava sete engenhos de açúcar e aguardente. A fertilidade de sua terra era enorme, e muitos outros engenhos estavam em construção. Por isso, em 1821, quando a freguesia elevou-se à categoria de Vila, recebendo o nome de Vila Nova da Constituição, sua importância para o império brasileiro já era grande e, para ostentar sua importância, foi levantado, em 1822, na Praça Central (atual Praça José Bonifácio), um Pelourinho, símbolo da jurisdição e respeito à justiça. Como Vila, foi eleita e empossada, em 13 de agosto de 1823, a primeira Câmara, sendo demarcado o rocio (primeiro mapa/planta da cidade), que teve como centro o Pelourinho.

Em 24 de abril de 1856, a população já somava 20 mil pessoas, das quais cinco mil eram escravos. Através de uma lei provincial, a Vila Nova da Constituição foi elevada à categoria de Cidade, a qual já possuía quatro fazendas de produção de cana-de-açúcar, vinte e nove de café, quatro de criação de gado e seis de produção de chá. Mas somente em abril de 1877 a Assembléia Provincial restituiu à cidade o seu antigo nome, Piracicaba.

A partir de 1881, a cidade de Piracicaba passou por grandes mudanças, a começar pela construção do Engenho Central (inaugurado somente em 1889); seguido da implantação de serviço público de coleta de lixo e o início das atividades da Santa Casa de Misericórdia, em 1883; a implantação do sistema de coleta, tratamento e distribuição de água, em 1887; a inauguração do sistema de iluminação pública, em 1893; a criação da Escola Agrícola, por Luiz de Queiroz, em 1895, mais tarde incorporada à Universidade de São Paulo e a criação, em 1896, da Escola Normal, futuro Instituto de Educação “Sud Mennucci”, responsável pela formação de diversos professores para o Estado de São Paulo.

Devido a esses e outros fatores, a cidade de Piracicaba passou a exercer forte influência sobre os municípios vizinhos, polarizando a vida cultural e econômica da Região.

Desde o início, a cidade teve uma forte ligação com seu rio, sendo ele o responsável pelo seu crescimento. Mesmo com o fim da navegação em seu rio, a cidade foi bem assistida por eixos rodoviários, permitindo, assim, a continuidade de seu desenvolvimento. Essa característica de conciliar o tradicional com o moderno permitiu a Piracicaba realizar um crescimento harmonioso, com bom planejamento urbanístico, chegando a se destacar no cenário nacional com excelentes índices de saneamento básico, durante as décadas de 1960 e 1970.

Durante a década de 70 a cidade passou a ampliar seu território e, ao fim da década de 70 e início da década de 80 iniciou a sua horizontalização com a construção de edifícios comerciais e residências, localizados, principalmente, na região central da cidade.

Na década de 1990, Piracicaba novamente liderava economicamente uma vasta região, através de um projeto que previa a navegação em seu Rio, possibilitando, assim, a integração à hidrovia Tietê-Paraná e ao “Cone Sul” da América, por meio da bacia platina.

Embora a cidade tenha mostrado, mais uma vez, a importância de seu rio para a sua economia, vale salientar que o Rio Piracicaba apresenta sérios problemas ambientais e insuficiência hídrica desde a década de 1980. Sendo a deficiência hídrica comprovada pelo constante racionamento de água, no

período de estiagem, levando a prefeitura a captar água de outro rio, o Rio Corumbataí.

Com relação à recuperação do Rio de Piracicaba, a cidade vem buscando a revitalização, através do desenvolvimento sustentável, da preservação da cultura caipira e caiçara e da implementação de projetos, tal como o Projeto Beira-Rio, que atualmente cumpre com o seu propósito que é revitalizar o patrimônio histórico e arquitetônico, a Rua do Porto e o Engenho Central, atraindo turistas.

2.2 - O crescimento econômico e a expansão urbana de Piracicaba/SP.

A intensificação da indústria paulista se deu mediante as condições de infra-estrutura, isto é, meios de transportes, instituições financeiras e comerciais, deixadas pela economia cafeeira, após sua crise na década de 1930. Nesse contexto, a cidade de Piracicaba mereceu destaque com o cultivo de cana-de-açúcar, fato que fez surgir o complexo agro-industrial canavieiro.

Com a expansão industrial paulista entre as décadas de 1930 e 1960, a indústria canavieira piracicabana foi obrigada a se modernizar, passando também a investir no setor metal-mecânico, como produtora de equipamentos para as usinas e destilarias paulistas. Contudo, foi a indústria canavieira a grande responsável pela proletarização do meio rural e pela concentração fundiária na Região, chegando a representar 52% de toda a produção agrícola da cidade.

Após os anos 60, os grandes donos dos meios de produção canavieira iniciaram a aquisição de terras dos pequenos produtores e fornecedores de cana-de-açúcar, expulsando-os de suas terras e impondo, por consequência, a degradação da vida no campo, através do pagamento de baixos salários, fazendo a população buscar na cidade melhores condições de vida. Com o êxodo rural, a cidade cresceu veloz e significativamente, durante as décadas de 60, 70 e 80.

O crescimento horizontal urbano continuou de maneira intensa até o final dos anos 70, prosseguindo em meados dos anos 80, porém, de modo menos acelerado, pois o crescimento populacional na década de 80 impulsionou o crescimento vertical da cidade.

Ao longo da década de 90, a população urbana passou a crescer mais lentamente, como pode ser visto na tabela 1.

Tabela 1 - Crescimento da população urbana de Piracicaba – SP, 1970 – 2000.

ANO	POPULAÇÃO	CRESCIMENTO (%)
1970	127818	58,4
1980	202217	58,2
1991	283540	40,02
2000	329158	16,0

Fonte: IBGE, 2000.

Org.: Bueno, N.H.

De acordo com o censo demográfico realizado pelo IBGE em 2000, nota-se que a população é de 329.158 habitantes, dos quais 317.374 residem na área urbana, enquanto que os 11.784 habitantes restantes ocupam a zona rural. De acordo com essa população, pode-se classificar a cidade de Piracicaba como uma cidade média, pois, segundo Santos (1994, p.51) “as cidades com mais de 100.000 habitantes podem ser assim consideradas, embora possam se encontrar inúmeras diferenças entre as cidades de mesmo tamanho”.

Com o desenvolvimento da agroindústria canavieira atraíram-se grandes unidades produtivas, tais como metalúrgicas, siderúrgicas e metal-mecânica, com destaque para Catterpillar e Arcelor-Mital (Belgo-Mineira).

Indústrias de outros ramos também se instalaram, como as indústrias de papel Simão e Piracicaba, hoje pertencentes ao grupo Votorantin, destacando-se na produção de papel e pesquisa em celulose, além de indústrias multinacionais que se fixaram, na década de 70, no recém criado Distrito Industrial Leste (UNILESTE).

Devido à vocação para a atividade canavieira, em 1970, em função do PROÁLCOOL, a lavoura canavieira ocupava 39,6 mil hectares. Em meados dos anos 80, cerca de 70% dos equipamentos necessários à produção de álcool já eram fornecidos pelas metalúrgicas locais. Contudo, com o declínio da produção de automóveis movidos a álcool no Brasil, a cidade experimentou

uma série crise em todas as atividades relacionadas ao setor agroindustrial canavieiro.

Atualmente, a área destinada ao cultivo da cana representa, segundo dados da Prefeitura Municipal, cerca de 46 mil hectares, ou seja, 90,7% do total da área agrícola do município, destacando-se a Usina Costa Pinto, pertencente ao Grupo COSAN. O município conta, ainda, com instituições de pesquisa voltadas à indústria agrocanavieira, a saber, o Centro de Energia Nuclear na Agricultura – CENA/USP e a COOPERSUCAR.

Ao longo dos anos 90, o crescimento urbano da cidade ocorreu nas áreas periféricas distantes, destinadas às classes com baixas rendas, sendo ocorrentes, dessa forma, a proliferação de moradias irregulares e de habitações em áreas de risco.

Atualmente, Piracicaba apresenta fortes desigualdades na paisagem urbana, pois a cidade apresenta, de um lado, um espaço periférico onde se concentra a população mais carente, vivendo em moradias precárias, com saneamento básico deficiente e desprovida de atendimento médico de qualidade e, por outro lado, existe um cenário urbano abastado, composto de condomínios fechados e demarcados, muitas vezes com acesso restrito, providos de eficientes serviços públicos e onde não faltam equipamentos urbanos de lazer e saúde.

Segundo IPPLAP - Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba (2009), a cidade de Piracicaba tem uma herança sócio-territorial marcada por altos graus de exclusão social, apesar de ser conhecida como um dos centros agro-industriais mais conceituados do país, com destaque para o setor da cana-de-açúcar.

Piracicaba, segundo o censo demográfico de 2000, do IBGE, possui uma população de 329.158 habitantes, configura-se, assim, como uma cidade de porte médio.

Detém um dos principais pólos de fomento de pesquisa tecnológica e científica do país, abrigando importantes universidades, tais como Universidade de São Paulo (USP) e Universidade de Campinas (UNICAMP) e centros de pesquisa, convivendo com bairros marcados pela pobreza, precariedade territorial e vulnerabilidade sociais.

Na verdade, Piracicaba apresenta uma realidade típica que marca as cidades brasileiras onde se concentram grandes demandas por melhores condições habitacionais, empregos, serviços e equipamentos básicos de educação e saúde, dentre outras. Sem dúvida, as cidades trazem o lado mais terrível da atual realidade brasileira caracterizada por traços profundos de desigualdades sócio-territoriais, com padrões injustos de apropriação das riquezas sociais produzidas coletivamente.

Como qualquer cidade brasileira, o território piracicabano possui partes qualificadas, onde se reconhecem os melhores bairros, com mais oportunidades e melhores condições de vida, e partes mais precárias, com bairros onde as condições de vida não propiciam oportunidades para o desenvolvimento humano e para a construção da inclusão social, evidenciando ausência de infra-estrutura, problemas nos serviços de saúde, fazendo com que disseminem-se doenças infectocontagiosas nessas localidades.

Capítulo 3 – Procedimentos Metodológicos

Partindo-se do pressuposto que a Geografia tem por objetivo analisar os processos de organização sócio-ambiental relacionados a uma perspectiva espacial, o estudo da Geografia na área da Saúde favorece e se debruça na interferência que as condições da saúde da população exercem sobre as relações espaciais de uma determinada área, em diferentes conseqüências, seja na economia, na política ou na cultura, modificando a organização do espaço pela sociedade.

Tendo a Geografia Médica como embasamento e a Geografia socioambiental como norteadora, a presente pesquisa levou em consideração quais seriam os fatores sociais e biológicos que teriam reflexo e condicionariam os casos de AIDS na cidade de Piracicaba, traçando-se, assim, o perfil da epidemia.

Essa análise qualitativa da presente investigação sob a perspectiva da Geografia socioambiental evita a dicotomia entre Geografia Humana e Geografia Física, como evidencia Mendonça (2001, p.115):

[...] toma em consideração a convicção de que a abordagem geográfica do ambiente transcende a desgastada discussão da dicotomia Geografia Física *versus* Geografia Humana, pois concebe a unidade do conhecimento geográfico como resultante da interação entre os diferentes elementos e fatores que compõe seu objeto de estudo.

Para Sperandio (2006), as temáticas abordadas sob o enfoque da Geografia socioambiental se configuram por suas características multi e interdisciplinares, assim sendo, os estudos sob esta ótica são dotados de um “**pluralismo metodológico**”, permitindo a adoção de métodos e técnicas provenientes de diferentes linhas de pensamento, evitando-se assim, as limitações de uma única corrente de pensamento.

A escolha dessa vertente metodológica na presente pesquisa possibilitou o uso de diferentes metodologias oriundas de outras áreas do conhecimento, tais como, medicina, epidemiologia e estatística; com o intuito

de estudar o perfil da AIDS na cidade de Piracicaba, no período de 2002 a 2008, segundo Ano de Diagnóstico.

É de fundamental importância o conhecimento das circunstâncias, sobre as quais se desenvolve o processo saúde-doença na população:

- Onde, quando e sobre quem ocorre determinada doença?
- Há grupos especiais mais vulneráveis?
- Em que áreas da cidade ou regiões a doença é mais freqüente? Há disparidades locais?
- A faixa etária determina grupos mais atingidos?
- Pertencer a uma dada classe social determina diferenças nos riscos?

Assim, para se responder a essas indagações, optou-se em analisar a ocorrência da AIDS em Piracicaba através de sua freqüência por valores absolutos de casos por bairro, e também através do número de doentes dentro das **categorias de exposição (faixa etária, sexo, preferência sexual, uso de drogas e razão por sexo)**.

Escolheu-se trabalhar com casos de AIDS ao invés de HIV, pois o estudo das categorias de exposição (sexo, preferência sexual, uso de drogas, faixa etária e razão por sexo) e das características sócio-territoriais da AIDS permite trabalhar duas vertentes: o recorte do assistencialismo, o qual é responsável em cronificar a doença, evitando a morte do paciente, e, também uma possível mudança no perfil da doença.

A averiguação da primeira vertente mostra os pontos positivos e negativos acerca da eficiência dos serviços de saúde destinados aos indivíduos com AIDS. Caso ocorram falhas, o processo de cronificação da epidemia fica comprometido, podendo acarretar na morte de pacientes.

A escolha do período de 2002 a 2008 foi a mais coerente, pois, anteriormente ao ano de 2002, não foi encontrado o número de casos por bairros, somente o número total de casos de AIDS na cidade por categorias de exposição.

Os anos de 1990, 1995 e 2000, utilizados para comparação, foram escolhidos por não possuírem lacunas numéricas, promovendo uma melhor análise.

Rouquayrol (1999) ressalta que em estudo de doenças infectocontagiosas, como a AIDS a variável tempo tem por objetivo:

- Mostrar o tipo de variação que caracteriza o processo estudado, se acíclico ou errático, se sazonal ou não;
- Relevar a tendência do processo;
- Manifestar o caráter endêmico ou epidêmico da doença.

Para Rouquayrol (1999), a importância epidemiológica da distribuição cronológica reside principalmente:

- Na avaliação das medidas de controle: verificar até que ponto as medidas de saneamento, atendimento médico, campanhas ou outra medida de saúde influem na frequência de casos ao longo do tempo;
- Na detecção de epidemias.

Dessa maneira, vê-se que a escolha da frequência Temporo-Espacial é a mais indicada para se analisar a distribuição de doenças “em nível coletivo”, tal como afirma Rouquayrol e Filho (1999, p.77):

A abordagem geral sobre os problemas de saúde-doença em nível coletivo consiste na distribuição das ocorrências segundo valores assumidos por uma ou mais de uma variável circunstancial. As variáveis circunstanciais ligam-se a fatos ou medidas de tempo, lugar ou pessoa.

Optou-se em colher os dados segundo Ano de Diagnósticos, pois, segundo Rouquayrol e Goldbaum (1999), a análise feita através de Ano de Diagnóstico, torna-se mais confiável e fidedigna à realidade, afinal demonstra o ano exato em que o indivíduo manifestou AIDS, fato que não ocorre com Ano de Notificação, em que casos notificados de AIDS, não oferecem grande confiabilidade, pois o indivíduo pode ter tido sua doença diagnosticada em 1997, e este dado inserido (notificado) no sistema do Banco de Dados somente em 2003.

Pelo caráter **qualitativo** da pesquisa, não se adotou fórmulas estatísticas para a análise, buscando associá-las a condições demográficas e sociais, identificando os possíveis fatores de risco e reconhecimento dos respectivos grupos que adoecem.

Mazetto (1996) revelou dados interessantes, evidenciando que o maior foco de casos de AIDS estavam localizados em bairros de classe média, porém

já apresentando tendência de aumento em bairros de população de baixa renda, assim, dos fatores sociais condicionantes à epidemia, a presente investigação analisou o mapa de rendimento médio dos chefes de família conjuntamente ao de distribuição de casos de AIDS com o intuito de confirmar se essa nova tendência também se manifestaria na cidade em estudo.

A Vigilância Epidemiológica de Piracicaba forneceu os números absolutos. Optou-se por essa seleção, pois diferentemente dos números relativos, os absolutos retratam uma maior fidedignidade à realidade dos casos de AIDS.

Sperandio (2006) revela que médias aritméticas, porcentagens, entre outras medidas, podem mascarar a realidade, pois os muitos dados já foram agrupados, ou são valores relativos e não mais valores absolutos

As informações numéricas das categorias de exposição foram inseridas no Microsoft Office Excel 2003 para que os gráficos pudessem ser gerados, já os números absolutos de casos de AIDS foram espacializados no CorelDRAW 12, resultando, assim, em mapas que evidenciaram o número de casos por bairro na cidade, ou seja, a **frequência tempo-espacial** da epidemia.

A partir do momento que se opta por espacializar casos de doenças, pode-se encontrar algumas barreiras de diferentes modalidades, que de acordo com Hägerstrand (1952) são:

- De absorção: parada instantaneamente. Ex: vacinação.
- De reflexão: quando o fenômeno aumenta. Ex: falta de assistência médica.
- Permeável: diminuição da intensidade. Ex: quando a doença atinge áreas mais desenvolvidas.

Estas diferentes barreiras foram levadas em consideração nesta pesquisa, permitindo o entendimento da dinâmica da distribuição da AIDS na cidade, considerando os seus efeitos e as suas propriedades que podem ser: físicas, culturais, religiosas, políticas, psicológicas, econômicas e sociais

Para uma melhor compreensão do processo de distribuição da AIDS na cidade de Piracicaba, a análise dividiu-se em **três momentos**.

Primeiro momento: salienta os gráficos e tabelas resultantes do número de casos da doença por categoria de exposição (faixa etária, sexo, preferência sexual, uso de drogas e razão por sexo) agrupando, individualmente, cada

categoria dentro do período de 2002 a 2008, e, algumas vezes, comparando com os anos de 1990, 1995 e 2000, possibilitando assim, observar, se houve uma mudança no perfil da doença.

Segundo momento: Confeção de um cruzamento entre todas as categorias analisadas, traçando respostas a respeito das variações quantitativas, e configurando o novo perfil da doença na cidade.

Terceiro momento: Mostra mapas de distribuição do número de casos de AIDS por bairros, detectando-se quais unidades espaciais apresentam um maior número de doentes sob a ótica de um contexto sócio-econômico, possibilitando, assim, averiguar-se a ocorrência ou não de uma **pauperização** da epidemia na cidade, isto é, uma maior concentração de diagnósticos em bairros de rendimento mensal baixo e médio como vem sendo atestado em estudos sobre o comportamento geográfico da doença em demais localidades do Brasil.

Ainda nesse contexto observou-se o mapa de distribuição das **UBS** (Unidade Básica de Saúde) e do **CEDIC** (Centro de Doenças Infectocontagiosas), em conjunto, com o mapa síntese de casos de AIDS em Piracicaba, notando se a localização geográfica do CEDIC favorece ou não os doentes que para lá necessitam se deslocar.

Esses três momentos da análise foram complementados com informações adquiridas através de entrevistas realizadas no CEDIC em Piracicaba.

Essas entrevistas foram realizadas com sete indivíduos (seis do sexo feminino e um masculino) que já manifestam AIDS, os quais aceitaram de bom grado ajudar nessa pesquisa, fato este que pode ser comprovado em suas permissões nos **Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**. Para enriquecer tal discussão e elucidar certos pontos passíveis de obscurecimento, também foram questionadas uma das infectologistas do CEDIC, a Dra. Lucy Pereira; e a Assistente Social Chefe Sra. Leda Maria Malosá Morão.

Deve-se ressaltar que além de complementar os dados numéricos e geográficos nessa interpretação, posteriormente, as entrevistas foram relatadas na íntegra (Anexo 2), a fim de evidenciar as observações, críticas, sentimentos

e soluções propostas por aqueles que convivem com a infecção dia-a-dia, seja como doente ou profissional da saúde.

Capítulo 4 – Discussão dos Resultados

4.1 - Categoria de Exposição: Faixa Etária

A faixa etária é uma das categorias de exposição mais importantes para se estudar doenças infectocontagiosas, como é o caso da AIDS.

Organizando-se os números dessa categoria, é possível pensar os motivos que levaram à diminuição ou elevação de doentes numa determinada faixa etária. Para tanto devem ser considerados o momento histórico, as mudanças comportamentais típicas de cada idade ou se houve uma quebra comportamental, isto é, quando determinadas faixas etárias que eram consideradas fora do grupo de risco passam a apresentar um grande número de diagnósticos.

Diante disso, é possível observar o comportamento da AIDS nos sete intervalos de faixa etária que pertencem aos dados cedidos pela Vigilância Epidemiológica de Piracicaba.

Tabela 2 – Frequência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo faixa etária, no período de 2002 a 2008.

Faixa Etária	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
15 a 19 anos	0	1	0	0	0	0	1	2
20 a 29 anos	9	10	8	5	3	13	13	61
30 a 39 anos	22	19	21	24	16	29	20	151
40 a 49 anos	16	9	5	14	14	23	13	94
50 a 59 anos	4	5	5	10	3	14	0	41
60 a 69 anos	1	0	2	1	1	2	0	7
70 a 79 anos	-	-	-	-	-	1	0	1

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba.

Org.: Bueno, N.H.

Os números absolutos representados na tabela 2 evidenciam um baixo número de casos na faixa dos 15 a 19 anos, e surpreendentemente, no intervalo dos 20 aos 29 anos, vê-se uma pequena elevação no número de

casos ao longo do período analisado, e um valor numérico total inferior aos grupos etários de idades mais avançadas, como os de 30 a 49 anos.

Ressalta-se a palavra, “surpreendentemente” no parágrafo anterior, pois nas décadas de 1980 e 1990, o maior número de casos de AIDS estava inserido na faixa etária dos 20 aos 30 anos, e a partir de 1995 (como já fora citado segundo a obra de Bastos e Fonseca (2007)) inicia-se um processo de mudança no perfil da doença em todas as categorias de exposição, inclusive, obviamente, na categoria faixa etária.

Segundo o Boletim Epidemiológico AIDST (2006), contido no site da Secretaria Estadual da Saúde, observa-se uma estabilização no número de casos de AIDS entre os mais jovens e é crescente o número de doentes em idades mais avançadas.

Essa mudança no perfil da infecção mostra-se melhor ilustrada na figura 3, vendo-se assim, um alto número de doentes que se encaixam na faixa etária dos 30 aos 39 anos e, notadamente, uma flutuação com valores ainda elevados de casos de AIDS entre indivíduos de 40 aos 59 anos, especialmente no intervalo dos 40 a 49 anos.

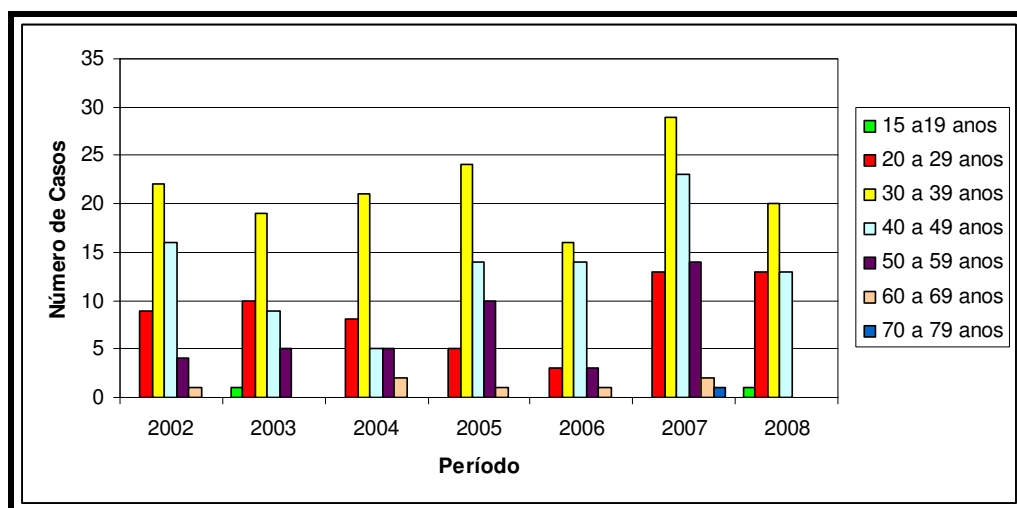


Figura 3 – Frequência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo faixa etária, no período de 2002 a 2008.

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba.

Org.: Bueno, N.H.

Bastos e Fonseca (2007) ressaltam em sua obra que desde 1995 até 2005, no Brasil, foi diagnosticado um persistente aumento da epidemia da

AIDS entre adultos mais velhos, inseridos no intervalo dos 30 a 59 anos, principalmente na faixa dos 40 aos 49 anos, cujo grupo apresenta notificações superiores àquelas observadas na faixa etária dos 20 aos 29 anos na década passada.

Observando-se a figura 4, vê-se que essa mudança de perfil inicia-se de 1995 para 2000 em Piracicaba, pois nota-se uma redução no número de doentes entre indivíduos dos 20 aos 29 anos de 1995 (35 casos) para 2000 (27 casos).

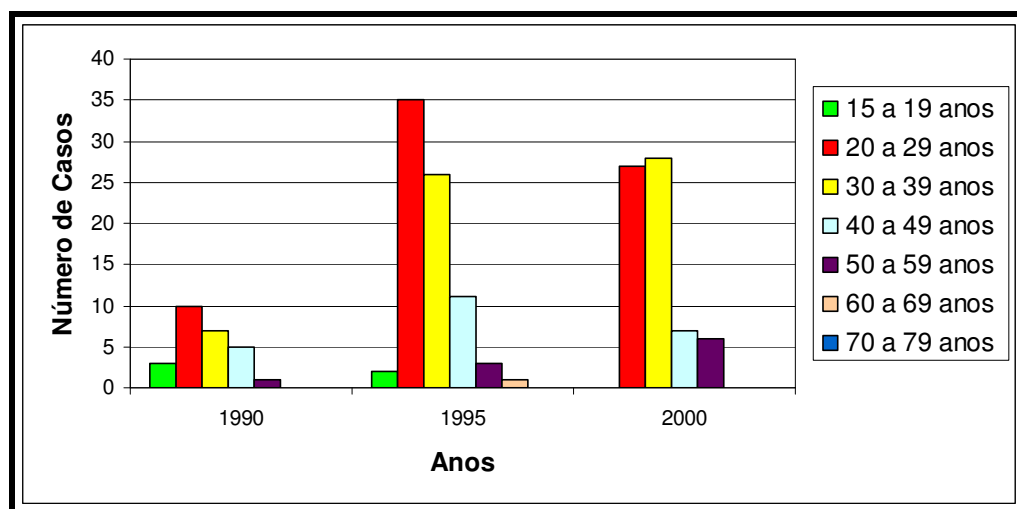


Figura 4 – Freqüência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo faixa etária, nos anos de 1990, 1995 e 2000.

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba.

Org.: Bueno, N. H.

A faixa etária dos 30 a 39 anos eleva-se nos anos de 1990 e 1995: de 7 casos em 1990, salta para 26 em 1995, e continua a aumentar em 2000, retratando neste ano 28 doentes.

Configura-se, em especial, de 1990 para 1995, um significativo aumento no número de casos registrados entre a população que se insere na faixa etária dos 40 aos 59 anos. E em 2000, nota-se o crescente aumento de agravos na faixa dos 50 aos 59 anos.

O número de casos na faixa etária dos 40 aos 49, vai de 5 doentes em 1990 para 11, em 1995; caindo para 7 casos em 2000, vendo-se assim de 1995 para 2000 uma flutuação com valores ainda elevados. Enquanto no

intervalo dos 50 aos 59 anos, têm-se 1 caso em 1990, 3 em 1995 e 6 doentes em 2000., um aumento muito importante.

Dessa maneira, olhando-se os dados do período de 2002 a 2008 e os anos de 1990, 1995 e 2000, dentro da categoria de exposição faixa etária, confirma-se, nesse quesito, a mudança de perfil da AIDS na cidade de Piracicaba.

Segundo Szwarcwald e Souza (2004) cerca de 90% da população brasileira entre as idades de 15 a 54 é sexualmente ativa. Porém, entre os mais jovens, a rotatividade de parceiros é maior, chegando a cerca de cinco parceiros eventuais num único ano. Entretanto, entre essa população mais jovem (15 aos 24 anos), o uso de preservativos na última relação sexual ocorre com mais frequência, diminuindo, assim, o risco de contaminação pelo HIV nesse grupo.

Por outro lado, entre os indivíduos dos 30 aos 59 anos, houve uma mudança de comportamento, tais como o aumento da frequência sexual, com um maior número de parceiros, entre aqueles de idade mais avançada, devido ao advento de medicamentos como o Viagra, o empenho em realizar atividades físicas e tratamentos em clínicas de estética. Todos esses fatores potencializam uma mudança no comportamento sexual, especialmente, em pessoas mais velhas. Todavia, esse grupo não modificou suas atitudes, pois a maioria não utiliza preservativos, devido a preconceitos com o método. Eles possuem as informações, contudo, não as colocam em prática.

Existem também casos na faixa etária dos 30 aos 59 em que as pessoas contraem a doença através do marido ou esposa, relatos de infidelidade, nos quais uma das partes acaba por infectar o cônjuge porque teve relações sexuais fora do casamento sem proteção. (Szwarcwald e Souza, 2004).

Fato esse que pôde ser confirmado nas entrevistas realizadas no CEDIC, pois quatro indivíduos doentes, os quais estão dentro do intervalo dos 30 aos 59 anos, relataram que contraíram o vírus HIV de seus cônjuges ou companheiros, pois estes foram infiéis a eles, mantendo relações sexuais com diferentes parceiros fora de casa. Mesmo cientes desse comportamento de risco, ainda se relacionavam com seus companheiros sem preservativos.

Trechos das entrevistas ilustram tal comportamento:

*“... peguei o vírus do meu ex-companheiro... ele me traiu com outras
pessoas...”*

Paciente A: Homem, homossexual, 42 anos.

*“... peguei essa doença do meu ex-marido, descobri que ele me traía
com um monte de mulher...”*

Paciente B: Mulher, heterossexual, 58 anos.

“...eu peguei o vírus do meu ex-marido.”

Paciente D: Mulher, heterossexual, 44 anos.

“...eu peguei o vírus do meu ex-marido. Ele me traía até com prostitutas.”

Paciente E: Mulher, heterossexual, 32 anos.

4.2. – Categoria de Exposição: Sexo

A categoria de exposição sexo permite observar como se distribuem os casos de AIDS tanto no sexo masculino como no feminino.

Esse estudo, além de evidenciar se houve uma mudança no perfil da doença ao longo dos anos, possibilita também tratar diferenciadamente ambos os sexos, psicologicamente e fisiologicamente, descobrindo-se qual sexo apresenta um maior ou menor número de casos é possível pensar em maneiras de assisti-los de maneira diferenciada.

No caso do sexo feminino, deve-se ter um cuidado ainda maior, no que se refere à **transmissão vertical** (de mãe para filho), pois se for detectado um elevado número de casos ou uma tendência ao aumento de diagnósticos entre as mulheres é necessário instruí-las quanto à gestação, os procedimentos que devem ser tomados durante e após esse período, para que não haja risco de contaminação para o bebê.

Tabela 3 – Frequência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo sexo, no período de 2002 a 2008.

Sexo	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Masculino	33	31	28	35	23	49	28	227
Feminino	19	13	13	19	14	33	19	130

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba.

Org.: Bueno, N.H.

Os números absolutos representados na tabela 3 evidenciam um número total de casos de AIDS entre homens superior ao de mulheres. No entanto, entre aqueles do sexo feminino, observa-se um salto no número de casos de 2006 para 2007, indo de 14 para 33 doentes. Evidencia-se, assim, que um maior número de mulheres doentes passa a procurar o CEDIC, e, essa relação de novos atendimentos seguem até a Vigilância Epidemiológica.

Já em 2008 nota-se um decréscimo caindo para 19 casos, no entanto, mantendo-se ainda num patamar elevado, essa realidade mostra que um menor número de mulheres com AIDS procuraram o CEDIC nesse período.

Através da figura 5, é possível observar-se essa elevação numérica mais claramente, para que se possa discorrer sobre a temática com maior acuidade.

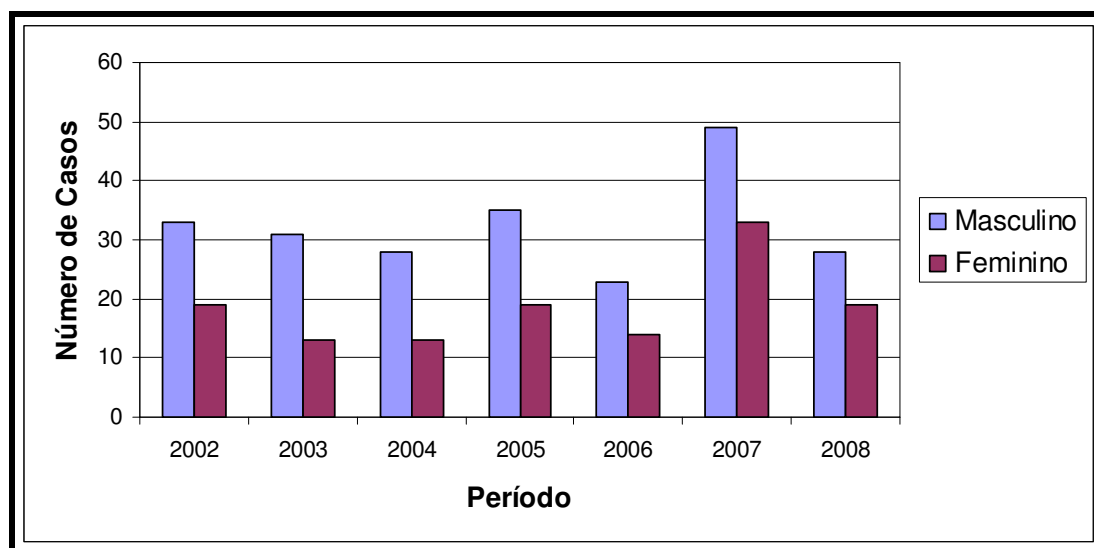


Figura 5 – Frequência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo sexo, no período de 2002 a 2008.

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba

Org.: Bueno, N. H.

Vale destacar que a AIDS é uma doença de cunho comportamental, nada mais natural constatar que, com a evolução histórica da sociedade, ela também se modifique, acometendo categorias que até então não eram vistas como principais dentro da triagem clínica da infecção.

A progressiva generalização da AIDS através de relações sexuais desprotegidas, entre heterossexuais, UDI ou não, tem vindo progressivamente transformar as mulheres no segmento mais relevante da população, em referência à dinâmica da epidemia no Brasil.

Esse acréscimo do número de casos da doença no universo feminino pôde também ser atestada nas entrevistas realizadas no CEDIC, em Piracicaba, pois num universo de sete entrevistados, seis eram mulheres, de diferentes faixas etárias e que contraíram o vírus de maneiras diferenciadas.

Diante disso, é de suma importância notarem-se os casos diagnosticados da infecção em anos anteriores ao período de 2002 a 2008, com o intuito de revelar uma mudança no perfil da AIDS na cidade de Piracicaba no que se refere à categoria de exposição sexo. Para tanto, escolheram-se os anos de 1990, 1995 e 2000, conforme ilustrado na figura 6.

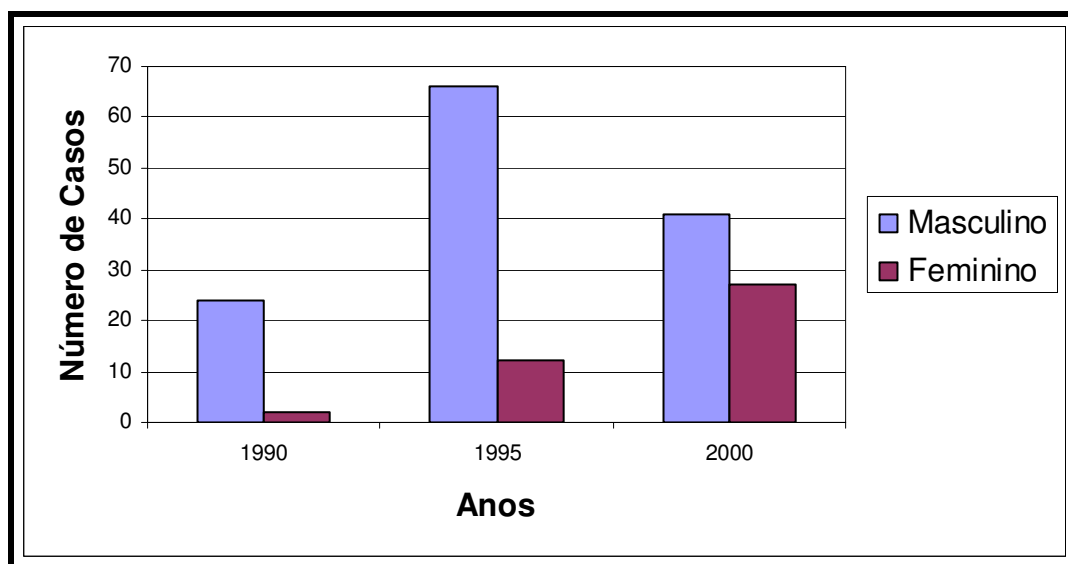


Figura 6 – Frequência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo sexo, nos anos de 1990, 1995 e 2000.

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba

Org.: Bueno, N. H.

Comparando-se o período de 2002 a 2008 (Tabela 3) com os anos de 1990, 1995 e 2000 (Figura 6), fica clara a descaracterização da infecção ao longo dos anos, pois, de duas mulheres doentes em 1990, passa a doze em 1995 e vinte e sete em 2000.

O Boletim Epidemiológico AIDST (2006) revela que houve um persistente aumento dos casos diagnosticados da infecção entre mulheres a partir de 1995 no Brasil, tendência que pôde ser constatada na cidade de Piracicaba.

Essa elevação numérica explica-se segundo alguns fatores comportamentais que se modificaram ao longo da história.

A ascensão da mulher na sociedade fez com que seu comportamento fosse alterado, principalmente no que tange à liberação sexual, a qual ocorreu devido ao advento da pílula anticoncepcional e da queda de certos estigmas sociais, como o de que a mulher devia ater-se aos afazeres domésticos, sendo proibida, na maioria das vezes, de frequentar danceterias e bailes.

Uma vez inserida num novo contexto social, o universo feminino começa também a sofrer as mazelas de algumas doenças infectocontagiosas comportamentais, como é o caso da AIDS. Assim, em meados da década de 1990, inicia-se um processo de mudança no perfil da infecção, atingindo as mulheres, pois estas agora possuem um número maior de parceiros sexuais ocasionais de risco indefinido, tornam-se usuárias de drogas injetáveis, fazendo com que o risco de contrair tal enfermidade aumente, consideravelmente.

Há de se considerar aquelas que contraem o vírus de seus companheiros infiéis. Afinal, nos anos 1990 e 2000, no Estado de São Paulo, segundo dados do Ministério da Saúde (2006), confirmam-se casos de transmissão da doença entre cônjuges.

Durante as entrevistas no CEDIC, em Piracicaba, notou-se que dentre as seis mulheres questionadas, três delas contraíram o vírus HIV de seus maridos. Atualmente, estão divorciadas e com a auto-estima totalmente destruída, sentem-se traídas em todos os sentidos, tanto moralmente como fisiologicamente, afinal, a saúde delas agora está comprometida, além de lutarem constantemente com o preconceito da doença.

O Ministério da Saúde afirma que o aumento gradual da participação feminina, resultou em uma elevação no número de crianças infectadas por transmissão vertical a partir de 1995. No entanto, o Programa Nacional da AIDS, através de triagens clínicas tende parcialmente a reverter tal quadro, através da profilaxia da transmissão vertical, que vem ocorrendo desde 1995, tal ato resultou numa substancial redução no número de casos de AIDS pediátrica, tanto que no Brasil menos de 10% das crianças nascidas em 2001 apresentaram a infecção.

Entretanto, é necessário salientar que, devido à precariedade de acesso aos cuidados pré-natais e sua má qualidade, caracterizada pela falta de testes de HIV em mulheres grávidas e/ou aconselhamento aos mais pobres, a transmissão vertical continua a ser um problema relevante em algumas partes do Brasil.

Tal fato pôde ser confirmado em Piracicaba através de depoimentos fornecidos por duas adolescentes, uma de 14 e a outra de 15 anos de idade, no CEDIC. Ambas de classe sócio-econômica baixa contraíram o HIV através da transmissão vertical, e atualmente possuem o diagnóstico de AIDS. Vale destacar que a menina de 15 anos, contraiu o vírus através do aleitamento materno, ela nasceu saudável, no entanto, a mãe, desinformada, acabou amamentando a sua criança, contagiando assim, a sua filha.

Essa ascendência, no que se refere ao número de mulheres infectadas, faz com que se pense na epidemia de maneira diferenciada na cidade de Piracicaba, pensando na promoção de palestras educacionais destinadas ao público feminino, buscando evitar a transmissão vertical, ressaltando a importância de um parto diferenciado, com o mínimo de sangue possível, o consumo de medicamentos para esse fim e a ausência da amamentação.

4.3 - Categoria de Exposição: Preferência Sexual e Usuários de Drogas Injetáveis (UDI).

A análise dos dados acerca da preferência sexual e uso de drogas dentro da tendência temporal é de suma importância, afinal, tais categorias de exposição sempre foram observadas com muita acuidade pelos estudiosos desde o início da epidemia da AIDS em 1980.

Nesse período, costumeiramente, os homossexuais e usuários de drogas injetáveis (UDI), eram inseridos no grupo de risco da infecção. No entanto, estudos recentes salientam que tal comportamento modificou-se significativamente nos últimos anos, evidenciando uma mudança no perfil da doença, não somente na Europa e América do Norte, mas também na América do Sul, principalmente no Brasil.

Bastos e Fonseca (2007) salientam que em território nacional houve redução proporcional de casos relacionados ao uso de drogas injetáveis e estabilidade, nos últimos anos, de novos casos em homo e bissexuais masculinos. Ao mesmo tempo, apontam que desde 1995 ocorre um incremento numérico, relativo e absoluto na transmissão heterossexual.

A tabela 4 apresenta essa mudança de comportamento na cidade de Piracicaba, ao longo do período analisado.

Tabela 4 – Frequência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo a preferência sexual e o uso de drogas injetáveis, no período de 2002 a 2008.

Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Heterossexual	21	20	13	16	7	60	34	171
Heterossexual com parceiro de risco indefinido	7	3	14	12	5	0	0	41
Usuário de Drogas Injetáveis (UDI)	6	7	6	12	9	0	0	40
Heterossexual/ Drogas (UDI)	9	6	6	7	7	7	7	49
Homossexual	3	3	1	5	2	5	6	25
Bissexual/ Drogas (UDI)	3	1	1	0	0	0	0	5
Bissexual	1	2	0	1	1	4	0	9
Homossexual/ Drogas (UDI)	2	1	0	0	0	0	0	3

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba

Org.: Bueno, N. H.

Nota-se na tabela 4, que o número total de casos de AIDS entre os heterossexuais é extremamente alto (171). Apresenta 130 casos a mais do que o grupo dos heterossexuais com parceiro de risco indefinido (parceiros casuais). E quando comparado ao grupo de usuários de drogas injetáveis, os

heterossexuais somam 131 casos sobre o número total de doentes entre os UDI.

Tal fato deve-se, principalmente a um exaustivo número de campanhas, nas décadas de 1980 e 1990, anti-HIV entre os UDI, em território nacional, fazendo com que estes iniciassem um processo de prevenção, evitando compartilhar seringas. Fato este é confirmado quando se averigua os casos de infecção entre os homossexuais e heterossexuais que usam drogas injetáveis, na cidade de Piracicaba, pois o número de doentes que são homossexuais e UDI é cerca de dezesseis vezes inferior ao de heterossexuais também usuários.

Dessa forma, conclui-se que as campanhas divulgadas pelo Programa Nacional da AIDS promoveram um efeito extremamente positivo entre um dos principais grupos de risco, que eram os homossexuais usuários de drogas.

Observando-se a tabela 4 vê-se uma concentração de doentes entre os heterossexuais e um número de casos relativamente pequeno no grupo dos homossexuais, a diferença entre esses dois grupos é de 146 casos. Dados surpreendentes, haja vista que, na década de 1980, essa constatação numérica praticamente invertia-se.

Tal constatação deve-se, especialmente, à mudança de comportamento daqueles que se inseriam nos grupos de risco, como os homossexuais e bissexuais. Por outro lado, a categoria que até então se via livre da epidemia, os heterossexuais, insere-se quase que integralmente nos maiores números de casos diagnosticados da doença, desde meados dos anos 1990 até os dias atuais.

Visualizando-se a figura 7 é possível notar essa ascendência numérica entre os heterossexuais doentes e a estabilidade no número de casos entre homossexuais.

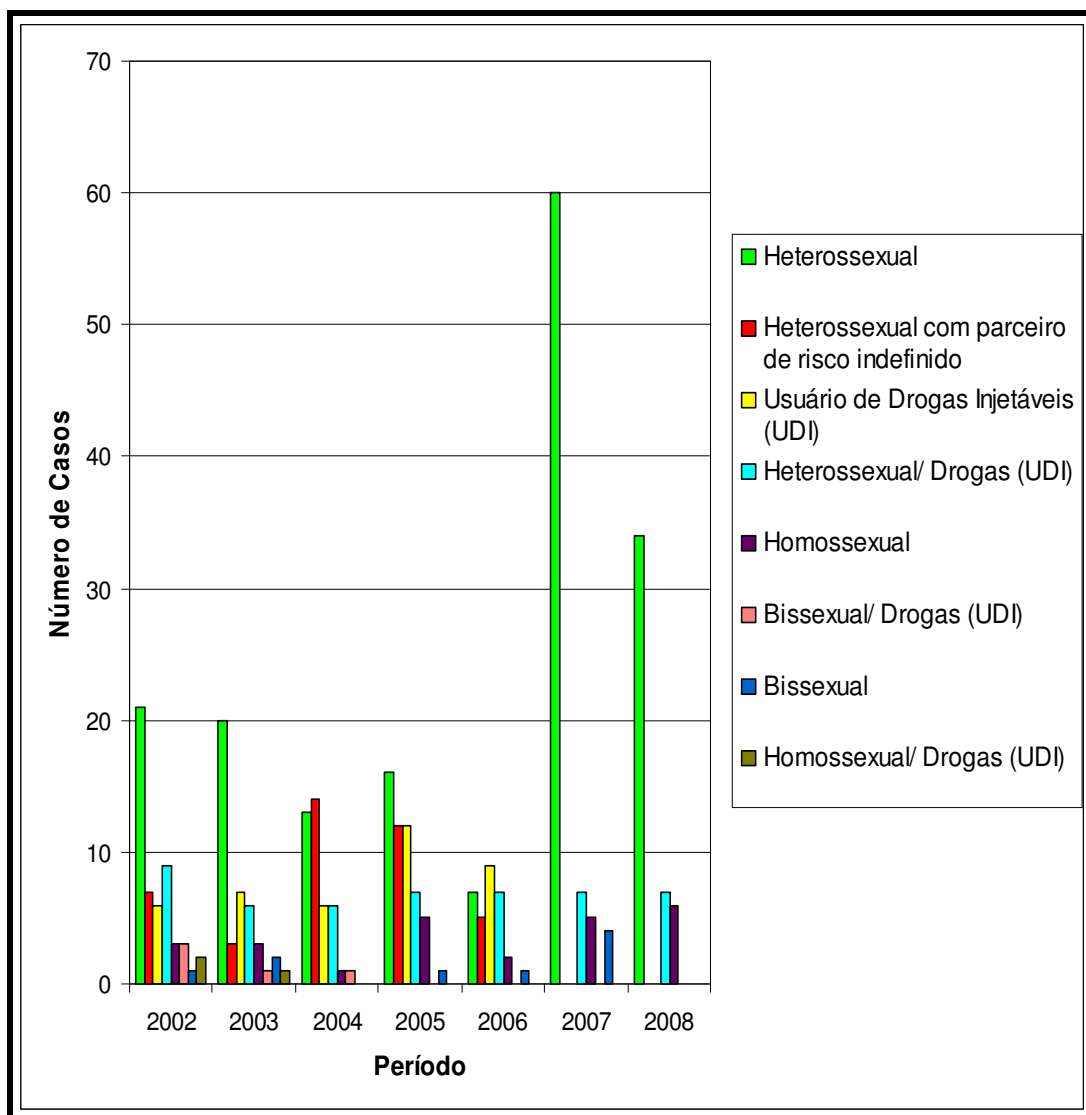


Figura 7 – Frequência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo a preferência sexual e o uso de drogas injetáveis, no período de 2002 a 2008.

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba

Org.: Bueno, N. H.

Tanto é verdade esse fato que nos anos de 2007 e 2008, a epidemia destaca-se sobremaneira entre os heterossexuais e os heterossexuais UDI, e a incidência entre os homossexuais ainda continua estabilizada.

Para que se possa retratar essa mudança no perfil da epidemia da AIDS na cidade de Piracicaba utilizando-se como subsídio as categorias em estudo, é necessário analisar-se a figura 8 e a tabela 5, juntamente com os dados de 2002 a 2008 (Tabela 4 e Figura 7).

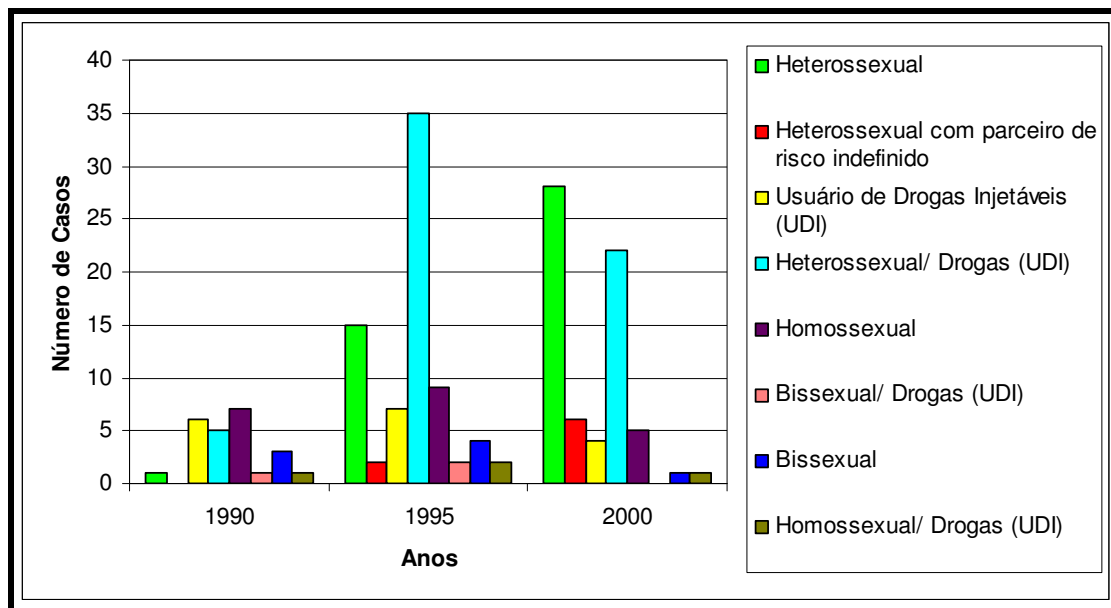


Figura 8 – Frequência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo a preferência sexual e o uso de drogas injetáveis, nos anos de 1990, 1995 e 2000.

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba

Org.: Bueno, N. H.

Tabela 5 – Frequência de casos de AIDS por ano do diagnóstico segundo a preferência sexual e o uso de drogas injetáveis, no período de 2002 a 2008.

Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis	1990	1995	2000	Total
Heterossexual	1	15	28	44
Heterossexual com parceiro de risco indefinido	0	2	6	8
Usuário de Drogas Injetáveis (UDI)	6	7	4	17
Heterossexual/ Drogas (UDI)	5	35	22	62
Homossexual	7	9	5	21
Bissexual/ Drogas (UDI)	1	2	0	3
Bissexual	3	4	1	8
Homossexual/ Drogas (UDI)	1	2	1	4

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba

Org.: Bueno, N. H.

Através dessa comparação, é possível concluir-se que a partir de 1995 o número de casos da epidemia cresce significativamente entre os heterossexuais, devido principalmente a relação sexual desprotegida, ou devido a relações extraconjugais, como já fora constatado em estudos

desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e nas entrevistas realizadas no CEDIC na cidade de Piracicaba.

Durante a realização das entrevistas constatou-se que, dentre as seis mulheres questionadas, todas eram heterossexuais. E nesse grupo das heterossexuais, três foram infectadas através de atos sexuais desprotegidos com seus cônjuges.

Segundo a Dra. Lucy Pereira, infectologista do CEDIC, o número de mulheres heterossexuais que contraíram a doença através de seus cônjuges ou pela relação sexual desprotegida com parceiros de risco indefinido aumentou sobremaneira nos últimos anos.

“... atendo aqui pacientes principalmente heterossexuais...”
Médica Infectologista do CEDIC – Dra. Lucy Pereira.

Contudo, não se deve falar ainda em uma epidemia “heterossexualizada”, como ocorre na África Sub-Sahariana, uma vez que, no Brasil, o homossexual masculino ainda representa um fator importante na transmissão do HIV.

4.4 – Categoria de Exposição: Razão por Sexo

A relação proporcional Homem/Mulher é um dado importante na análise da evolução da epidemia na cidade de Piracicaba para que se possa confirmar uma real mudança no perfil da doença.

Para tanto, é interessante observar o número de casos diagnosticados no Estado de São Paulo desde 1980 até 2008, o que fornece uma base numérica concreta do global para posteriormente verificar se o mesmo fenômeno ocorre em nível local, isto é, na cidade em estudo.

Tabela 6 – Razão por Sexo segundo Ano do Diagnóstico, no período de 1980 a 2008 no Estado de São Paulo.

Ano de Diagnóstico	Masculino	Feminino	Total	Razão Masculino/Feminino
1980	1	0	1	-
1981	0	0	0	-
1982	8	0	8	-
1983	24	1	25	24/1
1984	81	3	84	27/1
1985	339	10	349	34/1
1986	594	32	626	19/1
1987	1412	162	1574	9/1
1988	2245	379	2624	6/1
1989	3003	533	3536	6/1
1990	4462	863	5325	5/1
1991	5793	1296	7089	5/1
1992	6839	1779	8618	4/1
1993	7228	2088	9316	3/1
1994	7393	2287	9680	3/1
1995	7634	2741	10375	3/1
1996	7837	3278	11115	2/1
1997	7822	3793	11615	2/1
1998	7994	4205	12199	2/1
1999	7079	3729	10808	2/1
2000	6700	3660	10360	2/1
2001	6235	3624	9859	2/1
2002	6151	3512	9663	2/1
2003	5780	3315	9095	2/1
2004	4898	2779	7677	2/1
2005	4527	2621	7148	2/1
2006	4279	2307	6586	2/1
2007	3248	1646	4894	2/1
2008	899	481	1380	2/1

Fonte: Boletim Epidemiológico AIDST, 2008
Org.: Bueno, N.H.

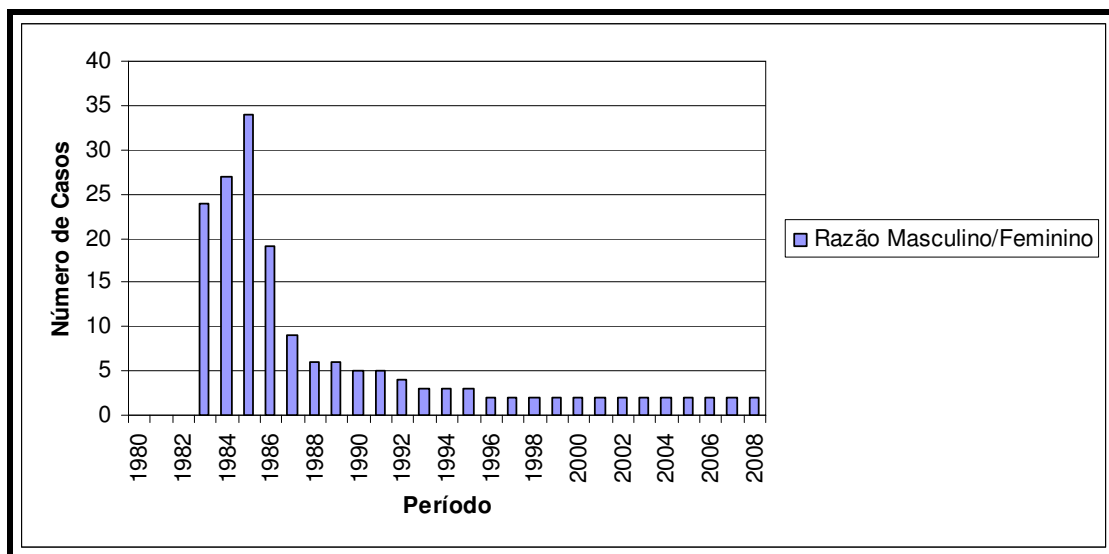


Figura 9: Razão por Sexo segundo Ano do Diagnóstico, no período de 1980 a 2008 no Estado de São Paulo.

Fonte: Boletim Epidemiológico AIDST, 2008
Org.: Bueno, N. H.

Dessa forma, visualizando-se a tabela 6, percebe-se a evidente estabilização no número de homens doentes e a elevação de diagnósticos no sexo feminino. Dado este que pode ser mostrado com maior sensibilidade na categoria razão por sexo, revelando uma mudança na relação homem/mulher, a qual em 1985 evidenciava um valor de 34/1, ou seja, trinta e quatro homens doentes para uma mulher enferma. Dez anos mais tarde, em 1995, vê-se que a razão cai (3/1), chegando a 2/1 já no ano seguinte, e, de 1996 para 2008, essa proporção continua.

A figura 9, através do gráfico, salienta essa feminização da AIDS, no Estado de São Paulo, confirmando que as mulheres constituem atualmente um dos grupos mais vulneráveis à infecção pelo HIV. Tanto que dados recentes da OMS (Organização Mundial da Saúde) mostram que 30% dos casos de AIDS na África acometem o sexo feminino, diante disso, vê-se que esse novo adjetivo (feminização) não se aplica somente ao Estado de São Paulo e ao Brasil.

No que concerne ao comportamento da AIDS no Estado de São Paulo, dados da Secretaria Estadual de Saúde revelam que essa descaracterização da enfermidade apresenta-se ainda mais forte em municípios de pequeno e

médio porte, onde a relação pode chegar a até 1/1, isto é, um caso em homens para um em mulheres.

Assim, faz-se necessário analisar a razão por sexo no locus em estudo, afinal, Piracicaba, é classificada como uma cidade de porte médio, segundo o IBGE (2001), apresentando uma população total de 329.158 habitantes.

Outro motivo que impulsiona a análise é o maior número da população total feminina contra a minoria masculina, como pode ser observado na figura 10.

Como já fora visto, o Estado de São Paulo apresenta uma feminização da AIDS, dessa forma, torna-se viável questionar-se se a categoria razão por sexo indica um aumento da epidemia entre as mulheres piracicabanas, pois a cidade em questão possui 140.374 mulheres contra 135.149 homens, conforme ilustra a figura 10, resultando em 43% integrantes do sexo feminino e 41% representantes do universo masculino.

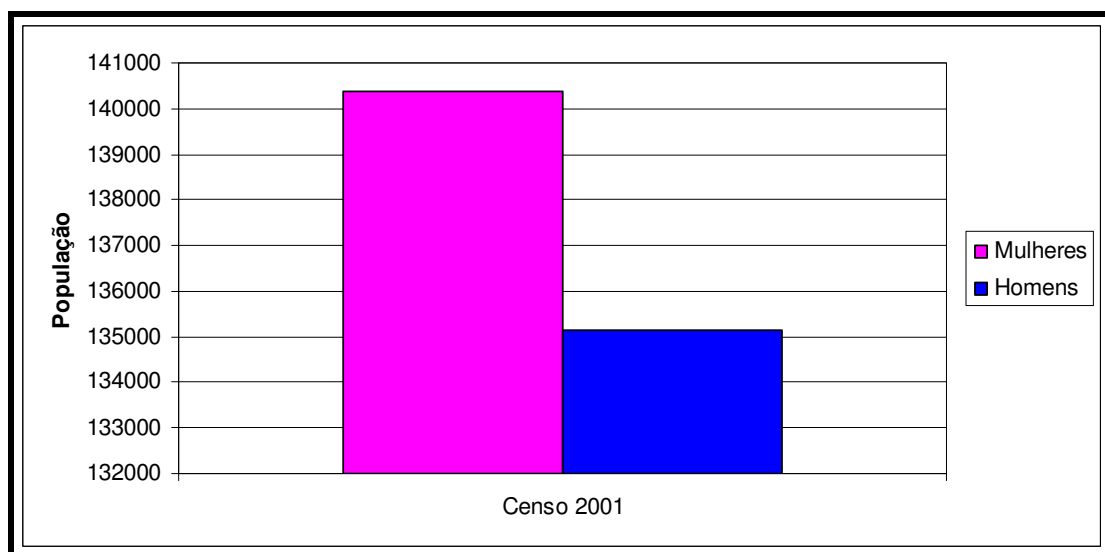


Figura 10 – Número total da população de mulheres e homens, na cidade de Piracicaba.

Fonte: Censo IBGE, 2001

Org.: Bueno, N. H.

Tabela 7 – Razão por Sexo segundo Ano do Diagnóstico, no período de 2002 a 2008.

Ano de Diagnóstico	Masculino	Feminino	Total	Razão Masculino/Feminino
2002	33	19	52	2/1
2003	31	13	44	2/1
2004	28	13	41	2/1
2005	35	19	54	2/1
2006	23	14	37	2/1
2007	49	33	82	1/1
2008	28	19	47	1/1

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba

Org.: Bueno, N. H.

Tabela 8 – Razão por Sexo segundo Ano do Diagnóstico, nos anos de 1990, 1995 e 2000.

Ano de Diagnóstico	Masculino	Feminino	Total	Razão Masculino/Feminino
1990	24	2	26	12/1
1995	66	12	78	6/1
2000	41	27	68	2/1

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba

Org.: Bueno, N. H.

Averiguando-se os dados das tabelas 8 e 7, vê-se que Piracicaba acompanha a mudança de perfil da epidemia, apresentando a indiscutível feminização da AIDS, pois no ano de 1990 e 1995 ocorre uma queda na proporção, confirmando os dados estaduais demonstrados na tabela 6, tal diminuição continua em 2000, havendo, todavia, de 2000 até 2006 uma estabilidade no número de notificações proporcionais, sendo dois casos em homens para um em mulheres (2/1).

Entretanto, de 2007 para 2008 ocorre mais um dado preocupante, afinal a razão passa de 2/1 para 1/1, confirmando, assim, o que fora identificado nos estudos do Boletim Epidemiológico AIDST (2008), o qual relatava que algumas

idades de porte médio, realmente, apresentam razão por sexo 1/1, como é o caso do lócus em análise.

Esse aumento do número de casos entre mulheres e a estabilidade entre homens, pôde também ser constatada nas entrevistas realizadas no CEDIC, pois dentre sete entrevistados doentes, seis eram mulheres

Tal fato também foi retratado nas entrevistas realizadas com a infectologista Dra. Lucy Pereira e a Assistente Social Chefe Sra. Leda Maria Malosá Morão, nas quais ambas, disseram que a maioria dos pacientes a que elas atendem são mulheres, principalmente nos últimos anos, situação inversa à do início da epidemia, em que o sexo masculino superava em número de diagnósticos.

Assim, percebe-se a evidente mudança no perfil da AIDS na cidade de Piracicaba.

4.5 – Cruzamento entre Categorias

Com o intuito de se traçar o perfil da epidemia da AIDS de uma maneira coesa e completa na cidade de Piracicaba, é necessário cruzar os dados de algumas categorias de exposição, permitindo, futuramente, a elaboração de campanhas específicas para determinados grupos que atualmente apresentam um número maior de diagnósticos.

O Boletim AIDST (2006) mostra que houve um aumento de casos da doença entre as mulheres que compõem a faixa etária dos 25 aos 39 anos a partir de 1995, no Estado de São Paulo e diferentemente dos homens, continuam a demonstrar um aumento em praticamente todas as faixas etárias, com exceção daquelas que se inserem no intervalo dos 20 a 29 anos de idade, entre as quais a infecção tende a se estabilizar na última década.

Inicialmente, para verificar se Piracicaba realmente está inserida na mudança de perfil da epidemia que ocorre no Estado, cruzaram-se dados das categorias faixa etária e sexo (Tabela 9 e Figura 11).

Tabela 9 – Frequência de casos de AIDS por Sexo segundo Faixa Etária, através de Ano do Diagnóstico, no período de 2002 a 2008.

Período	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
15 a 19 anos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
20 a 29 anos	4	5	7	3	4	4	2	3	2	1	8	5	7	7
30 a 39 anos	15	7	11	8	16	5	17	7	10	6	19	10	12	8
40 a 49 anos	10	6	9	0	4	1	8	6	11	3	15	8	9	5
50 a 59 anos	3	1	3	2	3	2	8	2	0	3	5	9	0	0
60 a 69 anos	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
70 a 79 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba

Org.: Bueno, N. H.

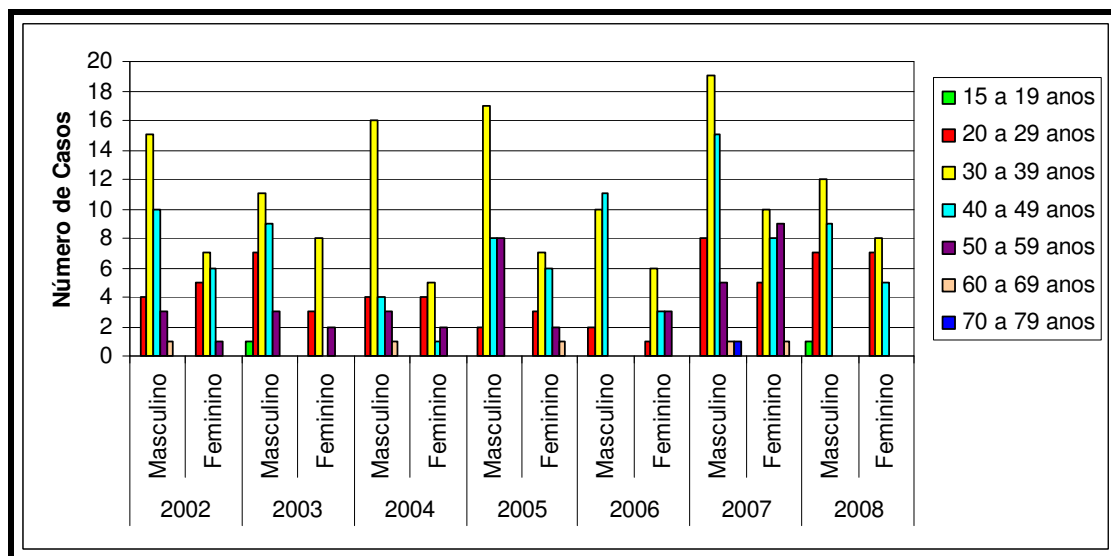


Figura 11 – Freqüência de casos de AIDS por Sexo segundo Faixa Etária, através de Ano do Diagnóstico, no período de 2002 a 2008.

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba.

Org.: Bueno, N. H.

Observando-se a tabela 9, vê-se que a epidemia de AIDS teve um aumento acentuado na faixa dos 30 a 39 anos em ambos os sexos.

O universo masculino inserido nessa faixa etária soma o maior número de casos (100), aproximadamente 44%.

Em segundo lugar, estão aqueles presentes no intervalo dos 40 a 49 anos, evidenciando um total de 66 casos, cerca de 29%.

Assim, Piracicaba, apresenta um maior número de homens doentes na faixa etária dos 30 aos 49 anos, expondo uma descaracterização na epidemia, afinal, na década passada a faixa etária que estava no grupo de risco eram os homens dos 20 aos 29 anos, como se pode notar na tabela 10 e figura 12.

A partir de 1995, a tabela 10 e figura 12 mostram que o sexo feminino na faixa dos 20 aos 39 anos se insere numa alarmante ascensão.

Atualmente, como já fora dito, as mulheres têm sido afetadas mais intensamente no intervalo dos 30 aos 39 anos. Analisando a tabela 9, confirma-se tal argumento, pois têm-se um total de 51 casos de doentes inseridos nesse perfil, aproximadamente 39%.

Logo depois, percebem-se 29 casos entre aquelas contidas no intervalo dos 40 a 49 anos. E finalmente, o universo feminino dos 50 aos 59 anos, revela 19 doentes, 15% dos diagnósticos.

Esse último perfil da epidemia pôde ser observado nas entrevistas realizadas no CEDIC, pois duas das mulheres questionadas se inserem nessa faixa etária. Uma delas, a mais nova, de 58 anos, adoeceu devido à transmissão pelo seu ex-marido, enquanto a mais velha, de 59 anos, não sabe com certeza como ficou doente, se através de relação sexual com seu ex-marido que a traía ou se com um parceiro de risco indefinido em bailes da terceira idade.

“Peguei essa doença do meu ex-marido, descobri que ele me traía com um monte de mulher. Como fico triste quando falo nisso.”

Paciente B: Mulher de 58 anos.

“Não sei ao certo, soube que meu ex-marido me traiu durante vários anos, descobri que ele saía com algumas mulheres... me separei...comecei a ir em bailes da terceira idade e lá conheci um senhor, da minha idade, e comecei a me relacionar com ele, e das poucas vezes que saí com ele tivemos relação sexual e não usamos camisinha...”

Paciente C: Mulher de 59 anos.

Dessa maneira, constata-se que Piracicaba se insere no perfil epidêmico feminino verificado no Estado de São Paulo, pois o maior número de doentes está contido entre aquelas da faixa etária dos 25 aos 39 anos, apresentando elevação nos demais intervalos.

Esse acréscimo de diagnósticos em outras faixas etárias configura-se no universo feminino dos 50 a 59 anos, como já pôde ser observado.

Tabela 10 – Frequência de casos de AIDS por Sexo segundo Faixa Etária, através de Ano do Diagnóstico, nos anos de 1990, 1995 e 2000.

Anos Faixa Etária	1990		1995		2000	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
15 a 19 anos	2	1	2	0	0	0
20 a 29 anos	10	0	28	7	15	12
30 a 39 anos	7	0	23	3	17	11
40 a 49 anos	4	1	10	1	6	1
50 a 59 anos	1	0	2	1	3	3
60 a 69 anos	0	0	1	0	0	0
70 a 79 anos	0	0	0	0	0	0

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba

Org.: Bueno, N.H.

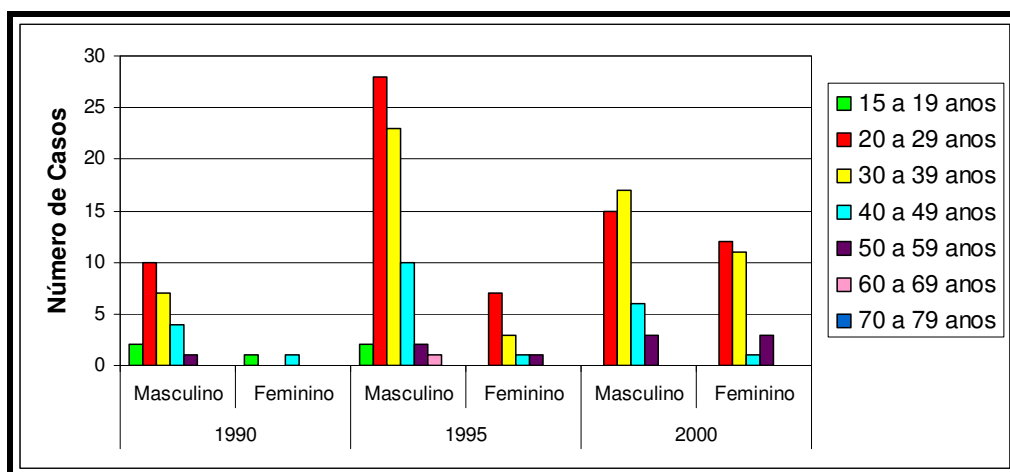


Figura 12 – Frequência de casos de AIDS por Sexo segundo Faixa Etária, através de Ano do Diagnóstico, nos anos de 1990, 1995 e 2000.

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba

Org.: Bueno, N. H.

Para observar com maior acuidade esse novo perfil da doença é necessário cruzar dados da categoria Sexo segundo Preferência Sexual e Usuário de Drogas Injetáveis (UDI).

Tabela 11 – Frequência de casos de AIDS por Sexo segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis (UDI) por Ano do Diagnóstico, no período de 2002 a 2008.

Período	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis	5	13	9	12	7	6	4	11	1	6	31	18	15	20
Heterossexual	8	1	5	1	3	3	4	3	6	1	5	2	7	0
Heterossexual/Drogas Parceiro de Risco Indefinido	5	2	3	0	10	4	8	4	2	3	8	8	7	10
Usuário de Drogas Injetáveis	6	0	6	0	6	0	12	0	8	1	0	0	0	0
Homossexual	3	0	3	0	1	0	5	0	2	0	0	1	7	0
Bissexual/Drogas	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Homossexual/Drogas	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bissexual	1	0	2	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba

Org.: Bueno, N. H.

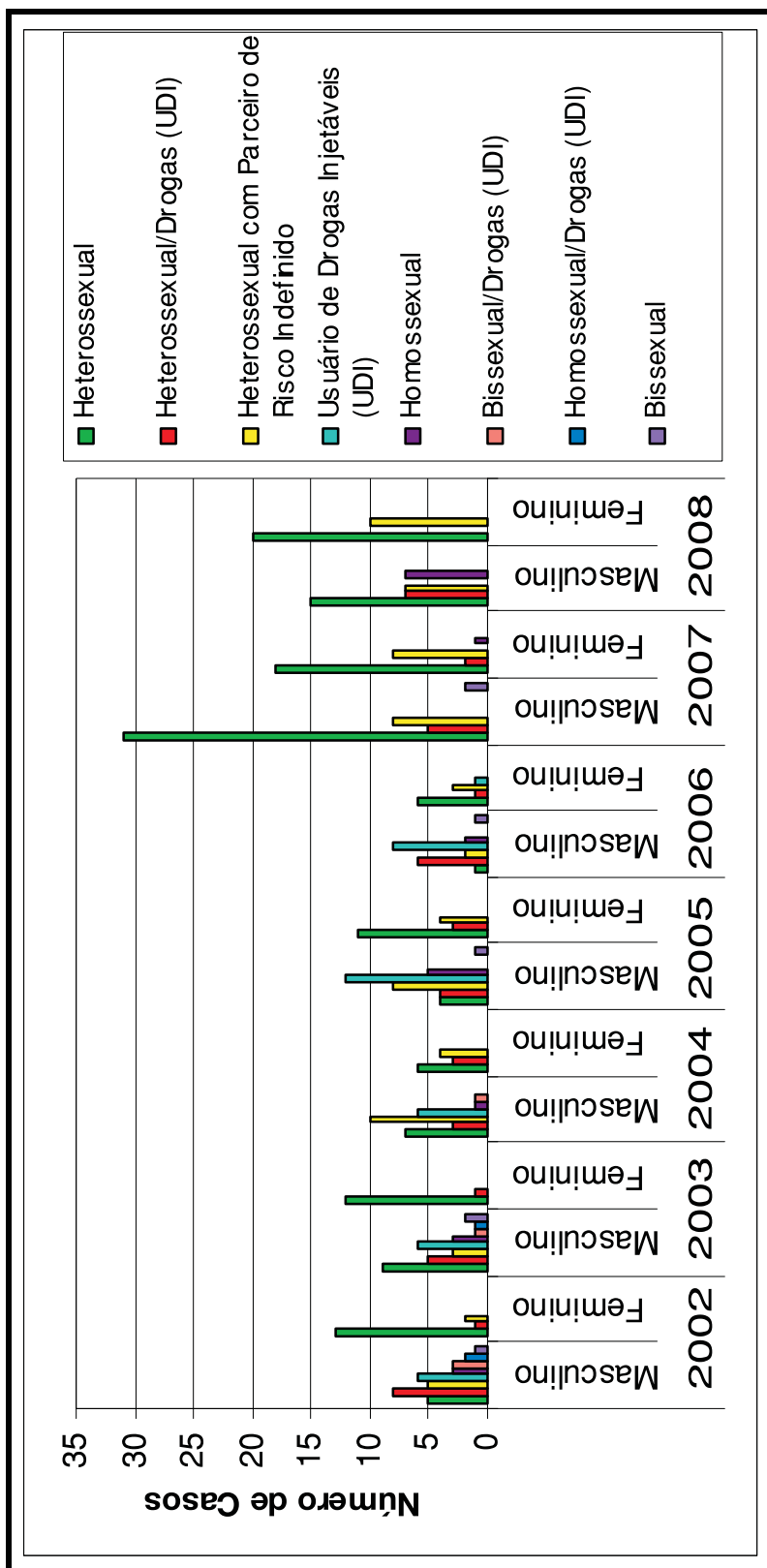


Figura 13 – Frequência de casos de AIDS por Sexo segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis (UDI), por Ano do Diagnóstico, no período de 2002 a 2008.

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba

Org.: Bueno, N. H.

Através da observação da tabela 11 e figura 13, nota-se que a cidade de Piracicaba apresenta um maior número de mulheres heterossexuais doentes, um total de oitenta e seis casos diagnosticados de 2002 a 2008, em contrapartida, os homens revelam setenta e dois casos.

De uma maneira geral, ao longo do período, os homens heterossexuais com parceiro de risco indefinido somam 43 casos, já as mulheres totalizam 31. No entanto, esse universo feminino heterossexual e que possuem parceiros de risco apresentam uma elevação preocupante no número de casos, saltando de 3 em 2006 para 8 em 2007, subindo ainda para 10 doentes em 2008.

Todavia, vê-se uma sutil estabilidade no número de casos entre homens heterossexuais com parceiros de risco indefinido.

É possível notar-se na tabela 11 que Piracicaba configura, ainda, um significativo número de homens usuários de drogas injetáveis doentes (38 casos), enquanto o grupo feminino revela apenas 1 caso.

A partir disso, deve-se pensar nas causas que subjazem a esses dados, uma vez que não se sabe qual é a faixa etária dessa categoria, tornando-se difícil saber se tal realidade é devido a um maior consumo de drogas entre os jovens, pois a cidade, segundo SEADE (2009) possui cerca de 95.161 jovens na faixa etária dos 15 aos 29 anos, cerca de 29% da população total.

A tabela 11 mostra que o grupo masculino homossexual possui 21 casos da doença, contra somente 1 entre as mulheres homossexuais, confirmando o que fora dito por Bastos e Fonseca (2007), que ainda hoje a epidemia manifesta-se muito mais entre homossexuais masculinos.

Vale destacar que um maior número de doentes entre heterossexuais, deve-se ao fato de ter ocorrido uma feminização da epidemia e, como já fora notado, ainda os homens são maioria entre os homossexuais, dessa maneira, as mulheres passaram a engrossar a categoria dos heterossexuais.

No que se refere a um significativo número da epidemia entre mulheres heterossexuais com parceiro de risco indefinido (31 casos) em Piracicaba, explica-se através das mudanças de comportamento, afinal, na última década, segundo Bastos e Fonseca (2007), cerca de 30% dos casos entre as mulheres do Estado de São Paulo, trata-se daquelas que são heterossexuais e possuem vários parceiros, e outros 30% relatam que desenvolvem suas relações sexuais casuais com homens que tinham múltiplos parceiros sexuais.

Ainda para reforçar tal análise, é interessante citar um trecho de uma das entrevistas realizadas no CEDIC, ressaltando que uma das vítimas da doença a adquiriu através de relação sexual com parceiro de risco indefinido, identificado na fala dela através da declaração "... poucas vezes...":

"... comecei a ir em bailes da terceira idade e lá conheci um senhor, da minha idade, e comecei a me relacionar com ele, e das poucas vezes que saí com ele tivemos relação sexual e não usamos camisinha..."

Paciente C: Mulher, Heterossexual, 59 anos.

De uma maneira geral, estudos em território nacional revelam uma elevação de casos entre heterossexuais, e heterossexuais com parceiro de risco indefinido, dos 40 aos 49 anos. Dessa maneira, torna-se importante descobrir se esse novo contexto epidêmico desenvolve-se na cidade em estudo, assim, optou-se em cruzar os dados de Faixa Etária e Preferência Sexual/UDI.

As tabelas 12, 13, 14 e 15, mostram que no período de 2002 a 2008 em Piracicaba, os indivíduos heterossexuais, heterossexuais (UDI), heterossexuais com parceiro de risco indefinido e somente UDI, inseridos na faixa etária dos 40 a 49 anos, evidenciam, respectivamente, uma somatória de 85, 12, 45 e 11 casos de AIDS.

Esses valores superam a totalidade dos dados apresentados no intervalo dos 30 aos 39 anos, principalmente entre os heterossexuais (63 casos) e heterossexuais com parceiro de risco indefinido (18 casos).

Os cruzamentos entre as demais faixas etárias e preferência sexual/UDI, revelam números absolutos muito inferiores, assim, pode-se afirmar que essa tendência constatada em território nacional ocorre no lócus de análise.

Assim, findado o cruzamento entre as categorias, é possível traçar-se o perfil da epidemia na cidade.

O comportamento da AIDS no lócus em análise configura um alto número de casos na faixa etária dos 30 a 39 anos em ambos os sexos. Contudo, o universo feminino dos 50 a 59 anos mostra um preocupante acréscimo no número de doentes.

O número de diagnósticos entre as mulheres heterossexuais superam o de homens também heterossexuais acometidos pela AIDS. Em contrapartida, o número de diagnósticos entre aqueles do sexo masculino heterossexuais e com parceiros de risco indefinido ultrapassam o de mulheres nesse mesmo contexto. Entretanto, o número de diagnósticos entre elas tende a aumentar a partir de 2007.

Aproximadamente 17% do homens usuários de drogas injetáveis são doentes, contra apenas, 0,77% entre as mulheres também UDI.

Os diagnósticos revelam também que há um maior número de casos entre os indivíduos heterossexuais e heterossexuais com parceiro de risco indefinido na faixa etária dos 40 a 49 anos.

Diante disso, uma vez traçado o perfil epidêmico da AIDS na cidade de Piracicaba é possível realizar campanhas que focalizem os grupos mais atingidos pela doença, evitando a morte desses indivíduos.

Tabela 12– Frequência de casos de AIDS por Faixa Etária segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis, por Ano do Diagnóstico, nos anos de 2002 e 2003.

Período	2002							2003						
	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos
Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis	0	4	8	7	1	1	0	0	3	9	6	2	0	0
Heterossexual	0	1	5	2	1	0	0	0	2	3	1	0	0	0
Heterossexual com Parceiro de Risco Indefinido	0	1	2	3	1	0	0	0	1	1	2	1	0	0
Usuário de Drogas Injetáveis	0	0	4	2	0	0	0	1	0	4	1	1	0	0
Homossexual	0	1	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Bissexual/Drogas	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Homossexual/Drogas	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Bissexual	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba.

Org.: Bueno, N.H.

Tabela 13 – Frequência de casos de AIDS por Faixa Etária segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis, por Ano do Diagnóstico, nos anos de 2004 e 2005.

Período	2004							2005						
	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos
Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis	0	4	6	7	2	0	0	0	2	7	9	3	1	0
Heterossexual	0	0	4	1	0	1	0	0	0	3	4	0	0	0
Heterossexual/Drogas	0	3	7	5	2	1	0	0	2	4	4	2	0	0
Heterossexual com Parceiro de Risco Indefinido	0	0	3	2	1	0	0	0	0	9	1	2	0	0
Usuário de Drogas Injetáveis	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	0
Homossexual	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bissexual/Drogas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Homossexual/Drogas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bissexual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba.

Org.: Bueno, N.H.

Tabela 14 – Frequência de casos de AIDS por Faixa Etária segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis, por Ano do Diagnóstico, nos anos de 2006 e 2007.

Período	2006						2007							
	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos
Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis														
Heterossexual	0	1	3	11	2	0	0	0	8	18	20	14	1	1
Heterossexual/Drogas	0	0	3	2	0	0	0	0	1	4	2	0	0	0
Heterossexual com Parceiro de Risco Indefinido	0	1	4	8	2	1	0	0	0	0	12	0	0	0
Usuário de Drogas Injetáveis	0	0	3	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Homossexual	0	0	2	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	0
Bissexual/Drogas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Homossexual/Drogas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bissexual	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba.

Org.: Bueno, N.H.

Tabela 15 – Frequência de casos de AIDS por Faixa Etária segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis, por Ano do Diagnóstico, no ano de 2008.

Período	2008						
	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos
Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis							
Heterossexual	1	10	12	25	0	0	0
Heterossexual/Drogas	0	2	5	0	0	0	0
Heterossexual com Parceiro de Risco Indefinido	0	0	0	11	0	0	0
Usuário de Drogas Injetáveis	0	0	0	0	0	0	0
Homossexual	0	2	3	2	0	0	0
Bissexual/Drogas	0	0	0	0	0	0	0
Homossexual/Drogas	0	0	0	0	0	0	0
Bissexual	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba.

Org.: Bueno, N.H.

Tabela 16 – Frequência de casos de AIDS por Faixa Etária segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis, por Ano do Diagnóstico, nos anos de 1990 e 1995.

Período	1990						1995							
	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos
Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis														
Heterossexual	0	0	0	1	0	0	0	0	6	6	1	1	1	0
Heterossexual/Drogas	2	1	1	1	0	0	0	0	17	16	2	0	0	0
Heterossexual com Parceiro de Risco Indefinido	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	10	0	0	0
Usuário de Drogas Injetáveis	0	5	1	0	0	0	0	0	3	3	1	0	0	0
Homossexual	0	1	3	3	0	0	0	0	2	1	5	1	0	0
Bissexual/Drogas	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Homossexual/Drogas	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Bissexual	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba.
Org.: Bueno, N.H.

Tabela 17 – Frequência de casos de AIDS por Faixa Etária segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis, por Ano do Diagnóstico, no ano de 2000.

Período	2000						
	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos
Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis							
Heterossexual	0	11	10	3	4	0	0
Heterossexual/Drogas	0	9	10	2	1	0	0
Heterossexual com Parceiro de Risco Indefinido	0	3	2	1	0	0	0
Usuário de Drogas Injetáveis	0	1	3	0	0	0	0
Homossexual	0	2	2	0	1	0	0
Bissexual/Drogas	0	0	0	0	0	0	0
Homossexual/Drogas	0	1	0	0	0	0	0
Bissexual	0	0	1	1	0	0	0

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Piracicaba.
Org.: Bueno, N.H.

4.6 – Os Riscos da Transmissão Vertical em Piracicaba

O número de casos diagnosticados de AIDS na cidade de Piracicaba, evidencia um alto número de mulheres heterossexuais doentes (86 casos), cerca de 66%.

Essa **feminização** da epidemia na cidade é preocupante, podendo levar a um aumento das transmissões verticais, ou uma elevação no número de gestantes HIV+/AIDS expondo crianças à contaminação. Essa exposição pode levar a transmissão do vírus para o bebê, caso a mãe não cumpra todos os quesitos de profilaxia.

Observando-se o comportamento da AIDS no Estado de São Paulo, pode-se afirmar que a partir do momento que uma localidade apresenta uma maior número de mulheres doentes, como é o caso de Piracicaba, automaticamente eleva-se o risco de transmissão vertical, principalmente entre aquelas mais carentes e com baixo nível de instrução, mesmo com as sérias campanhas lançadas pelo Ministério da Saúde.

Fato este confirmou-se no período de 2000 a 2008, no Estado de São Paulo, pois segundo dados do Boletim Epidemiológico AIDST (2008), o número total de gestantes HIV+ e crianças expostas foi de 12.210 casos notificados. Nesse período, o número de notificações de casos de gestantes HIV positivas e crianças expostas apresentou um aumento gradual, chegando a 2.280 casos de gestantes HIV+ notificadas em 2004, seguido de queda de 1,24 vezes, passando a 1.836 casos em 2006. Para o Ministério da Saúde esses números são elevados, levando os serviços de saúde à um estado de alerta.

Para evitar tal acontecimento as primeiras medidas necessárias para a redução da transmissão vertical ocorrem, prioritariamente, na atenção básica, nos serviços que realizam o pré-natal, como as UBS (Unidades Básicas de Saúde). Nesse momento, é de extrema importância o acesso precoce, amplo e de boa qualidade a essa assistência para garantir o diagnóstico em momento oportuno, permitindo a profilaxia e/ou o tratamento adequado. Assim, é necessário que os serviços promovam monitoramentos e avaliações para identificar as possíveis barreiras impeditivas desse processo.

Tanto a Secretaria de Vigilância em Saúde (2007), quanto o Boletim Epidemiológico AIDST (2008), afirmam que apesar das políticas públicas de incentivo para testagem do HIV, principalmente durante o pré-natal, os serviços ainda apresentam dificuldades em prover o diagnóstico a esta população, pois, das 12.210 gestantes doentes, 1.493 (12%) só tiveram acesso ao diagnóstico no momento do parto ou após o nascimento da criança. A proporção de mulheres que tinham conhecimento do seu status sorológico no período anterior ao pré-natal foi de 52%.

Averiguando-se os dados do boletim epidemiológico, no site da Secretaria Estadual de Saúde, vê-se que no período de 2000 a 2008 é mantido um percentual relativamente constante, em torno de 5%, de gestantes que não utilizaram ARV (Anti-Retroviral), entretanto, em 2007 e 2008 esta proporção apresenta um preocupante aumento, passando para 19% e 18% respectivamente.

O mesmo boletim acrescenta que na análise das informações referentes ao acompanhamento das crianças expostas, observa-se que, ao longo do período houve uma diminuição no número de crianças que receberam aleitamento materno, porém ainda detectou-se 17 casos (1,5%) em 2006. Tal fato é preocupante, pois mesmo esse pequeno número, demonstra que o aconselhamento às gestantes não ocorre totalmente, caso ocorresse, o índice seria zero, ou próximo dele.

Diante disso, nota-se que Piracicaba deve ficar atenta a essa feminização da AIDS, pois os dados do Estado revelam que a transmissão vertical ainda ocorre.

Durante as entrevistas no CEDIC/Piracicaba, duas adolescentes que detêm diagnóstico de AIDS, uma de 14 anos e a outra de 15, declararam que foram infectadas através de transmissão vertical, a menina mais nova acredita que foi contaminada no parto e a mais velha confirma que foi pelo aleitamento materno.

A primeira, de 14 anos, afirmou que sua mãe descobriu que possuía AIDS somente no pré-natal do seu terceiro filho. O irmão mais velho de 16 anos faleceu devido às complicações da AIDS e o mais novo não foi infectado. Nota-se que o serviço municipal piracicabano não assistiu devidamente a essa mãe, não realizando o teste anti- HIV antes do parto.

Já no caso da segunda adolescente, acredita-se que a mãe descobriu que estava com AIDS durante o pré-natal, no entanto, não sabia que se podia transmitir o vírus através do aleitamento.

“Peguei da minha mãe. Não sei se foi do leite dela, ou no parto...”

Paciente G: Mulher, heterossexual, 14 anos.

“Peguei da minha mãe. Ela me deu de mamar, e não pode... ela sabia que tinha AIDS quando tava grávida, mas acho que ela não sabia que não podia me amamentar.”

Paciente F: Mulher, heterossexual, 15 anos.

Por mais que tais acontecimentos tenham ocorrido há mais ou menos 15 anos, é necessário citá-los como fato real, evidenciando que descuidos como esses podem ocorrer no presente, afinal, atualmente, Piracicaba, possui um alto número de mulheres heterossexuais doentes, as quais podem engravidar e acabar infectando seus bebês, caso não sejam alertadas adequadamente quanto às medidas profiláticas durante a gestação e posteriormente.

Deve-se salientar que a própria Secretaria Estadual da Saúde reforça que os serviços de saúde, de uma maneira geral, não assistem perfeitamente o monitoramento e investigação clínica a respeito dos cuidados que a mãe deve ter quanto à transmissão vertical, assim, a partir desse preocupante fato, é necessário observarem-se esse dois relatos das adolescentes como algo que, infelizmente, continua ocorrendo, segundo os dados do Estado de São Paulo, presentes no Boletim Epidemiológico (2008).

4.7 – Distribuição Espacial Intra-Urbana da AIDS em Piracicaba/SP

Analisando a distribuição da renda em Piracicaba/SP, presente na figura 14, pode-se observar que existem quatro níveis bem demarcados no território piracicabano.

Nota-se que há na “área central” da cidade bairros bem estruturados e com alto rendimento médio familiar, isto é, vários bairros possuem um nível de renda média que varia entre 5 e 10 salários mínimos. Dentro dessa “grande área central”, podem-se destacar duas unidades espaciais que apresentam rendimento superior a 20 salários mínimos: os bairros Cidade Jardim e Clube de Campo.

Já na área mais afastada do centro, na periferia geográfica do sítio urbano, estão as classes que apresentam os mais baixos níveis de renda, que variam de 3 a 5 salários mínimos. Os bairros de mais baixo rendimento médio estão localizados no limite sudoeste da cidade, onde destacam-se: São Jorge e Novo Horizonte, ambos com rendimento médio que não ultrapassa 2 salários mínimos.

A figura 15 mostra a distribuição da densidade demográfica na cidade. A partir dela é possível notar que a parte leste do perímetro urbano não é densamente habitada. Na porção Oeste, há localidades que também apresentam baixa densidade populacional, destacando-se os bairros Ondas, Ondinhas, e Morato, todos apresentando características rurais, tais como atividades agrícolas e pecuaristas.

Ao noroeste, vê-se bairros densamente ocupados, tais como Mário Dedini, Santa Terezinha, Vila Sônia e Parque Piracicaba. E quanto a condição econômica dessas localidades, pode-se dizer que não é superior a 5 salários mínimos.

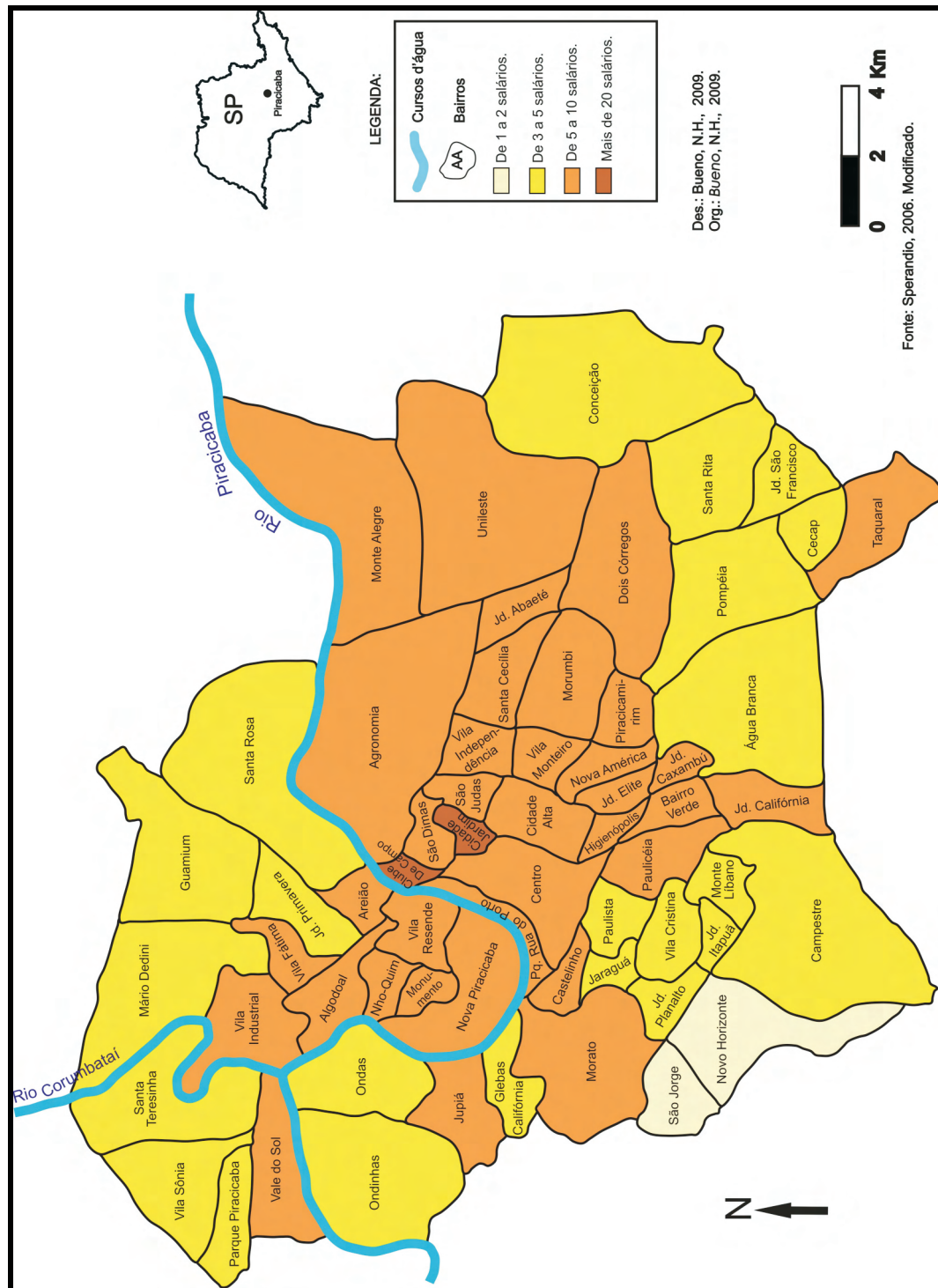


Figura 14 – Distribuição espacial intra-urbana do rendimento médio dos chefes de família em Piracicaba-SP

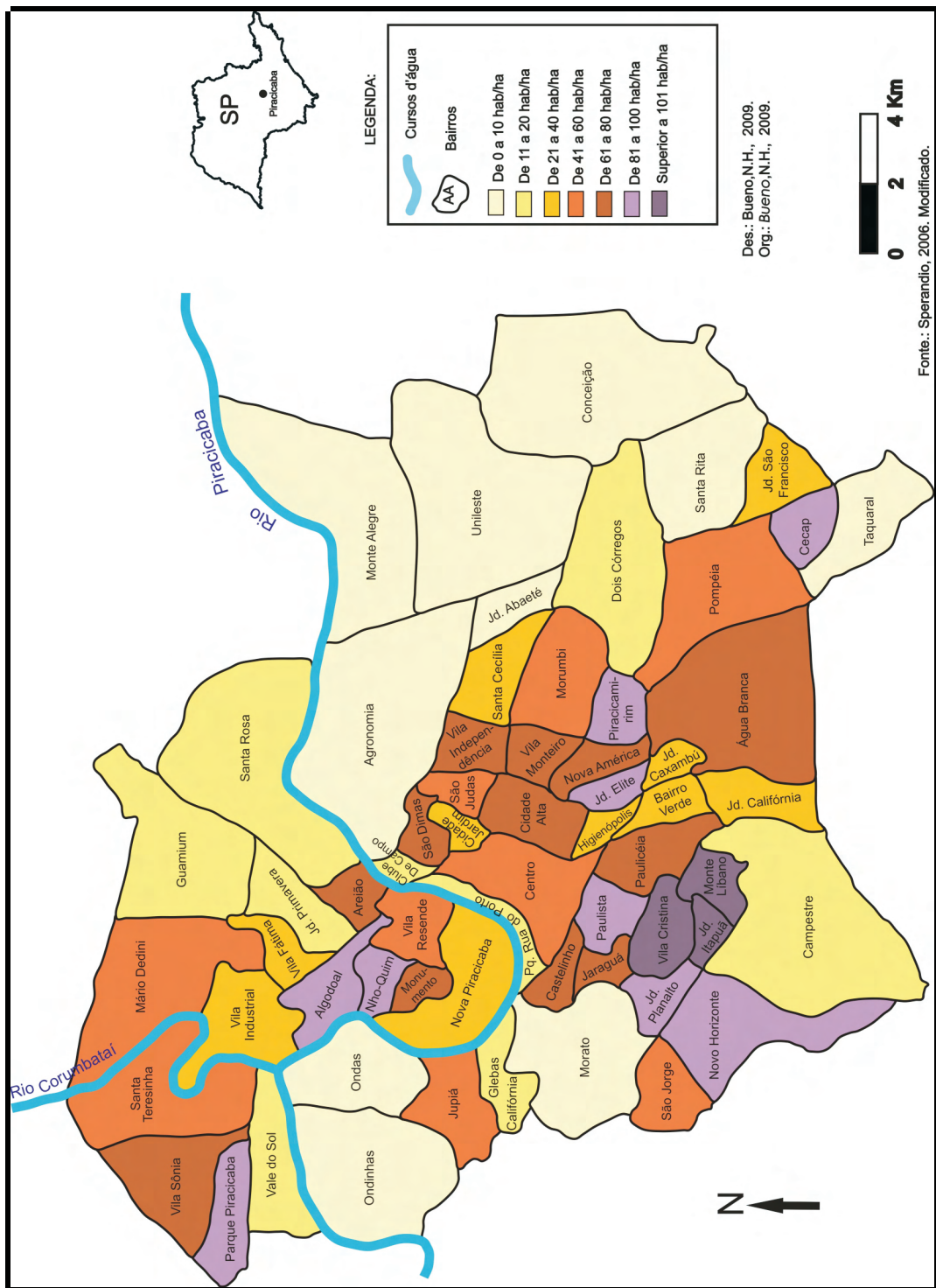


Figura 15 – Distribuição espacial intra-urbana da densidade demográfica em Piracicaba/SP.

Deve-se salientar que a área central, no que se refere à densidade ocupacional, é bastante heterogênea. Bairros como Jardim Elite e Piracicamirim, são mais densamente povoados, enquanto Nova Piracicaba e Cidade Jardim, revelam baixa densidade populacional, com habitações de refinado padrão imobiliário.

No limite sudoeste é que se encontram os locais mais densamente povoados, com destaque para Monte Líbano, Jardim Itapuã e Vila Cristina, com densidade superior a 100 hab/ha, já as unidades espaciais Paulista, Jardim Planalto e Novo Horizonte, mostram densidade de 81 a 100 hab/ha.

Após essa caracterização da sociedade piracicabana nos quesitos rendimento mensal e densidade demográfica, é possível traçar a distribuição dos casos de AIDS nos bairros da cidade, primeiramente no triênio de 2002 a 2004, logo em seguida, de 2 em 2 anos.

Analisando as figuras 16, 17 e 18, pode-se notar que a epidemia da AIDS, de uma maneira geral, manifesta-se em bairros que possuem um rendimento médio mensal de 1 a 5 salários mínimos.

Em 2002 o bairro Jaraguá, no sudoeste da cidade, não revela nenhum caso diagnosticado, no entanto, conforme os anos passam esse realidade se modifica, passando para 3 casos em 2004, numa área que varia dos 61 aos 80 hab/ha. Esse dado é relevante, pois se temos um aumento no número de casos de AIDS, isso quer dizer que a manifestação da doença não está sendo evitada de maneira eficaz.

As unidades espaciais Monte Líbano (Sudoeste), Cecap, Pompéia, ambas ao sudeste, e Mário Dedini ao noroeste, evidenciam um crescimento no número de casos. A ressalva é com relação à diferente densidade demográfica entre esses bairros, o primeiro citado é o mais povoado, com densidade superior a 100 hab/ha, em segundo lugar vem Cecap e, juntos, em terceiro lugar, os dois últimos.

Vale destacar que o bairro Mário Dedini está presente numa área que possui densidade demográfica de 41 a 60 hab/ha e um baixo rendimento mensal, que varia dos 3 aos 5 salários mínimos, apresentando uma evolução muita significativa no número de indivíduos com AIDS. Em 2002, havia 2 casos, em 2003 somente 1. Já em 2004 sobe para 7 o número de casos. Esse

crescimento é preocupante, pois, evidencia falha no que se refere à manifestação da AIDS, demonstrando que não se evitou a evolução do soropositivo para a doença em si.

Quando tal fato ocorre supõe-se três respostas, a primeira de que houve um número de pessoas que eram soropositivas e desconheciam esse diagnóstico, pois não fizeram a testagem anti-HIV, desenvolvendo, assim, AIDS; a segunda sugere que esses indivíduos sabiam da existência do vírus em sua corrente sanguínea e não seguiram as recomendações dadas pelo CEDIC; finalmente a terceira hipótese em que os soropositivos, possivelmente, não quiseram locomover-se até o CEDIC, pois este encontra-se longe de suas casas. Esta última possibilidade é plausível devido ao fato de, do bairro Mário Dedini até o Centro de Doenças Infectocontagiosas (CEDIC), localizado no bairro São Judas, leva-se até 1 hora e meia de ônibus, já que este é o principal meio de transporte daqueles que residem em bairros carentes.

Deve-se ressaltar que o CEDIC é o único responsável em distribuir medicamentos, como os coquetéis anti retro-virais, realiza toda a coleta dos exames necessários tanto no indivíduo soropositivo, como naquele que já manifesta AIDS; além de ter três infectologistas para dar assistência aos pacientes.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas em diferentes bairros da cidade, somente colhem o material de análise e os despacham para os laboratórios, no entanto, já na segunda amostra sanguínea, necessária na testagem anti-HIV, o laboratório responsável encaminha esse resultado para o CEDIC, para que este agende uma entrevista para o indivíduo com suspeita da infecção, constatando, assim, resultado positivo ou negativo. Nas UBS, não é realizada nenhuma espécie de ação direta, como uma consulta ao infectologista. Toda e qualquer emergência com indivíduos soropositivos ou já com AIDS, é somente monitorada e encaminhada para o CEDIC, fato esse, que promove insatisfação entre os pacientes, como pode ser observado em seus relatos nas entrevistas realizadas para a presente pesquisa.

Nessas entrevistas verificou-se que dos sete entrevistados, seis residem em bairros de rendimento mensal baixo, e todos, se deslocam para o CEDIC de ônibus, pelo menos três vezes durante a semana.

Os seis indivíduos que moram em bairros de renda baixa, revelaram ter um rendimento mensal que não ultrapassa os 3 salários mínimos, pagam aluguel e possuem no mínimo 2 filhos.

Essas pessoas relataram que gostam muito de ir até o CEDIC, principalmente nos dias de terapia em grupo, todavia, disseram preferir que houvesse atendimento igual ou semelhante nas UBS em seus bairros, pois têm filhos pequenos em idade escolar, e não conhecem ninguém que possa buscá-los nas escolas e se responsabilizarem por eles no momento em que estão no CEDIC.

Outros explicitaram que algumas vezes sentem-se envergonhados em entrar no CEDIC, pois tem receio de alguém conhecido os ver entrando no recinto.

Como disse um dos entrevistados:

“... todos sabem que o CEDIC trata de pessoas com AIDS, e, toda vez que coloco os pés aqui penso se algum conhecido me viu entrando, porque ainda o preconceito é muito grande, as pessoas ainda têm medo da gente.”

Paciente A: Homem, homossexual, 42 anos.

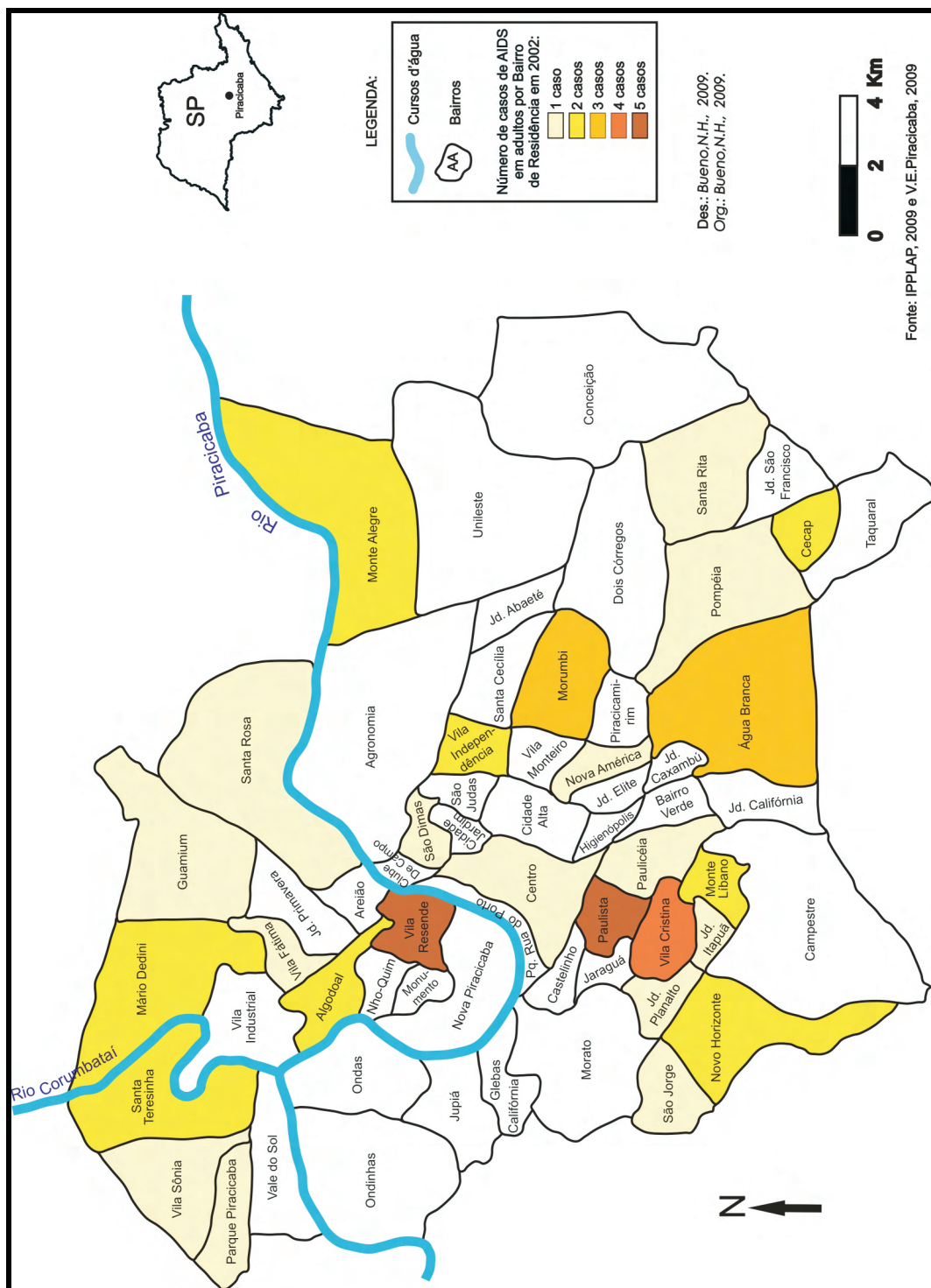


Figura 16 – Distribuição do Número de Casos de AIDS em Adultos por Bairro de Residência em 2002.

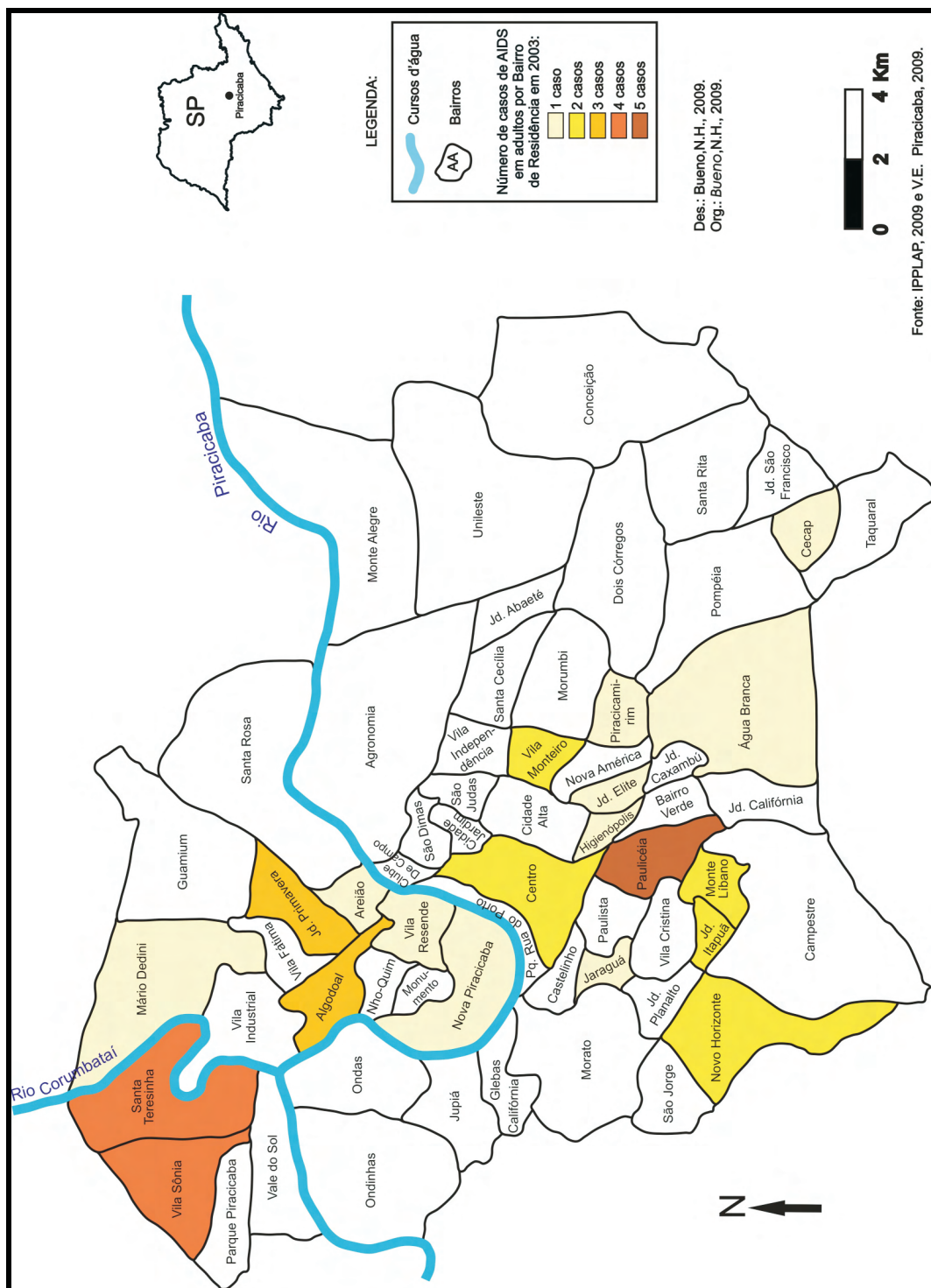


Figura 17 – Distribuição do Número de Casos de AIDS em Adultos por Bairro de Residência em 2003.

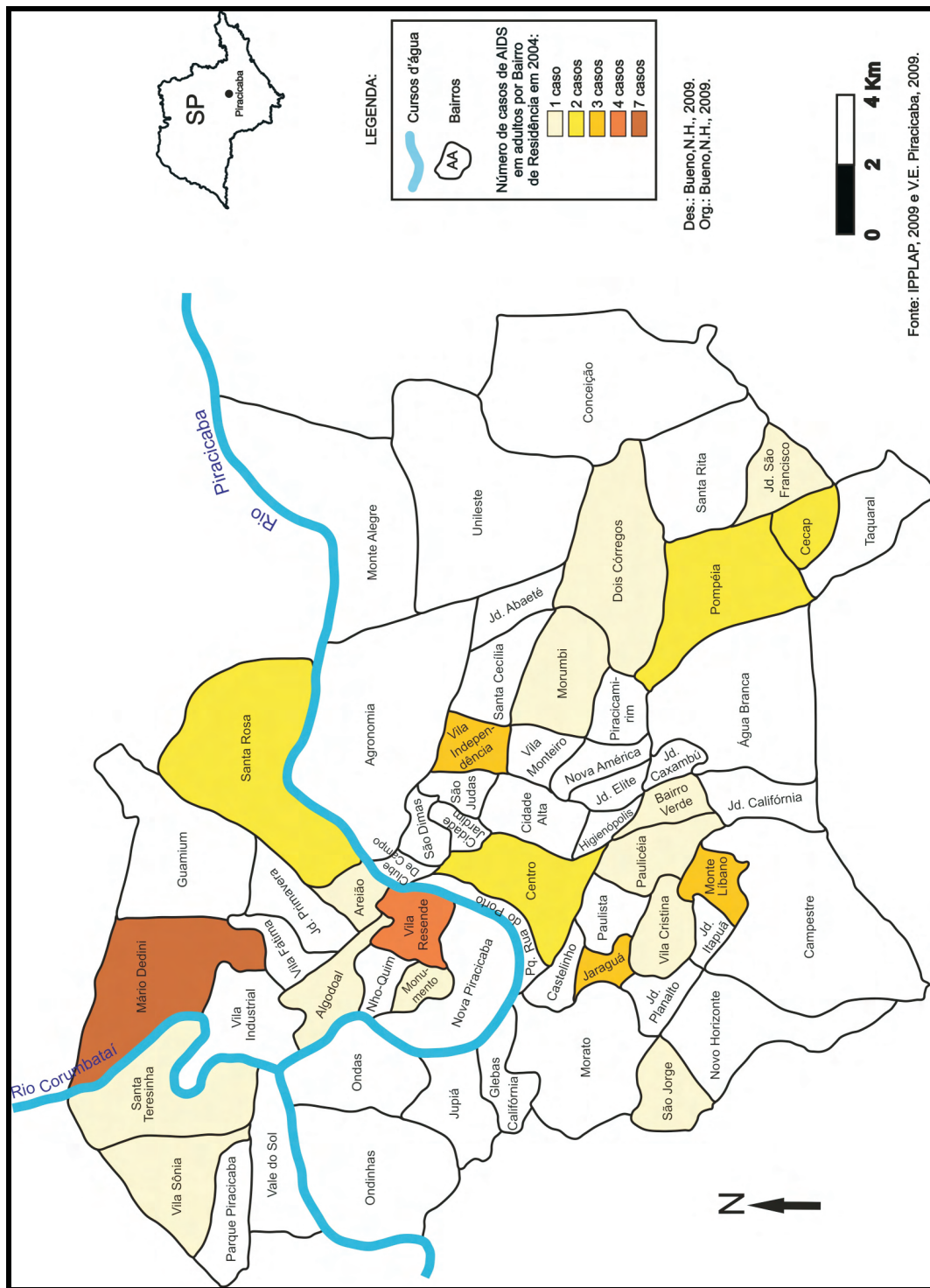


Figura 18 – Distribuição do Número de Casos da AIDS em Adultos por Bairro de Residência em 2004.

Observando-se a figura 19, vê-se um maior número de casos em unidades espaciais de baixo rendimento mensal, somando um total de 24 diagnósticos, espalhados, diferentemente, entre os bairros Vila Sônia, Santa Terezinha, Mário Dedini, Santa Rosa, Cecap, Monte Líbano, Paulista e São Jorge.

Já, através da figura 20, nota-se que há um menor número de casos, em bairros de renda mensal mais elevada, considerados unidades espaciais de classe B. Os 16 casos somados nessas localidades dividem-se, desproporcionalmente, entre Piracicamirim, Bairro Verde, Paulicéia, Algodal e Vila Industrial. Por mais que estejam inseridos no intervalo de 5 a 10 salários mínimos, é importante ressaltar que segundo o IPPLAP (Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba), somente 25% da população de cada um recebe mais de 5 salários.

A Sra. Leda Mourão, assistente social chefe do CEDIC, ressaltou em seus relatos na entrevista, que mesmo quando as pessoas são oriundas desses bairros, apresentam rendas familiares próximas dos 5 salários mínimos.

Na figura 21, percebe-se um aumento no número de casos nos bairros centrais, entretanto, entre os bairros periféricos e de renda mensal baixa vê-se que o aumento de diagnósticos é contínuo, desde 2002.

Nota-se na figura 22 que entre os bairros periféricos e de renda baixa, os casos perpetuam em elevação, como por exemplo, no Vila Sônia, que desde 2002 revela um preocupante acréscimo de diagnósticos, e tanto em 2007 como em 2008 não apresenta diminuição no número de casos; nesses dois anos, revela uma constante de 6 casos de AIDS no bairro.

O bairro Parque Piracicaba mostra somente 1 diagnóstico no ano de 2006, todavia, em 2007 evidencia 6 casos, um salto muito significativo, mostrando, assim, que há uma tendência ao aumento de casos em bairros de baixa renda.

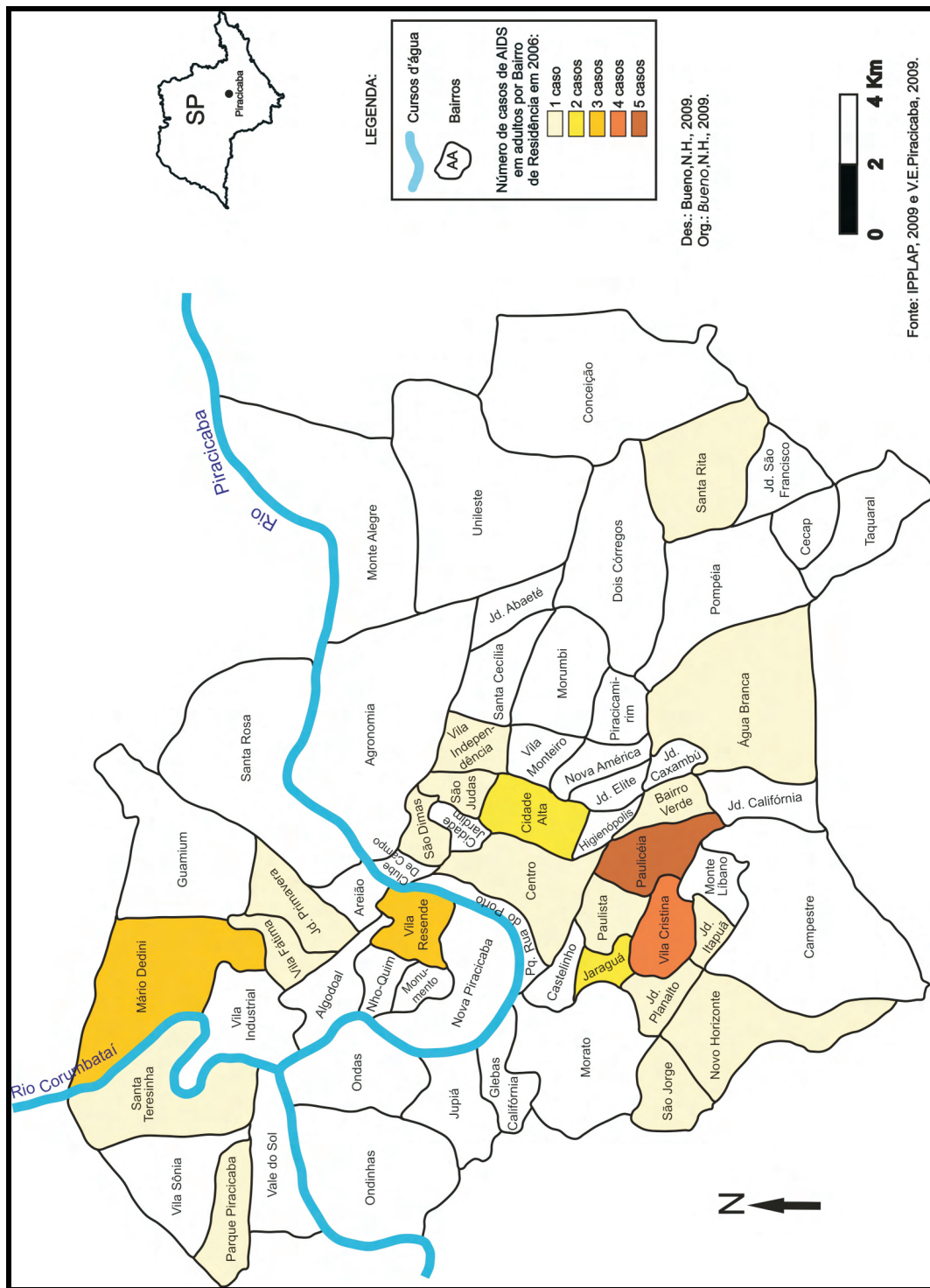


Figura 20 – Distribuição do Número de Casos da AIDS em Adultos por Bairro de Residência em 2006.

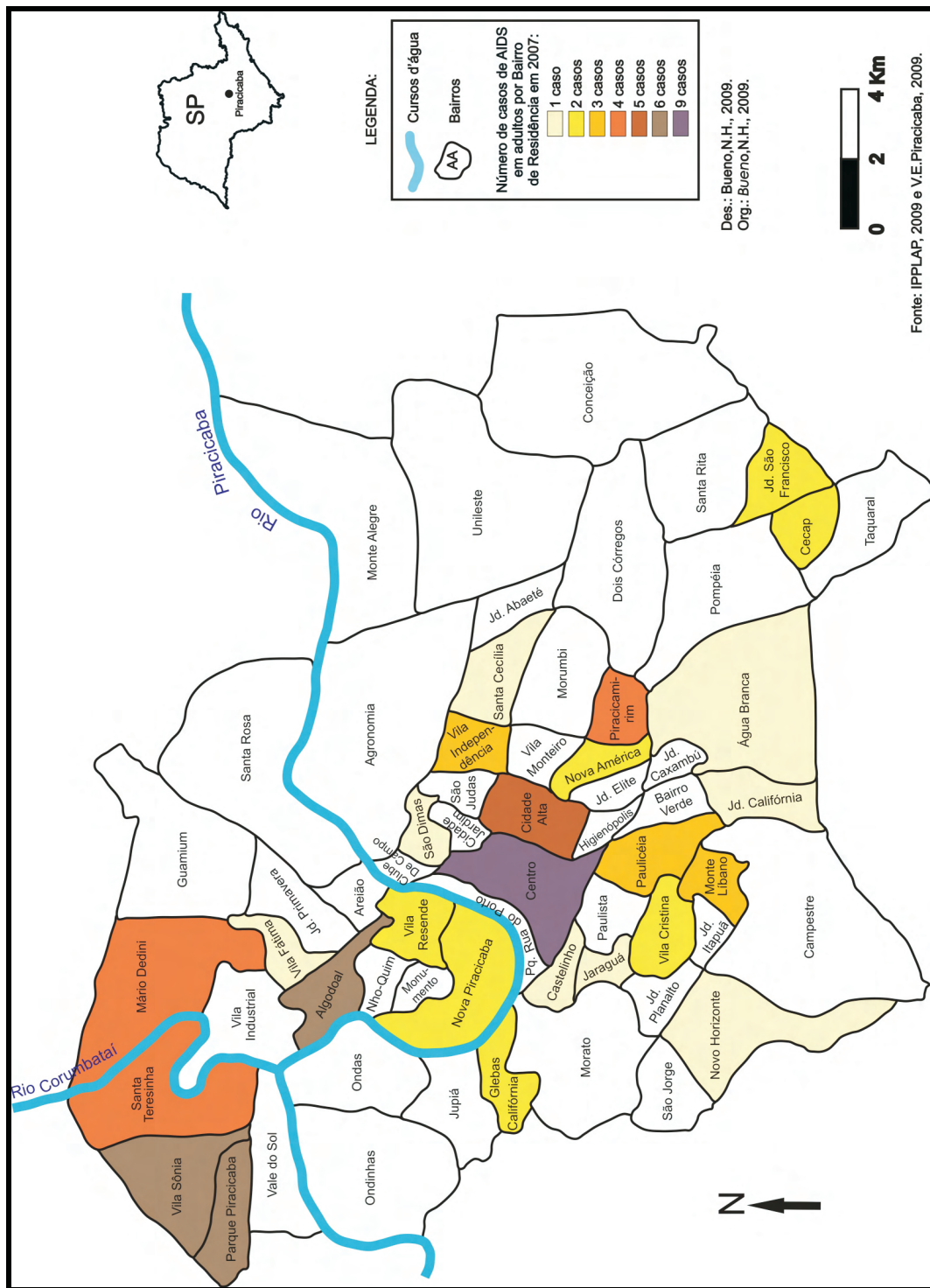


Figura 21 – Distribuição do Número de Casos da AIDS em Adultos por Bairro de Residência em 2007.

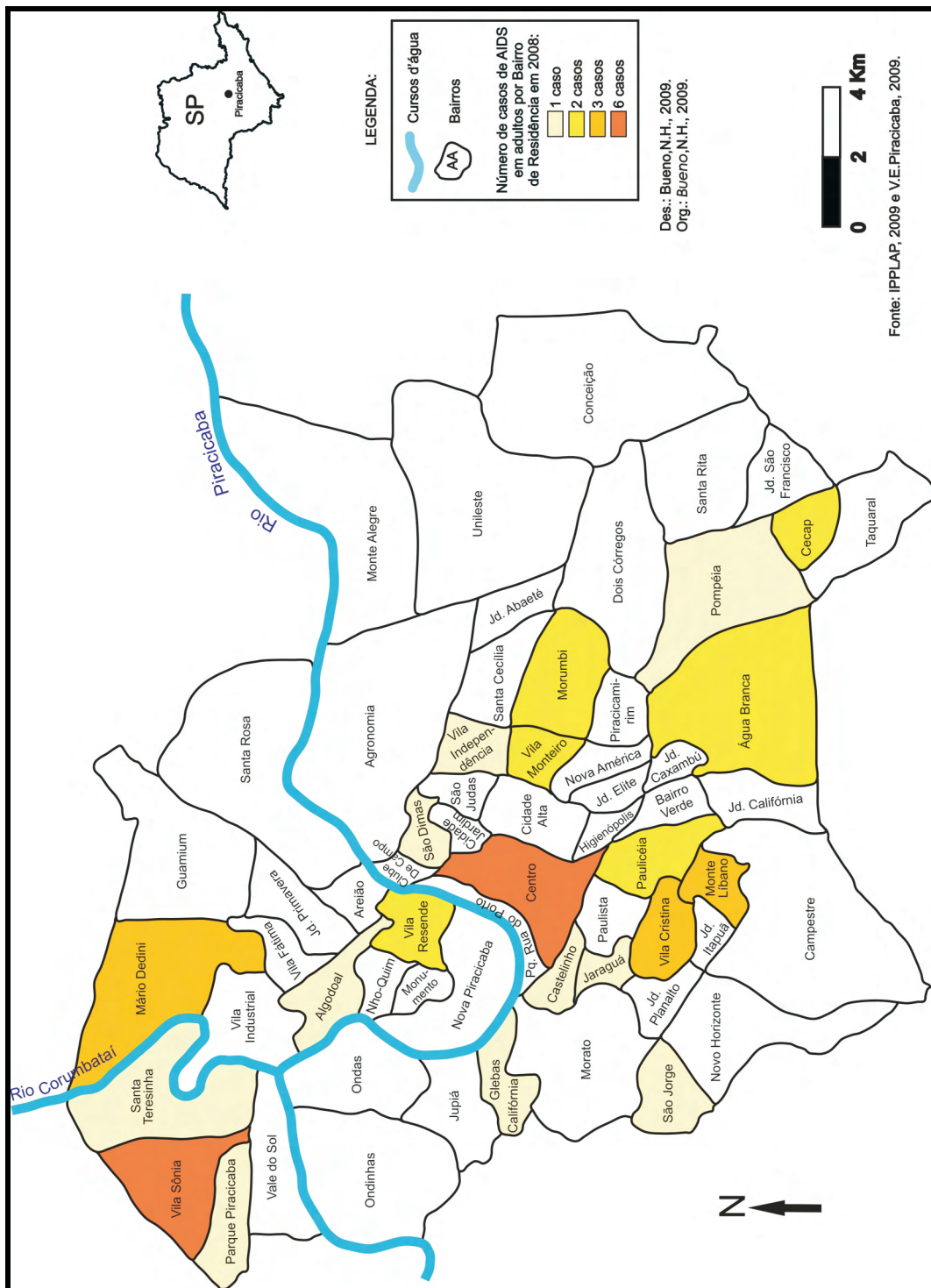


Figura 22 – Distribuição do Número de Casos da AIDS em Adultos por Bairro de Residência em 2008.

A distribuição do número de casos de AIDS em Piracicaba possibilita um recorte de assistência, ou seja, verificar os locais de maior ocorrência para que seja possível **cronificar** a doença, isto é, evitar a morte, seja através de tratamento médico, ou por aconselhamento, não permitindo a reinfecção e o agravamento de doenças oportunistas.

Atualmente, na cidade, tem-se somente o CEDIC (Centro de Doenças Infecto Contagiosas) responsável por todas as etapas de cronificação da AIDS. Assim, é importante debater a distribuição espacial da AIDS em território piracicabano sob dois aspectos. O primeiro acerca da distribuição sócio-espacial da doença e o segundo relacionando a localização geográfica dos bairros que apresentam maior número de casos com a localização do CEDIC, verificando se há uma significativa distância entre eles.

A figura 23 mostra uma síntese da distribuição quantitativa da doença nos bairros da cidade no período de 2002 a 2008, ou seja, a freqüência têmporo-espacial da AIDS, a qual exibiu padrões de desigualdade no que se refere a espacialização da doença.

O Boletim Epidemiológico (2008) destaca que tanto no Brasil, como no Estado de São Paulo, a epidemia, de uma maneira geral, abrange camadas sociais menos abastadas. Nesse contexto, verifica-se, na figura 23, uma maior somatória (185 casos) de diagnósticos em bairros da periferia, os quais revelam um rendimento médio mensal de 1 a 5 salários mínimos.

Ambos os bairros Novo Horizonte e São Jorge apresentam 6 casos da doença, resultando num total de 12, numa localidade que não ultrapassa uma renda mensal de 2 salários mínimos.

Já as unidades espaciais que apresentam rendimento médio mensal de 3 a 5 salários mínimos, somam 173 casos de AIDS, com destaque para os bairros a sudoeste: Vila Cristina (14 casos) e Monte Líbano (17 casos), aos que estão a noroeste como Santa Teresinha (18 casos), Vila Sônia (20 casos) e Mário Dedini (24 casos); logo em seguida, as unidades a sudoeste Jaraguá e Paulista, a sudeste Água Branca e ao noroeste Parque Piracicaba, todos esses com 9 casos.

Verifica-se, juntamente, com a figura 24, que os bairros citados estão distantes do CEDIC, principalmente, Mário Dedini, Santa Teresinha, Vila Sônia e Parque Piracicaba.

Diante desses fatos, infere-se que se deve pensar nos doentes que residem nesses bairros, levantando questionamentos acerca da acessibilidade aos serviços do CEDIC.

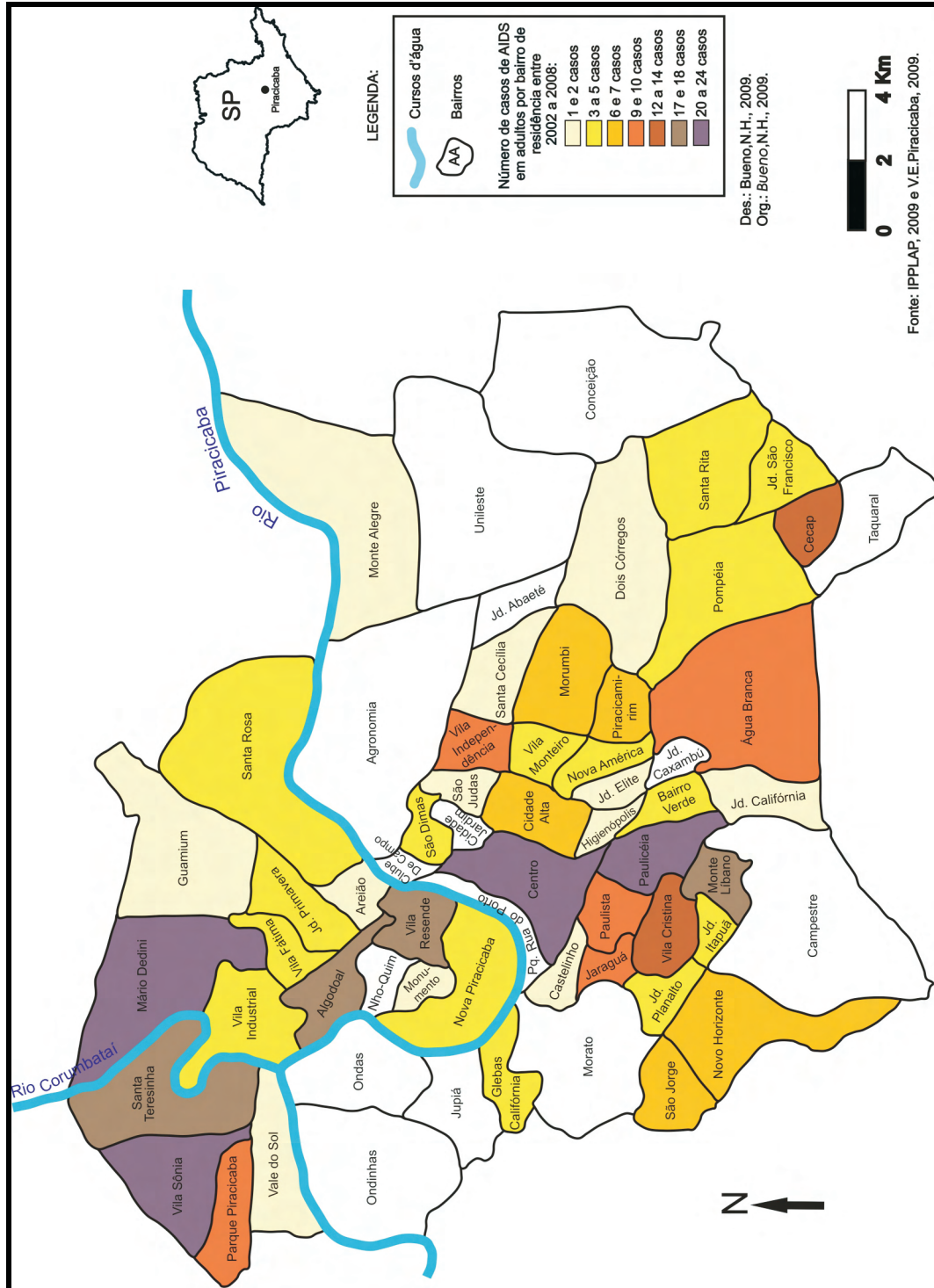


Figura 23 – Mapa da Distribuição do Número de Casos de AIDS em Adultos por Bairro de Residência no período de 2002 a 2008.

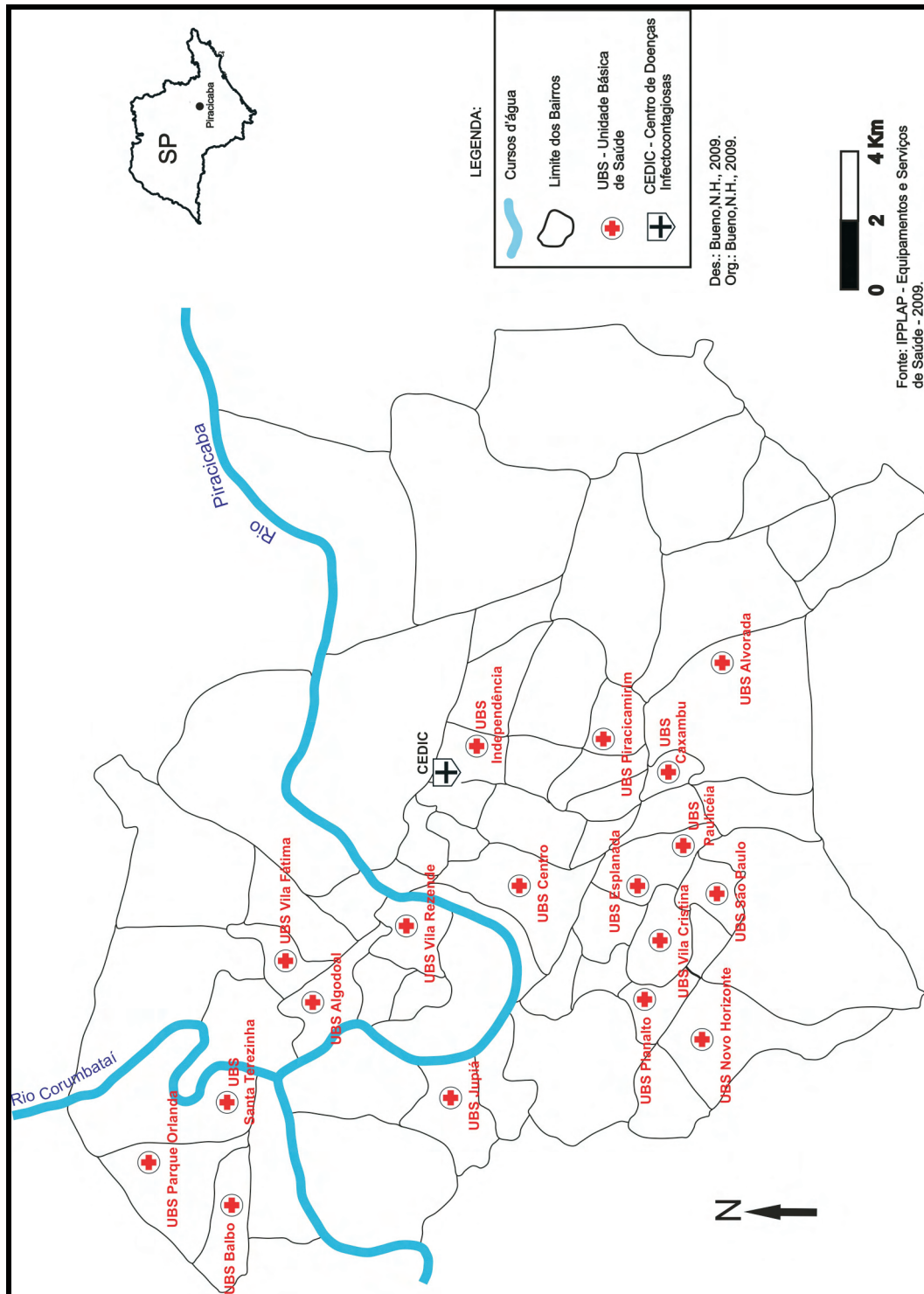


Figura 24 – Localização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e CEDIC (Centro de Doenças Infectocontagiosas).

O Serviço Único de Saúde (SUS) exige que os órgãos de saúde devam promover ao indivíduo doente a melhor acessibilidade. Diante disso, nota-se nas figuras 24 e 23, que o CEDIC não possui uma localização geográfica ideal, afinal, a maioria dos doentes são oriundos de bairros distantes do CEDIC.

Dessa maneira, a localização do CEDIC contraria a ideologia do SUS, pois esses pacientes necessitam de um monitoramento clínico especial, fazendo com que se desloquem algumas vezes na semana até lá, de ônibus, num trajeto que dura cerca de 1 hora ou 1 hora e meia, a depender da localidade em que estão.

Nas entrevistas, os seis indivíduos que residem em bairros periféricos, afastados do CEDIC, preferem ter acesso a um tratamento semelhante ao CEDIC nas UBS (Unidade Básica de Saúde) localizadas próximas de seus lares, ou em novas clínicas semelhantes ao CEDIC. Revelam que além da demora excessiva em chegar ao Centro de Tratamento, precisam adiar certos compromissos pessoais devido ao tempo que perdem no trajeto de ida e volta.

“...muitas vezes fico desesperada, porque preciso vim aqui no CEDIC e um dos meninos está na escola e ninguém pode buscar eles, então quando acontece isso, deixo de vim no CEDIC. E se tivesse esse atendimento lá no bairro, eu resolvia tudo por lá.”

Paciente E: Mulher, heterossexual, 32 anos.

“...vir aqui no CEDIC é mais fácil pra quem mora no Centro. Eu gasto mais de uma hora de ônibus pra chegar aqui. E eu tenho que vim algumas vezes na semana, me atrapalha, porque eu trabalho e estudo. Se tivesse atendimento lá perto de casa ia me ajudar muito.”

Paciente F: Mulher, heterossexual, 15 anos.

Os sete entrevistados são oriundos da relação de bairros que concentram um maior número de casos na cidade de Piracicaba. Tais como:

Mário Dedini, Santa Teresinha (dois indivíduos), Monte Líbano, Parque Piracicaba e Centro. A exceção é feita a um deles que mora no bairro Santa Rita, o qual apresentou 3 casos ao longo do período de 2002 a 2008.

Vê-se, dessa forma, que entre as pessoas entrevistadas, a maioria, 6 indivíduos, tem as suas casas localizadas em bairros com rendimento mensal que não ultrapassa os 5 salários mínimos, o que denota uma **pauperização** da AIDS, que, atualmente, acomete as camadas sociais menos abastadas.

Segundo Bastos e Fonseca (2007) essa característica sócio-econômica da epidemia deve-se principalmente a três fatores: falta de informação, falhas nos serviços de saúde, ou, ainda, a ausência de apreensão das informações, resultando num esquecimento da existência da doença, e do perigo iminente do contágio, fazendo com que muitos não se protejam.

A centralização de serviços para as DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) no CEDIC em Piracicaba permitiu falhas na assistência aos pacientes com AIDS, pois segundo declarações da assistente social chefe Sra. Leda Morão, a coleta de sangue ocorre nas UBS dos bairros, caso o resultado seja positivo para o HIV, esse exame direciona-se para o CEDIC, e este entra em contato com o doente para que procure o Centro com urgência. Contudo, ocorrem casos em que o paciente não vai até lá, atitude que impede a cronificação da AIDS, abreviando a vida desse indivíduo. Além do que essa pessoa, como não foi aconselhada, carece de informações importantes, como proteger-se para prevenir a reinfecção e não contaminar outras pessoas.

Outro fator relevante é com relação à distribuição da medicação anti retro-viral, a qual ocorre somente no CEDIC, com a retirada feita, obrigatoriamente, pelo próprio paciente. Conforme declaração dos entrevistados existem casos, em que o doente demora muito tempo para retirar seu medicamento, ocasionando em uma falha no tratamento.

A partir do momento em que a maioria dos casos está concentrado em bairros distantes do CEDIC, pode-se supor que alguns pacientes não vão até lá devido ao longo trajeto que tem de enfrentar.

Torna-se pois de suma importância pensar numa modificação nos serviços de saúde que monitoram os casos de AIDS na cidade: construir clínicas, tais como o CEDIC, em outras localidades da cidade, encurtando o trajeto realizado pelos doentes; permitir que os resultados positivos do anti-HIV

seja destinado às UBS dos bairros dos pacientes, para que o indivíduo possa retirar seu exame com rapidez e facilidade; consultar-se, receber aconselhamento e a medicação anti retro-viral também na própria UBS. Todos esses benefícios disponibilizados em um único local, facilitando a vida de muitos que sofrem com a infecção.

Capítulo 5 – Considerações Finais

O desenvolvimento deste trabalho pautou-se em duas premissas:

- I. As doenças infectocontagiosas são aquelas que maior mortandade causam no mundo;
- II. Sua erradicação em países emergentes, como o Brasil, é difícil devido à má qualidade de vida neles existentes e à má administração financeira, que destina recursos insuficientes para a saúde.

Considerando-se que a AIDS está inserida no âmbito das doenças infectocontagiosas e que a cidade de Piracicaba é uma das cidades apontadas pelo Ministério da Saúde como possuidora de um número significativo de casos dessa doença, pretendeu-se, através do estudo dos casos de AIDS nessa cidade, realizar a análise de suas categorias de exposição e características sócio-territoriais, evidenciando o recorte do assistencialismo e a mudança no perfil da epidemia (mudança apontada, em nível nacional, por esse mesmo Ministério).

Deve-se ressaltar que a escolha do universo de análise foi coerente, por ser uma cidade média, encaixou-se nos recentes estudos em território nacional, os quais apontam que há um preocupante aumento no número de diagnósticos da AIDS em cidades de pequeno e médio portes.

A metodologia empregada nessa investigação permitiu que os objetivos traçados fossem alcançados e as hipóteses confirmadas.

O conjunto de simples métodos e técnicas utilizados dentro da perspectiva da Geografia socioambiental revelam que é possível estruturar-se uma pesquisa séria com pouco recursos.

Mediante o estudo dos mapas e das entrevistas com pacientes do CEDIC, foi possível detectar falhas no sistema municipal de saúde, o qual deveria dar total respaldo clínico e psicológico aos doentes, proporcionando-lhes maior acessibilidade a esses serviços.

A análise qualitativa sobre os dados adquiridos foi complementada coerentemente com as entrevistas realizadas no CEDIC (pacientes e funcionários), confirmando, muitas das vezes os números obtidos no banco de dados, além de evidenciar as observações, críticas, sentimentos e soluções

propostas por aqueles que convivem com a infecção dia-a-dia, seja como doente ou profissional da saúde.

A mudança no perfil da doença foi confirmada em Piracicaba através da análise individual das categorias de exposição, já o perfil da epidemia na cidade pôde ser traçado de maneira coesa a partir do momento em que se cruzaram tais categorias.

Os resultados e conclusões obtidos no que se refere à **Razão por Sexo** demonstram que houve um aumento de diagnósticos entre as mulheres e não uma diminuição entre os homens. De um modo geral, as mulheres, atualmente, atingem marcas antes registradas somente no universo masculino, caracterizando-se assim, uma feminização da epidemia.

No que tange à **Frequência por Sexo Segundo Faixa Etária** em ambos os sexos, a faixa etária dos 30 aos 39 anos é aquela que apresenta um maior número de casos. Já no intervalo dos 40 aos 49 anos, viu-se uma ascendência de diagnósticos, especialmente entre homens, cerca de 29%. Aqui se configura a descaracterização da doença, pois na década passada, em Piracicaba, o grupo de risco eram os homens dos 20 aos 29 anos.

Entre os indivíduos do sexo feminino, observou-se que a faixa dos 40 aos 59 anos demonstra uma gradual elevação nos diagnósticos.

A partir do momento em que nota-se uma ascendência de casos entre mulheres (principalmente no intervalo dos 30 aos 39 anos), tem-se um quadro preocupante, afinal, essas mulheres mais afetadas estão em idade fértil, dessa maneira, o risco de ocorrer gravidez, e conseqüentemente, a transmissão vertical é alto, caso os serviços de saúde não lhes dêem a assistência necessária.

A categoria **Frequência por Sexo Segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis** mostra que o maior número de casos ocorre entre mulheres heterossexuais, seguidas pelas também heterossexuais que possuem parceiro(s) de risco indefinido, e depois por aquelas heterossexuais e UDI.

Entre os homens, um elevado número de diagnósticos manifesta-se naqueles que são heterossexuais e possuem parceiro(s) de risco indefinido, seguido pelos heterossexuais/UDI e, finalmente pelos homossexuais.

Ao longo do período de 2002 a 2008, destaca-se uma estabilidade no número de casos entre homens heterossexuais com parceiros de risco indefinido. Por outro lado, ocorre uma leve elevação no universo feminino, principalmente a partir de 2006.

Vale ressaltar que o maior número de heterossexuais doentes na cidade deve-se à feminização da doença, pois ainda os homens homossexuais são a maioria.

Os dados da **Freqüência por Faixa Etária segundo Preferência Sexual e Uso de Drogas Injetáveis** retratam que os heterossexuais na faixa etária dos 30 aos 49 anos são aqueles que apresentam um elevado número de casos, totalizando 148 diagnósticos.

O maior número da epidemia mostra-se entre os heterossexuais e heterossexuais com parceiro(s) de risco indefinido, dos 40 aos 49 anos, ambos apresentando, respectivamente, 85 e 45 diagnósticos.

É interessante notar que em 1990, 1995 e 2000, na cidade de Piracicaba, esses dados eram vistos em grupos mais novos (20 a 39 anos).

Essa migração de diagnósticos para faixas etárias mais avançadas com comportamento sexual de risco deve-se à elevação no número de relações sexuais, graças à indústria farmacêutica e a medicina estética, as quais trouxeram o Viagra, os cosméticos rejuvenescedores e as cirurgias plásticas.

No entanto, infelizmente, entre essa camada da sociedade, o aumento das relações sexuais com parceiros de risco indefinido, acusa uma preocupante irresponsabilidade, pois a mudança comportamental não acompanhou, na mesma proporção uma mudança de atitude, pois, o uso de preservativo, na última relação sexual entre esse grupo não é constatada, como observou Souza (2004) em seus estudos.

Em se tratando da Distribuição Espacial da AIDS em Piracicaba, deve-se destacar que o maior número de casos ocorre em bairros de rendimento médio mensal de 1 a 5 salários mínimos. Nota-se uma significativa elevação de diagnósticos, principalmente no bairro Mário Dedini.

Graças a essa distribuição pôde-se notar que o CEDIC (Centro de Doenças Infectocontagiosas) está distante dos bairros que apresentam um maior número de doentes, assim, vê-se que tal Centro não possui uma localização geográfica ideal. Afinal, os pacientes doentes e carentes oriundos

dessas unidades espaciais de renda baixa usam ônibus para se deslocar, levando cerca de uma hora e meia nesse trajeto.

Bairros como Mário Dedini, Santa Teresinha, Vila Sônia e Parque Piracicaba que apresentam um grande número de indivíduos com AIDS estão significativamente distantes do CEDIC, assim, essa localização geográfica problemática compromete o assistencialismo aos pacientes. Pois como fora visto nos depoimentos das entrevistas, a maioria deles está insatisfeita com a alocação do CEDIC, pois perdem muito tempo no trajeto, sendo prejudicados nos seus compromissos pessoais e profissionais.

Segundo essa espacialização viu-se um menor número de casos em bairros de renda elevada. Em contrapartida, somou-se um total de 185 casos de AIDS em bairros de periferia, com um rendimento médio mensal de 1 a 5 salários mínimos.

Assim, uma vez conhecido o perfil da AIDS em Piracicaba, ou seja, os grupos de indivíduos e as unidades espaciais mais afetadas ressaltando as suas causas e consequências; e, finalmente evidenciando a dificuldade do acesso ao serviço de saúde (CEDIC) que atende aos indivíduos doentes, o poder público pode efetivar o planejamento das ações em saúde, buscando direcionar suas políticas, promovendo a realização da justiça social, através da prevenção e do assistencialismo os quais são fundamentais para impedir a morte do paciente e o crescimento do número de casos de AIDS na cidade de Piracicaba justificando assim a importância desse estudo.

Vale destacar que investigações como a da presente pesquisa são necessárias para retratar a realidade sob uma perspectiva qualitativa, pois a Vigilância Epidemiológica de Piracicaba, segundo as palavras da Sra. Anna Lindo (Responsável Técnica), não é elaboradora de políticas públicas, como o CRT DST/AIDS na cidade de São Paulo (Centro de Referência e Tratamento em DST/AIDS), mas sim, executora, isto é, somente manipula os dados no Banco de Dados SINANW da Secretaria Estadual de Saúde, inserindo-os e organizando-os.

Nota-se então uma falha, uma vez que Fossaert (1974 apud Teixeira e Risi Jr., 1994) salienta que são funções da vigilância epidemiológica:

- Coleta de dados;
- Processamento de dados coletados;

- Análise e interpretação dos dados processados;
- Recomendação das medidas de controle apropriadas;
- Promoção das ações de controle indicadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações pertinentes.

5.1 – Propostas

Esse olhar totalizador da Geografia Médica auxilia a compreensão dos principais problemas de saúde pública, pois sua visão espacial através de técnicas de mapeamento e sua abordagem socioambiental permitem uma ampla análise dos padrões de distribuição de doenças, possibilitando a construção de políticas públicas em saúde e o planejamento urbano, com o intuito de investir em qualidade de vida nas localidades que mais necessitam de atenção, impedindo a iniquidade social.

Dessa forma, a presente investigação permitiu tecer as seguintes propostas:

- I. Construção de clínicas similares ao CEDIC em diferentes pontos da cidade para atender eficientemente aos doentes de bairros periféricos.
- II. Caso não seja possível providenciar tal medida, pensa-se na capacitação da equipe das UBS dos bairros, para que estas atendam plenamente os indivíduos com AIDS.
- III. Permitir que os resultados positivos anti-HIV sejam destinados às UBS nos bairros dos pacientes para que o indivíduo possa retirar seu exame com rapidez e facilidade.
- IV. Palestras diferenciadas para mulheres e gestantes HIV+ divulgando os riscos da infecção pela transmissão vertical.
- V. Atendimento diferenciado às gestantes HIV+ nas UBS de seus bairros de origem para que não tenham que se deslocar até o CEDIC.

- VI. Divulgação de programas educacionais de prevenção e cronificação HIV/AIDS, evitando a disseminação da epidemia.

Capítulo 6 – Bibliografia

ALMEIDA, E. P. Uso do Território Brasileiro e os Serviços de Saúde no Período Técnico-Científico-Informacional. **Tese** (Doutorado). Universidade de São Paulo – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – Departamento de Geografia. 2005, 313 p.

BASTOS, F.I e Szwarcwald, C. L. AIDS e Pauperização: Principais Conceitos e Evidências Empíricas. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16 (Sup.1):65-76, 2000.

BASTOS, F.I. e BARCELLOS, C. Geografia Social da AIDS no Brasil. In: **Revista de Saúde Pública** 29 (1): 52-62, 1995.

BASTOS. F. I. e FONSECA. M. G. P. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup 3:S333-S344, 2007.

BOLIGIAN, A. T. A. Problemas de Saúde no Bairro Quarentenário – São Vicente (SP): Uma questão de poluição ambiental? **Dissertação** de mestrado, área de concentração em organização do espaço; UNESP – IGCE. Rio Claro (SP) 1999. 133 p.

CARVALHO, A. P. A. de. Meio ambiente urbano e saúde no município de Salvador/BA. Rio Claro – SP. **Tese** (doutorado) IGCE – UNESP – RC. 1997.

CASTILHO, E. A. e CHEQUER, P. Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil. In: **Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a Epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar Ed. ABIA. 1997.

CASTILHO, E. A. de; CHEQUER, P.; SZWARC WALD, C. L. In: **Epidemiologia & Saúde**. Ed. MEDSI. 1999.

CERIGNONI, R.C.M., MENEGHETTI, G.J. Monografia: Centro de Doenças Infectocontagiosas. **Monografia** apresentada às Faculdades Integradas Maria Imaculada – Centro de Ciências Sociais e Humanas de Piracicaba. Piracicaba, 2000.

CHRISTOFOLETTI, A. **Modelagem de Sistemas Ambientais**, Edgard Blucher, Rio Claro, 1999.

CLIFF, A. D.; HAGGETT, P.; ORD, J. K.; VERSEY, G. R. **Spatial Diffusion; An Historical Geography of Epidemics in an Island Community** Cambridge. Cambridge University Press, 1981.

COSTA, M. C. N. e TEIXEIRA, M. G. L. C. A concepção de “espaço” na investigação epidemiológica. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, 15(2) : 271-279, 1999.

DOMINGOS, Amanda E. Alterações climáticas e doenças cardiovasculares no município de Santa Gertrudes-SP. **Monografia** apresentada ao Instituto de Geociências e Ciências Exatas da UNESP Rio Claro, 2001.

FILHO, N. A. de. Uma breve história da epidemiologia. In: **Epidemiologia & Saúde**. Ed. MEDSI. 1999.

GARRIDO, P.B.; PAIVA, V.;NASCIMENTO, V. L.V. do.; SOUSA, J.B.; SANTOS, N.J.S. AIDS, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. In: **Revista de Saúde Pública**. 2007;41(Supl. 2):72-9.

GEORGE, P. **Geografia Urbana**. São Paulo: DIFEL, 1983.

_____. “ Aspectos da Vida Social Urbana: A Doença e a Morte”. In: **Geografia Urbana**. São Paulo: DIFEL, 1983.

GERARDI, L. H. O e SILVA, B. C. N. **Quantificação em geografia**. DIFEL, São Paulo, 1981. 161 p.

GOLDBAUM, A. A epidemiologia em busca da equidade em saúde. In Barata RCB, Barreto ML, Almeida F^o NM, Veras RP (orgs.) **Equidade e Saúde**. Contribuições da Epidemiologia. Editora Fiocruz/ Abrasco, Rio de Janeiro. 1997, p. 63-80.

GONÇALVES, R.B.M. **Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia**. Campinas, São Paulo, Abrasco, 1990.

GUIMARÃES, R.B. **Saúde Urbana**: velho tema, novas questões. Terra Livre, São Paulo, nº 17, pp-170, 2^o semestre de 2001.

_____. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21 (4) : 1017-1025, jul-ago, 2005.

HÄGERSTRAND, Torsten. The propagation of innovation waves. **Lund Studies in geography**, series B, n.4,1952.

HORNSBY, K. Spatial Diffusion: Conceptualizations and formalizations". **National center for geographic information and analysis**. Orono: University of Maine, 1998.

LACAZ, C. da S.; et all (org). **Introdução à Geografia Médica do Brasil**. Edgard Blucher, São Paulo, 1972, 569-p.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1993, 321 p.

MARSIGLIA, R. G.; BARATA, R. C. B.; SPINELLI, S. P. Determinação social do processo epidêmico. **Textos de apoio-Epidemiologia**. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1985, 283 p. 129.

MAZETTO, F. A. P. Análise da qualidade de vida urbana através do indicador de saúde (doenças transmissíveis): o exemplo de Rio Claro – SP. **Dissertação**

de mestrado, área de concentração em organização do espaço; UNESP – IGCE. Rio Claro (SP) 1996. 219 p.

MAZETTO, F. A. P. Difusão espacial da AIDS Estado de São Paulo: uma proposta metodológica em Geografia Médica. **Tese (doutorado)** UNESP – IGCE. Rio Claro (SP) 2001. 237p.

MEDRONHO, R. de A. **Geoprocessamento e Saúde** – Uma Nova Abordagem do espaço no Processo Saúde-Doença. FIOCRUZ. Rio de Janeiro/RJ, 1995.

MENDONÇA, F. de. A. **Aspectos da interação Clima-Ambiente-Saúde Humana:** da relação sociedade-natureza à (in) sustentabilidade ambiental. RA'EGA, Curitiba, Editora da UFPR, n.4, p.85-99, 2000.

MENDONÇA, F. de. A. **Geografia socioambiental.** Terra Livre, São Paulo, n.16, p. 113-132, 1º semestre de 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico AIDST** 2006.

_____. **Boletim Epidemiológico AIDST** 2007.

_____. **Boletim Epidemiológico AIDST** 2008.

MONKEN, M., PEITER P et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In **Território, Ambiente e Saúde** (org) Carvalho A., Barcellos C., Moreira J., Monken M. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PARAGUASSU-CHAVES, C. A. **Geografia Médica ou da Saúde** – espaço e doença na Amazônia Ocidental. Porto Velho, Edufro, 2001.

PESSOA, S.B. **Ensaio médico-sociais.** Rio de Janeiro, Guanabara, 1960.

PESSOA, S.B. **Ensaio Médico Social**. (org.) Bonfim. A. de. F. R. J., Filho.C. da. C. D. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1983.

PITTON, S.E.C. As cidades como indicadores de alterações térmicas. **Tese** (Doutorado) F.F.L.C.H., Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 1997

ROJAS, L. I. Geografia y Salud: Temas y Perspectivas en América Latina. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 14:701-711. Rio de Janeiro, 1998.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia descritiva. In: **Epidemiologia & Saúde**. Ed. MEDSI. 1999. 570 p.

ROUQUAYROL, M. Z. e FILHO, N. A. Elementos de metodologia para a pesquisa epidemiológica. In: **Epidemiologia & Saúde**. Ed. MEDSI. 1999. 570p.

ROUQUAYROL, M. Z. e GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: **Epidemiologia & Saúde**. Ed. MEDSI. 1999. 570 p.

SANTOS, M. **A urbanização brasileira**. Editora Hucitec. São Paulo, 1994, segunda edição. 157 p.

_____. **O espaço do cidadão**. São Paulo:Nobel, 1996, 3ª ed.

SILVA, A. A. Dantas; Complexo Geográfico, Espaço Vivido e Saúde. **Caderno Prudentino de Geografia**, n. 25, p. 97 – 109, 2003.

SILVA, L.J. O Conceito de Espaço na Epidemiologia das Doenças Infecciosas. In: **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 13(4): 585-593, out-dez, 1997.

SORRE, M. Principios Generales de La Geografia Médica, Geografia Médica y Eúcumene. In: **Fundamentos Biológicos de La Geografia Humana**. Ensayo de una ecologia del hombre. Editora Juventud, Provenza, Barcelona, 1ª Edição, agosto de 1955, pp-293-337.

SORRE, M. A adaptação ao meio climático e Biossocial – Geografia Psicológica. *In*: MEGALE, J.F.(org); Max Sorre – Geografia – **Coleção Grandes Cientistas Sociais**, 46. São Paulo, Ática, 1984.

SPERANDIO, T. M. Qualidade ambiental e de vida humana: as alterações sócio-ambientais e a proliferação da dengue em Piracicaba – SP. **Dissertação** (mestrado) UNESP – IGCE. Rio Claro (SP) 2006. 173 p.

SZWARCWALD CL, SOUZA-JÚNIOR PRB. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. **Boletim Epidemiológico AIDST 2006**; Ano III, no. 1. p. 11-5.

TAVARES, A. C. Variabilidade e mudanças climáticas. 2001. **Tese**. Livre Docência em Climatologia – IGCE – UNESP, Rio Claro, 2001.

TEIXEIRA, M. G. e RISI JUNIOR, J. B. Vigilância Epidemiológica. *In*: **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Brasília, Brasil, 1994.

TRUJILLO, A. T. F.; Clima y Salud: una Mirada desde la percepción de la población. **Caderno Prudentino de Geografia**, n. 25, pp. 77 – 96, 2003.

WORLD BANK. Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic. Washington, **Oxford Epidemic**. Washington, Oxford University Press, 1997, 353p.

ZANCAN, L. F. Dilemas morais nas políticas de saúde: o caso da AIDS. Uma aproximação a partir da bioética. **Dissertação** de Mestrado Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.

SITES CONSULTADOS:

www.cve.saude.sp.gov.br – último acesso em 20 de novembro de 2009.

www.funasa.gov.br - último acesso em 20 de novembro de 2009.

www.ibge.gov.br - último acesso em 18 de novembro de 2009.

www.scielo.br – último acesso em 17 de novembro de 2009.

www.saude.gov.br – último acesso em 18 de novembro de 2009.

www.ipplap.com.br – último acesso em 18 de novembro de 2009.

www.aids.gov.br – último acesso em 17 de novembro de 2009.

www.piracicaba.sp.gov.br – último acesso em 17 de novembro, de 2009.

www.ihgp.org.br – Site do Instituto Histórico-Geográfico de Piracicaba - último acesso em 18 de novembro de 2009.

www.datasus.gov.br – último acesso em 18 de novembro de 2009.

www.jpjornal.com.br – último acesso em 20 de novembro de 2009.

www.who.int/en - Site Oficial da OMS - último acesso em 20 de novembro de 2009

www4.ensp.fiocruz.br/csp – Site da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ – último acesso em 20 de novembro de 2009.

www.onu-brasil.org.br/agencias_unaids.php - Site Oficial da UNAIDS Brasil – último acesso em 18 de novembro de 2009.

ANEXOS

Anexo 1: Questões das entrevistas realizadas com
pacientes do CEDIC

ENTREVISTA – PACIENTES CEDIC

- 1 – Nome (Opcional):
- 2 – Sexo:
- 3 – Idade:
- 4 – Profissão:
- 5 – Renda (Opcional):
- 6 – Bairro em que reside:
- 7 – Qual é a sua preferência sexual? É usuário de drogas injetáveis?
- 8 – Qual é o seu estado civil?
- 9 – Como contraiu o vírus?
- 10 – Está satisfeito(a) com o atendimento que é oferecido pelo CEDIC?
- 11 – Esta satisfeito (a) com a atenção que os governantes do município oferecem às pessoas com AIDS? Se, não, diga, o que está faltando?
- 12 – O senhor(a) desejaria que o atendimento ocorresse em seu bairro para que não tenha que se deslocar até o CEDIC? Se, sim, diga o motivo.
- 13 – Existem pessoas que o senhor (a) conheça que deixam de se tratar, pois gostariam de receber cuidados no bairro em que residem?

Anexo 2: Entrevistas - CEDIC

Entrevista I

- **Pesquisadora:** Há quanto tempo a senhora desenvolve seu trabalho no CEDIC?
- **Sra. Leda:** Desde 1989, a partir do momento que se iniciaram os primeiros serviços aqui no CEDIC.
- **Pesquisadora:** Como funciona o atendimento aos pacientes no CEDIC?
- **Sra. Leda :** As pessoas vem espontaneamente ; encaminhadas por médicos de Planos de Saúde privados, ou são chamadas através de nossa equipe quando recebemos o resultado positivo da testagem anti-HIV. Devo deixar claro, que na maioria das vezes o resultado do exame é aberto pela equipe de assistentes sociais. Pois o Programa Municipal DST/AIDS permite que a equipe multiprofissional transmita resultados de exames aos indivíduos suspeitos. Esse procedimento ocorre em sigilo, aqui no CEDIC. Assim, ele é preparado antes de entrar no consultório médico, onde receberá conselhos e a prescrição dos medicamentos anti retro-virais. No entanto, quando esse doente não aparece para buscar aconselhamento e medicamentos, entramos em contato várias vezes, mas, infelizmente, alguns se negam a vir aqui, ou simplesmente não o encontramos. Preciso dizer que as UBS dos bairros fazem a 1ª coleta sob pedido do médico local e envia para o laboratório. Caso necessite de uma segunda amostra sanguínea, como costumeiramente ocorre em casos de suspeita de infecção por HIV, o laboratório manda direto para o CEDIC, nós chamamos o paciente, sem sabermos se ele está doente ou não, ele é encaminhado para a consulta com o infectologista e lá no consultório será dado o resultado.
- **Pesquisadora :** Como ocorre a triagem para aqueles que procuram diretamente o CEDIC?
- **Sra. Leda:** Ocorre uma triagem clínica, a qual envolve o grupo de assistentes sociais. Primeiramente, fazemos um entrevista para conhecermos a vida do paciente, se ele realmente tem motivos para

estar desconfiado que esteja doente e quais são esses motivos, logo depois a coleta sanguínea, descobrindo assim, se ele está infectado, se é somente soropositivo ou já manifesta AIDS, e finalmente, o aconselhamento, uma etapa extremamente importante, que ocorre somente entre o paciente e sua assistente social, com total sigilo, ressaltando as medidas que ele deve tomar dali pra frente, evitando a reinfecção, tanto através do uso de drogas injetáveis como pela realização de sexo inseguro sem o uso de preservativo e a responsabilidade de tomar a medicação anti retro-viral regularmente, conforme prescrição médica.

- **Pesquisadora:** Existem grupos de acompanhamento psicológico? Os chamados grupos de apoio? E como se dividem?
- **Sra. Leda:** Sim, temos grupos de apoio. Na verdade chamamos de Terapia Social. Não existe nenhuma imposição, cada um entra no grupo que quiser, ou opta para o atendimento individual.
- **Pesquisadora:** Existe um atendimento residencial ao doente?
- **Sra. Leda:** Existe a visita domiciliar, no caso dos faltosos em consultas e exames de rotina. O médico manda o pedido para o serviço social, este vai até a residência do paciente, a maioria retorna e aderem ao tratamento, porém, temos muitos resistentes. Que não querem sair de seus bairros para se tratarem aqui no CEDIC.
- **Pesquisadora:** Nas UBS dos bairros ocorre atendimento semelhante ao que é oferecido pelo CEDIC?
- **Sra. Leda:** De maneira nenhuma, as UBS e as PSF (Programa de Saúde da Família) não permitem a criação de vínculo com os doentes. Dessa maneira, muitas das vezes não dizem que são soropositivas, ou que tem sintomas de doenças oportunistas, as quais caracterizam AIDS.
- **Pesquisadora:** Os pacientes do CEDIC estão inseridos em que camada social?
- **Sra. Leda:** Residem, na sua grande maioria, em bairros carentes, distantes do CEDIC. E, conforme vamos conhecendo eles descobrimos que passam muitas dificuldades financeiras, alguns

deles tem de trabalhar em dois empregos, e assim vai. Realmente são muito carentes, tanto financeiramente, como emocionalmente.

- **Pesquisadora:** A Sra acredita que ainda há preconceito sobre os indivíduos infectados?
- **Sra. Leda:** Sem dúvida. O preconceito, ainda é terrível. Temos relatos de pacientes que sofrem preconceito em seus trabalhos, dentro de seus lares e algumas vezes dos profissionais da saúde. E tudo isso deve-se a falta de informação e amor ao próximo.
- **Pesquisadora:** Quais medidas devem ser tomadas pelos órgãos de saúde de Piracicaba para que se promova a disseminação de informações?
- **Sra. Leda:** É necessário que os demais serviços de saúde sigam o exemplo do CEDIC, que assiste com êxito os seus pacientes, tanto no quesito médico, quanto no âmbito da assistência social.

Entrevista II : Médica Infectologista do CEDIC – Dra. Lucy Pereira.

- **Pesquisadora:** Qual é o perfil dos pacientes do CEDIC?
- **Dra. Lucy:** A maioria dos pacientes que aqui freqüentam possuem AIDS e tomam os chamados coquetéis anti retro-virais. Atualmente, a população infectada é diversificada. Não existem mais os grupos de risco do início da epidemia.
- **Pesquisadora:** A Sra poderia descrever o perfil deles por sexo, faixa etária, preferência sexual, evidenciando também como contraíram a infecção?
- **Dra. Lucy:** Atendo aqui pacientes com mais de 40 anos, de ambos os sexos, principalmente heterossexuais. Mas vejo que há um maior número de doentes entre as mulheres de 30 a 37 anos. A última que atendi aqui é heterossexual, com 37 anos, e mantém relação sexual com vários parceiros, tanto, que foi infectada através disso. Existem também alguns jovens, na casa dos 20 anos, de ambos os sexos, e na maioria heterossexuais.

Mas o que mais me surpreende, é o aumento da doença entre aqueles que possuem 40 anos ou mais. Atendi aqui alguns senhores acima dos 50 anos, já com AIDS. Uma parte se infectou há muito tempo e só agora manifestaram a doença, no entanto, a maioria contraíram o HIV depois dos 40 anos e agora por volta dos 50 estão com AIDS.

Quando pergunto como acreditam ter adquirido a doença, muitos deles dizem ser separados e usuários de Viagra, para tornarem-se mais ativos, sexualmente falando e afirmam ter adquirido a infecção através de relações sexuais desprotegidas. E quando pergunto à eles porque não se protegeram, eles dizem que não vem necessidade, pois nunca usaram preservativo e não é agora depois de velhos que vão usar. Outros dizem ter problemas de disfunção erétil e assim não conseguem manipular a camisinha. De uma maneira geral, esse novo contingente da epidemia, vamos dizer assim, é muito resistente, até mesmo para fazer o tratamento com o coquetel anti retro-viral.

Posso finalizar assim, eu percebo que houve um grande aumento de mulheres com AIDS, principalmente entre 30 e 40 anos. Já acima dos 40 vejo mais homens doentes, no entanto, também atendo muitas mulheres, e esse número vem crescendo, elas dizem ter adquirido a doença através de seus maridos infieis. Chegam aqui inconsoláveis.

- **Pesquisadora:** A senhora acredita que esse aumento no número de casos de AIDS entre mulheres, na faixa dos 30 anos, em idade fértil, pode acarretar numa maior incidência de gestantes HIV e crianças expostas, ou até mesmo, numa elevação da transmissão vertical?
- **Dra. Lucy:** Segundo minha experiência posso dizer que sim. Pois, já tive pacientes que descobriram que tinham AIDS somente no pré-natal. Outras transmitiram o vírus para seus filhos através do aleitamento materno.
- **Pesquisadora :** De uma maneira geral, qual é a condição sócio-econômica dos pacientes atendidos?
- **Dra. Lucy:** A maioria dos pacientes são de baixa renda.
- **Pesquisadora:** Nas UBS dos bairros ocorre atendimento semelhante ao que é oferecido no CEDIC?

- **Dra. Lucy:** Não. Posso afirmar com certeza pois conheço muito bem o funcionamento das UBS aqui em Piracicaba. Seria muito interessante se houvesse atendimento adequado nas UBS dos bairros para os portadores de AIDS. No entanto, isso não ocorre devido principalmente à problemas políticos, pois não existe uma vontade em descentralizar o tratamento da AIDS. Afinal, mesmo aqueles que vão em clínicas particulares ou médicos particulares para se tratar só podem retirar o medicamento aqui.
- **Pesquisadora:** Por que seria interessante que houvesse tratamento para as pessoas com AIDS nas UBS?
- **Dra. Lucy:** Primeiramente devo dizer que os pacientes com AIDS devem ter uma atenção diferenciada, e por quê? Porque os portadores de HIV, ou seja, os pacientes assintomáticos, só vem ao CEDIC de 6 em 6 meses fazer a coleta sanguínea para a contagem viral. Ainda não apresentam as doenças oportunistas, dessa maneira, não tomam o coquetel anti retro-viral.

Já os pacientes com AIDS, apresentam uma lista de doenças oportunistas, tais como, Sarcoma de Kaposi, Tuberculose, Candidíase oral, entre outras. Necessitam assim, de atenção redobrada, precisam vir ao CEDIC com grande frequência, pois além de tomarem o coquetel anti retro-viral, também tomam fortes medicamentos para tratar tais doenças. E como estão muito fracos, seria interessante ter UBS com profissionais capacitados para atender essa população.

Claro que existem as ambulâncias que podem trazê-los aqui, no entanto, pode-se facilitar a vida dessas pessoas dando maior acessibilidade ao tratamento.

Preciso dizer outra coisa, alguns pacientes tem vergonha de vir aqui se tratar, pois é sabido, que o CEDIC dá tratamento a pessoas com AIDS. E esses doentes já são estigmatizados pela sociedade, em vários setores, assim, se ocorresse essa descentralização, eles iriam nas UBS, sem correrem o risco de serem rotulados.

Alguns deixam de vir aqui devido à essa vergonha, e isso compromete o tratamento.

- **Pesquisadora:** A senhora acha possível que ocorra essa descentralização no tratamento da AIDS aqui em Piracicaba?
- **Dra. Lucy:** Acredito que sim. Desde que haja vontade política para isso. Contratando um maior número de médicos infectologistas, treinando a equipe das UBS, para que aprendam a lidar com esse tipo de problemática. Construindo novas clínicas, para atender a um maior número de doentes possível.

Entrevista III : Pacientes do CEDIC

Deve-se ressaltar que para se preservar a ética científica, os nomes dos sete pacientes entrevistados não são revelados.

As questões que foram feitas aos doentes encontram-se em anexo.

Paciente A – Respostas:

1 – Nome (Opcional):

2 – Masculino.

3 – 42 anos.

4 – Metalúrgico.

5 – Tenho uma renda de três salários mínimos.

6 – Moro no bairro Monte Líbano.

7 – Sou homossexual. Nunca usei drogas.

8 – Solteiro.

9 – Peguei o vírus do meu ex-companheiro, morei com ele durante 5 anos, e aí, ele me traiu com outras pessoas, e aí ele passou a doença pra mim.

10 – Estou muito satisfeito com o CEDIC, não tenho do que reclamar.

11 – Não “ tô” satisfeito, de jeito nenhum. Porque eu que tenho AIDS, não tenho atendimento adequado na UBS do bairro, pois quando tenho crises nos finais de semana, vou até lá, e eles não me dão os remédios que preciso, fico internado na UBS até a segunda, e aí na segunda pela manhã uma ambulância me leva para o CEDIC. Sinto que o pessoal lá não ta preparado para atender pessoas com AIDS, parece que eles tem medo de mim. Medo de pegar AIDS, sei lá.

12 – Sim, desejaria que me atendessem na UBS, como aqui no CEDIC. Ficaria mais fácil pra mim. Porque se eu ficar doente no fim de semana, não

vou precisar esperar até segunda-feira pra receber o remédio certo. E também, não precisaria vir até aqui no CEDIC, que é longe, e de ônibus, pegar meu coquetel e fazer consulta, podia fazer tudo isso na UBS lá perto de casa.

Seria bom também, porque, às vezes, sinto vergonha de entrar aqui no CEDIC, todos sabem que o CEDIC trata de pessoas com AIDS, e, toda vez que coloco os pés aqui penso se algum conhecido me viu entrando, porque ainda o preconceito é muito grande, as pessoas ainda têm medo da gente.

13 – Não conheço não.

Paciente B – Respostas:

1 – Nome (Opcional):

2 – Feminino.

3 – 58 anos

4 – Do lar.

5 – Minha casa tem uma renda de dois salários mínimos.

6 – Moro no bairro Santa Rita.

7 – Sou heterossexual. Imagina, eu nunca usei drogas.

8 – Divorciada.

9 – Peguei essa doença do meu ex-marido, descobri que ele me traía com um monte de mulher. Como fico triste quando falo nisso.

10 – Adoro o CEDIC. Nós somos muito bem tratados aqui. Na minha casa meu filho tem preconceito com a minha doença, aqui tem gente pra me ouvir.

11 – Não estou satisfeita, eles podem melhorar e muito, construindo mais UBS, e nessas novas podiam atender melhor quem tem AIDS.

12 – Sim. Seria muito bom se pudesse me consultar, pegar medicamento no Posto de Saúde ou no Pronto Socorro lá perto do meu bairro. Porque o CEDIC é muito longe da minha casa. Podia ter um lugar parecido com o CEDIC lá perto do meu bairro, fazendo tudo que o CEDIC faz.

13 – Não conheço.

Paciente C – Respostas:

1 – Nome (Opcional):

2 – Feminino.

3 – 59 anos, farei 60 em dezembro.

4 – Do lar.

5 – A renda da minha casa é de cinco salários mínimos.

6 – Moro no Centro.

7 – Sou heterossexual. Nunca usei drogas.

8 – Divorciada.

9 – Não sei ao certo como fiquei doente, soube que meu ex-marido me traiu durante vários anos, descobri que ele saia com algumas mulheres, inclusive prostitutas. Depois que descobri isso me separei, e eu sempre gostei de dançar, comecei a ir em bailes da terceira idade e lá conheci um senhor, da minha idade, e comecei a me relacionar com ele, e das poucas vezes que saí com ele tivemos relação sexual e não usamos camisinha. E depois de uns meses nos separamos. Então, eu não sei de quem eu peguei essa doença, não sei. Eu só sei que meu ex-marido anda muito doente, não sei se ele também tem AIDS.

10 – Sim, estou satisfeita.

11 – Não estou satisfeita, pois os políticos sempre podem melhorar a cidade onde vivemos. E na área da saúde precisamos de várias coisas, de novas clínicas, postos de saúde e UBS.

12 – No meu caso, é diferente, moro próximo daqui do CEDIC. Chego rapidinho. Mas, sei de pessoas que moram muito longe, para elas seria muito interessante se tivessem locais que atendessem como o CEDIC, clínicas novas, ou o tratamento da AIDS poderia ocorrer nas UBS dos bairros deles.

13 – Não conheço.

Paciente D – Respostas:

1 – Nome (Opcional):

2 – Feminino.

3 – 44 anos

4 – Artesã

5 – Tenho uma renda por mês de três salários mínimos.

6 – Moro no bairro Mário Dedini.

7 – Sou heterossexual e nunca usei drogas.

8 – Divorciada.

9 – Eu peguei o vírus do meu ex-marido.

10 – Satisfeita.

11 – Não tem como ficar satisfeita. Os políticos não melhoram o setor de saúde da cidade. Deveria ter um hospital próprio para pessoas com AIDS e HIV, funcionando 24 horas por dia. As UBS e Postos de Saúde colocam as pessoas com AIDS isoladas e tratam a gente com preconceito, eu sinto isso. Já passei por isso.

12 – Eu queria ter o mesmo tratamento que tenho aqui no CEDIC lá no meu bairro. Tipo, um pronto-socorro especializado em AIDS, e outras doenças perigosas. Com enfermeiras e médicos bons, bem treinados, para não tratar a gente com preconceito.

13 – Não conheço.

Paciente E – Respostas:

1 – Nome (Opcional):

2 – Feminino.

3 – 32 anos

4 – Do lar

5 – Minha casa tem uma renda de 3 salários mínimos.

6 – Moro no bairro Mário Dedini.

7 – Sou heterossexual. E nunca quis usar drogas.

8 – Casada.

9 – Eu peguei o vírus do meu ex-marido.

10 – Satisfeita.

11 – Não. Acredito que eles podem melhorar a área da saúde em Piracicaba.

12 – Sim, pois tenho dois filhos, e pra mim é muito difícil me deslocar até aqui. Moro muito longe, levo uma hora e quinze, mais ou menos, pra chegar aqui no CEDIC. E tenho que vir duas vezes na semana. Toda semana venho na minha terapia de grupo e também trago meu filho, mais velho, na terapia dele. Pois eu tenho AIDS e meu filho mais velho, também, eu transmiti pra ele, mas não sei se foi no parto ou pela amamentação. Porque só fui descobrir que

tinha AIDS no pré-natal do meu segundo filho, quando já tava casada pela segunda vez. Mas, meu marido não pegou, graças a Deus.

Eu queria que tivesse uma clínica no meu bairro, ou perto, que desse o mesmo atendimento que o CEDIC dá pra gente. Eu podia pegar o coquetel nesse lugar, fazer consultas e participar de terapias de grupo. Porque pra mim fica muito difícil vir aqui no CEDIC, mas como só tem esse lugar, eu preciso vir de um jeito ou de outro.

Muitas vezes fico desesperada, porque preciso vim aqui e um dos meninos está na escola e ninguém pode buscar eles, então quando acontece isso, deixo de vim no CEDIC. E se tivesse esse atendimento lá no bairro, eu resolvia tudo por lá.

13 – Eu mesma. No início, quando descobri que tinha AIDS, tinha vergonha de entrar aqui no CEDIC, porque todo mundo sabe que aqui trata de pessoas com doenças graves, como a AIDS. Pensei em deixar de vim, mas meu filho também precisa daqui, e aí resolvi continuar aqui.

Paciente F – Respostas :

1 – Nome (Opcional):

2 – Feminino.

3 – Tenho 15 anos

4 – Sou estudante.

5 – A renda da minha casa é de 3 salários mínimos, mais ou menos, uns 1200 reais, minha tia falou um dia pra mim

6 – Moro no Parque Piracicaba.

7 – Sou heterossexual. Já me ofereceram drogas, mas eu nunca usei, de nenhum tipo.

8 – Solteira.

9 – Peguei da minha mãe. Ela me deu de mamar, e não pode. Peguei o vírus tomando leite dela, quando eu era neném. Ela sabia que tinha AIDS quando tava grávida, mas acho que ela não sabia que não podia me amamentar, porque se ela soubesse não tinha me amamentado, não é verdade?

10 – Sim, estou satisfeita.

11 – Não estou satisfeita. Porque os políticos podem fazer mais coisas pra nossa cidade. Podiam construir um lugar que atendesse as pessoas com AIDS perto da nossa casa, como um pronto-socorro. Devia ter mais lugares como o CEDIC.

12 – Sim, desejo que o atendimento ocorra no bairro. Porque vir aqui no CEDIC é mais fácil pra quem mora no Centro. Eu gasto mais de uma hora de ônibus pra chegar aqui. E eu tenho que vim algumas vezes na semana, me atrapalha, porque eu trabalho e estudo. Se tivesse atendimento lá perto de casa ia me ajudar muito. Acho que não só eu, todo mundo daqui.

13 – Conheço sim. Tem uma moça lá no meu bairro que sabe que tem AIDS, mas, não vem aqui porque tem vergonha, ela diz que se entrar aqui dentro algum conhecido pode passar na rua e ver, e aí todo mundo vai saber que ela tem AIDS. E também porque é muito longe, ela não quer trazer os filhos pequenos junto, e, também não tem com quem deixar as crianças. Aí ela deixa de vim. Para ela seria melhor que o pronto-socorro lá do Parque Piracicaba tivesse um atendimento parecido com O CEDIC, ou que tivesse um lugar parecido com o CEDIC mais perto do nosso bairro.

Paciente G – Respostas:

1 – Nome (Opcional):

2 – Feminino.

3 – Tenho 14 anos.

4 – Sou estudante.

5 – Não sei. Meu pai não fala quanto ele ganha. Mas não ganha muito não, porque a gente passa muita dificuldade. Corta água, luz.

6 – Moro no bairro Santa Teresinha.

7 – Sou heterossexual. Nunca usei drogas. De jeito nenhum.

8 – Solteira.

9 – Peguei da minha mãe. Não sei se foi do leite dela, ou no parto. Só sei que ela descobriu que tinha AIDS no pré-natal do meu irmão mais novo. E meu irmão mais velho morreu de AIDS.

10 – Sim, estou satisfeita. Aqui eles tiram minhas dúvidas, me ajudam muito.

11 – Não estou satisfeita, vejo que os políticos daqui da cidade pode fazer muito mais pra gente. Construir mais lugares como o CEDIC mais perto de nossas casas. Aqui é muito longe. Demoro demais pra chegar, uma 1 hora e pouco. E tenho que vim aqui muitas vezes.

12 – Claro que sim. Bem melhor. Aí, eu não ia ter que sair lá do bairro, gastar um tempão pra chegar aqui. Ia ter tudo ali perto de casa. Podia pegar meu coquetel, fazer consulta e também participar dos grupos de terapia.

13 – Conheço uma menina que tem a minha idade que não gosta de vir aqui porque é longe, e ela perde muito tempo, porque ela trabalha. E ela tem medo também de algum conhecido ver ela entrando aqui, e aí desconfiar que ela tem AIDS.