

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

AIDS EM MULHERES NO RIO DE JANEIRO:
O Limite da Certeza em Duas Técnicas Complementares de Análise

por

Jeane Glaucia Tomazelli

Tese apresentada com vistas à obtenção do Título de Mestre em Ciências na área
de Saúde Pública.

Orientadores:

Dina Czeresnia

Christovam Barcellos

Rio de Janeiro, julho de 2001

“O correr da vida embrulha tudo... a vida é assim: esquenta, esfria, aperta e daí afrouxa... sossega e depois desinquieta... o que ela quer da gente é coragem” (Guimarães Rosa)

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Dina Czeresnia e Christovam Barcellos, pelos ensinamentos, críticas e sugestões durante todo processo de construção desta dissertação.

À Celina Porto e à equipe do Núcleo DST/AIDS do CSEGSF pela colaboração e dedicação dispensada.

À Else do CSEGSF pela disponibilização das informações do Complexo de Manguinhos.

À Cosme Marcelo Furtado, pela orientação estatística.

À Anke, e a toda turma do mestrado, pelo apoio e pelo estímulo.

À Maria Angêla e Ivanise pela ajuda e paciência no processo de edição dos mapas.

À Claudia e a todos os meus amigos que estiveram ao meu lado dando força, carinho e acreditando na construção deste trabalho.

E às mulheres do grupo de soropositivos do CSEGSF que possibilitaram o desenvolvimento da segunda etapa desta dissertação.

RESUMO

Foi realizado um estudo da configuração da epidemia de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro utilizando duas técnicas de estudo. Na primeira etapa foi realizada uma análise espacial dos casos notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 1982 a 1997.

Na segunda etapa foi aplicado um questionário a um grupo de mulheres soropositivas atendidas em uma região identificada, na primeira etapa, como característica dos processos de feminização e pauperização da epidemia de AIDS. Os resultados obtidos na análise espacial demonstraram um processo diferenciado na difusão da epidemia entre as mulheres e os homens. O nível de escolaridade das pessoas com AIDS foi menor do que o da população geral e os casos femininos apresentaram uma escolaridade menor que a dos casos masculinos. Observou-se também o processo de feminização da epidemia através da redução da razão H/M, uma maior proporção de mulheres com categoria de exposição ignorada e com nível de escolaridade ignorada em relação aos homens. A análise dos questionários permitiu aprofundar o estudo e conhecer a fragilidade da informação, considerada a partir das incertezas e da dificuldade de obtenção de dados confiáveis em um tema complexo e estigmatizado como a AIDS e seus modos de transmissão. Os resultados encontrados, apesar de não poderem ser generalizados por não representarem uma amostra, apontam para a diversidade de postura destas mulheres diante da condição de soropositividade.

Palavras-Chaves: HIV/AIDS; Mulheres; Brasil; Vulnerabilidade; Geoprocessamento

ABSTRACT

A study about the configuration of epidemic of AIDS in women was accomplished in Rio de Janeiro and it was made of two techniques of study. At the first stage was accomplished a spatial analysis of the notified cases to the “Sistema de Informação de Agravos de Notificação” (SINAN) in a period from 1982 to 1997. At the second stage was applied a questionnaire to a group of women with AIDS who were attended to a identified region, at the first stage, as characteristic of the process of epidemic of AIDS in women and poor people. The results obtained in the spatial analysis demonstrated a differentiated process to a diffusion of epidemic between women and men. The level of schooling of the people with AIDS was smaller than masculine cases. The process of epidemic in women was also observed through reduction of H/M reason, the biggest proportion of women with category of ignored exposition and with level of ignored schooling to relation to men. The analysis of the questionnaires permitted to make a profound study and to know a fragility of information considered to uncertainty and difficult of procurement of trustful data in a complex and marked theme as AIDS and kinds of transmission. The results which were found, in spite of can't be generalized to not to represent a sample, show a diversity of attitude of these women as carried of HIV virus

Key Words: HIV/AIDS; Women; Brazil; Vulnerability; Geoprocessing

SUMÁRIO	PAG
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
SUMÁRIO	v
LISTA DE GRÁFICOS	vi
LISTA DE MAPAS	vii
LISTA DE QUADRO E TABELAS	viii
APRESENTAÇÃO	1
CAPÍTULOS	
1. Revisão Bibliográfica	2
1.2. Aspectos Espaciais da Epidemia	9
1.2.2. Conceito de Interação	11
1.3. Vulnerabilidade	12
2. Metodologia Análise Espacial	13
2.1. Considerações sobre a Análise Espacial	13
2.1.1. A Unidade de Análise	14
2.2. Fontes de Dados	15
2.2.1. Considerações Sobre o SINAN	15
2.3. Variáveis	17
2.4. Construção dos Indicadores	18
2.5. Indicadores	20
2.6. Base Cartográfica	21
2.7. Instrumentos	24
2.8. Estratégias de Análise	24
3. Resultados e Discussão – Análise Espacial	25
4. Metodologia Entrevistas	54
4.1. O CSEGSF	54
4.1.1. O núcleo de DST/AIDS	57
4.2. Seleção das Participantes	57
4.3. Instrumento: Questionário	58
4.4. Aplicação dos Questionários	60
4.5. Variáveis	60
5. Resultado e Discussão - Entrevistas	63
6. Conclusões	85
7. Referências Bibliográficas	89
8. Anexos	96

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICOS	PAG
3.1. Distribuição do Total de Casos de AIDS Notificados no Município do Rio de Janeiro Segundo Ano Epidemiológico, 1982-1999	26
3.2. Casos de AIDS em Mulheres e em Homens 15-59 Anos no Município do Rio de Janeiro Segundo o Ano Epidemiológico	29
3.3. Distribuição dos Casos de AIDS Segundo Sexo, Faixa Etária e Ano Epidemiológico	30
3.4. Crescimento da AIDS em Mulheres Segundo os Períodos nos Bairros Vizinhos aos Dois Núcleos de Maior Incidência	34
3.5. Percentual dos Casos de AIDS de 15-59 Anos no Município do Rio de Janeiro Segundo Sexo e Escolaridade – Período 1982-1997	46
3.6. Distribuição dos Casos de AIDS, 15-59 Anos, Segundo Sexo, Escolaridade e Ano Epidemiológico - Município do Rio de Janeiro, 1982-1997	47
5.1. Histograma do Tempo Transcorrido entre o Diagnóstico de Soropositividade e a Entrevista	68
5.1.Uso e Freqüência de Drogas	80
5.2. Quantidade de Parceiros Sexuais	81

LISTA DE MAPAS

MAPAS	PAG
2.1. Localização dos Bairros do Município do Rio de Janeiro	22
3.1. Taxa de Incidência dos Casos de AIDS Notificados em Mulheres ao Longo dos Períodos - Município do Rio de Janeiro	35
3.2. Taxa de Incidência dos Casos de AIDS Notificados em Homens ao Longo dos Períodos - Município do Rio de Janeiro	36
3.3. Proporção de Chefes de Domicílio com Renda Superior a 10 Salários Mínimos	37
3.4. Densidade Demográfica	38
3.5. Razão de Casos de AIDS entre Homens e Mulheres - Município do Rio de Janeiro	41
3.6. Percentual de Casos de AIDS em Homens e Mulheres com Categoria de Exposição Ignorada - Município do Rio de Janeiro – 1982-1997	44
3.7. Percentual de Pessoas com Escolaridade até a 4ª Série - Município do Rio de Janeiro	50
3.8. Coeficiente de Mortalidade por AIDS - Município do Rio de Janeiro – 1982-1997	53
3.9. Coeficiente de Letalidade por AIDS - Município do Rio de Janeiro – 1982-1997	53
4.1. Complexo de Manguinhos	56

LISTA DE QUADRO E TABELAS

QUADRO E TABELAS	PAG
QUADRO 1. Bairros do Município do Rio de Janeiro	23
2.1. População Residente no Município do Rio de Janeiro por Sexo segundo Ano, Período 1980-1996	18
2.2. Razão de Crescimento do Sexo Masculino e Feminino no Município do Rio de Janeiro, 1980-1991 e 1991-1996	19
3.1. Distribuição de Todos os Casos Notificados de AIDS no Município do Rio de Janeiro Segundo a Variável Sexo no Período de 1982-1999	25
3.2. Distribuição dos Casos Notificados de AIDS com Faixa Etária de 15 a 59 Anos no Município do Rio de Janeiro Segundo a Variável Sexo no Período de 1982 a 1997	26
3.3. Distribuição dos Casos Notificados de AIDS, 15-59 Anos, Segundo Sexo, Períodos e Ano Epidemiológico	28
3.4. Distribuição de Casos de AIDS em Homens e Mulheres Segundo Faixa Etária	29
3.5. Análise Descritiva da Variável Idade – Mulheres, 15-59 Anos – Município do Rio de Janeiro	31
3.6. Categoria de Transmissão Ignorada Segundo Sexo, 1982-1997	42
3.7. Categoria de Transmissão Ignorada Segundo Sexo e Período	42
Tabela 3.8. Categoria de Transmissão Ignorada em Mulheres Segundo Período	43
Tabela 3.9. Categoria de Transmissão Ignorada em Homens Segundo Período	43
3.10. Distribuição dos Casos Notificados de AIDS, 15-59 Anos, Segundo Sexo e Escolaridade Período 1982-1997 – Município do Rio de Janeiro	46
3.11. Distribuição dos Casos de AIDS em Mulheres e Homens de 15-59 Anos Segundo Período e Escolaridade	47
4.1. Composição do Complexo de Mangunhos	55
4.2. Distribuição das Mulheres Atendidas pelo Núcleo DST/AIDS e Entrevistadas Segundo Local de Residência	57

4.3. Distribuição das Mulheres Atendidas pelo Núcleo DST/AIDS Não Entrevistadas Segundo Local de Residência	58
5.1. Estatística Descritiva das Variáveis Relacionadas à Idade	63
5.2. Distribuição das Variáveis Sócio-culturais e Demográficas	65
5.3. Distribuição das Variáveis Situação de Trabalho e Profissão	66
5.4. Distribuição da Variável Renda Mensal	67
5.5. Distribuição da Variável Informe do Diagnóstico	67
5.6. Distribuição da Variável Tempo de Informe do Diagnóstico	68
5.7. Distribuição da Variável Informe do Diagnóstico em Mulheres com até 24 Meses de Diagnóstico	69
5.8. Distribuição das Variáveis sobre Testagem Sorológica e Forma de Contaminação, Soropositividade do Parceiro e Relato da Soropositividade	72
5.9. Distribuição das Variáveis Precaução e Forma de Precaução	73
5.10. Relação entre as Variáveis Precaução e Parceiro Atual HIV	74
5.11. Distribuição das Variáveis sobre Acometimento por DST e Informação sobre Contaminação em função do Número de Parceiros e Uso de Camisinha	76
5.12. Distribuição das Variáveis sobre Conhecimento acerca dos Direitos de Pessoas Soropositivas	77
5.13. Distribuição das Variáveis sobre Lazer e Apoio	78
5.14. Distribuição das Variáveis Relacionadas à Percepção do Estado de Saúde e ao Tratamento	79
5.15. Mudanças na Vida e na Vida Sexual depois do Diagnóstico	82

Apresentação

O objetivo deste trabalho foi estudar a configuração da AIDS em mulheres no município do Rio de Janeiro. Para este propósito foram utilizadas duas técnicas complementares: análise espacial dos dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e a aplicação de questionários individuais em mulheres soropositivas atendidas no CSEGSF (Centro Saúde Escola Germano Sinval Faria) da ENSP/FIOCRUZ.

O primeiro capítulo é uma revisão bibliográfica sobre a realidade da epidemia de AIDS especificamente em mulheres. Os capítulos 2 e 3 contêm respectivamente a metodologia e os resultados encontrados na análise espacial. Nesta análise dos casos de AIDS notificados foi possível observar o processo de feminização e pauperização da epidemia no município do Rio de Janeiro, atingindo predominantemente as Zonas Norte e Oeste e destacando-se também dois núcleos de maior incidência de casos femininos. A localização de um dos núcleos sugeriu a oportunidade do desenvolvimento da etapa complementar, mediante a aplicação de um questionário.

Os capítulos 4 e 5 apresentam a metodologia e os resultados desta outra etapa do trabalho. No capítulo 6 foram apontadas as conclusões e considerações sobre os resultados e técnicas utilizadas.

1 - Revisão Bibliográfica

A epidemia de AIDS foi detectada inicialmente entre 1979 e 1981 com a identificação de casos, em grupos específicos, de infecção por *Pneumocystis carinii* e *Sarcoma de kaposi* (Mansur et al., 1981) e, desde então, vem sendo intensamente estudada no mundo inteiro.

Identificada inicialmente em homens homossexuais, a questão da opção sexual direcionou o conhecimento sobre a epidemia, a doença foi vinculada diretamente à sexualidade e especificamente à homossexualidade masculina. Apesar da discriminação e aspectos negativos vinculados a atitudes preconceituosas e de rejeição, a AIDS tendeu historicamente a ser buscada e investigada neste grupo. Ativistas de movimentos *gays* organizaram-se, articularam-se politicamente, adquiriram espaço e formaram organizações não governamentais de enfrentamento da epidemia (Camargo Jr, 1995). A organização deste segmento populacional produziu maior proteção às suas práticas, através de mudanças de comportamentos e atitudes.

O conhecimento sobre a epidemia passou por uma série de transformações desde a identificação do HIV como agente etiológico da doença em 1985 e a posterior elaboração progressiva de novos critérios de classificação clínica, de diagnóstico e desenvolvimento de recursos terapêuticos.

O perfil da epidemia, ao longo de duas décadas, mostrou-se marcado por diversas configurações que evidenciaram o seu aspecto dinâmico. A delimitação da epidemia a grupos específicos tendeu cada vez mais a se diluir. No Brasil, a AIDS vem atingindo diferenciadamente distintos segmentos populacionais (Landmann & Bastos, 2000). O reconhecimento destas distintas dinâmicas ampliou a discussão e a análise sobre o risco de transmissão e contaminação pelo vírus da AIDS. Tornou-se necessário analisar interações sociais cada vez mais complexas e reavaliar as práticas preventivas, considerando-se a presença de novos fatores para o aumento da transmissão do HIV (Bastos et al, 1995).

As interações que se estabelecem entre os diversos segmentos populacionais além de diferenciadas são seletivas. As medidas de

autoproteção relacionam-se de forma distinta com estes segmentos e com o seu nível sócio-econômico. Nem todo risco potencial se transforma em risco efetivo. Quem encontra-se sob maior risco, pessoas que têm muitos parceiros e sempre usam preservativos ou pessoas envolvidas em relações estáveis que não adotam sempre, ou com frequência, o seu uso?

Tanto no Brasil, como no resto do mundo, a epidemia deslocou-se dos homossexuais urbanos com alta escolaridade e usuários de drogas injetáveis para grupos heterossexuais de menor faixa etária, para o sexo feminino, para segmentos com baixo nível de escolaridade, além de disseminar-se nos municípios brasileiros (MS, CN-DST/AIDS, 2000).

O primeiro caso de AIDS feminino foi diagnosticado no ano de 1983 no Brasil e a proporção de casos de AIDS entre homens e mulheres, que era de 16/1 em 1984 passou para 2/1 em 1999 (MS, Bol. Epd, 1999; MS, CN-DST/AIDS, 2000). Essa tendência de crescimento da epidemia nas mulheres vem sendo descrita como processo de feminização da AIDS e é verificada em todos os grupos etários.

No Estado de São Paulo, a AIDS foi a principal causa de morte entre mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos no ano de 1992 (OMS/ONUSIDA,1998). No período de 1993 à 1996, a AIDS manteve-se como a primeira causa de morte em mulheres de 15-49 anos no município de São Paulo (MS, Bol. Epd. S. Paulo, 1997; Diniz e Villela, 1999), enquanto no município do Rio de Janeiro no ano de 1994, tornou-se a terceira causa de morte em mulheres de 25-34 anos (Lowndes et all, 1997 apud Giffin & Lowndes, 1999).

A distribuição de casos de AIDS por faixa etária apresenta peculiaridades. O maior número de casos femininos concentra-se na faixa etária de 20-34 anos de idade, compreendendo 55% dos casos (MS, 1999). A AIDS vem atingindo segmentos populacionais mais jovens. Em muitos locais no mundo os casos novos de infecção ocorrem em pessoas entre 15 e 24 anos de idade e muitos dos casos diagnosticados na faixa etária de 20-29 anos foram decorrentes de infecção ocorrida na adolescência (Ribeiro, 1998; OMS/ONUSIDA, 1998;

Santos e Santos, 1999). Neste grupo, dentre as mulheres, há predomínio da transmissão heterossexual, onde 40% infectaram-se através de parceiros usuário de drogas injetáveis - UDIs (MS, 1999; Santos e Santos, 1999).

O aumento do número de casos entre as adolescentes é acentuado. Atualmente a proporção menino/menina infectado é 1/1, enquanto em 1984 haviam 8 meninos infectados e nenhuma menina. (Assis, 1995 apud Ribeiro, 1998). As mulheres jovens estão expostas a um risco maior de infecção pelo HIV devido a imaturidade do aparelho genital. Soma-se isto à maior vulnerabilidade biológica à infecção pelo HIV nas mulheres de forma geral: a própria anatomia sexual e suscetibilidade à infecção pelo HIV devido à infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), que muitas vezes apresentam-se assintomáticas (Landmann & Bastos, 2000). Os adolescentes são mais vulneráveis a infecção, além dos aspectos citados acima, por assumirem comportamentos sexuais de maior risco, apesar do uso de preservativos entre eles ser superior à média geral (Ministério da Saúde, 1999).

A transmissão sexual apresenta-se como principal modo de transmissão da AIDS, correspondendo a mais da metade do total de casos registrados desde 1980 (MS, s/d, Castilho e Landmann, 1988).

No período de 1980 até março de 1999, 51% dos casos de AIDS diagnosticados em mulheres correspondiam à infecção por relações heterossexuais, 18% por uso de drogas injetáveis e 4,8% por transfusão de sangue (MS, 1999).

No Brasil o processo de feminização da epidemia é concomitante ao de pauperização, ou seja, o aumento de casos em mulheres acompanha a expansão da epidemia para os grupos sociais mais pobres, sendo este aspecto relevante em sociedades heterogêneas como no Brasil.

A magnitude do processo de pauperização da epidemia deve ser analisada cuidadosamente, uma vez que é inferida através do nível de escolaridade das fichas de notificação. As pessoas que acorrem mais aos serviços públicos são pertencentes a grupos mais pobres, com acesso diferenciado aos anti-

retrovirais. Estas podem apresentar tempo menor entre a infecção e o adoecimento que outros segmentos sociais (Landman & Bastos, 2000).

De qualquer forma, a análise de dados de notificação tem demonstrado que a epidemia de AIDS no Brasil teve início em segmentos sociais de maior escolaridade e vem disseminando-se para segmentos de menor escolaridade. Enquanto no início da epidemia a doença atingia predominantemente pessoas com nível de escolaridade secundário ou universitário, atualmente 60% dos casos são de pessoas que possuem até o nível primário (OMS/ONUSIDA, 1998; MS, CN-DST/AIDS, 1998; Marques et al, 1999).

A distribuição dos casos notificados de acordo com a escolaridade não é homogênea nas regiões do país, existindo um risco maior de infecção para homens e mulheres com menor nível de escolaridade na região Sudeste e Centro-Oeste. Essa disseminação, na região Sudeste, pode ser associada proporcionalmente ao declínio da participação da categoria homossexual, (como mencionado anteriormente) e ao aumento da categoria de transmissão usuário de drogas injetáveis, vinculados, respectivamente, a segmentos populacionais de maior e menor escolaridade (Fonseca et al., 2000).

O uso de drogas injetáveis vem assumindo relevância como causa associada. Em alguns estados brasileiros a relação entre infecção pelo vírus do HIV e o uso de drogas injetáveis cresceu de 2,7% em 1985 para 18,2% em 1990. Na região Sudeste verifica-se ocorrência predominante de notificação de casos em usuário de drogas, sendo que no estado de São Paulo, assim como Santa Catarina na região Sul, o uso de drogas injetáveis é, em muitas regiões, responsável por cerca de 60% dos casos (MS, Bol. Epdl, 1997; Cruz, 1999; MS, 1997; Marques et al, 1999).

A crescente participação de usuários de droga injetáveis e o aumento no número de casos de AIDS em mulheres começou a ser destacada em 1989. Nesta fase, as mulheres infectadas eram identificadas como usuárias de drogas ou prostitutas e parceiras de UDIs. Em 1990 inicia-se uma distinção entre estes dois grupos, com conseqüente incremento de casos entre mulheres identificadas como parceiras de UDIs (Diniz e Villela, 1999). Dentre o total de casos de AIDS diagnosticados em mulheres, 36% são decorrentes

do uso de drogas injetáveis realizado por elas ou por seus companheiros (MS, CN-DST/AIDS 1999; 1998).

A heterossexualização da AIDS é apontada a partir da redução da razão de sexo e do aumento na subcategoria de transmissão heterossexual, porém esta pressuposição deve ser avaliada cuidadosamente: Castilho apontou que 33,4% das mulheres diagnosticadas no período de 1988-1992 eram usuárias de drogas (Castilho et al, 1994). No estado de São Paulo no período de 1980-1991 aproximadamente 31,7% dos casos de AIDS em mulheres foram decorrentes de transmissão heterossexual e 41,5% do uso de drogas intravenosas (Goldestein, 1994).

Parker e Camargo (2000) divergem desta interpretação considerando a realidade atual. Analisando os casos de AIDS notificados em mulheres em 1998/1999 destacam que 63,7% dos casos notificados em mulheres se referiam a categoria de transmissão sexual e 8,8% a casos em mulheres usuárias de drogas injetáveis.

Estas interpretações divergentes chamam atenção para a complexidade da epidemia e dos comportamentos envolvidos na sua transmissão. Rompe-se, cada vez mais, com concepções estáticas acerca da epidemia de AIDS, reconhecendo-se a dificuldade de classificar os casos segundo categorias de transmissão, que se evidenciam muitas vezes superpostas. Tende-se à superestimar ou subestimar uma categoria ou outra, de acordo com a interpretação assumida.

A possibilidade da transmissão heterossexual ser superestimada é questionada nos casos masculinos, tendo em vista a dificuldade de se revelar práticas sexuais estigmatizadas como o homossexualismo. A similaridade entre características clínicas e sócio-demográficas de casos de AIDS em homens heterossexuais e homens homossexuais é um indicativo de que isto possa estar acontecendo (Castilho et al, 1991). Além disso, homens que fazem sexo com homens podem autodefinir-se heterossexuais por identificarem sua sexualidade mediante o critério de atividade ou passividade (Parker, 1994, Goldstein, 1994).

De qualquer forma, mesmo considerando essas dificuldades na classificação das formas de transmissão dos casos de AIDS, não há como deixar de constatar a evidência de um processo de heterossexualização da epidemia. Este processo tornou as mulheres muito mais expostas, apesar dos estudos a elas dirigidos terem sido mais escassos.

A mudança no perfil da epidemia, indicando um incremento dos casos em mulheres, se fizeram notar desde 1986, mas somente em 1990 setores responsáveis reconheceram esta nova dinâmica. O conhecimento da AIDS feminina tendeu a ser construído preferencialmente mediante um viés – o das mulheres em fase de reprodução. As campanhas preventivas foram desenvolvidas tendo como referencial este perfil de mulher. A soropositividade é detectada, na maioria das vezes, apenas quando grávidas ou então quando ocorre morte ou adoecimento de filhos ou companheiros. De outra forma, elas só sabem de seu diagnóstico e recebem tratamento quando adoecem, e mesmo assim é mais provável um diagnóstico tardio. Percebe-se que o conceito grupo de risco ainda exerce influência sobre o diagnóstico: mulheres que identificam-se, ou são identificadas pelo profissional de saúde, como pertencentes a grupos de risco tendem a ser diagnosticadas mais cedo, enquanto as mulheres que não se identificam – e por isso solicitam menos o serviço de investigação - e não são identificadas dentro deste modelo tendem a ter um diagnóstico mais tardio. É importante considerar que sendo o diagnóstico tardio, menos eficaz é a terapêutica e menor a sobrevivência e a qualidade de vida (Barbosa, 1996; Vermelho, 1999; Diniz e Villela 1999).

Assim, o conceito de grupo de risco acaba conduzindo à subnotificação ou atraso de notificação. A dificuldade de diagnóstico da AIDS em mulheres fornece indícios de que a subnotificação neste grupo é maior do que em outros grupos. Isto alerta para a possibilidade de um processo de feminização ainda mais acentuado do que o indicado pelos dados oficiais.

Desta forma, ao analisar o conjunto de informações é importante ter presente a dimensão da subnotificação dos casos. No Brasil a notificação de um caso de AIDS ocorre, freqüentemente, em função do óbito. Somente 49% dos casos diagnosticados são notificados em um prazo de até 6 meses, enquanto

10% dos casos diagnosticados levam 4 anos ou mais para serem notificados (Castilho e Landmann, 1998).

A rede de saúde capta de forma diferenciada os casos, ocasionando variações na notificação. Os erros nos dados dos casos notificados ocorrem de forma enviesada, por fatores sociais e econômicos (Parker et al, 1994; Parker e Camargo, 2000). O período de latência da doença também está envolvido na distorção da informação: o momento em que uma pessoa sabe-se caso pode situar-se muito distante temporalmente da ocorrência da infecção, dificultando a lembrança da história de contaminação (viés de memória). A transmissão da AIDS vincula-se a dimensões da vida muito íntimas e subjetivas, que são investidas de medo, culpa e estigma. Apresentam-se como questões o nível em que as pessoas se sentem confiantes para falar de condutas nesse plano e como dimensionar a veracidade das informações.

A forma de se construir o conhecimento acerca da AIDS em mulheres pode estar subestimando nuances importantes. A dificuldade de discriminar melhor as informações, a superposição de categorias de transmissão e os limites do sistema de informação causam distorções. As análises baseadas nos bancos de dados de notificação são insuficientes para compreender mais profundamente o processo epidêmico.

Evidencia-se a necessidade de discriminar melhor quem são essas mulheres em suas características culturais, sociais, econômicas, comportamentais e intersubjetivas no sentido de buscar apreender como estas dimensões se articulam e propiciam o crescimento da epidemia entre as mulheres.

1.2 Aspectos Espaciais da Epidemia

A epidemia de AIDS tem revelado uma modalidade de propagação diferenciada nas diversas comunidades e áreas geográficas de um país e no mundo (OMS/ONUSIDA, 1998).

No Brasil a epidemia surgiu na região Sudeste, onde os primeiros casos foram diagnosticados, na cidade de São Paulo e do Rio de Janeiro. Desde

então a AIDS vem difundindo-se para outras regiões, mantendo ainda taxas de incidência elevadas nas duas primeiras metrópoles. Atualmente alguns municípios de pequeno porte já apresentam sua taxa de incidência quadruplicada (Castilho e Landmann, 2000).

Os municípios do Brasil considerados mais pobres têm apresentado um maior incremento das taxas de incidência no tempo enquanto nas cidades grandes, com exceção da região Sul, têm se verificado uma redução na velocidade do crescimento. Nas cidades grandes observa-se o aumento do número de casos de transmissão heterossexual à medida que decresce o número de casos de transmissão homossexual/bissexual. Quanto aos municípios médios e pequenos há uma predominância nas categorias de transmissão usuários de drogas injetáveis e heterossexuais, respectivamente. A região Sudeste tem apresentado maior tendência à estabilidade da epidemia, com o menor ritmo de crescimento (Landmann & Bastos, 2000).

Grangeiro (1994) observou no comportamento da epidemia em São Paulo um estreito vínculo com as condições materiais e objetivas que cada estrato populacional possui. Através do estabelecimento de regiões homogêneas para AIDS, formadas pela agregação de áreas administrativas cujo comportamento da epidemia segundo categorias de transmissão e evolução anual foi parecido, observou que áreas mais centrais apresentaram a partir de 1990 queda no número absoluto de casos enquanto áreas periféricas indicaram crescimento. Regiões que aparentemente apresentaram piores condições de vida mostraram a partir de 1988 aumento dos casos através da transmissão heterossexual e do uso de drogas injetáveis.

No município do Rio de Janeiro, a AIDS também encontra-se heterogeneamente distribuída, apresentando deslocamento da Zona Sul e área central da cidade para Zona Norte e Oeste no período de 1991 a 1995 (Cruz, 1999), áreas consideradas mais pobres, o que corrobora a característica de pauperização da epidemia.

Observa-se assim que a tendência de pauperização da AIDS obedece uma tendência geral de doenças infecciosas de tornarem-se predominante em segmentos sociais mais desfavorecidos/vulneráveis (Grangeiro, 1994) e constata-se que houve, e que está havendo, um deslocamento da epidemia

dentro do que se denominou grupos característicos; se antes era predominante em homens homossexuais com maior nível educacional, econômico e residentes nos centros metropolitanos, agora é crescente a relevância nos heterossexuais com menor nível de escolaridade e renda.

A dinâmica da epidemia tem apontado para o seu caráter global e simultaneamente local, referindo-se a comunidades específicas. Deve ser compreendida como produto de diferentes culturas, dos diversos comportamentos e do agente infeccioso (Bastos e Coutinho, 1999). Ela é multideterminada e por isso é necessário que se desenvolvam análises em diversos níveis, compreendendo variáveis biológicas, do psiquismo individual, da estrutura sócio-econômica e das diversas culturas. Isto possibilita compreender a real e complexa dinâmica da epidemia e estabelecer uma fundamentação mais realista das ações preventivas e terapêuticas (Landmann & Bastos, 2000).

1.2.2 – Conceito de Interação

A transmissão da AIDS ocorre, então, mediante aspectos plurideterminados. Os estudos epidemiológicos que abordam a dinâmica da epidemia segundo a organização do espaço consideram esta plurideterminação por meio do conceito de interação. Este, expressa a dinâmica social específica que se estabelece através da circulação de pessoas e mercadorias, formando redes de interação. No estudo da difusão das epidemias, o conceito de interação permite uma abordagem mais complexa que o de grupos de risco. Diferentes indivíduos e grupos sociais participam de forma diferenciada de redes de interação social estabelecendo um caráter de direcionalidade e seletividade à

difusão em cada situação, determinando uma dinâmica peculiar e uma configuração espacial específica (Barcellos e Bastos, 1996; 1995). O conceito de mobilidade assume importante valor junto ao conceito de interação social na compreensão da epidemia. Em se tratando de doença transmitida sexualmente, a mobilidade exerce sua influência aumentando a taxa de contatos sociais (Sabroza et al, 1992)

Os estudos a respeito da epidemia de AIDS trouxeram uma contribuição importante para as análises da relação entre espaço e produção de doenças. Pensar na questão da AIDS implica integrar e analisar aspectos biológicos, socio-econômicos, culturais, intersubjetivos e simbólicos que estão presentes no seu processo de difusão (Czeresnia e Ribeiro, 2000).

Esta concepção que busca integrar um conjunto de aspectos que interagem produzindo uma dinâmica passível de ser apreendida espacialmente remete ao conceito de vulnerabilidade

1.3 – Vulnerabilidade

A idéia de vulnerabilidade emergiu das lacunas e deficiências dos discursos e das análises de risco tradicionais buscando aumentar o poder explicativo e compreensivo da dinâmica da epidemia.

Ela não constitui um conceito fechado, pois integra múltiplas dimensões que se articulam em um contexto específico, e que dizem respeito a uma situação singular, seja a de um indivíduo, grupo social, cidade, país, etc. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS refere-se a natureza e aos graus diversos de suscetibilidade, à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV segundo dimensões sociais, institucionais, individuais e intersubjetivas. Permite analisar as condições de vida que favorecem a exposição, contribuindo para

a elaboração de alternativas reais de prevenção e intervenção (Ayres et al, 1999; Luz & Silva, 1999).

A alta vulnerabilidade ao HIV é determinada, de certa forma, por situações de vida que ultrapassam comportamentos escolhidos (Diniz e Villela, 1999).

A eclosão da epidemia de AIDS em segmentos de maior vulnerabilidade - as mulheres, os jovens, os mais pobres, dentre outros segmentos, fortemente atingidos – têm sido também descrita como uma tendência geral das doenças de pauperizar-se dada a distribuição desigual de recursos políticos, jurídicos, econômicos e cultural entre gêneros, faixas etárias, grupos étnicos, segmentos sociais e países (Ayres, 1999).

O Brasil é um país que apresenta intensa desigualdade sócio-econômica e demográficas em sua população, o que acaba caracterizando grupos populacionais com diferentes vulnerabilidades e probabilidades de se infectarem pelo HIV (Parker e Camargo, 2000).

2 – Metodologia – Análise Espacial

Foi realizado um estudo ecológico para analisar a distribuição espacial da incidência dos casos notificados de AIDS em mulheres, de 15 a 59 anos de idade, no município do Rio de Janeiro, ocorridos no período entre 1982 e 1997. Utilizou-se análise espacial como técnica de manipulação de dados e o bairro como unidade de análise.

2.1 – Considerações sobre a Análise Espacial

Análise espacial é a manipulação de dados, muitas vezes envolvendo técnicas estatísticas, com objetivo de compreender a relação entre determinado grupo social no espaço, o ambiente e a sociedade a partir da integração de informações diversas com referências espaciais (Barcellos, 2000). É uma das técnicas de tratamento de dados geográficos inserida no geoprocessamento.

O geoprocessamento é um conjunto de tecnologias de coleta, tratamento, manipulação, e exibição de informações geográficas, como o sensoriamento remoto, a digitalização de dados e os Sistemas de Informação Geográficas – SIG (Santos et al, 2000; Barcellos e Bastos, 1996)

Os métodos da estatística espacial aliado às técnicas de geoprocessamento agregam valor aos mapas que, além de meio de visualização e comunicação de um conjunto de dados, passam a constituir instrumento da análise espacial.

Estabelecendo-se as características da população e a sua localização é possível, através da visualização das informações nos mapas, criar hipóteses e questionamentos sobre agravos à saúde, reconhecendo-se áreas mais vulneráveis (Santos et al, 2000).

O processo de mapeamento produz representações do contexto geográfico de forma simplificada e reduzida. Compreende-se a escala como sendo a

razão entre uma medida efetuada sobre o mapa e sua medida real na superfície terrestre. As escalas apresentam características específicas: quanto menor a unidade de análise, maior será a escala e conseqüentemente maior o nível de detalhamento do mapa.

A unidade de análise escolhida deve ter homogeneidade interna, pressupondo-se a inexistência de diferenças espaciais no interior dessa unidade, e heterogeneidade externa, ressaltando as diferenças entre as unidades de análise. A escolha da escala exerce influência na interpretação dos resultados da análise espacial. Estudos realizados sobre um mesmo tema podem produzir resultados diferentes, dependendo da escala de análise adotada. Cada escala irá mostrar um determinante de saúde dominante, uma vez que seu nível de detalhamento coloca em evidência um conteúdo inerente a cada unidade de agregação (Barcellos e Bastos, 1996).

2.1.1 – A Unidade de Análise

A escala de análise estabelece a unidade territorial mínima de agregação dos dados e a área de abrangência do estudo. Neste estudo a escala adotada foi a de bairros do município do Rio de Janeiro, a unidade de análise foi o bairro e a área de abrangência do estudo envolve o município do Rio de Janeiro.

Adotando-se o bairro como unidade de análise, ressaltam-se os diferenciais internos da cidade, evidenciando processos sociais e epidemiológicos que ocorrem dentro da cidade, principalmente os aspectos ligados ao comportamento. Nessa escala se manifestam fatores do cotidiano já que os principais deslocamentos diários entre locais de moradia, de trabalho e de lazer são em geral estabelecidos dentro do bairro ou entre bairros. Outro aspecto importante que emerge dessa escala é o reflexo das desigualdades sociais sobre o acesso aos serviços, infra-estrutura urbana, perfis de renda. Estes processos podem não ser percebidos em escalas menores, por exemplo, na escala nacional, que utiliza o município como unidade de análise. Dentro das cidades, principalmente dos países periféricos, coexistem

grandes diferenciais sociais, manifestados não só pela renda mas também condições de moradia. O reconhecimento desses contrastes intra-urbanos permite que se ressalte o perfil social da cidade e seus possíveis reflexos sobre as condições de saúde da população.

O espaço não deve ser compreendido simplesmente como o lugar onde ocorrem os eventos de saúde. Deve se entendido como um conjunto inter-relacionado de elementos sociais, econômicos, culturais e ambientais. É necessário estabelecer as diferenças entre as unidades de análise e sua relação com a estrutura espacial onde se insere. Isso é possível através da análise das variáveis como extensão territorial, características sócio-econômicas e densidade demográfica, caracterizando situações nas quais ocorrem os eventos de saúde.

2.2 - Fontes de Dados

Foi utilizado o banco de dados de AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde com todos os casos de AIDS notificados no município do Rio de Janeiro, relativos ao período de 1982 a 1999. Entretanto, os dois últimos anos, 1998 e 1999, foram desconsiderados devido ao atraso de notificação.

2.2.1 - Considerações sobre o SINAN

Em 1993 o SINAN, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, foi implantado no município do Rio de Janeiro e o sistema de vigilância de AIDS, notificação e investigação de DST/AIDS, deixou de ser responsabilidade do Estado passando a ser uma atribuição do município. As informações produzidas pelo sistema de informação são pautadas em uma ficha de

notificação/investigação dos casos confirmados¹, composta por campos de dados de identificação do indivíduo e campos mais específicos (anexo 1). Um indivíduo caso, soropositivo, que não atenda aos critérios de classificação estabelecidos são excluídos do sistema de notificação.

A ficha de notificação nem sempre é adequadamente preenchida, ocasionando perda de informações. Cruz (1999) realizou trabalho de levantamento e atualização da base de dados do SINAN, (Rio de Janeiro) no período de 1985-95, das variáveis: ano de diagnóstico, sexo, idade, bairro de residência, categoria de exposição e escolaridade. Distinguiu que a má qualidade dos dados das variáveis bairro e ocupação ocorriam em função do não preenchimento destes dados, enquanto as variáveis categoria de exposição e escolaridade eram preenchidas como 'informação ignorada'. Após o ano de 1993, observou uma melhoria nas informações relativas à bairro de residência e ocupação. Isto pode ter sido decorrente da implantação do SINAN no município. Contudo, ocorreram também perdas em função da conversão do sistema. A autora destacou a importância da informação ignorada a respeito do modo de transmissão, que é especialmente relevante na categoria heterossexual, sem histórico de comportamento de risco dos parceiros. Informações ignoradas referentes a este campo podem ter diversos sentidos: pode ser ignorada por desconhecimento desse dado por parte do informante; por ser uma resposta sem informação por falta de investigação ou por ser uma resposta preenchida incorretamente e recusada pelo sistema na etapa de crítica de dados e então classificada como ignorada.

Outro aspecto relevante nas fichas de notificação, é que embora exista no canto superior direito um campo para preenchimento, se a mulher é ou não gestante, não existe codificação para esta informação no sistema.

¹ São critérios adotados pelo Ministério da Saúde (1998) para definição de casos de AIDS em indivíduos com 13 anos de idade ou mais: 1- CDC Modificado (evidência laboratorial da infecção pelo HIV + diagnóstico de doenças indicativas de AIDS ou evidência laboratorial de imunodeficiência); 2- Rio de Janeiro/Caracas (evidência laboratorial da infecção pelo HIV + Σ de pelo menos 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças); 3- Critério Excepcional CDC (ausência de evidência laboratorial da infecção pelo HIV + diagnóstico definitivo de determinadas doenças indicativas de imunodeficiência); 4- Critério Excepcional Óbito (menção de AIDS em algum campo da DO + investigação epidemiológica inconclusiva); 5- Critério Excepcional ARC -Complexo Relacionado à AIDS- + Óbito (paciente em acompanhamento apresentando ARC + Óbito de causa não externa).

Além disso, a ficha de notificação contempla poucas variáveis sócio-econômicas e não abrange informações relevantes como a cor ou a etnia (Parker e Camargo Jr, 2000).

2.3 – Variáveis

As variáveis abordadas neste estudo foram:

bairro: unidade do município onde reside o caso notificado

escolaridade: grau de instrução (analfabeto, 1ª a 4ª série, 5ª a 8ª série, 2º grau, superior e ignorado)

idade: idade

ano epidemiológico: ano epidemiológico (1982 a 1997)

sexo: sexo (masculino, feminino)

situação atual: situação atual (vivo, morto e ignorado)

faixa etária: intervalo de idade comum a um grupo (15-24 anos, 25-34 anos, 35-44 anos e 45-59 anos)

período: intervalo de tempo comum a um grupo (1982-1988, 1989-1993 e 1994-1997)

As variáveis faixa etária e período resultaram, respectivamente, da categorização das variáveis idade e ano epidemiológico.

As variáveis foram analisadas em função da variável período. Os períodos estabelecidos foram 1982-1988, 1989-1993 e 1994-1997. A delimitação dos períodos foi estabelecida após análise exploratória da frequência da epidemia nas mulheres. O início e fim de cada período foi definido segundo mudanças mais marcantes no incremento da notificação de casos em mulheres.

2.4. – Construção dos indicadores

Os indicadores foram calculados a partir das variáveis do SINAN, dados do IBGE e da população adscrita para o estudo, por bairros do município do Rio de Janeiro.

Foi necessário estimar a população dos bairros para os anos compreendidos nos períodos estudados para o cálculo de alguns indicadores. Como eram conhecidos os valores de população somente para os anos em que foram realizados censos demográficos (1980, 1991 e 1996) e estes anos não correspondiam ao meio do período (1982-1988, 1989-1993 e 1994-1997), foi necessário o uso de técnicas de interpolação para estimar a população masculina e feminina em cada ano. Para escolher qual o melhor método para estimar o crescimento da população do município de Rio de Janeiro, considerando que a unidade de análise do estudo foi bairro, analisou-se o crescimento populacional do município a partir dos dados do censo de 1980, 1991 e 1996. Observou-se que o crescimento foi não linear, apresentando uma redução em seu crescimento entre 1991 e 1996 – Tabela 1.

TABELA 2.1 - População Residente no Município do Rio de Janeiro por Sexo segundo Ano, Período 1980-1996

Ano	Homens	Mulheres	Total
1980*	2.433.718	2.656.982	5.090.700
1981	2.445.279	2.675.589	5.120.868
1982	2.459.355	2.698.243	5.157.598
1983	2.473.479	2.720.980	5.194.459
1984	2.487.562	2.743.653	5.231.215
1985	2.501.605	2.766.252	5.267.857
1986	2.515.515	2.788.643	5.304.158
1987	2.529.230	2.810.713	5.339.943
1988	2.542.654	2.832.332	5.374.986
1989	2.555.737	2.853.383	5.409.120
1990	2.568.500	2.873.924	5.442.424
1991*	2.583.192	2.897.576	5.480.768
1992	2.587.840	2.905.763	5.493.603
1993	2.614.423	2.932.607	5.547.030
1994	2.637.838	2.958.874	5.596.712
1995	2.660.675	2.984.491	5.645.166
1996*	2.608.818	2.942.720	5.551.538

* População segundo os censos demográficos do IBGE

Fonte: Datasus (<http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/poprij.def>)

A seguir calculou-se a taxa de crescimento populacional para homens e mulheres no município do Rio de Janeiro. A taxa anual de crescimento masculina entre 1980-1991 foi de 0,543% e entre 1991-1996 foi de 0,198% enquanto a taxa de crescimento feminina em 1980-1991 foi de 0,791% e entre 1991-1996 foi de 0,310%. A taxa de crescimento populacional feminina no município do Rio de Janeiro foi maior do que a masculina nos dois segmentos, como pode ser observada na Tabela 2.2.

Optou-se, então, por estimar a população através do modelo de crescimento geométrico.

TABELA 2.2 – Razão de Crescimento do Sexo Masculino e Feminino no Município do Rio De Janeiro, 1980-1991 e 1991-1996

Ano	Pop.Masculina	Taxa de crescimento (%)	Pop.Feminina	Taxa de crescimento(%)
1980	2.433.718		2.656.982	
1991	2.583.192	0,543	2.897.576	0,791
1996	2.608.818	0,198	2.942.720	0,310

Para o cálculo das taxas de incidência, os denominadores foram estimados a partir de interpolações geométricas das populações dos Censos Demográficos de 1980² (IBGE, 1983) e 1991 (IBGE, 1993), bem como da contagem da População de 1996 (IBGE, 1997) obtidos na Home Page do Datasus (2000).

Utilizando-se a população de homens e mulheres do censo de 1991 e de 1996 calculou-se a taxa de crescimento de homens e mulheres de 15 a 59 anos nos bairros, aplicando-se a taxa de crescimento por sexo do município (anexo2). Foram estimados, dessa forma, as populações de 15 a 59 anos de idade por sexo e bairro para os período de 1982 a 2000, com exceção dos anos censitários.

² Como não dispúnhamos de dados do censo de 1980 com relação a população dos bairro extrapolamos a estimativa de 1991 neste sentido.

2.5 – Indicadores

- **Taxa de incidência:** casos de AIDS ocorridos entre 15-59 anos no período, por sexo, ocorridos nos bairros do município do Rio de Janeiro em relação a população estimada para o período, por sexo nos bairros.
- **Percentual de casos de AIDS com categoria de exposição ignorada:** casos de AIDS com categoria de exposição ignorada ocorridos entre 15-59 anos no período 1982-1997 nos bairros do município do Rio de Janeiro, por sexo, em relação ao total de casos ocorridos no mesmo período, por sexo nos bairros.
- **Razão de sexo:** todos os casos de AIDS em homens ocorridos entre 15-59 anos nos bairros do município do Rio de Janeiro, por período em relação a todos os casos de AIDS em mulheres 15-59 anos por período nos bairros.
- **Percentual de escolaridade até 4ª série:** número de chefes de família com escolaridade até 4ª série por bairro em relação ao número total de chefes de família, por bairro, utilizando o censo de 1991.
- **Percentual de mulheres com AIDS com escolaridade até 4ª série:** casos de mulheres com AIDS com escolaridade até 4ª série por bairro em relação ao total de mulheres com AIDS por bairro.
- **Percentual de homens com AIDS com escolaridade até 4ª série:** casos de homens com AIDS com escolaridade até 4ª série por bairro em relação ao total de homens com AIDS por bairro.
- **Coefficiente de letalidade:** número de óbitos por AIDS ocorridos nos bairros do município do Rio de Janeiro no período entre 1982 e 1997 em

relação ao total de casos de AIDS ocorridos no mesmo período nos bairros.

- **Coeficiente de mortalidade por AIDS:** número de óbitos por AIDS ocorridos nos bairros do município do Rio de Janeiro no período entre 1982 e 1997 em relação a população geral dos bairros utilizando o censo de 1991
- **Densidade demográfica³:** população residente nos bairros do município do Rio de Janeiro (censo de 1991) em relação a área do bairro em Km².
- **Proporção de chefes de domicílio com renda superior a 10 salários mínimos:** números de chefe de domicílios com renda superior a 10 salários mínimos em relação ao total de chefes de domicílios

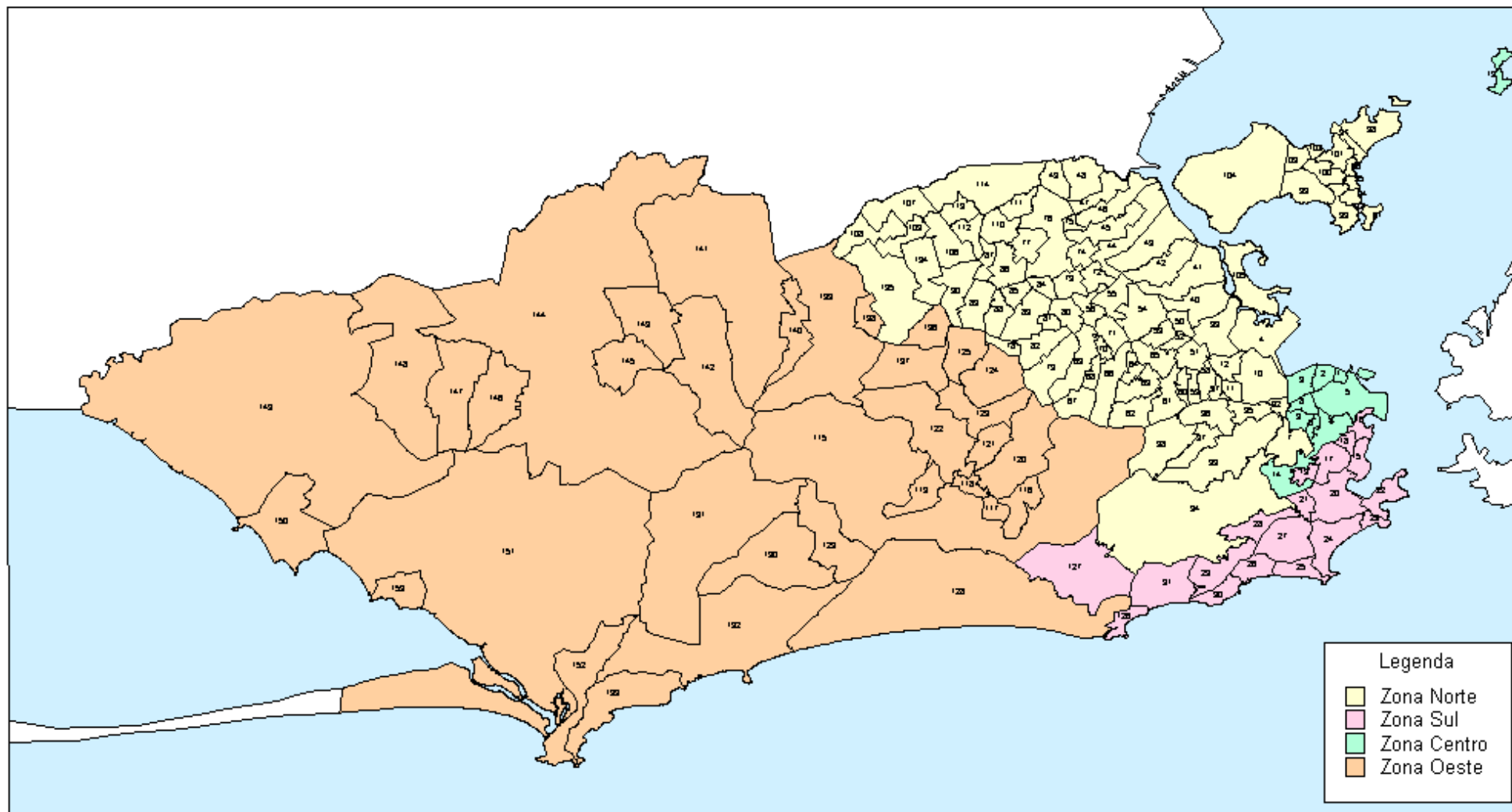
2.6 – Base Cartográfica

A base utilizada neste estudo foi cedida pelo Departamento de Informações em Saúde, do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz - DIS/CICT/FIOCRUZ.

O município do Rio de Janeiro é composto por 153 bairros, distribuídos conforme mostra o Mapa 2.1

³ Os indicadores densidade populacional e proporção de chefes de domicílio com renda superior a 10 salários mínimos foram fornecidos pelo DIS/CICT/FIOCRUZ.

2.1 - Município do Rio de Janeiro por Bairros e Zonas da Cidade - 2000



QUADRO 1
BAIRROS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (IPLANRIO)

CÓDIGO	NOME DO BAIRRO	CÓDIGO	NOME DO BAIRRO	CÓDIGO	NOME DO BAIRRO
1	SAÚDE	52	MARIA DA GRAÇA	104	GALEÃO
2	GAMBOA	53	DEL CASTILHO	105	C. UNIVERSITÁRIA
3	STO. CRISTO	54	INHAÚMA	106	GUADALUPE
4	CAJU	55	ENGENHO RAINHA	107	ANCHIETA
5	CENTRO	56	TOMAS COELHO	108	PQ. ANCHIETA
6	CATUMBI	57	S. Fco. XAVIER	109	R. ALBUQUERQUE
7	RIO COMPRIDO	58	ROCHA	110	COELHO NETO
8	CIDADE NOVA	59	RIACHUELO	111	ACARI
9	ESTÁCIO	60	SAMPAIO	112	BARROS FILHO
10	S. CRISTÓVÃO	61	ENGENHO NOVO	113	COSTA BARROS
11	MANGUEIRA	62	LINS VASCONCELOS	114	PAVUNA
12	BENFICA	63	MÉIER	115	JACAREPAGUÁ
13	PAQUETÁ	64	TODOS OS SANTOS	116	ANIL
14	STA TERESA	65	CACHAMBI	117	GARDÊNIA AZUL
15	FLAMENGO	66	ENGENHO DENTRO	118	CIDADE DE DEUS
16	GLÓRIA	67	ÁGUA SANTA	119	CURICICA
17	LARANJEIRAS	68	ENCANTADO	120	FREGUESIA (JACAREP)
18	CATETE	69	PIEDADE	121	PECHINCHA
19	COSME VELHO	70	ABOLIÇÃO	122	TAQUARA
20	BOTAFOGO	71	PILARES	123	TANQUE
21	HUMAITÁ	72	VILA KOSMOS	124	PCA. SECA
22	URCA	73	VIC. CARVALHO	125	VILA VALQUEIRE
23	LEME	74	VILA DA PENHA	126	JOÁ
24	COPACABANA	75	VISTA ALEGRE	127	ITANHANGA
25	IPANEMA	76	IRAJÁ	128	BARRA DA TIJUCA
26	LEBLON	78	CAMPINHO	129	CAMORIM
27	LAGOA	79	Q. BOCAIUVA	130	VARGEM PEQUENA
28	JD. BOTÂNICO	80	CAVALCANTI	131	VARGEM GRANDE
29	GÁVEA	81	ENG. LEAL	132	REC. BANDEIRANTES
30	VIDIGAL	82	CASCADURA	133	GRUMARI
31	S. CONRADO	83	MADUREIRA	134	DEODORO
32	PCA. BANDEIRA	84	VAZ LOBO	135	VILA MILITAR
33	TIJUCA	85	TURIAÇU	136	CAMPO AFONSOS
34	ALTO BOA VISTA	86	ROCHA MIRANDA	137	JD. SULACAP
35	MARACANÃ	87	HONÓRIO GURGEL	138	MAG. BASTOS
36	VILA ISABEL	88	OSWALDO CRUZ	139	REALENGO
37	ANDARAÍ	89	BENTO RIBEIRO	140	PADRE MIGUEL
38	GRAJAÚ	90	MAL. HERMES	141	BANGU
39	MANGUINHOS	91	RIBEIRA	142	SEM. CAMARA
40	BONSUCESSO	92	ZUMBI	143	SANTÍSSIMO
41	RAMOS	93	CACUIA	144	CAMPO GRANDE
42	OLARIA	94	PITANGUEIRAS	145	SEM. VASCONCELOS
43	PENHA	95	PR. BANDEIRA	146	INHOAÍBA
44	PENHA CIRCULAR	96	COCOTA	147	COSMOS
45	BRÁS DE PINA	97	BANCÁRIOS	148	PACIÊNCIA
46	CORDOVIL	98	FREGUESIA (ILHA)	149	SANTA CRUZ
47	PARADA LUCAS	99	JD. GUANABARA	150	SEPETIBA
48	VIGÁRIO GERAL	100	JD. CARIOCA	151	GUARATIBA
49	JD. AMÉRICA	101	TAUÁ	152	B. DE GUARATIBA
50	HIGIENÓPOLIS	102	MONERO	153	PEDRA GUARATIBA
51	JACARÉ	103	PORTUGUESA		

2.7 – Instrumentos

Para análise dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS para Windows versão 8.0, Excell e o MAPINFO

2.8 – Estratégias de Análise

A distribuição espacial da AIDS em mulheres foi analisada utilizando indicadores no nível de agregação dos bairros buscando compreender a dinâmica da epidemia. Considerando que quanto menor a unidade de análise, maior será a escala e maior o nível de detalhamento do mapa, pretendeu-se destacar e evidenciar os determinantes de saúde dominantes neste nível de análise.

Os mapas foram produzidos a partir do local de residência dos casos e não necessariamente representam o local onde ocorreu a infecção. As informações observadas espacialmente foram consideradas importantes na medida em que traduziram, de qualquer forma, informações sobre o perfil dos casos notificados residentes na unidade de análise.

3 - Resultados e Discussão - Análise Espacial

Na análise dos dados buscou-se estabelecer e discriminar relações entre as variáveis e os casos notificados de AIDS femininos estudados. Os casos de AIDS masculinos foram utilizados como parâmetro(s) para dimensionar a epidemia nas mulheres nos dados analisados.

Verificou-se que dos 19660 casos notificados, que integram o banco de dados do SINAN até setembro de 1999, 15340 são masculinos e 4314 femininos.

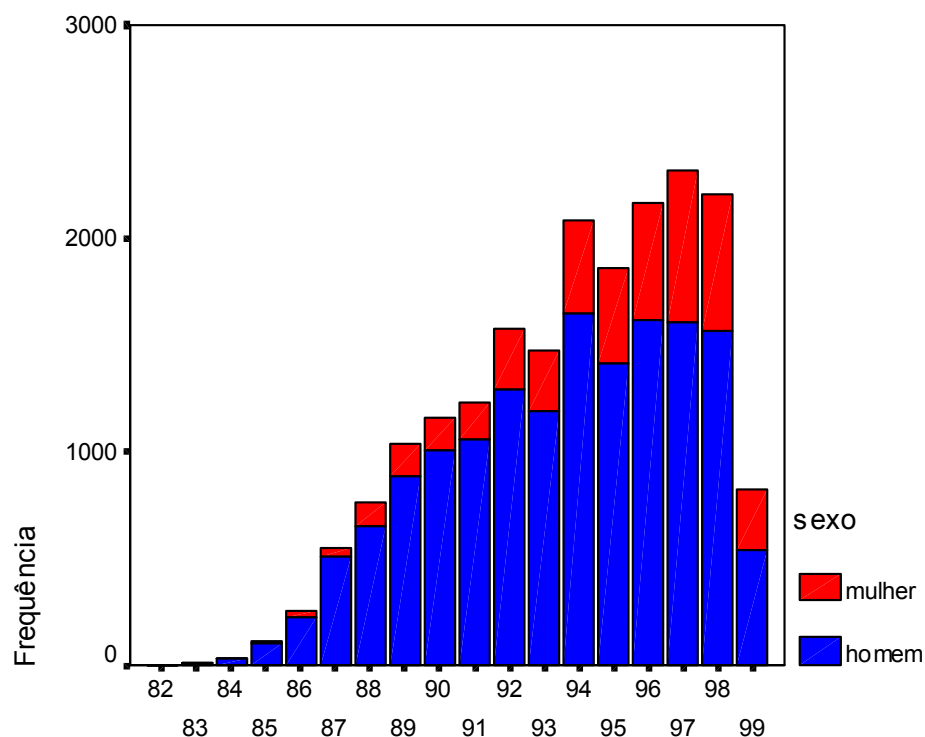
Tabela 3.1: Distribuição de Todos os Casos Notificados de AIDS no Município do Rio de Janeiro Segundo a Variável Sexo no Período de 1982 a 1999

	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa
Casos masculinos	15.340	78,03 %
Casos Femininos	4.314	21,94 %
Perdas	6	0,03 %
Total	19.660	100,00 %

Fonte: SINAN

O Gráfico 3.1 mostra a distribuição dos casos de AIDS por sexo e ano de notificação, excluídas as perdas por sexo ignorado. Pode-se observar um decréscimo no total de casos nos anos de 1998 e, mais acentuadamente, em 1999. Isto se deve provavelmente ao atraso da notificação. Considerando que este número de casos não corresponde ao total de casos notificados nesses anos, optou-se por excluí-los, estabelecendo-se o período de análise entre 1982-1997.

Gráfico 3.1: Distribuição do Total de Casos de AIDS Notificados no Município do Rio de Janeiro Segundo Ano Epidemiológico, 1982-1999



O total de casos notificados estudados passou então para 16016, sendo 12760 casos masculinos e 3253 casos femininos, como mostra a Tabela 3.2 abaixo:

Tabela 3.2: Distribuição dos Casos Notificados de AIDS com Faixa Etária de 15 a 59 Anos no Município do Rio de Janeiro Segundo a Variável Sexo no Período de 1982 a 1997

	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa
Casos Masculinos	12.760	79,67 %
Casos Femininos	3.253	20,31 %
Perdas	3	0,02 %
Total	16.016	100,00 %

Fonte: SINAN

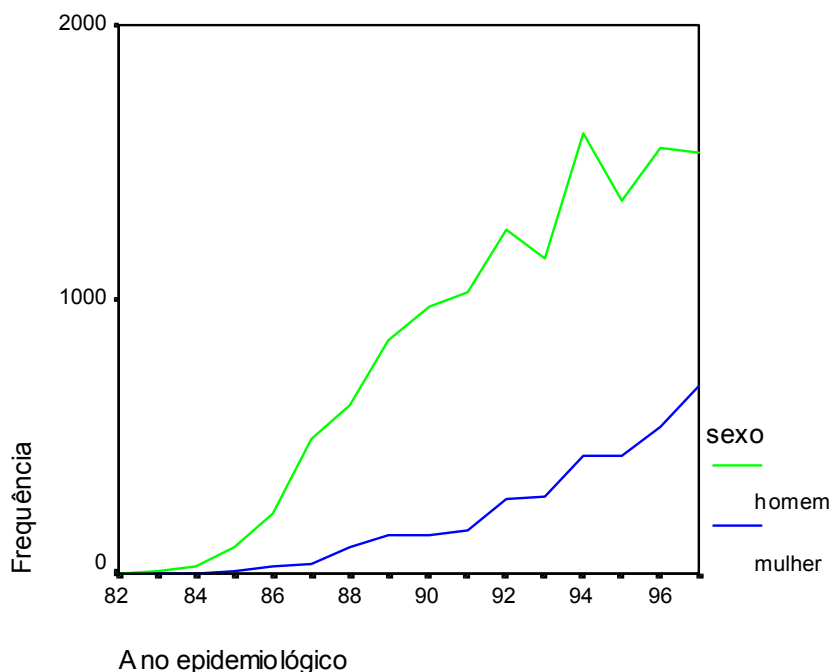
A Tabela 3.3 apresenta todos casos masculinos e femininos notificados segundo o ano epidemiológico. Delimitou-se três períodos de estudo: 1982-1988, 1989-1993 e 1994-1997. Estes períodos caracterizam o crescimento da epidemia entre as mulheres. No primeiro período, o número de casos em mulheres apesar de crescente, é ainda incipiente. A partir de 1988, o número de casos torna-se mais expressivo e, no terceiro período constata-se um incremento na tendência de crescimento dos casos. O crescimento da epidemia entre os homens continuou maior do que nas mulheres durante o segundo período, 1989 e 1993, mas já é possível observar no final deste período - no ano de 1993 - o início de uma oscilação no crescimento da incidência de casos notificados de AIDS em homens. No terceiro período detecta-se uma tendência à estabilização do crescimento da AIDS entre os homens, enquanto nas mulheres observa-se uma expansão (Gráfico 3.2).

Tabela 3.3: Distribuição dos Casos Notificados de AIDS, 15-59 Anos, segundo Sexo, Períodos e Ano Epidemiológico

	1º período							2º período					3º período				
Ano epidem.	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Total
Homens	3	7	30	98	216	493	613	850	970	1025	1251	1148	1605	1359	1557	1535	12760
Mulheres	0	0	3	8	27	38	99	141	141	159	273	285	430	430	532	687	3253
Total	3	7	33	106	243	531	712	991	1111	1184	1524	1433	2035	1789	2089	2222	16013

Fonte: SINAN – excluídas 3 perdas por sexo ignorado

Gráfico 3.2: Casos de AIDS em Mulheres e em Homens 15-59 Anos no Município do Rio de Janeiro Segundo o Ano Epidemiológico



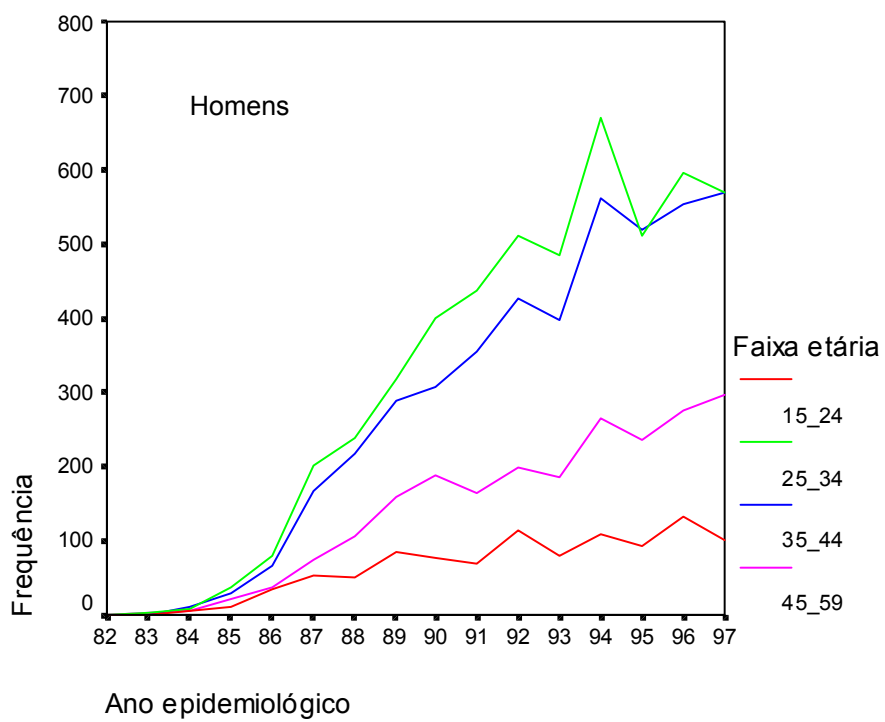
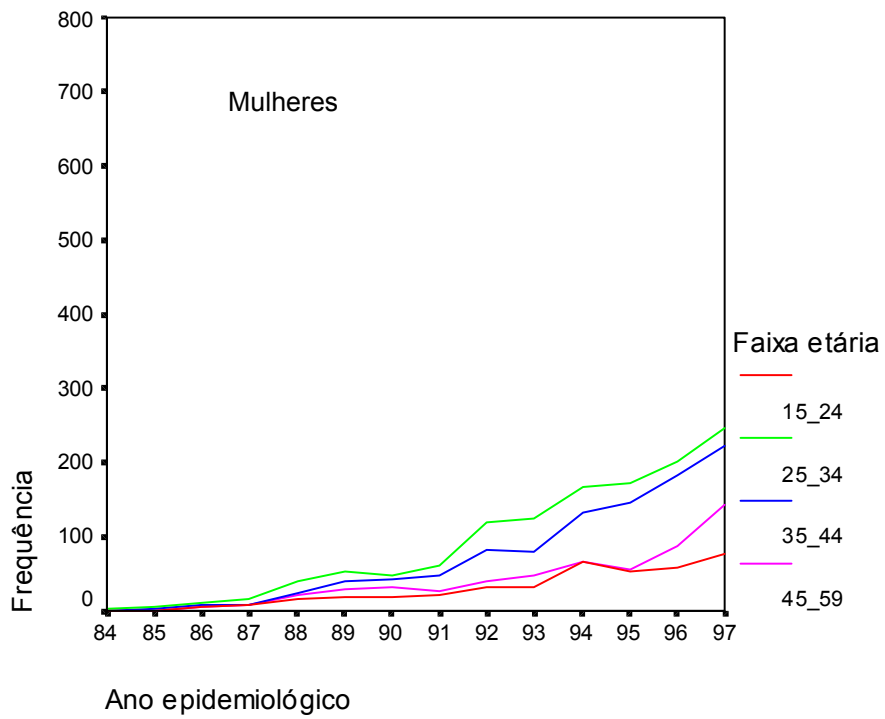
Analisando-se a distribuição dos casos por sexo e faixa etária, Tabela 3.4, verifica-se uma concentração dos casos femininos e masculinos na faixa de 25-34 anos, seguidos da faixa 35-44 anos. O Gráfico 3.3 mostra que estas duas faixas etárias são as que têm apresentado uma maior tendência de crescimento: mulheres na faixa etária 25-34 anos a partir de 1987 e os homens desde 1985 com uma oscilação no crescimento entre 1993 e 1997.

Tabela 3.4: Distribuição de Casos de AIDS em Homens e Mulheres Segundo Faixa Etária

Faixa Etária	Feminino	Masculino	Total
15_24	405	1012	1417
25_34	1270	5067	6337
35_44	1019	4470	5489
45_59	559	2211	2770
	3253	12760	16013

Fonte: SINAN

Gráfico 3.3: Distribuição dos Casos de AIDS Segundo Sexo, Faixa Etária e Ano Epidemiológico



A Tabela 3.5 mostra a idade média dos casos femininos. Pode se observar que a variação da idade média foi pouco expressiva durante os períodos estudados com desvio padrão próximo de dez.

Tabela 3.5: Análise Descritiva da Variável Idade – Mulheres, 15-59 Anos – Município do Rio de Janeiro

Variável	Estatísticas
Idade (todos períodos)	N=3253
Média	35,9
Mediana	34
Moda	30
Desvio padrão	9,46
Idade (período 82-88)	N=175
Média	33,97
Mediana	32
Moda	37
Desvio padrão	10,07
Idade (período 89-93)	N=999
Média	35,6
Mediana	34
Moda	25
Desvio padrão	9,72
Idade (período 94-97)	N=2079
Média	35,19
Mediana	34
Moda	31
Desvio padrão	9,28

Fonte: SINAN

Os Mapas 3.1 e 3.2 mostram, respectivamente, a evolução da incidência dos casos notificados de AIDS em mulheres e em homens, 15-59 anos, no município do Rio de Janeiro segundo os períodos.

Para compreender o sentido do deslocamento da epidemia dentro do município, foi utilizada na análise dos mapas, a terminologia dos pontos cardeais (Norte, Sul, Leste e Oeste) e colaterais (Nordeste, Sudeste, Sudoeste e Noroeste)³. Já para fazer referência aos bairros e conjunto de bairros, utilizou-se a terminologia usual de *Zona Sul* e *Norte*. Por exemplo, Copacabana e Botafogo são designados de bairros da Zona Sul, agregam pessoas com maior nível sócio-econômico, embora em seu interior coexistam fortes diferenciais devido principalmente à inserção de favelas. Buscou-se

³ No decorrer do texto a referência a estes pontos será sempre realizada pela abreviatura padronizada (N, S, L, O, NE, SE, SO e NO).

assim evitar a confusão entre o conjunto de bairros tradicionalmente apontados como socialmente abastados - Zona Sul - e sua localização geográfica, neste caso a região sudeste do município.

Pode-se observar no Mapa 3.1 o aumento da incidência dos casos notificados de AIDS em mulheres e a sua difusão pelo município. No primeiro período, 1982-1988, se evidencia a origem de casos em bairros das regiões centro e norte vinculada a um aspecto difuso, enquanto o segundo e terceiro período marcam o aumento da incidência e a disseminação da epidemia por todo município. A configuração do terceiro período sugere uma tendência de crescimento da epidemia pelo município no sentido L-O em bairros que vão se caracterizando por apresentar uma incidência mais acentuada. Os bairros da Zona Oeste, assim como da Zona Norte, são bairros que apresentam condições materiais de vida mais precária (Cruz,1999), como pode ser evidenciado pela comparação com o mapa de renda de chefes de família Mapa 3.3. O crescimento na epidemia nestas regiões poderia estar também, então, vinculado ao processo de pauperização da epidemia no município (Landmann & Bastos, 2000). Todavia, existem também bairros na chamada Zona Sul, como Botafogo, com aumento da incidência nos dois últimos períodos.

No Mapa 3.2 pode-se observar a disseminação dos casos masculinos. A epidemia surge de forma mais acentuada em bairros do Centro e da Zona Sul do município. Esses bairros apresentam alta incidência também no segundo e terceiro períodos. Esta configuração da epidemia é condizente com o seu surgimento, que atingiu inicialmente homossexuais de maior poder aquisitivo, residentes em bairros da Zona Sul (Mapa 3.3). A epidemia nos homens sugere, segundo análise do terceiro período, uma tendência de difusão pelo município no sentido SE-N, com bairros de alta incidência também da Zona Leste (Centro da cidade).

Comparando os dois mapas (3.1 e 3.2) pode-se observar que a epidemia de AIDS nos homens, no segundo e terceiro período, apresenta nos bairros Saúde e Cidade Universitária uma incidência de casos notificados superior a maior taxa de incidência das mulheres em qualquer período. Estes bairros apresentaram-se com baixa densidade demográfica, o que pode justificar as

elevas taxas⁴ (Mapa 3.4). Pode-se também observar no terceiro período que os bairros que apresentam maior incidência nas mulheres - Centro, Catumbi, Santo Cristo, Estácio, Saúde, Bonsucesso e Vila da Penha - foram os que apresentam para os homens uma incidência em um nível imediatamente acima, com exceção para os bairros do Caju e Barra de Guaratiba, os quais apresentaram taxa de incidência feminina superior à masculina. Barra de Guaratiba apresentou poucos casos e baixa densidade demográfica (Mapa 3.4). Caju foi classificado com baixa densidade demográfica, porém com um número expressivo de casos (anexo 3).

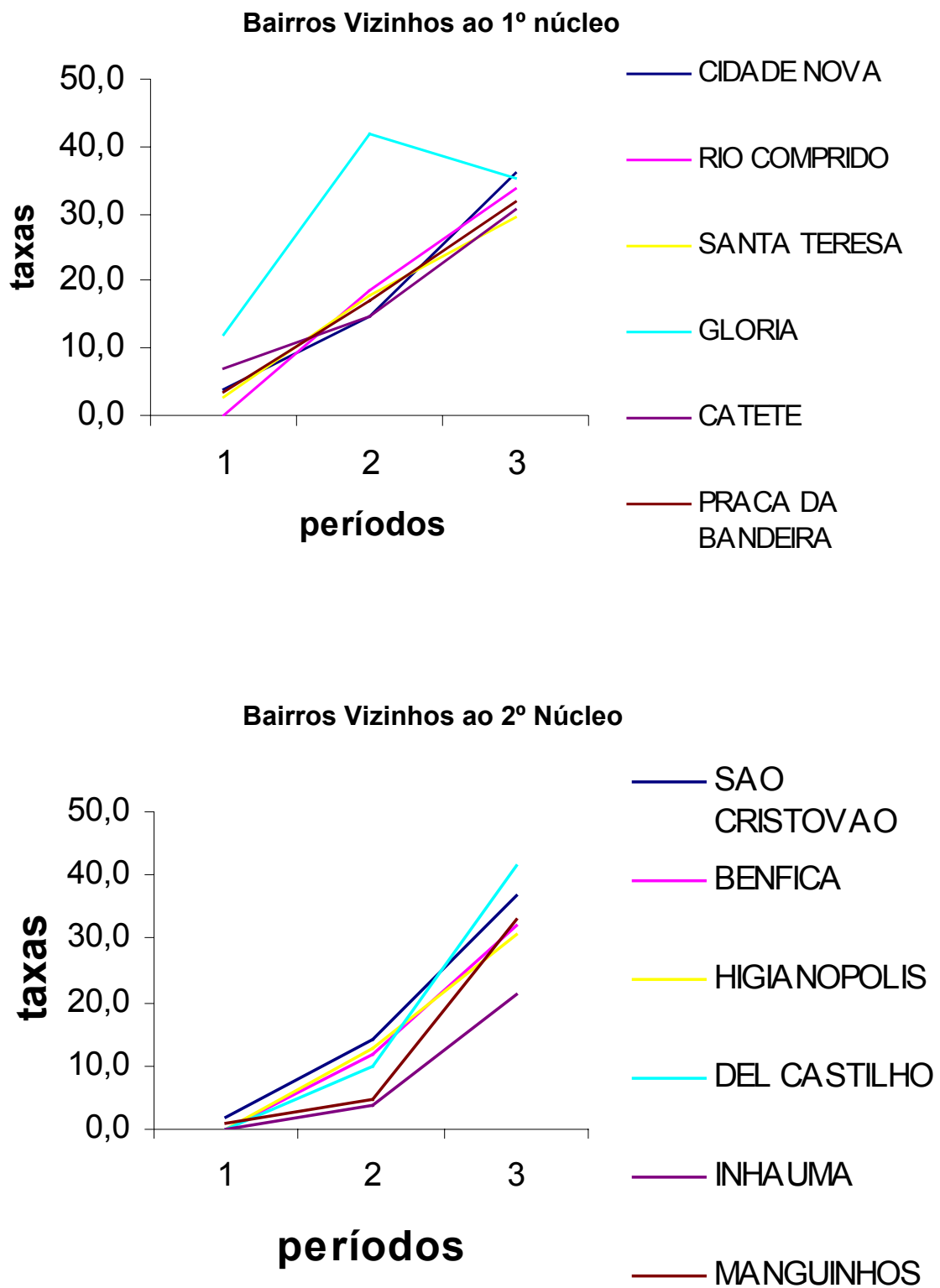
Pode-se caracterizar através da localização geográfica dos bairros, dois núcleos de maior incidência de AIDS em mulheres. O primeiro núcleo formado pelos bairros: Centro, Catumbi, Santo Cristo, Estácio e Saúde, e o segundo núcleo formado pelos bairros: Bonsucesso, Caju e Cidade Universitária (que teve alta incidência, porém poucos casos). Como pode ser observado no Mapa 2.1, estes núcleos estão situados, de acordo com a divisão do município do Rio de Janeiro em zonas nas Zonas Centro/Portuária e Norte, respectivamente.

Estes núcleos fazem limites com outros bairros que apresentaram também aumento da incidência de casos de AIDS femininos. O primeiro núcleo fazendo limite com os bairros: Cidade Nova e Santa Tereza na Zona Centro/Portuária, Glória e Catete na Zona Sul e Rio Comprido, Praça da Bandeira na Zona Norte. O segundo núcleo próximo aos bairros Manguinhos, São Cristóvão, Benfica, Higienópolis e Del Castilho na Zona Norte.

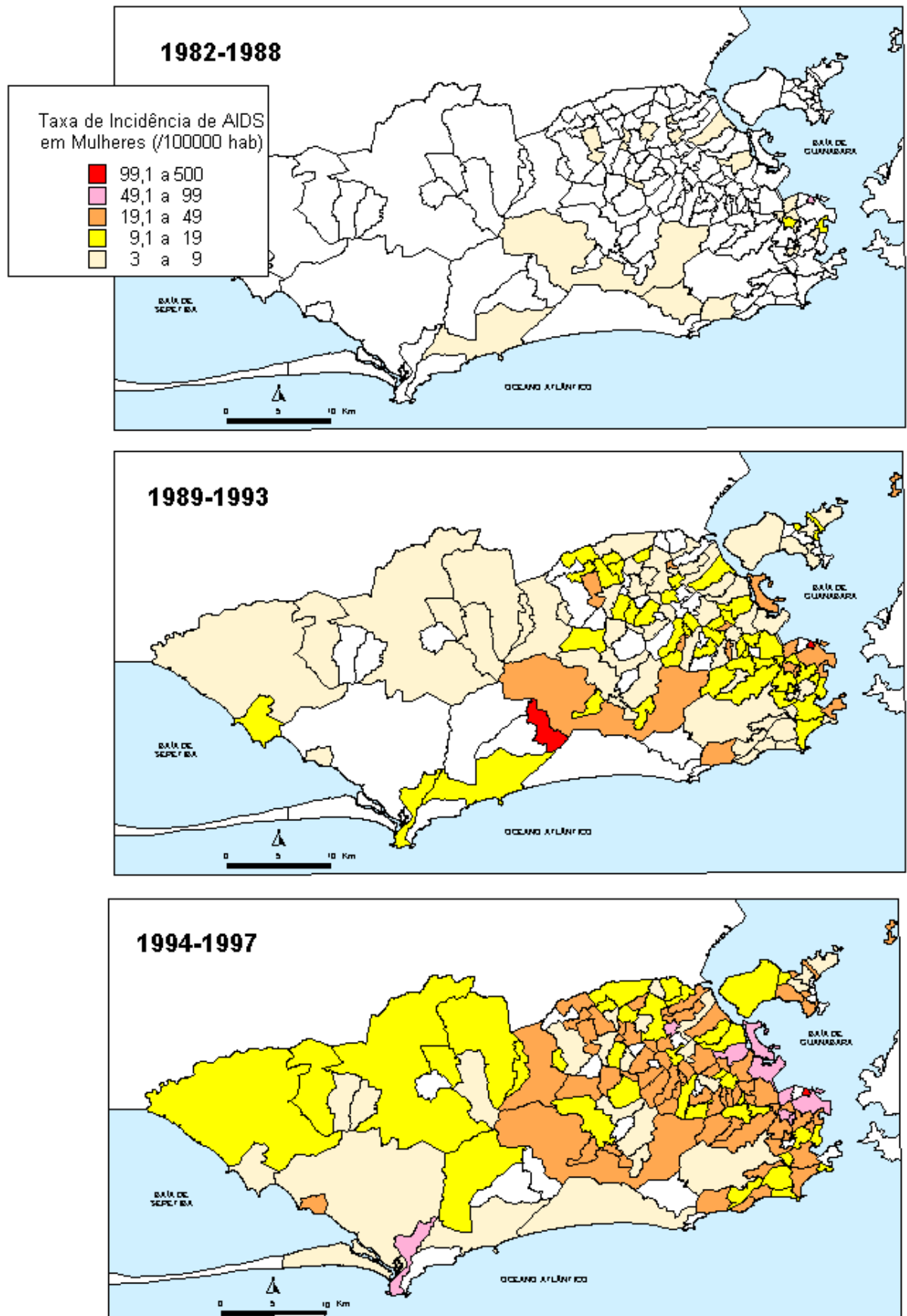
Analisando estes bairros vizinhos podemos observar no Gráfico 3.4 que todos apresentam tendência de crescimento, o que sugere futuramente a ampliação dos núcleos 1 e 2.

⁴ Na análise dos mapas, oscilações acentuadas nas taxas dos bairros ao longo dos períodos devem ser conseqüências prováveis da flutuação estatística da ocorrência de casos em populações pequenas, como é o caso de Camorim nos Mapas 3.1 e 3.2, que conta com uma população de apenas 145 pessoas, segundo censo de 1991, e 3 casos (Anexo 3).

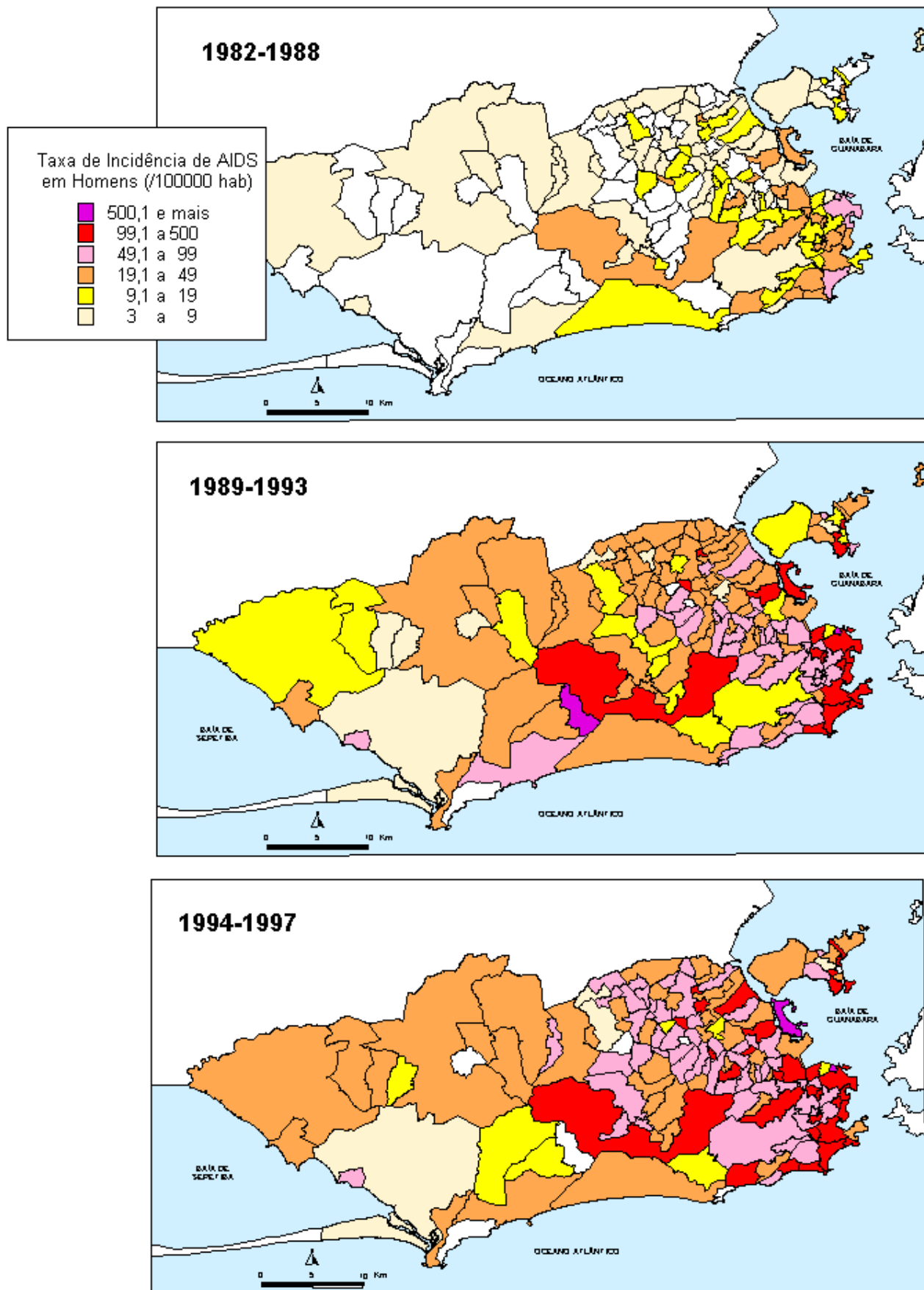
Gráfico 3.4: Crescimento da AIDS em Mulheres Segundo os Períodos nos Bairros Vizinhos aos Dois Núcleos de Maior Incidência



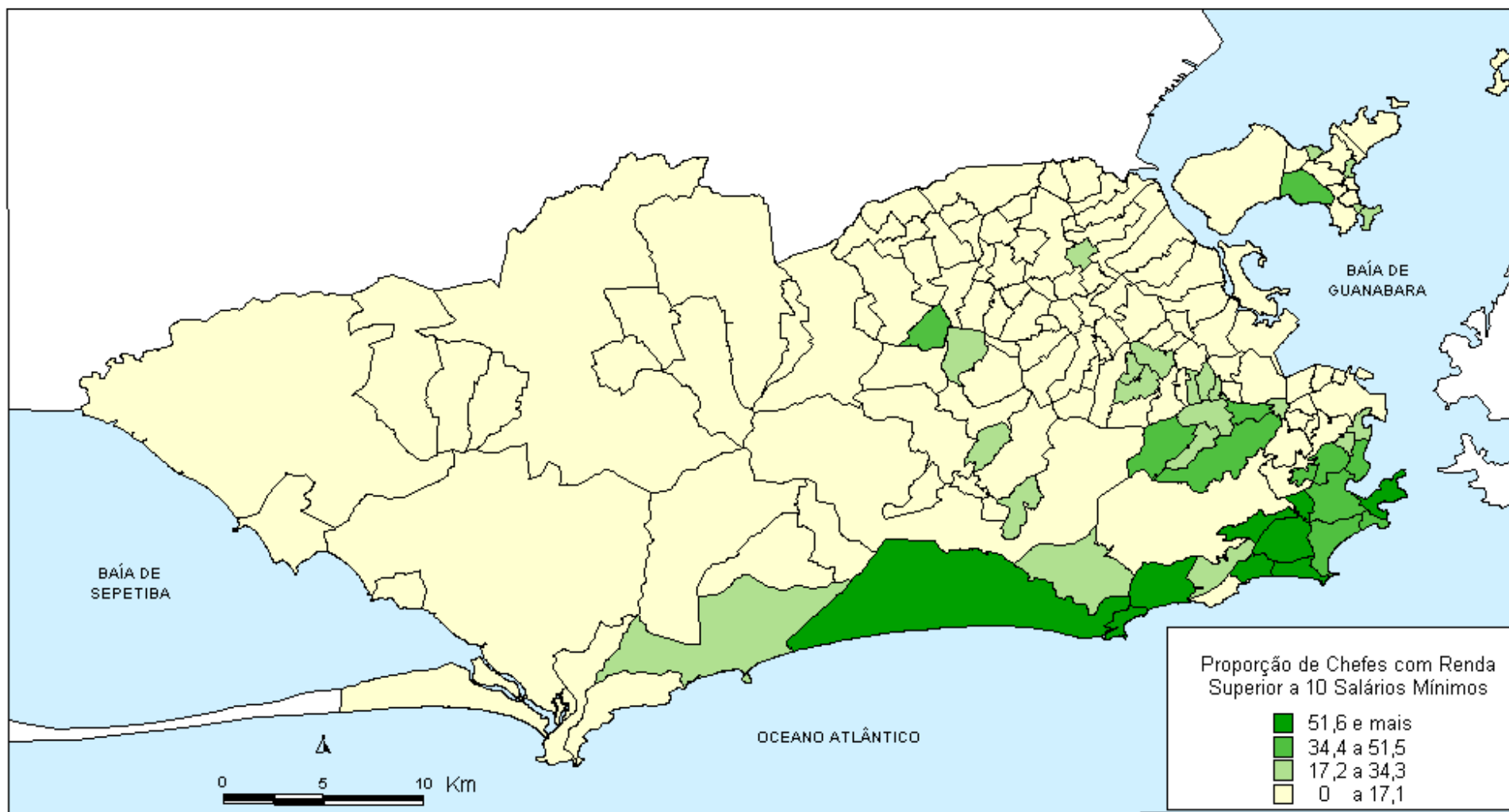
Mapa 3.1 - Taxa de Incidência dos Casos Notificados de AIDS em Mulheres ao Longo dos Períodos. Município do Rio de Janeiro



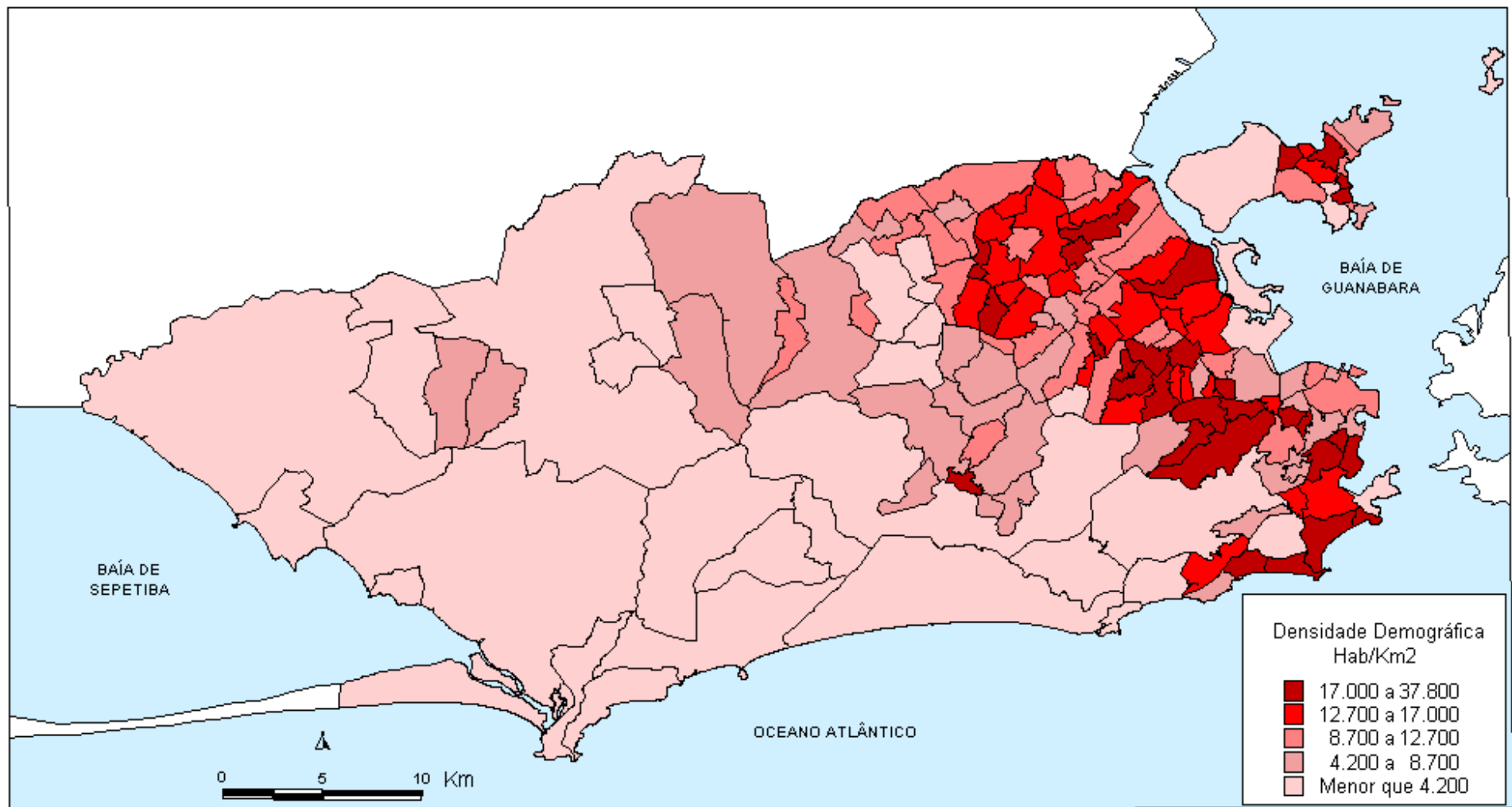
Mapa 3.2 - Taxa de Incidência dos Casos Notificados de AIDS em Homens ao Longo dos Períodos. Município do Rio de Janeiro



**Mapa 3.3 - Proporção de Chefes de Domicílio com Renda Superior a 10 Salários Mínimos
Município do Rio de Janeiro**



Mapa 3.4 - Densidade Demográfica (Hab/Km²) por Bairros, 1991
Município do Rio de Janeiro



A incidência masculina em níveis imediatamente acima das mulheres nos bairros citados acima sugere que a via heterossexual, pode ter sido um modo principal de transmissão.

Assim, apesar do processo de heterossexualização da AIDS, observa-se que as epidemias entre homens e mulheres apresentam tendências de difusão diferentes no município, quando se poderia esperar que casos femininos fossem acompanhados por casos masculinos

Ainda que se constate o processo de feminização com o crescimento da epidemia nas mulheres, os homens continuam sendo como dito anteriormente, em termos absolutos, o segmento predominante e provavelmente o “polo difusor” da epidemia.

Considerando os processos de heterossexualização e feminização da epidemia e que a construção dos indicadores se referem ao local de residência dos casos, não expressando necessariamente o local de infecção, surgem indagações relativas ao estabelecimentos de contatos efetivos que possibilitem a disseminação da transmissão do vírus da AIDS que se contextualiza espacialmente diferenciada entre homens e mulheres. Na realidade, a análise espacial não conseguirá apontar as condições de infecção do indivíduo. O local onde se deu a infecção não é passível de ser avaliada com os dados individuais que estão disponíveis nos bancos de dados. Construir mapas situando o local de residência dos casos permite relacionar estes dados com variáveis sociais, econômicas e ambientais. Como as práticas sexuais são mediadas de forma importante por estes aspectos a análise espacial é um recurso para conhecer a epidemia. Contudo os limites que se evidenciam nesse nível de análise sugerem a necessidade de que outras técnicas complementares sejam utilizadas para que se elucidem aspectos que não são passíveis de serem visualizados através de mapas.

O Mapa 3.5 estabelece a razão de casos de AIDS entre homens e mulheres (H/M) e a sua dinâmica nos três períodos. As áreas em branco no mapa representam bairros que não tiveram casos masculinos ou femininos no período.

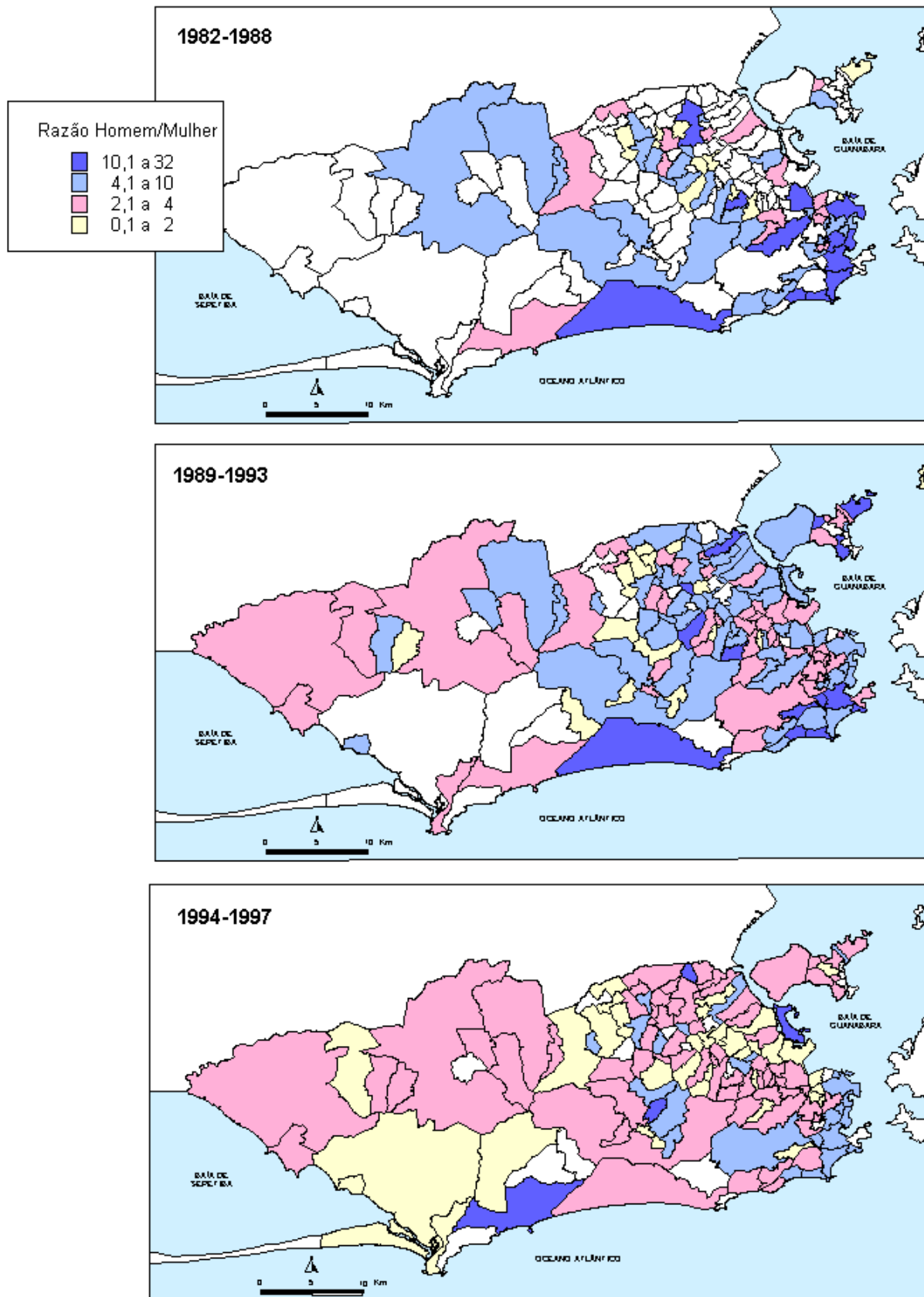
Pode-se observar a redução da razão H/M ao longo dos períodos. No início da epidemia, a maior parte dos bairros apresentava razão de 4 ou mais. Bairros da Zona Sul com grande incidência de casos apresentavam razão H/M superior a 10. No último período, observa-se uma tendência de diminuição dessa razão, com vários bairros apresentando uma razão H/M de 4 ou menos.

Bairros da Zona Sul e o Centro permaneceram com razões de casos alta, corroborando o predomínio de casos masculinos nestes bairros ao longo de todos os períodos e condizente com o perfil inicial da epidemia.

A Cidade Universitária e Saúde apresentaram aumento da razão H/M, opondo-se a tendência observada no processo de feminização. Ou seja, estes bairros apresentaram alta taxa de incidência em todos os períodos para os homens e para as mulheres (Mapas 3.1 e 3.2), com uma razão H/M crescente ao longo dos períodos. Isso demonstra o aumento do número de casos masculinos notificados, sobrepondo-se ao crescimento de casos femininos. Estes bairros, como citado anteriormente, apresentaram baixa densidade demográfica e em termos absolutos a Cidade Universitária apresentou um registro de casos notificados pouco expressivo enquanto a Saúde teve um registro considerável (Anexo 3).

A razão de casos H/M também aumentou para os bairros: Alto da Boa Vista, Jardim América, Pechincha, Cachambi e Maria da Graça. Os bairros Alto da Boa Vista, Pechincha e Maria da Graça apresentam baixa densidade demográfica (Mapa 3.4) e uma notificação de casos femininos em todo período estudado inferior a 6. Jardim América e Cachambi apresentaram alta densidade demográfica e notificação feminina superior a 10 (Anexo 3).

**Mapa 3.5 - Razão de Casos de AIDS entre Homens e Mulheres
Município do Rio de Janeiro**



O Mapa 3.6 mostra o percentual de casos de AIDS com categoria de exposição ignorada segundo o sexo durante todo período de análise, 1982-1997. A proporção de mulheres com categoria de exposição ignorada é, em geral, maior do que a dos homens. Esta diferença de percentual é maior nas áreas Norte e Oeste do município. Casos de homem com categoria de exposição ignorada apresentaram-se menos freqüentes e com um caráter mais difuso.

Vargem Grande e a Vila Militar foram bairros que apresentaram elevado percentual de categoria de transmissão ignorada tanto para homem como para mulher. Contudo, foram bairros com poucos casos notificados, como pode se observar no Anexo 3.

A Tabela 3.6 apresenta a proporção da categoria de transmissão ignorada em homens e mulheres no período estudado.

Tabela 3.6: Categoria de Transmissão Ignorada Segundo Sexo, 1982-1997

	Homens	%	Mulheres	%
Ignorados	3796	29,7	1384	42,5
Não Ignorados	8964	70,3	1869	57,5
Total	12760	100	3253	100

Fonte: SINAN

Quando analisa-se o aumento da categoria de transmissão ignorada ao longo dos períodos, Tabela 3.7, verifica-se aumento para as mulheres e redução para os homens.

Tabela 3.7: Categoria de Transmissão Ignorada Segundo Sexo e Período

	Período					
	82-88		89-93		94-97	
Feminino	35	11,3%	314	19,5%	1035	31,7%
Masculino	275	88,7%	1294	80,5%	2227	68,3%
total	310	100%	1608	100%	3262	100%

Fonte: SINAN

Analisando-se o crescimento da categoria de transmissão ignorada nos três períodos entre as mulheres observa-se que este crescimento foi próximo de 50% no terceiro período – tabela 3.8 – enquanto entre os homens foi de 36,8% – tabela 3.9.

Tanto entre homens quanto entre mulheres o modo de transmissão ignorado aumentou ao longo do tempo, sendo mais acentuado nas mulheres.

Tabela 3.8: Categoria de Transmissão Ignorada em Mulheres Segundo Período

	Período					
	82-88		89-93		94-97	
Categoria ignorada	35	20,0%	314	31,4%	1035	49,8%
Outras categorias	140	80,0%	685	68,6%	1044	50,2%
total	310	100%	1608	100%	3262	100%

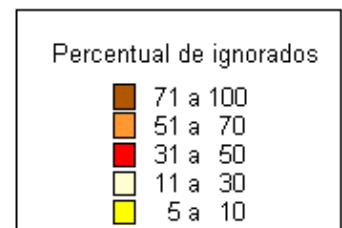
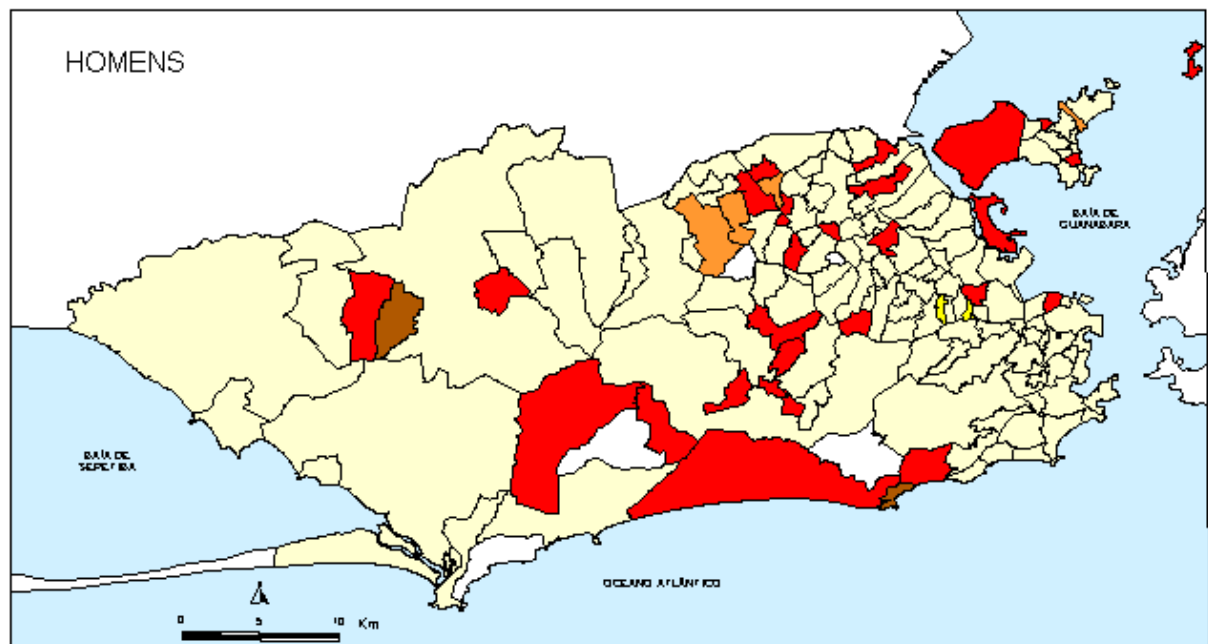
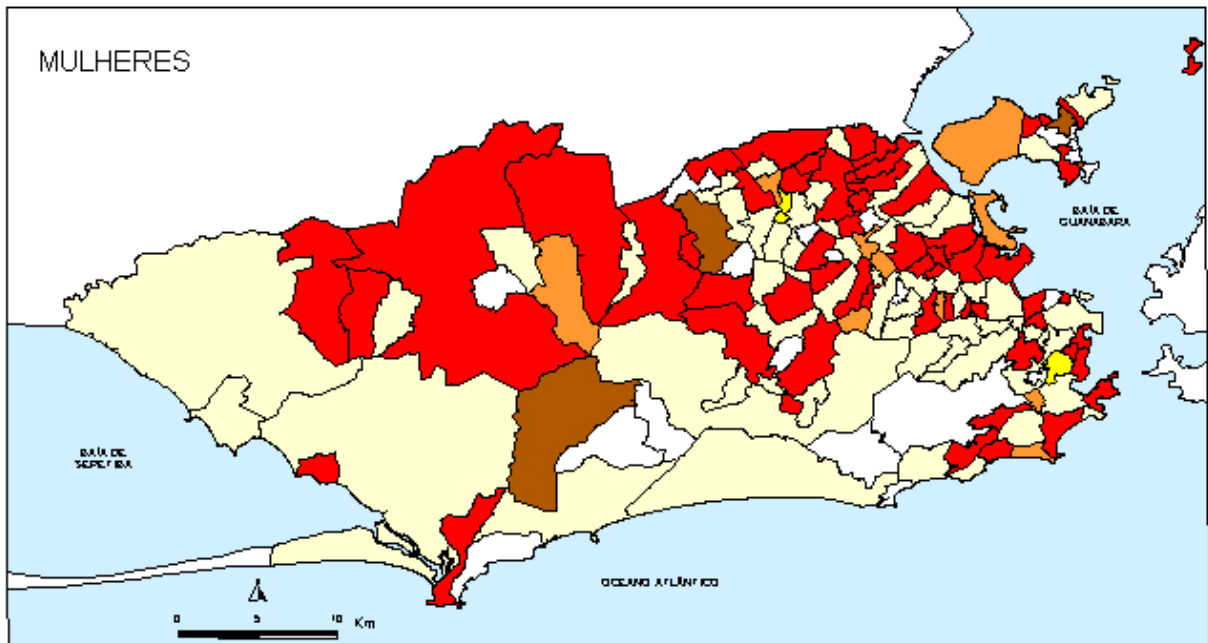
Fonte: SINAN

Tabela 3.9: Categoria de Transmissão Ignorada em Homens Segundo Período

	Período					
	82-88		89-93		94-97	
Categoria ignorada	275	18,8%	1294	24,7%	2227	36,8%
Outras categorias	1185	81,2%	3950	75,3%	3829	63,2%
total	1460	100%	5244	100%	6056	100%

Fonte: SINAN

Mapa 3.6 - Percentual de Casos de AIDS em Homens e Mulheres com Categoria de Exposição Ignorada Município do Rio de Janeiro - 1982-1997



Além do processo de crescimento da epidemia de AIDS entre as mulheres, constata-se que o meio de transmissão do vírus dentre elas é mais desconhecido e que esta tendência vem se acentuando ao longo do tempo.

A concentração de casos com categoria de exposição ignorada em bairros nas áreas Oeste e Norte, que são áreas mais pobres, pode mostrar um nível insatisfatório de atenção a esses casos. Além disso, como os casos femininos podem permanecer vários anos sem diagnóstico, a defasagem de tempo entre a exposição e a notificação pode prejudicar a qualidade da informação sobre a forma de infecção, o que pode ser agravado em áreas pobres da cidade, sem serviços de saúde ou acesso à informação.

Por outro lado, outra pergunta que se apresenta é se a maior proporção da categoria de exposição ignorada em mulheres está relacionado ao aumento da casos em mulheres pobres ou se está vinculado ao próprio fato de ser mulher. Será que essa diferença de proporção confirma o fato de que as mulheres em relação aos homens do mesmo estrato social tem uma pior qualidade de assistência, diagnóstico e tratamento? Ou será que as mulheres, em maior proporção, desconhecem elas próprias a forma como se contaminaram?

A análise da distribuição dos casos notificados de AIDS segundo sexo e escolaridade (Tabela 3.10 e Gráfico 3.5) mostrou a concentração de casos, tanto entre homens quanto entre mulheres, no nível 1^a à 4^a série, o que aponta para a baixa escolaridade da maior parte dos casos. Este dado está de acordo com a literatura que aponta para a pauperização da epidemia inferida a partir do baixo nível de escolaridade.

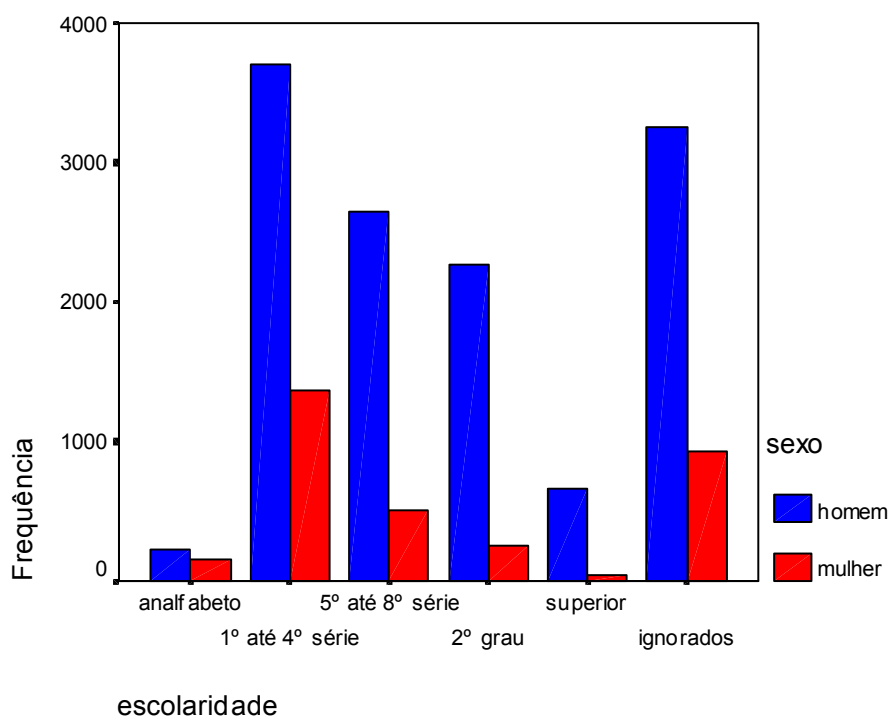
A partir do nível de escolaridade 5^a à 8^a série observa-se, para ambos sexos, uma redução no número de casos. Chama atenção o nível de escolaridade ignorado, superior a ¼ do total, sendo 28,5% para as mulheres e de 25,5% para os homens, o que demonstra uma má qualidade desse dado e a insuficiência da investigação dos casos.

Tabela 3.10: Distribuição dos Casos Notificados de AIDS, 15-59 Anos, Segundo Sexo e Escolaridade Período 1982-1997 – Município do Rio de Janeiro

	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Analfabeto	150	4,6	231	1,8
1ª até 4ª série	1367	42,0	3704	29,0
5ª até 8ª série	512	15,7	2643	20,7
2º grau	259	8,0	2263	17,7
Superior	39	1,2	663	5,2
Ignorados	962	28,5	3256	25,5
Total	3253	100,0	12760	100,0

Fonte: SINAN

Gráfico 3.5: Percentual dos Casos de AIDS de 15-59 Anos no Município do Rio de Janeiro Segundo Sexo e Escolaridade – Período 1982-1997



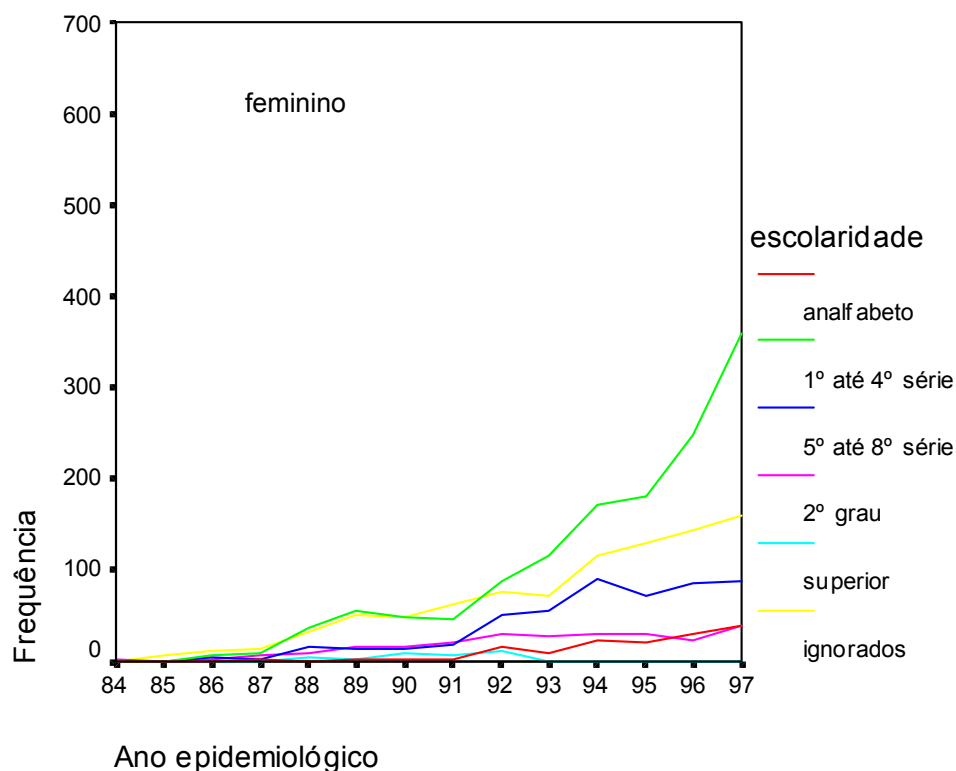
Analisando-se como o nível de escolaridade evoluiu ao longo do tempo observa-se que a partir de 1993 o nível de escolaridade superior tendeu a zero, sendo a frequência para mulheres e homens no período 1994-1997 de zero e 1 caso, respectivamente, como observa-se na Tabela 3.11 e no Gráfico 3.6. O percentual de casos femininos com escolaridade 1ª à 4ª série foi superior ao percentual masculino em todos os períodos assim como o nível de escolaridade ignorado.

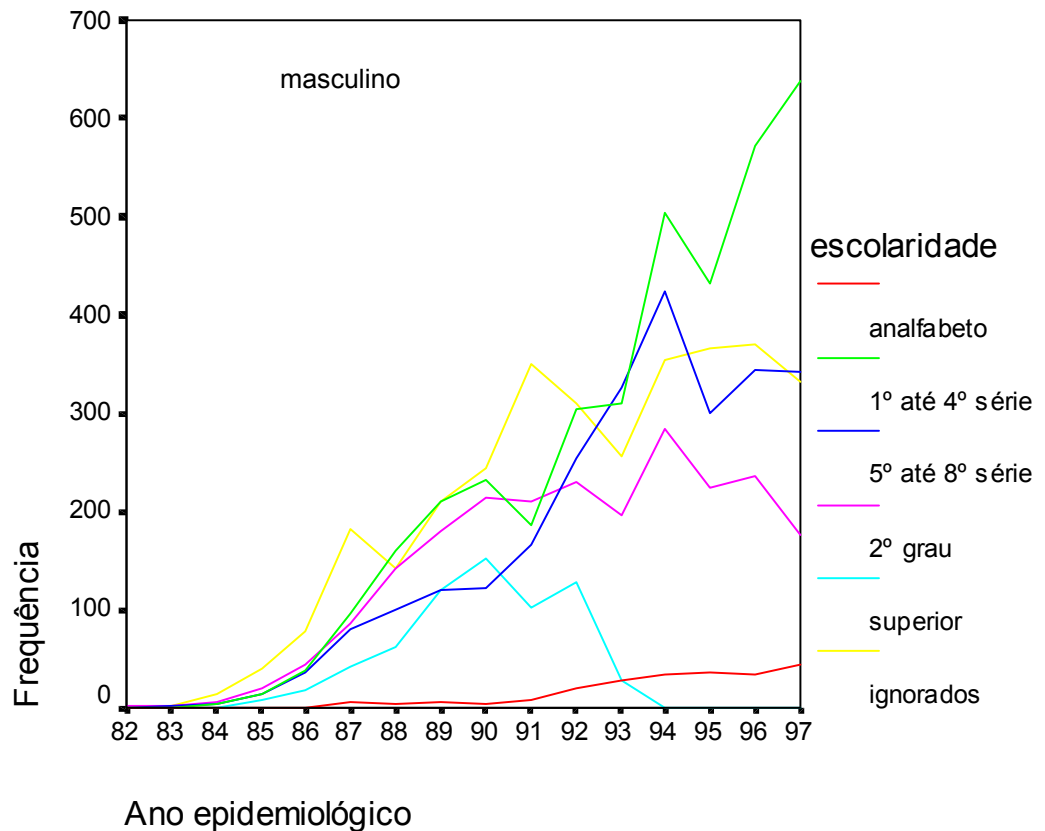
Tabela 3.11: Distribuição dos Casos de AIDS em Mulheres e Homens de 15-59 Anos Segundo Período e Escolaridade

Escolaridade	mulher			homem		
	82-88	89-93	94-97	82-88	89-93	94-97
Analfabeto	4 (2,3%)	34 (3,4%)	112 (5,4%)	12 (0,8%)	69 (1,3%)	150 (2,5%)
1ª até 4ª série	54 (30,9%)	355 (35,5%)	958 (46,1%)	313 (21,4%)	1244 (23,7%)	2147 (35,5%)
5ª até 8ª série	22 (12,6%)	154 (15,4%)	336 (16,2%)	240 (16,4%)	991 (18,9%)	1412 (23,3%)
2º grau	23 (13,1%)	113 (11,3%)	123 (5,9%)	306 (21,0%)	1034 (19,7%)	923 (15,2%)
Superior	7 (4,0%)	32 (3,2%)	-	130 (8,9%)	532 (10,1%)	1 (0,%)
Ignorado	65 (37,1)	311 (31,1%)	550 (26,5%)	459 (31,4%)	1374 (26,2%)	1423 (23,5%)
Total	175 (100%)	999 (100%)	2079 (100%)	1460 (100%)	5244 (100%)	6056 (100%)

Fonte: SINAN

Gráfico 3.6: Distribuição dos Casos de AIDS, 15-59 Anos, Segundo Sexo, Escolaridade e Ano Epidemiológico - Município do Rio de Janeiro, 1982-1997.





Comparando os Gráficos 3.5 e 3.6 pode-se observar que além da concentração de casos no nível 1ª à 4ª série, existe uma tendência de crescimento deste segmento tanto nas mulheres quanto nos homens.

O Mapa 3.7 mostra a distribuição e o percentual do nível de escolaridade até 4ª série na população geral (segundo dados do censo), homens e mulheres com AIDS.

Assim como o padrão de renda, observa-se que na população geral (dados do censo demográfico de 1991) as melhores condições de escolaridade concentram-se na Zona Sul da cidade, sendo menores na Zona Oeste. O Centro e os bairros da Zona Norte apresentam níveis intermediários de escolaridade.

O nível de escolaridade dos casos notificados de AIDS em mulheres apresentou-se muito baixo, com um percentual de escolaridade até 4ª série,

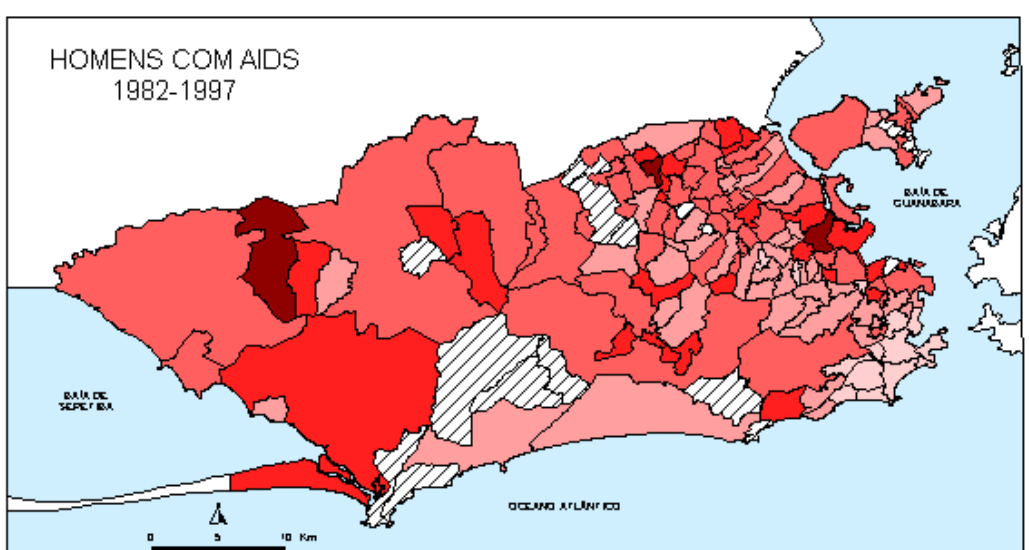
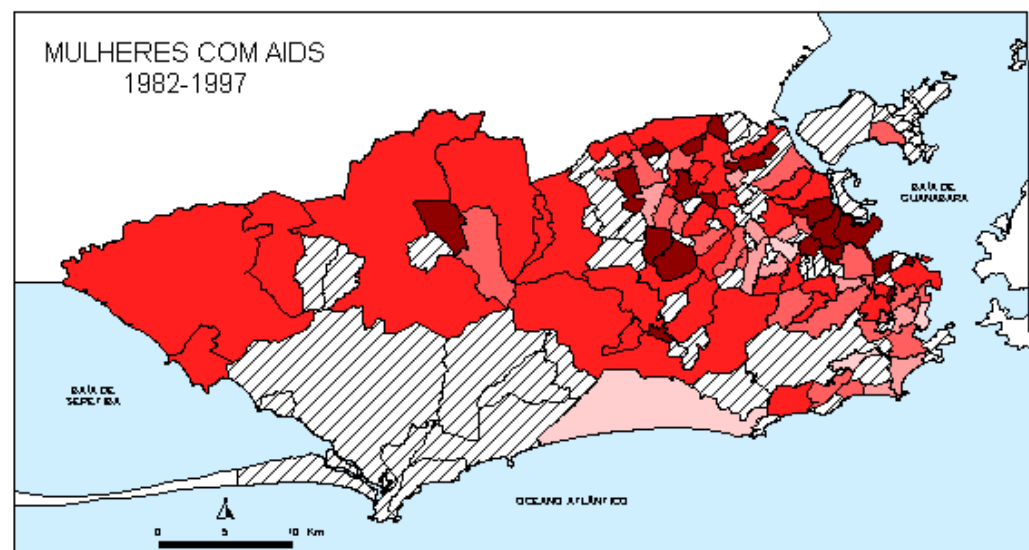
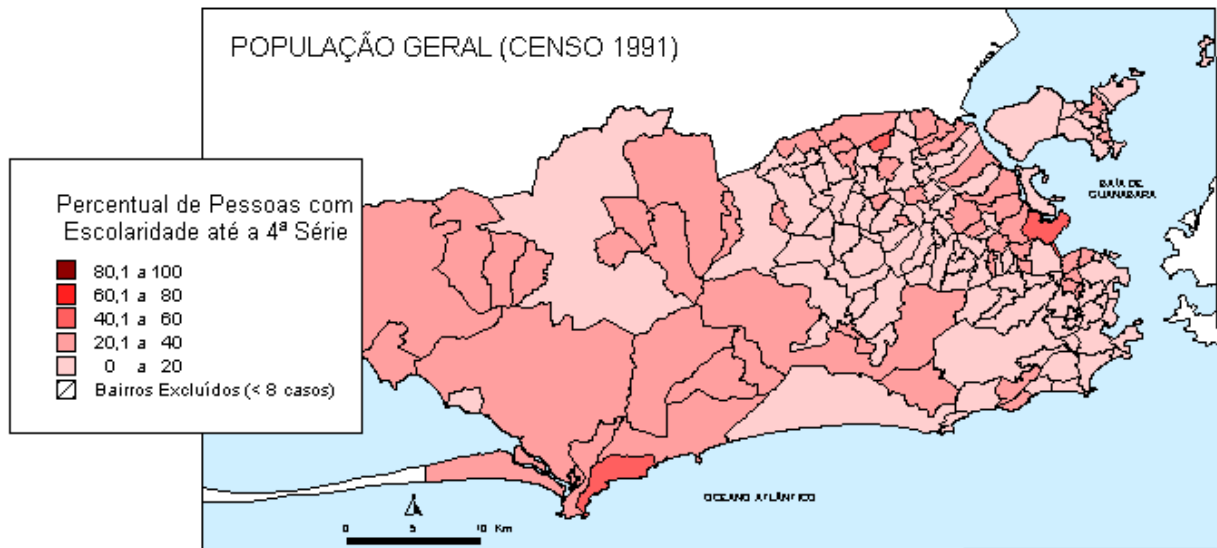
acima de 60% em vários bairros. Destacam-se um dos núcleos – segundo núcleo – e alguns bairros da Zona Norte com percentual superior a 80%.

Já nos casos notificados de AIDS em homens observa-se que este percentual fica, no geral, compreendido entre 20% e 60% e que a escolaridade dos casos é maior na Zona Sul. Observa-se também que na Zona Oeste estão localizados os casos com nível de escolaridade baixa.

Pode-se observar que as pessoas com AIDS possuem, proporcionalmente, uma escolaridade menor do que a população em geral. Além disso, a escolaridade dos casos de AIDS em mulheres é, em geral, menor do que a dos casos de AIDS masculinos.

Os bairros hachurados foram excluídos da análise espacial realizada, a partir da adoção do critério de exclusão de bairros com menos de 8 casos de AIDS notificados como residentes no local. Buscou-se assim evitar uma classificação errônea pautada na ocorrência de poucos casos

**Mapa 3.7 - Percentual de Pessoas com Escolaridade até a 4ª Série
Município do Rio de Janeiro**



A escolaridade é um indicador utilizado na análise de dados epidemiológicos para se aferir sobre a condição sócio-econômica da população: baixos níveis educacionais são relacionados com estratos sociais mais pobres.

Landmann & Bastos (2000) destacam a possibilidade de erro ao se afirmar um processo de pauperização da epidemia de AIDS baseada somente no aumento de casos em camadas populacionais mais pobres. Estes segmentos possuem pior acesso aos novos recursos terapêuticos, o que faz com que casos de HIV nesta camada evoluam mais rapidamente para AIDS. Desta forma, a baixa escolaridade dos casos pode não corresponder necessariamente a mesma da situação de transmissão da epidemia, sendo necessário estabelecer uma distinção entre pauperização dos casos notificados e de transmissão da epidemia.

Além dos recursos terapêuticos, o diagnóstico e tratamento também influem na dinâmica e evolução da epidemia e as mulheres ainda apresentam um diagnóstico tardio (Diniz e Villela, 1999). O diagnóstico ocorrendo num processo avançado da infecção conduziria também a uma evolução mais rápida para a AIDS. Análise da categoria de transmissão ignorada, e do nível de escolaridade ignorado indicam que a investigação epidemiológica pode estar sendo mais negligente junto às mulheres.

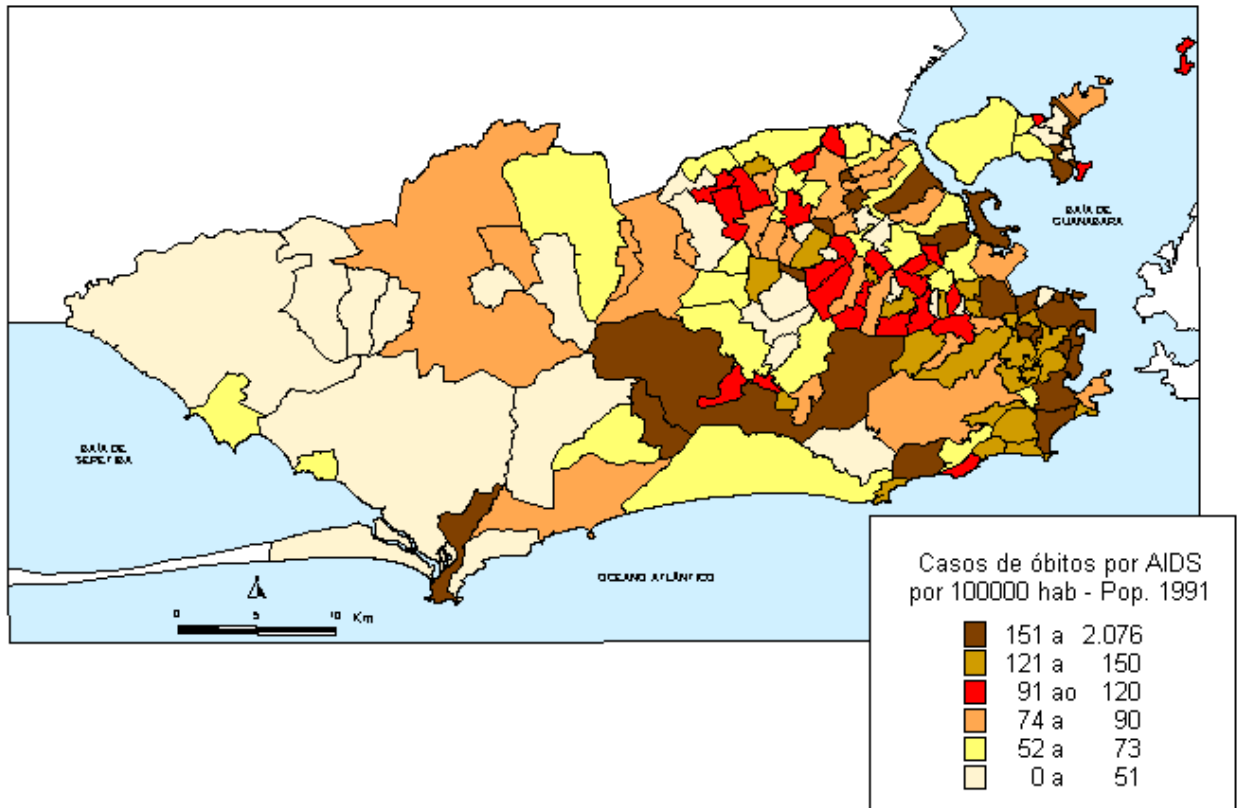
A maior proporção de mulheres com categoria de exposição ignorada e com nível de escolaridade ignorada em relação aos homens, indica que a investigação dos casos femininos é de pior qualidade. A escolaridade não é uma informação difícil de se obter, opondo-se as limitações em se estabelecer a categoria de exposição. Logo, a maior proporção de ignorados em mulheres, quanto a categoria de exposição e a escolaridade, sugere que isto seja consequência provável da condição social destas mulheres.

Nos Mapas 3.6 e 3.7, pode-se observar a concentração da categoria de exposição ignorada e de escolaridade até 4ª série, em geral, nas regiões mais pobres do município, Mapa 3.3, corroborando a implicação da condição social na investigação dos casos.

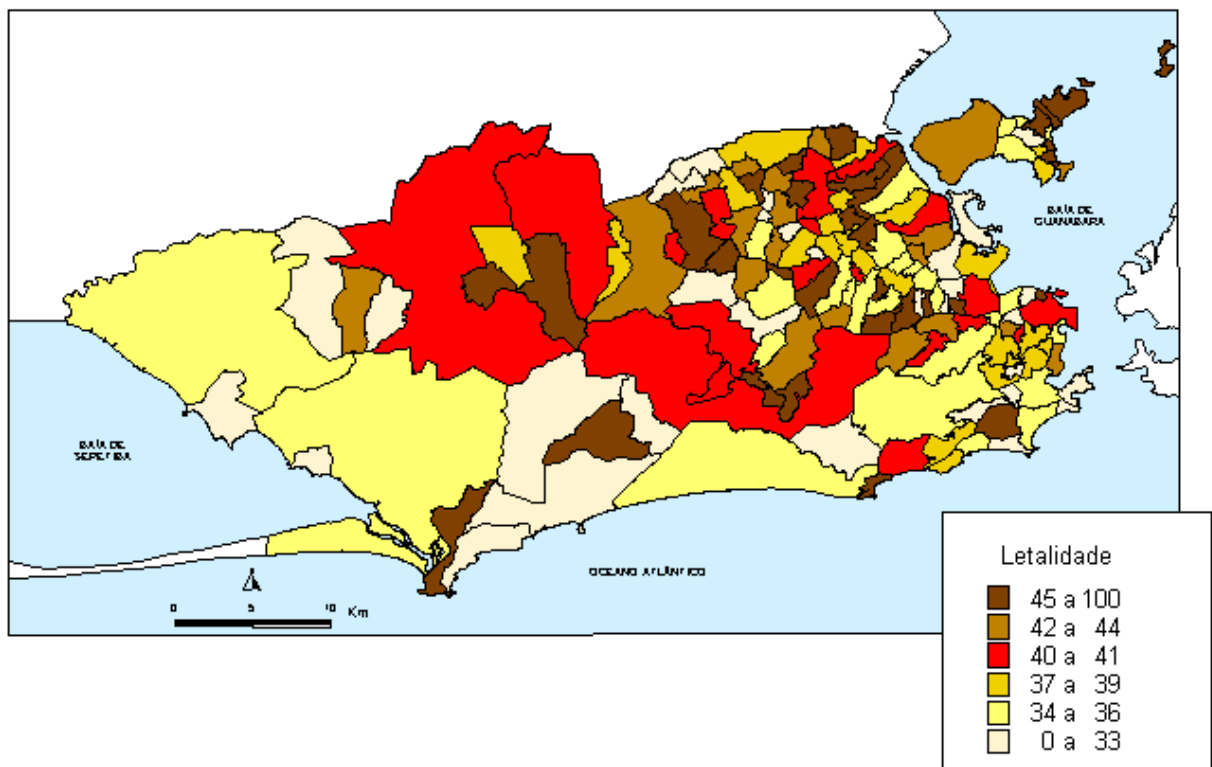
O Mapa 3.8 mostra a mortalidade por AIDS no município. Os bairros da Zona Sul, e bairros da região norte do município, além da região leste do município apresentaram os maiores coeficientes. A região Oeste do município, no geral, apresentou menor índice de mortalidade. Este resultado pode estar relacionado à disseminação da epidemia pelo município, com início na Zona Sul e propagação por todo município, atingindo mais recentemente a região Oeste.

O Mapa 3.9 apresenta a letalidade por AIDS no município no período 1982-1997. Os bairros da Zona Sul apresentaram baixos coeficientes de letalidade enquanto a Zona Norte e parte da Zona Oeste apresentaram-se com maiores coeficientes de letalidade. Este resultado pode estar relacionado ao pior acesso aos medicamentos da população destas regiões como citado anteriormente

**Mapa 3.8 - Coeficiente de Mortalidade por AIDS
Município do Rio de Janeiro - 1982-1997**



**Mapa 3.9 - Coeficiente de Letalidade por AIDS
Município do Rio de Janeiro - 1982-1997**



4 – Metodologia – Aplicação Questionários

Foi realizado um estudo com grupo de mulheres soropositivas do Centro Saúde Escola Germano Sinval Faria vinculado à ENSP/Fiocruz. O CSEGSF tem um programa específico que atende pessoas soropositivas para AIDS, o Núcleo de DST/AIDS.

O CSEGSF fica localizado no bairro de Manguinhos, que apresentou crescimento da taxa de incidência de AIDS em mulheres no período 1982-1997. Este bairro compõe vizinhança com um dos núcleos identificados previamente na análise espacial como de maior incidência de AIDS em mulheres. A localização do CSEGSF em área de crescimento da epidemia em mulheres e a existência do núcleo de atendimento a pessoas soropositivas possibilitou a realização de um estudo complementar no grupo de mulheres soropositivas do Centro de Saúde Escola da ENSP/ Fiocruz, através do levantamento de dados primários por meio de um questionário. Este trabalho foi elaborado em conjunto com os profissionais que coordenam este programa com o objetivo de, conhecendo melhor o perfil dessas mulheres, aprofundar a compreensão sobre os processos de feminização e pauperização da AIDS no município.

4.1 - O Centro Saúde Escola Germano Sinval Faria

Foi criado no ano de 1968, integrando o projeto docente da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Objetiva prestar serviços de saúde à população circunvizinha e servir à ENSP como local de prática para ensino e pesquisa. O Centro de Saúde trabalha com uma área geográfica delimitada, no bairro de Manguinhos, atendendo no geral, grupos sociais de baixa renda (Bittencourt, S et al). O Complexo de Manguinhos fica localizado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro, IV Distrito Sanitário (antiga AP 3.1), X

R.A. (Ramos). É composto de três conjuntos habitacionais e oito favelas, como pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 4.1: Composição do Complexo de Manguinhos

ÁREA	RA	BAIRRO	ANO DE OCUPAÇÃO	ANO DE CADASTRO	POPULAÇÃO	ATUALIZAÇÃO DA POPULAÇÃO*
CPH 2	X ^a	Manguinhos	1961	1982	3188	2766**
Comum. Agrícola de Higienópolis	X ^a	Bonsucesso	1989	1992	1516	1026**
Conj. Hab. Ex-Combatentes	XII ^a	Manguinhos	-	-	1284	555**
Conj. Hab. Nelson Mandela	X ^a	Jacaré	-	-	3463	2112**
Conj. Hab. Samora Machel	X ^a	Manguinhos	-	-	175	196**
Parque Carlos Chagas	X ^a	Manguinhos	1941	1981	1666	1666**
Parque João Goulart	X ^a	Manguinhos	1951	1982	4554	2533*
Parque Oswaldo Cruz	X ^a	Manguinhos	1901	1981	3021	2953**
Mandela de Pedra*	X ^a	Manguinhos	1994	-	2000	2828*
Vila Turismo	X ^a	Manguinhos	1951	1981	5536	6093**
Vila União	XII ^a	Jacaré	1951	1981	1292	1175**
Vila Verde	X ^a	Bonsucesso	1990	1992	236	Removida
Total					27931	23903***
Total						28684***

Fonte: CSEGSF

ATENÇÃO: * Dados do cadastramento do PSF/CSEGSF, 2000

ATENÇÃO: **Dados da contagem populacional da FIBGE/1996

ATENÇÃO:*** Sabe-se que a população de Manguinhos cresceu entre 1996 e 2000, portanto trabalhou-se com um aumento de 20%

A população atendida pela unidade é prioritariamente habitante de favelas e conjuntos habitacionais dos bairros de Manguinhos, Jacaré e Bonsucesso. Segundo o censo demográfico de 1991, esses bairros tinham uma população total de 170.957. A unidade atenderia, portanto, cerca de 16,8% da população total dos bairros.

A distribuição das favelas e dos complexos habitacionais que compõem o complexo de Manguinhos pode ser visto no Mapa 4.1

MAPA 4.1 - Complexo de Manguinhos

Complexo de Manguinhos Favelas e Conjuntos Habitacionais Total de habitantes – aproximadamente 30.000



Legenda

- Rios e Canais
- FIOCRUZ
- Ensp
- Metrô
- Linha Férrea/RFFSA
- Rodovias Federais
- Rodovias Estaduais
- Rodovias Municipais
- Ruas
- Favelas e Conjuntos Habitacionais**
- CHP-2
- Com. Agr. de Higienópolis
- Conj. Hab. Ex-Combatentes
- Conj. Hab. Nelson Mandela
- Conj. Hab. Samora Machel
- Parque Carlos Chagas
- Parque Joao Goulart
- Parque Oswaldo Cruz
- Vila Turismo
- Vila União
- Vila Verde
- Mandela de Pedra

4.1.1 - O Núcleo de DST/AIDS

Este Núcleo existe desde 1996 e tem como objetivo para além da assistência, o estabelecimento de trocas entre a comunidade e o serviço de saúde, a sensibilização permanente dos profissionais que prestam assistência a este grupo e a promoção à saúde através do estímulo a participação em trabalhos comunitários e associações ou grupos (Porto e Vargas, 2000). O número de pacientes atendidos pelo programa DST/AIDS na fase em que este trabalho se desenvolveu era de 120, dos quais 60 eram mulheres.

4.2 - Seleção dos Participantes

Das 60 mulheres soropositivas atendidas no programa do CSEGSF, 48 mulheres responderam ao questionário.

Tabela 4.2: Distribuição das Mulheres Atendidas pelo Núcleo DST/AIDS e Entrevistadas Segundo Local de Residência

Residentes no Município do Rio de Janeiro		
	Freqüência	%
Complexo de Manguinhos	27	56,2
São Cristovão	1	
Benfica	2	
Bonsucesso	2	
Ramos	1	
Olaria	1	29,2
Higienópolis	2	
Jacaré	2	
Irajá	2	
Quintino	1	
Residentes fora do Município do Rio de Janeiro		
São João de Meriti	2	
Duque de Caxias	2	
Magé	1	14,6
Queimados	1	
Maúa (Praia de Mauá)	1	
Total	48	100

A maior parte destas mulheres (56,2%) residia no Complexo de Manguinhos, 14 mulheres (29,2%) residiam em outros bairros do município e 7 mulheres (14,6) residiam fora do município do Rio de Janeiro. As mulheres soropositivas que residiam fora do município do Rio de Janeiro foram excluídas da análise⁵. As mulheres residentes fora da área de abrangência do Complexo de Manguinhos foram incluídas tendo em vista a expansão da epidemia na Zona Norte do município e considerando, no geral, uma homogeneidade nas características sócio-econômicas desta população. Desta forma, foram analisadas 41 questionários.

Do total de mulheres que formavam o grupo original - 60 mulheres - as 12 perdas ocorreram pelos seguintes motivos: 1 recusou-se a participar, 4 não puderam participar devido ao estado de saúde em que se encontravam ou em função do trabalho, 7 não compareceram ao Centro de Saúde durante o período de realização das entrevistas e/ou não foram localizadas.

Tabela 4.3: Distribuição das Mulheres Atendidas pelo Núcleo DST/AIDS Não Entrevistadas Segundo Local de Residência

	Frequência
Complexo Manguinhos	7
Jacarezinho	1
Maria da Graça	1
Sem endereço atualizado	3
Total	12

4.3 - Instrumento: Questionário

O questionário foi desenvolvido buscando apreender dados quantitativos e discriminar melhor algumas variáveis. Foi composto por questões predominantemente fechadas, formadas por perguntas de múltipla escolha. Algumas informações foram registradas através de perguntas abertas e por observações da autora da pesquisa que aplicou todos os questionários.

⁵ Embora estas mulheres façam parte das estatísticas do município do Rio de Janeiro, sendo casos notificados ao SINAN, optou-se por não incluí-las no estudo considerando o local de moradia.

Buscou-se detectar as inconsistências no discurso, contradições de dados e falas que se repetiam.

A elaboração do questionário buscou contemplar não só os aspectos de interesse desta pesquisa como também dos profissionais do programa de AIDS do Centro de Saúde.

O questionário envolveu os seguintes aspectos (anexo 4):

- Parte 1: Características Individuais – características sócio-econômicas
- Parte 2: Conhecimento da Condição Sorológica - nível de conhecimento e forma de relacionamento com sua condição.
- Parte 3: Informação e Sexualidade - fonte e qualidade de informação sobre AIDS e sexualidade.
- Parte 4: Conhecimento Sobre Direitos – conhecimento sobre os direitos dos soropositivos.
- Parte 5: Percepção e Cuidados com a Saúde – adesão ao tratamento
- Parte 6: Expectativas e Mudanças

Na elaboração deste instrumento utilizou-se como referência um questionário aplicado em estudo sobre vulnerabilidade em mulheres jovens (Sanches, 1999) e um questionário aplicado em mulheres soropositivas (Paiva et al, 1996).

Foi realizado um pré-teste, em duas pessoas soropositivas do grupo. Após o pré-teste o instrumento foi reavaliado pela pesquisadora juntamente com a equipe do núcleo DST/AIDS, e algumas alterações foram efetuadas, chegando-se a um modelo final.

A análise das variáveis que compõem o questionário foi realizada através do SPSS for Windows versão 8.0

4.4 - Aplicação dos Questionários

As entrevistas realizaram-se no período entre 1/08/2000 e 6/11/2000. O contato com as mulheres foi feito através de busca no agendamento médico e/ou dos exames onde identificava-se a paciente, dia e horário de atendimento. A própria equipe do núcleo de DST/AIDS apresentou a proposta da entrevista, na qual seria aplicado o questionário. Foi explicado a natureza e os objetivos da entrevista e todas as participantes consentiram conforme assinatura de termo próprio. A aplicação do questionário foi padronizada: a pesquisadora iniciava a entrevista após esclarecimento do objetivo da pesquisa e assinatura do termo de consentimento. Cada item do questionário foi lido e respeitada a seqüência das opções de resposta. Os itens eram relidos quando a entrevistada não tinha certeza de qual era a melhor opção ou quando não compreendia a questão. Após a leitura da questão, algumas entrevistadas já davam a resposta, sem que a pesquisadora lesse as alternativas. Nestes casos, a pesquisadora marcava diretamente a opção citada pela entrevistada. Além disso, as falas que surgiram espontaneamente às questões perguntadas foram anotadas, buscando-se não interferir na forma de expressão das mulheres entrevistadas.

Para ampliar o numero de entrevistas, uma vez que nem sempre conseguiu-se estabelecer contato através dos agendamentos, recorreu-se a telegramas e visitas domiciliares, realizadas pela equipe do CSEGSF.

4.5 - Variáveis

dataent: data da entrevista

duração: duração da entrevista

idade: idade

corpd⁶: cor (branca; morena; negra)
estado: local onde nasceu
bairro: local onde reside
sitconj: situação conjugal (as categorias desta variável foram reagrupadas em parceiro: fixo; eventual; sem parceiro)
relig: qual a religião
iprelig: importância da religião na vida
escol: escolaridade
atuempr: atualmente trabalhando
redmens: renda mensal individual
redmenf: renda mensal da família
pvivired: quantidade de pessoas que vivem com a renda mensal
filhos: tem filhos
qtfilhos: quantidade de filhos
hivfilh1: filho mais novo HIV positivo
qntmhiv: há quanto tempo se sabe soropositiva
idadiag: idade ao diagnóstico
antexam: situação de realização do exame
penshiv: já havia pensado que poderia ser soropositiva
recrelt: situação ao receber o resultado do exame
tjvirus: como acha que se contaminou
parchiv: parceiro atual é soropositivo
contar: contou para alguém sobre o diagnóstico
parceir: contou para o parceiro
precauc: faz uso de algum método de precaução com o parceiro
ist: ter tido alguma DST
idrela: idade que tinha quando teve primeira relação sexual
qtsparc: número de parceiros sexuais que já teve
infoesc: informação esclarecedora
acredit: número de parceiros aumenta o risco de pegar o vírus da AIDS
ransnd: o vírus da AIDS pode ser transmitido por uma pessoa que não aparenta estar doente

⁶ as categorias de cor foram definidas em três grupos, buscando reduzir o erro da medida devido a falta

condon: camisinha previne a transmissão do vírus da AIDS

parcris: pessoas que sempre usam preservativos e têm muitos parceiros sexuais, têm maior risco de pegar o vírus da AIDS

diraux: conhecimento do direito de pedir auxílio doença

dirtran: conhecimento do direito de ter passe transporte

dirdem: conhecimento do direito de não ser demitido por ser soropositivo

dirsig: conhecimento do direito de manter sigilo sobre sua condição

estsd: percepção sobre o estado de saúde

tomedic: toma medicação indicada

usomed: uso dos medicamentos

altern: tratamento alternativo

altrat: método de tratamento e ajuda

qtdalco: uso e frequência de bebidas alcóolicas

qtdmac: uso e frequência de maconha

cocaína: uso e frequência de cocaína

crack: uso e frequência de crack

qtdcoc: uso e frequência de cocaína injetada na veia

seringa: uso e frequência de seringa compartilhada

desabaf: necessidade de desabafar

conselh: necessidade de conselho

distr: necessidade de distração

ajuda: necessidade e ajuda

estvise: mudança na vida sexual

mudvida: mudança na vida

5 – Resultados e Discussão - Entrevistas

A análise espacial dos casos de AIDS do município do Rio de Janeiro, evidenciou a área de Manguinhos como uma das mais características do fenômeno de pauperização e feminização da epidemia. O crescimento da AIDS em mulheres neste bairro acentuou-se ao longo dos períodos. Entre 1994-1997 a razão de casos H/M ficou entre 1.2 à 3 e o percentual de baixa escolaridade - até 4ª série - foi dos mais acentuados, para ambos os sexos⁷. Essa evidência ressaltou a oportunidade de um estudo complementar para aprofundar o conhecimento sobre a expansão da epidemia de AIDS em mulheres e sobre os processos de feminização e pauperização.

Foram aplicados 41 questionários, com um tempo de realização médio de 36,10 minutos. Do total de mulheres abordadas três não souberam dizer a idade que tinham. A idade informada variou de 15 a 56 anos e a média de idade das mulheres que forneceram esta informação foi de 36,11 anos. Comparando a idade informada das mulheres na época da aplicação do questionário com a idade ao diagnóstico observou-se que a idade média passou para 32,50 anos, como pode ser observado na Tabela 5.1. A idade média da primeira relação sexual foi 18 anos.

Tabela 5.1: Estatística Descritiva das Variáveis Relacionadas à Idade

Idade	Estatísticas	Idade ao diagnóstico	Estatísticas	Idade 1ª relação sexual	Estatísticas
N	38	N	38	N	41
Média	36,1	Média	32,5	Média	18,0
Mediana	36	Mediana	31,5	Mediana	15
Moda	36	Moda	23	Moda	13 e 15
Desvio padrão	11,0	Desvio padrão	9,3	Desvio padrão	11,9

⁷ O crescimento da epidemia de AIDS no bairro de Manguinhos pode ser visto no Gráfico 3.4, página 34, enquanto a razão de casos entre H/M e o percentual de baixa escolaridade nos Mapas 3.5 e 3.7, respectivamente nas páginas 41 e 50.

Observa-se na Tabela 5.2 que a maioria das mulheres (75,6%) era natural do Estado do Rio de Janeiro e 24,4% provenientes de outros Estados.

A escolaridade no geral foi baixa, com 51,2% dos casos com grau de instrução até 4ª série. Com relação a situação conjugal, as entrevistadas informaram possuir parceiro fixo (53,7%) ou estar sem parceiro (43,9%).

A maioria destas mulheres tem filhos (82,9%), sendo que 14,7% tiveram o filho mais novo HIV positivo e 5,9% não souberam informar a situação diagnóstica do filho por não terem realizados o exame nestes. Do total de mulheres 8 (19,5%) entrevistadas tiveram o diagnóstico de soropositividade no pré-natal ou parto.

A importância da religião na vida destas mulheres mostrou-se extremamente acentuada com um percentual de respostas de 95,1% entre as opções *muito importante* (61,0%) e *importante* (34,1%). As religiões mais citadas foram a católica (43,9%) e a evangélica/crente/protestante (36,6%).

Algumas das mulheres entrevistadas relacionaram o diagnóstico de soropositividade a uma maior valorização da religião nas suas vidas.

M1, 23 anos, casada, diagnosticada há 2 anos (exame de rotina para inserção de DIU) – após diagnóstico informou que passou a freqüentar a religião. Passou a se cuidar mais, se dar mais valor.

M2, não soube informar a idade, diagnosticada há 3 anos (adoeceu e médico pediu o exame) - entrou para igreja quando soube do resultado. “Não foi pelo amor, foi pela dor.” A entrevistada informou também que acredita que vai ser curada pela igreja.

Tabela 5.2: Distribuição das Variáveis Sócio-culturais e Demográficas

Variável	N	%
Estado		
Bahia	1	2,4
Ceará	3	7,3
Minas Gerais	2	4,9
Paraíba	2	4,9
Rio de Janeiro	31	75,6
Rio Grande do Norte	2	4,9
Total	41	100
Cor Padronizada		
Branca	17	41,5
Mulata	7	17,1
Negra	17	41,5
Total	41	100
Escolaridade		
Analfabeto	3	7,3
1ª até 4ª série	18	43,9
5ª até 8ª série	15	36,6
2º grau	4	9,8
3º grau	1	2,4
Total	41	100
Parceiro		
Fixo	22	53,7
Eventual	1	2,4
Sem parceiro	18	43,9
Total	41	100
Religião		
Católico	18	43,9
Espírita	1	2,4
Evangélica/crente/protestante	15	36,6
Umbanda/candomblé	1	2,4
Outras	1	2,4
não tem religião	5	12,2
Total	41	100
Importância da religião		
muito importante	25	61,0
Importante	14	34,1
pouco importante	1	2,4
nada importante	1	2,4
Total	41	100
Filho		
Sim	34	82,9
Não	7	17,1
Total	41	100
Filho mais novo HIV		
Sim	5	14,7
Não	27	79,4
não sabe	2	5,9
Total	41	100

Como pode-se observar na Tabela 5.3 do total de mulheres entrevistadas 41,5% estavam desempregadas no momento em que as entrevistas foram realizadas e 9,8% nunca trabalharam. Dentre as mulheres que trabalharam as ocupações mais citadas foram doméstica/faxineira (32,5%), servente/auxiliar de serviços gerais (17,5%) e costureira (12,5%). No preenchimento desta variável no questionário constatou-se que uma entrevistada disse ser manicura e segundo informações obtidas junto à profissionais da equipe do serviço de saúde tratava-se de uma profissional do sexo. Este detalhe nos remete à dificuldade de obtenção de um dado confiável quando a pergunta envolve aspectos que as pessoas preferem não revelar e nos faz refletir sobre a fragilidade das informações relativas a um tema tão complexo e estigmatizado que a epidemia de AIDS trás a tona.

Tabela 5.3: Distribuição das Variáveis Situação de Trabalho e Profissão

Variável	N	%
Atualmente empregado		
sim/emprego	9	22
sim/bico	5	12,2
não/desempregado	17	41,5
não/aposentado	3	7,3
nunca trabalhou	4	9,8
não/encostado	3	7,3
Total	41	100
Profissão (ocupação)		
doméstica/faxineira	13	32,5
costureira	5	12,5
servente/aux. serviços gerais	7	17,5
caixa	2	5,0
cofradeira de ônibus	1	2,5
manicura	1	2,5
secretária/aux. adm/atendente tel.	3	7,5
camareira/arrumadeira	2	5,0
lancheira/cozinheira	1	2,5
aprendiz de bolseira	1	2,5
dedetizadora	1	2,5
gráfica	1	2,5
contabilidade	1	2,5
agente comunitária de saúde	1	2,5
Total de ocupações citadas	40	100

A análise da renda mensal individual e familiar, na Tabela 5.4, mostrou que a maior parte das entrevistadas, 53,7% e 51,2% respectivamente, apresentaram renda de até 2 salários mínimos – menos de 1 salário mínimo e de 1 a 2 salários mínimos. A média de pessoas que vivem com a renda

mensal da família foi de 3,5 (N=40)⁸. Outro aspecto relevante em relação à renda é que 41,5% das entrevistadas relataram não possuir nenhuma fonte de renda individual e 12,2% não ter nenhuma renda mensal familiar.

Tabela 5.4: Distribuição da Variável Renda Mensal

	Renda mensal da entrevistada		Renda mensal da família	
	N	%	N	%
nenhuma fonte de renda	17	41,5	5	12,2
menos de 1 sm	4	9,8	2	4,9
de 1 a 2 sm	18	43,9	19	46,3
de 2,5 a 3,5 sm	2	4,9	6	14,6
de 4 a 5 sm	-	-	4	9,8
mais de 5 sm	-	-	3	7,3
não sabe	-	-	2	4,9
Total	41	100,0	41	100,0

Com relação a forma como ficaram sabendo de sua condição de soropositividade, a maior parte das mulheres (46,3%) soube do diagnóstico porque adoeceu, como pode ser observado na Tabela 5.5.

Tabela 5.5: Distribuição da Variável Informe do Diagnóstico

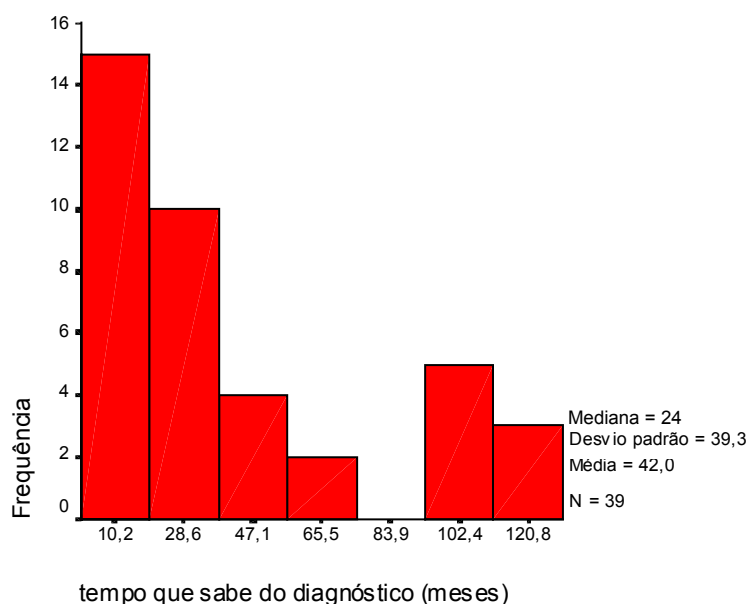
Informe do diagnóstico ⁹	N	%
pré-natal/parto	8	7,3
Adoeceu	19	46,3
parceiro adoeceu	8	19,5
exame de rotina	3	19,5
filho adoeceu	1	2,4
doou sangue	2	4,9
Total	41	100

O intervalo de tempo transcorrido desde o diagnóstico de soropositividade até a época da aplicação do questionário variou de 1 mês à 10 anos como pode ser observado no Gráfico 5.1 abaixo.

⁸ Uma das entrevistadas não soube informar a *renda mensal da família*, ocasionando um N=40.

⁹ duas entrevistadas informaram que o exame foi solicitado pelo médico junto à outros exames de rotina e uma entrevistada especificou que foi na rotina de exames para inserção do DIU.

Gráfico 5.1: Histograma do Tempo Transcorrido entre o Diagnóstico de Soropositividade e a Aplicação do Questionário



Observa-se que muitas mulheres (51,2%) souberam do diagnóstico em um intervalo de tempo de até 24 meses. Duas entrevistadas não souberam informar há quanto tempo souberam da condição de soropositividade, Tabela 5.6.

Tabela 5.6: Distribuição da Variável Tempo de Informe do Diagnóstico

Tempo de diagnóstico	N	%
Até 24 meses	21	51,2
25 meses ou +	18	43,9
Não souberam informar	2	4,9
Total	41	100,0

Analisando as situações em que as mulheres souberam do diagnóstico em um intervalo de tempo de até 24 meses, tabela 5.7, observa-se que a maioria (33,3%) soube no pré-natal/parto, 28,6% porque adoeceu e 19,0% porque o parceiro adoeceu. Estes dados estão de acordo com a literatura onde as mulheres só sabem do seu diagnóstico por adoecimento delas, dos

companheiros, dos filhos ou por ocasião do pré-natal/parto (Barbosa, 1996; Vermelho, 1999).

Tabela 5.7: Distribuição da Variável Informe do Diagnóstico em Mulheres com até 24 Meses de Diagnóstico

Informe do Diagnóstico	N	%
pré-natal/parto	7	33,3
adoeceu	6	28,6
parceiro adoeceu	4	19,0
exame de sangue	1	4,8
filho adoeceu	1	4,8
doou sangue	2	9,5
Total	21	100,0

Como pode ser observado na Tabela 5.8, mais da metade das entrevistadas (51,2%) informou não ter tido nenhum tipo de aconselhamento na época em que foi realizado o teste para avaliar a condição sorológica enquanto 46,3% relatou ter recebido algum tipo de orientação - médico conversou bastante (26,8%) ou um pouco (19,5%).

A situação diagnóstica foi comunicada na maior parte dos casos pelo médico (70,7%) e foi avaliada pelas entrevistadas como uma atitude positiva no sentido de ajuda-las. A maioria destas mulheres (73,2%) não cogitava que poderia ser soropositivas e 82,9% compartilhou a informação com alguém ao receber o diagnóstico. 29,3% das entrevistadas não comunicaram ao parceiro sobre o seu estado de soropositividade. Este silêncio que se estabelece na parceria ressalta a importância de se refletir sobre a falta de comunicação entre parceiros. A maior parte das entrevistadas (48,3%) respondeu supor que foram contaminadas pelo parceiro - transmissão heterossexual – e 17,1% pelo parceiro anterior.

As histórias abaixo evidenciam situações onde a condição de soropositividade foi omitida do parceiro:

M3, 45 anos, casada, diagnosticada há 9 anos (parceiro adoeceu de AIDS e médico pediu o exame) - Não contou para o atual parceiro que é soropositiva, mas acha que ele sabe. Acha que o parceiro também é soropositivo e que já era antes de estar com ela.

M4, 22 anos, sem parceiro, diagnosticada há 2 anos (parceiro adoeceu de AIDS e médico pediu o exame) - Quando ficou sabendo de sua soropositividade estava separada do marido que era HIV positivo. No início pensou em se matar. Depois pensou na filha. Já pensou também em parar de tomar medicamentos. Não tem parceiro fixo. Mas depois do marido, que foi o primeiro parceiro sexual, teve cerca de 10 parceiros com os quais afirmou ter usado camisinha, tendo, essa, em algumas situações, estourado. Nunca falou para eles sobre sua condição. Diz que se souberem ninguém vai querer ficar, nem dar beijo.

M5, 36 anos, casada, diagnosticada há 2 anos (adoeceu e médico pediu o exame) – “é uma coisa particular, não conta para ninguém pois ninguém vai ajudar mesmo”. Não sabe se o parceiro é soropositivo.

Verifica-se que muitas mulheres (41,5%) estavam sem parceiro na época da aplicação do questionário (Tabela 5.8). Foi possível constatar que pelo menos 19,5% das entrevistadas relataram ter aberto mão da vida sexual desde o diagnóstico, não tendo mais parceiro, como pode ser observar através dos relatos abaixo:

M6, não sabia informar a idade nem tempo de diagnóstico, (adoeceu e médico pediu o exame) - não tem parceiro. Quando soube do diagnóstico não arranhou mais ninguém Fica com medo de arrumar outra pessoa e quando este ficar sabendo se afastar.

M7, 39 anos, sem parceiro, diagnosticada há 10 anos (adoeceu e médico pediu o exame) - Quando soube do diagnóstico já estava só e desde então está só.

M8, 44 anos, sem parceiro, diagnosticada há 9 anos (ficou sabendo que a outra mulher do marido estava internada com AIDS. Perguntou ao marido e ele negou. Foi então fazer o teste) - Desde que soube do resultado não teve mais ninguém.

A atitude destas mulheres perante a condição de soropositividade é portanto diferenciada. A condição de soropositividade interfere na vida sexual destas

mulheres de uma forma diferente. Se por um lado algumas mulheres não abriram mão da vida sexual, mesmo tendo que omitir seu estado ao parceiro, por outro lado, muitas mulheres afirmaram estar sem parceiro na época das entrevistas pelo mesmo motivo.

Se a maioria das mulheres (60,9%) informou que o meio de contaminação foi o parceiro¹⁰, 31,7% não souberam informar a forma de contaminação. Destaca-se a oportunidade de comparar esta proporção com os 42,5% de mulheres com categoria de transmissão ignorada nos dados do SINAN analisados. Isto, em parte, responde ao questionamento formulado no capítulo 3 evidenciando como a maior proporção de categoria de transmissão ignorada em mulheres é porque elas próprias desconhecem a forma de contaminação. Assim, esta dificuldade não diz respeito só ao mau preenchimento das fichas de notificação, mas relaciona-se também à dificuldade destas mulheres de relatar sua situação e de desconhecê-la, apesar de ter se contaminado. Esta incerteza foi uma presença constante mesmo naquelas mulheres que informaram que se contaminaram através dos parceiros como pode ser observado pelos registros realizados durante a entrevista comparadas com a opção de resposta, do questionário, parceiro foi o meio de contaminação:

M9, 55 anos, sem parceiro, diagnosticada há 10 anos (adoeceu e médico pediu exame) - acha que o parceiro morreu de AIDS, não tem certeza. - o parceiro além de ter tido outras mulheres também usava drogas

M10, 21 anos, parceiro eventual, diagnosticada há 8 meses (pré-natal) - o parceiro anterior queria transar de camisinha. Não sabe dizer se ele era positivo. Ele fazia uso de drogas e tinha muitas mulheres.

¹⁰ Conjunto de respostas da variável meio de contaminação, na Tabela 5.8, que envolvem o parceiro ou o parceiro anterior.

M7, 39 anos, sem parceiro, diagnosticada há 10 anos (adoeceu e médico pediu exame) - não sabe se o parceiro “do qual se contaminou” era positivo. Quando soube do diagnóstico já estava só.

M11, 48 anos, sem parceiro, diagnosticada há 9 anos (adoeceu e médico pediu exame)- A entrevistada afirma ter se contaminado através do seu primeiro companheiro do qual está separada há muitos anos. Contudo não referiu em nenhum momento que ele estava infectado. Teve outros parceiros após a separação.

M12, 36 anos, casada, diagnosticada há 3 anos (adoeceu e médico pediu exame) - mudou o relacionamento com o parceiro. Não sabe se ele é positivo. Ele tem outra mulher, não sabe se essa outra mulher também é positiva. Discutem sobre como a entrevistada se contaminou. Diminuíram o número de relações sexuais.

M5, 36 anos, casada, diagnosticada há 2 anos (adoeceu e médico pediu exame) – informou que foi o ex-parceiro que a contaminou (mas ele não fez exame). A entrevistada diz que tem certeza de que ele é soropositivo pelo fato dele ter sugerido que ela fosse ao médico ver o que tinha. Ao mesmo tempo informou também que ela “ bebia muito, saía com um e outro e foi assim que pegou a doença”.

19,5% das mulheres entrevistadas não sabiam informar a situação sorológica dos companheiros, 22,0% possuem parceiros soropositivos e 17,1% parceiros não soropositivos como pode ser observado na Tabela 5.8.

Tabela 5.8: Distribuição das Variáveis sobre Testagem Sorológica, Forma de Contaminação, Soropositividade do Parceiro e Relato da Soropositividade

Variável	N	%
Realização do exame		
médico conversou bastante sobre o teste	11	26,8
médico conversou um pouco sobre o teste	8	19,5
não teve aconselhamento	21	51,2
médico conversou pouco, mas não sabia	1	2,4
Total	41	100
Antes do exame já tinha pensado ser HIV		
não se aplica	1	2,4
Sim	10	24,4
Não	30	73,2
Total	41	100
Situação ao receber o resultado do exame		
recebeu do médico e ele procurou ajudar	29	70,7
recebeu do médico e se sentiu maltratada	3	7,3
recebeu do médico que encaminhou para outro profissional	3	7,3

recebeu de outro profissional que procurou te ajudar	3	7,3
recebeu do médico e achou que não maltratou nem ajudou	3	7,3
Total	41	100
Contou para alguém		
Sim	34	82,9
Não	3	7,3
soube junto com amigo/alguém da família	4	9,8
Total	41	100
Contou para o parceiro		
não se aplica (sem parceiro)	9	22
Sim	20	48,8
Não	12	29,3
Total	41	100
Meio de contaminação		
se infectou em transfusão	1	2,4
o parceiro usava drogas	1	2,4
marido/namorado teve outras parceiras mulheres	14	34,1
marido/namorado teve outros parceiros, não sabe se homem ou mulher	2	4,9
parceiro a contaminou/não sabe como ele pegou	1	2,4
fez uso de drogas injetáveis	1	2,4
parceiro anterior a este a contaminou	7	17,1
Outros	1	2,4
não sabe	13	31,7
Total	41	100
Parceiro atual é HIV		
não tem parceiro/não se aplica	17	41,5
Sim	9	22,0
Não	7	17,1
não sabe	8	19,5
Total	41	100

Com relação a prevenção 48,8% das mulheres informaram não ter parceiro ou não manter relações sexuais com este. Entre as que possuem parceiros 11 (52,4%) informaram usar todas as vezes camisinha nas relações sexuais e 4 mulheres (19,0%) soropositivas com parceiros soronegativos informaram não usar camisinha nas relações sexuais.

Tabela 5.9: Distribuição das Variáveis Prevenção e Forma de Prevenção

Variável	N	%
Prevenção		
Sim	21	51,2
Não se aplica	20	48,8
Total	41	100
Forma de Prevenção		
camisinha raramente	2	9,5
camisinha todas as vezes	11	51,2
camisinha na maioria das vezes	2	9,5
sexo sem penetração	1	4,8
não	4	19,0
não, os 2 são positivos	1	4,8
Total	21	100

Na Tabela 5.10 observa-se que duas mulheres com parceiros soropositivos responderam à questão precaução *não se aplica* à ela e uma outra entrevistada com parceiro soronegativo apresentou a mesma resposta à questão prevenção. Três entrevistadas informaram que desconheciam a condição sorológica do companheiro e não usavam métodos de prevenção. Analisou-se a situação de cada uma dessas mulheres buscando compreender o discurso que se vinculava a esta resposta.

Tabela 5.10: Relação entre as Variáveis Precaução e Parceiro Atual HIV

Parceiro atual é HIV	Precaução							Total
	não se aplica	Sim, camisinha raramente	sim, camisinha todas as vezes	sim, camisinha na maioria das vezes	sim, sexo sem penetração	não	Não, os 2 são positivos	
não tem parceiro/não se aplica	17	-	-	-	-	-	-	17
sim	2	-	4	2	-	-	1	9
não	1	2	2	-	1	1	-	7
não sabe	-	-	5	-	-	3	-	8
Total	20	2	11	2	1	4	1	41

- **Parceiro HIV e precaução *não se aplica*:**

M13, 36 anos, casada, diagnosticada há 6 anos (parceiro adoeceu de AIDS e o médico solicitou o exame) e desde então não manteve mais relações sexuais com o marido.

M14, 36 anos, casada, diagnosticada há 1 mês (parceiro adoeceu de AIDS e o médico solicitou o exame), contudo não mantém relações sexuais com o marido há 1 ano.

- **Parceiro soronegativo e precaução *não se aplica*:**

M15, 26 anos, parceiro fixo, diagnosticada há 4 anos (adoeceu e fizeram o exame sem avisar). Possui um namorado e ainda não manteve relações sexuais com ele.

- **Parceiro com condição sorológica desconhecida e ausência de métodos de precaução:**

M16, 39 anos, casada, diagnosticada há 9 anos (exame de sangue de rotina). Quando descobriu que era soropositiva já estava com o atual parceiro. Só contou a situação sorológica para ele porque ela adoeceu. Embora ele tenha feito o exame e o resultado tenha sido negativo a entrevistada acha que ele também é soropositivo.

M17, 34 anos, casada, diagnosticada há 5 anos (exame pré-natal). Em relação a forma de infecção acha que foi através do marido que teve outras parceiras. Por outro lado, destaca que ela não teve só este parceiro e não sabe da condição sorológica do marido.

M12, 36 anos, casada, diagnosticada há 3 anos (adoeceu e o médico solicitou o exame). Acha que se infectou com parceiro anterior.

- Parceiro soronegativo e não usa precaução

M18, 29 anos, casada, diagnosticada há 1 ano (pré-natal) - o parceiro é soronegativo e não gosta de usar preservativo. “Diz que nele não pega”

A maioria das mulheres informou ter o conhecimento do uso da camisinha para prevenir a AIDS: 82,9% informaram que o uso da camisinha previne a infecção, 9,8% acharam que não previne e 7,3% não souberam informar (tabela 5.11). Existe uma proporção grande de dúvida desta eficácia. 35,3% das mulheres que informaram que o uso da camisinha previne a infecção destacaram que a prevenção não é 100%, pois a camisinha pode estourar. Desta forma, foi comum escutar respostas do tipo “*previne, desde que a camisinha não fure*”, “*é um risco. Só pega se furar*” e “*previne até certo ponto, se não estourar*”.

O uso sistemático da camisinha vinculado ao aumento do risco de infecção quando se tem muitos parceiros sexuais apresentou uma proporção de respostas expressivas: 46,3% acharam que ter muitos parceiros mesmo usando camisinha aumenta o risco de infecção enquanto 41,5% acharam que não. Destacam-se alguns dos argumentos à resposta:

M19, 46 anos, casada, diagnosticada há 1 ano (doou sangue)- acha que quando se tem muitos parceiros se cuida mais.

M20, 32 anos, casada, diagnosticada há 1 ano e 6 meses (adoeceu e solicitou ao médico o exame) – “Ter muitos parceiros e o aumento do risco de pegar AIDS é relativo. Tem nada a ver. Depende dos parceiros. Com os ex-namorados nunca usei camisinha e não me contaminei através deles” (pediu a todos que fizessem o exame depois que soube de seu resultado e deu negativo. Acha que se contaminou do atual marido, que tinha uma mulher antes de se casar com ela que era HIV).

Em relação à pergunta sobre doença sexualmente transmissível 22,0% das mulheres informaram ter tido alguma DST. O não reconhecimento da AIDS como uma DST foi marcante. Apenas uma entrevistada expressou a identidade da AIDS como uma DST:

M21, 25 anos, casada, diagnosticada há 2 anos (filho adoeceu e médico solicitou o exame) – respondeu à pergunta já teve alguma DST: “só está”.

A avaliação das informações sobre AIDS foi considerada por 41,5% das mulheres como esclarecedora e insuficiente por 29,3% (até certo ponto e não sabe). A proporção de respostas não se aplica (7,3%) são de mulheres que informaram que não haviam lido ou escutado alguma sobre AIDS até o diagnóstico ou próximo a este. A quantidade de parceiros sexuais foi referida como um fator que aumenta o risco de infecção (95,1%) e todas concordaram que o vírus pode ser transmitido por uma pessoa que não aparenta estar doente.

Tabela 5.11: Distribuição das Variáveis sobre Acometimento por DST e Informação sobre Contaminação em Função do Número de Parceiros e Uso de Camisinha

Variável	N	%
DST		

Sim		9	22,0
Não		32	78,0
Total		41	100
Informação esclarecedora			
não se aplica		3	7,3
Sim		17	41,5
Não		3	7,3
até certo ponto		12	29,3
não sabe		6	14,6
Total		41	100
Muitos parceiros aumenta o risco			
sim		39	95,1
não		1	2,4
não sabe		1	2,4
Total		41	100
Camisinha previne			
sim		34	82,9
não		4	9,8
não sabe		3	7,3
Total		41	100
Usar sempre camisinha e ter muitos parceiros, significa ter maior risco			
sim		19	46,3
não		17	41,5
não sabe		5	12,2
Total		41	100

Mais da metade das entrevistadas demonstrou ter conhecimento sobre direitos relacionados à questão do sigilo da condição sorológica (92,7%) e direito ao passe transporte (95,1%). Mas a proporção de desconhecimento sobre alguns direitos também foi expressiva: 43,9% informaram que não sabiam que tinham direito a pedir auxílio doença caso estivessem trabalhando e 31,7% não sabiam que tinham direito a não ser demitidas por serem soropositivas, Tabela 5.12.

Tabela 5.12: Distribuição das Variáveis sobre Conhecimento acerca dos Direitos de Pessoas Soropositivas

Variável	N	%
Direito a pedir auxílio		
sim	23	56,1
não	18	43,9
Total	41	100
Direito a passe transporte		
sim	39	95,1
não	2	4,9
Total	41	100
Direito a não ser demitido por ser soropositiva		
sim	28	68,3
não	13	31,7
Total	41	100
Direito a sigilo		
sim	38	92,7
não	3	7,3
Total	41	100

Muitas mulheres informaram ter tido oportunidade suficiente para desabafar (31,7%). Contudo foram expressivos os comentários de 12,2% das entrevistadas sobre a necessidade de falar mais sobre a doença.

M9, 55 anos, sem parceiro, diagnosticada há 10 anos (adoeceu e médico solicitou o exame) – informou que “fica atrás de alguém para conversar, desabafar, por isso fica atrás do “serviço”. A entrevistada disse que gosta de conversar, de falar sobre a doença, mas não tem com quem conversar.

M22, 15 anos, sem parceiro, diagnosticada há 1 mês (pré-natal)– “a única pessoa com quem desabafo é Deus.”

Nas respostas à questão conselho 34,1% das entrevistadas informaram que gostariam de receber mais conselhos (*muito mais e um pouco mais*). 39,1% informaram que gostariam de ter tido mais distração¹¹ e 31,7% tiveram distração suficiente. Com relação a receber ajuda, 53,7% informaram que gostariam de ter recebido mais ajuda e 29,3% acham que receberam ajuda suficiente - Tabela 5.13.

Tabela 5.13: Distribuição das Variáveis sobre Lazer e Apoio

Variável	N	%
Desabafar		
muito mais oportunidade	9	22,0
um pouco mais de oportunidade	3	7,3
foi suficiente	13	31,7
não teve oportunidade	3	7,3
é difícil pensar nisso	5	12,2
nunca pensou sobre isso	8	19,5
Total	41	100,0
Conselho		
muito mais conselho	6	14,6
um pouco mais de conselho	8	19,5
teve conselho suficiente	7	17,1
é difícil pensar sobre isso	3	7,3
é indiferente	5	12,2
nunca pensou sobre isso	12	29,3
Total	41	100,0
Distração		
mais oportunidade	12	29,3

¹¹ Embora não se tenha determinado para as entrevistadas o que seria distração ou ajuda, estes termos foram compreendidos na análise como lazer e apoio, respectivamente.

um pouco mais de oportunidade	4	9,8
teve distração suficiente	13	31,7
é difícil pensar nisso	2	4,9
é indiferente	3	7,3
nunca pensou sobre isso	7	17,1
Total	41	100,0
Ajuda		
muito mais	9	22,0
um pouco mais	13	31,7
teve ajuda suficiente	12	29,3
nunca pensou nisso	7	17,1
Total	41	100,0

O estado de saúde foi percebido pela maioria como *bom* ou *ótimo* (78,1%) e por 19,5% como *não muito bom*. A proporção de mulheres que toma medicamento foi de 82,9% enquanto 4,9% optou por não tomar. Um grupo de mulheres (12,2%) não tomava medicamentos porque ainda não havia sido recomendado – Tabela 5.14.

M23, 24 anos, casada, diagnosticada há 1 ano e 7 meses (doou sangue) - Só tomou o medicamento uma vez. Parou o tratamento e nunca mais retornou

Todas entrevistadas informaram não automedicar-se e 31,7% informaram a utilização de métodos alternativos. Todas mulheres que informaram utilizar método alternativo citaram unicamente a oração como este método.

Tabela 5.14: Distribuição das Variáveis Relacionadas à Percepção do Estado de Saúde e ao Tratamento

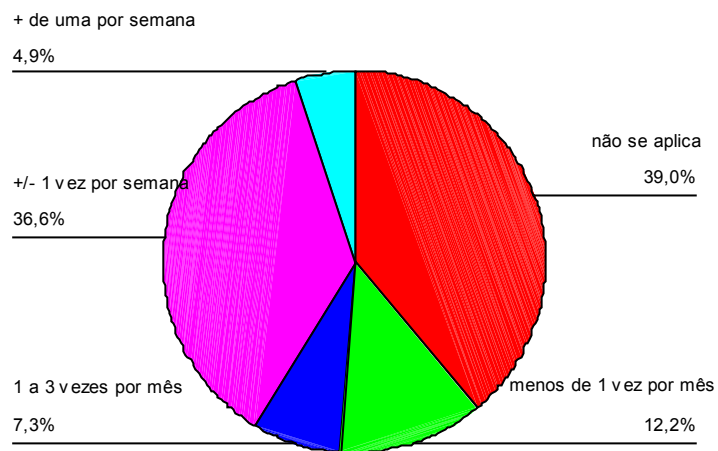
Variável	N	%
Estado de saúde		
Ótimo	15	36,6
Bom	17	41,5
não muito bom	8	19,5
Ruim	1	2,4
Total	41	100
Uso de medicação		
Sim	34	82,9
Não	2	4,9
o médico não indicou	5	12,2
Total	41	100
Regularidade do uso de medicamentos		
não se aplica (não foi indicado)	6	14,6
toma raramente	1	2,4
toma as vezes	2	4,9
toma regularmente	7	17,1
toma sempre	23	56,1
optou por não tomar a medicação	2	4,9
Total	41	100
Toma medicamento alternativo		
Sim	5	12,2
Não	36	87,8
Total	41	100
Métodos alternativos de tratamento/ajuda		
Sim	13	31,7
Não	28	68,3

Total	41	100
-------	----	-----

61% das entrevistadas afirmaram ingerir bebida alcóolica. Quanto ao uso de drogas 9,7% das entrevistadas afirmaram usar maconha e também 9,7% cocaína como pode ser observado no Gráfico 5.3. Todas as entrevistadas informaram não fazer uso de seringa compartilhada, crack e cocaína injetada.

Gráfico 5.2: Uso e Frequência de Drogas

uso de álcool



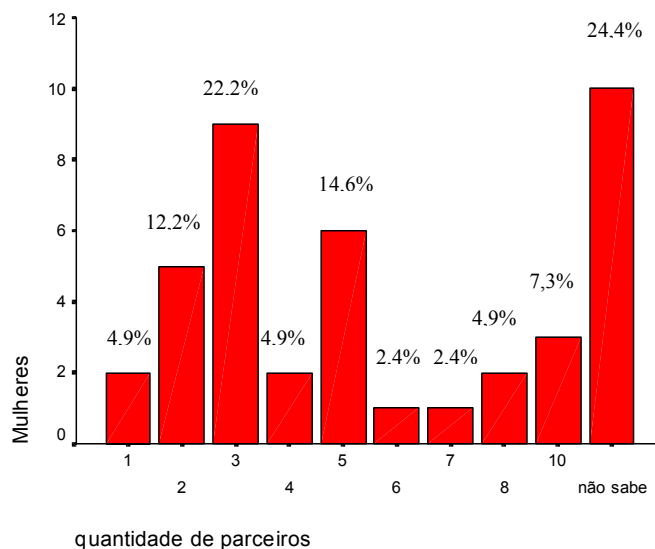
uso de maconha





Em relação a quantidade de parceiros sexuais que tiveram até aquele momento 24,4% das entrevistadas não souberam informar, como pode ser observado no gráfico 5.3.

Gráfico 5.3: Quantidade de parceiros sexuais



A maior parte das mulheres informou que houve mudança na vida (65,9%) e mudança na vida sexual (68,3%) após o diagnóstico.

Tabela 5.15: Mudanças na Vida e na Vida Sexual depois do Diagnóstico

	Mudança na vida		Mudança na vida sexual	
	N	%	N	%
Sim	27	65,9	28	68,3
Não	14	34,1	12	29,3
Sim, mas não devido ao diagnóstico	-	-	1	2,4
Total	41	100	41	100

Algumas mulheres responderam que a condição de soropositividade não trouxe mudanças em suas vidas. Foi possível observar contradições na fala destas mulheres, como mostram os exemplos abaixo:

M25, 52 anos, sem parceiro, diagnosticada há 4 anos (exame de sangue de rotina) – “Nada mudou. Esqueço que tô soropositiva, não quero pensar sobre isso. Toco a vida normalmente.” Embora tenha dito que nada mudou, a entrevistada disse que não tem mais parceiro. Sente falta de alguém (mas que ela está chata mesmo e que por isso fica só).

M14, 43 anos, casada, diagnosticada há 1 mês (parceiro adoeceu e médico solicitou o exame) – “ nada mudou. Agora sinto-me mais forte. Tem dia que bate tristeza...Continuo cuidando do marido. Ele não conversa, não tem postura de amigo, não reconhece.” A entrevistada informou também que não tem relação sexual há mais de um ano.

Mesmas mudanças envolvendo aspectos positivos não foram percebidas como mudanças, como mostra a fala abaixo:

M24, 25 anos, parceiro fixo, diagnosticada há 2 anos (parceiro adoeceu) - embora tenha dito que nada mudou em sua vida após o diagnóstico, disse que “se mudou foi para melhor. Acho que aproveito a vida mais que as outras pessoas”

Foram apontadas como mudanças a falta de alegria, o retraimento, insegurança, depressão, cansaço, falta de vontade de viver, falta de saúde, medo do preconceito, ausência e medo de ter relações sexuais.

M26, 49 anos, sem parceiro, diagnosticada há 10 anos (adoeceu e médico solicitou o exame) - passou a ter medo e deixou de ter relações sexuais. Sentiu muita mudança.

M4, 22 anos, sem parceiro, diagnosticada há 2 anos (parceiro adoeceu e médico solicitou exame) - Mudou porque fica com medo de sair com as pessoas e passar a doença. Sabe que tem, que pode passar e não pode contar

M27, 37 anos, casada, diagnosticada há 4 anos (adoeceu e serviço de saúde fez exame sem avisar) - Tudo. Com relação a sexo não tem mais a vontade que tinha. Pensar que tem isso entristece

O preconceito:

M28, 48 anos, casada, diagnosticada há 3 anos (adoeceu e médico pediu exame)- “Muita. A maneira de pensar, de agir, o conceito de vida. As expectativas de vida. Avalia se vale a pena comprar ou não as coisas. Vive muito em função dos problemas mesmo que não queira, vive-se em função dele”. Os filhos controlam muito no sentido de que outras pessoas não saibam sobre a condição da mãe

M2, não soube informar a idade, diagnosticada há 3 anos (adoeceu e médico pediu o exame) - ficou muito abalada. Só faltou se matar. Sente-se desgostosa. Depois que ficou sabendo disso nem sai mais na rua. Sentiu-se humilhada

M23, 24 anos, casada, diagnosticada há 1 ano e 7 meses (doou sangue) - depois que ficou sabendo que era soropositiva vive cada dia como se fosse o último. Quando soube do resultado deu a filha para mãe. Não tem vontade de nada. Ficou fria. Quer ficar sozinha. Não admite que ninguém goste dela, se isolou.

M18, 29 anos, casada diagnosticada há 1 ano (pré-natal) - nada mudou. Fica um pouco diferente, mais insegura, mas tem que continuar. As vezes quer olhar para trás e se imaginar sem isso, mas...

M21, 25 anos, casada, diagnosticada há 2 anos (filho adoeceu e médico solicitou o exame) - No começo ficou muito chorona. Também por causa da filha: sabendo que ela estava doente e que não poderia fazer nada. Medo dos irmãos descobrirem. Mesmo lendo livro que falava sobre a AIDS, pegou. Lamentou que "a gente pensa que não vai acontecer com a gente"

6 – Conclusões

A utilização da análise espacial como técnica para estudar a configuração da epidemia de AIDS em mulheres no município do Rio de Janeiro a partir dos casos de AIDS notificados ao SINAN possibilitou relacionar os casos de AIDS, localizados segundo o local de residência, com indicadores sociais e econômicos. As redes de trocas que se estabeleceram, produzindo as diferenças visualizadas nos mapas, não puderam ser respondidas através da análise espacial.

A oportunidade da aplicação do questionário em mulheres que residem em uma área característica dos processos de feminização e pauperização – adjacências do núcleo 2 - possibilitou conhecer melhor as condições de vida que favoreceram a exposição. Embora não se possa generalizar os resultados encontrados por não se tratar de uma amostra representativa, eles indicaram a necessidade de se compreender as mulheres em sua diversidade: mulheres predominantemente de baixa renda, baixa escolaridade, com filhos, porém com “estratégias de enfrentamento” da condição de soropositividade muito diferenciadas.

A análise espacial mostrou que o crescimento da epidemia de AIDS em mulheres além de estar se acentuando, apresenta um processo de difusão diferenciado dentro do município, atingindo principalmente bairros da Zona Norte e Oeste. Foi possível também visualizar 2 núcleos de maior incidência de AIDS em mulheres: um núcleo localizado na Zona Centro/Portuária e outro na Zona Norte. A análise da incidência de AIDS em mulheres em bairros vizinhos à estes núcleos mostrou uma tendência de crescimento da epidemia sugerindo uma ampliação progressiva dos mesmos.

Apesar do crescimento entre as mulheres, a epidemia de AIDS ainda é bem maior nos homens. A difusão da AIDS em homens no município do Rio de

Janeiro apresenta um deslocamento da Zona Sul para Zona Norte do município com alta incidência também no Centro da cidade, atingindo a Zona Oeste com taxas de incidência superiores a feminina.

O processo de disseminação da epidemia para as regiões Oeste e Norte do município, regiões com condições de vida mais precárias, atingindo grupos sociais menos favorecidos, está de acordo com estudos que mostraram o aumento de casos de AIDS em regiões mais pobres (Granjeiro, 1994).

A análise do percentual de escolaridade permitiu visualizar o processo de pauperização dos casos notificados e a concentração de um maior percentual de baixa escolaridade (até 4ª série) na Zona Norte e Oeste do município.

A escolaridade dos casos de AIDS, femininos e masculinos, mostrou-se menor que a da população geral com uma tendência de queda desta escolaridade. A escolaridade dos casos em mulheres foi menor do que a dos casos em homens e além disso entre as mulheres apareceu uma tendência de aumento na proporção de casos com a escolaridade ignorada.

A ignorância acerca da forma de transmissão é proporcionalmente mais freqüente nas mulheres do que nos homens. Observou-se que esta categoria vem aumentando mais para as mulheres do que para os homens. No geral, nas mulheres há uma maior proporção de casos com modo de transmissão ignorado nas regiões Norte e Oeste do município.

A maior proporção de ignorados no modo de transmissão e na escolaridade de casos notificados em mulheres e a configuração espacial mostrando uma predominância destas ocorrências na Zona Norte e Oeste sugere que a investigação dos casos femininos seja de pior qualidade.

A maior proporção de casos de AIDS notificados em homens e mulheres ocorreu na faixa etária 25–34 anos, grupo etário com crescimento mais intenso na incidência de casos. Este grupo etário tem sido apresentado pela literatura como o que concentra maior número de casos femininos e que vem apresentando

maior incidência de óbitos em mulheres (MS, 1999; OMS/ONUSIDA, 1998; Diniz e Villela, 1999).

A razão de casos entre H/M foi maior na Zona Sul e Centro, bairros onde foram detectados os primeiros casos da doença. Foi possível observar, no geral, uma predominância marcada por uma razão H/M de até 4. O processo de feminização atinge todo o município do Rio de Janeiro.

A análise dos questionários aplicados ao grupo de mulheres soropositivas do CSEGSF mostrou tratar-se de um grupo caracteristicamente de baixa renda, com uma concentração de casos com escolaridade até 4^a série, sendo expressiva também a proporção de casos com escolaridade de 5^a a 8^a série.

A proporção de mulheres que informou não ter tido nenhum tipo de aconselhamento na época em que foi realizado o exame de soropositividade foi acentuado, indicando a pouca atenção dispensada a elas.

A maior parte das mulheres soube do diagnóstico porque adoeceu. Mais da metade das mulheres entrevistadas soube do diagnóstico há menos de 2 anos, a maioria devido ao pré-natal/parto. Estes dados corroboram a literatura: as mulheres tendem a conhecer o seu diagnóstico no pré-natal/parto, quando elas adoecem ou quando adoecem seus companheiros e filhos (Barbosa, 1996; Vermelho, 1999). Apesar das campanhas de prevenção da AIDS, não parece estar ocorrendo mudanças significativas na percepção de risco destas mulheres. O grupo de mulheres que respondeu ao questionário apresentou também atitudes diferenciadas em relação a vida sexual após o diagnóstico, umas optaram pela abstinência e outras mantiveram uma vida sexual.

A falta de conhecimento da condição de sorológica do companheiro em algumas relações ressaltou a falta de comunicação entre parceiros. Em algumas situações esta falta de comunicação não interrompeu o relacionamento sexual, que nem sempre é acompanhado do uso da camisinha, nem mesmo do esclarecimento ao companheiro da condição de soropositividade.

A maioria das mulheres reconheceu o uso da camisinha como forma de prevenção da AIDS, embora muitas tenham feito ressalvas a sua eficácia. O uso da camisinha também foi referido como uma prática destas mulheres. Contudo informações junto à equipe DST/AIDS do CSEGSF mostraram que esta informação não é muito confiável, pois poucas mulheres do grupo utilizam sistematicamente o serviço de distribuição gratuita de camisinha da unidade de saúde. Além disso, 5 mulheres do grupo realizaram teste de gravidez após o término da aplicação dos questionários, estando 3 delas grávidas.

Constatou-se a falta de clareza das mulheres sobre o modo com que se contaminaram, (31,7%) afirmaram não saber e, além disso, evidenciou-se esta incerteza também na fala de algumas mulheres que responderam terem sido contaminadas pelos parceiros. Este resultado sugere que a maior proporção de casos de transmissão ignorada em mulheres na análise dos dados do SINAN, não é apenas por mau preenchimento da ficha ou pior qualidade do atendimento, mas também pelo desconhecimento das próprias mulheres a esse respeito.

O estudo mostrou que a difusão da AIDS apresenta uma realidade distinta entre homens e mulheres. As mulheres apresentaram desvantagens na qualidade dos dados registrados. Observou-se que esta fragilidade da informação relacionou-se a uma pior qualidade da investigação dos casos femininos, ao desconhecimento por elas próprias da forma de contaminação e da dificuldade de se falar sobre a AIDS.

Referências Bibliográficas

- AYRES, J. R. C. M.; JUNIOR, I. F. & CALAZANS, G. J., 1999. AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. *II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS*, Programa de Estudos e Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde – Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro. (mimeo)
- BARCELLOS, C & BASTOS, F. I., 1996. Redes Sociais e Difusão da AIDS no Brasil. *Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana*, 121(1):11-24.
- BARCELLOS, C., 2000. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida. *Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento* 2:27-34.
- BARBOSA, R. H. S. & VILLELA, W.V., 1996. A Trajetória Feminina da AIDS. In: *Quebrando o Silêncio Mulheres e AIDS no Brasil* (R. Parker & J. Galvão, org.), pp. 17-32, Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ.
- BARBOSA, R. H., 1996. Feminismo e AIDS. In: *Quebrando o Silêncio Mulheres e AIDS no Brasil* (R. Parker & J. Galvão, org.), pp. 153-168, Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ.
- BASTOS, F. I. & BARCELLOS, C., 1995. Geografia social da AIDS no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1):52-62.
- BASTOS, F. I. & COUTINHO, K., 1999. Tão Longe, tão perto...as pesquisas sobre HIV/AIDS no Brasil. In: *Saúde, Desenvolvimento e Política – resposta frente à AIDS no Brasil* (R. Parker; J. Galvão, & M. Bessa, org.), pp.339-395, Rio de Janeiro: Editora 34.

- BASTOS, F. I.; TELLES, P. R.; CASTILHO, E. & BARCELLOS, C., 1995. A epidemia de AIDS no Brasil. In: *Os Muitos Brasís - saúde e população na década de 80* (M. C. Minayo, org.), pp. 245-268, São Paulo - Rio de Janeiro: Editora HUCITEC-ABRASCO.
- BITTENCOURT, S.; ANDRADE, C. R., & GARCIA, M. R. G., 1998. *Morbidade em Crianças*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. (mimeo).
- CAMARGO JR, K. C., 1995. A construção da AIDS In: *AIDS Ética, Medicina e Biotecnologia* (D. Czeresnia, R. H. S. Barbosa, S. Monteiro & E. M. Santos, org.), pp. 27-50, São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.
- CASTILHO, E.; GUIMARÃES, M. D. C.; CHEQUER, P. & RODRIGUES, L., 1991. Features of Heterossexual Exposure Category in Brazil, 1980 – 1990. In: *Conferência Internacional Sobre AIDS, 7º*, Florença, pp.361.
- CASTILHO, E., CHEQUER, P.; STRUCHINER, C., 1994. A epidemiologia de AIDS no Brasil. In: *A AIDS no Brasil*, (R.; Parker, C. Bastos, J. Galvão & J. S. Pedrosa, org.), pp. 58-67, Rio de Janeiro: Relume-Dumará : ABIA:IMS, UERJ.
- CASTILHO, E. & LANDMANN, C., 1998. Mais uma Pedra no Meio do Caminho dos Jovens Brasileiros: a Aids. In: *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. (Comissão Nacional de População e Desenvolvimento – CNPD, org.), 1:197-207.
- CRUZ, M. M., 1999. *A Epidemia de HIV/AIDS na Cidade do Rio de Janeiro e seus Padrões de Espacialidade*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

- CZERESNIA, D. & RIBEIRO, A. M., 2000. O Conceito de Espaço em Epidemiologia: uma interpretação histórica e epidemiológica. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3):595-617.
- DINIZ, S. G & VILLELA, W. V., 1999. Interfaces Entre os Programas de DST/AIDS e Saúde Reprodutiva: O Caso Brasileiro. In: *Saúde, Desenvolvimento e Política – resposta frente à AIDS no Brasil*. (R. Parker, J. Galvão. & M. Bessa org.) pp. 123-176, Rio de Janeiro: Editora 34.
- FONSECA, M. G.; BASTOS, F. I.; DERRICO, M.; ANDRADE, C. L. T.; TRAVASSOS, C. & LANDMANN, C., 2000. AIDS e o grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Sup. 1):77-87.
- GIFFIN K & LOWNDES, C. M., 1999. Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice. *Social Science & Medicine*, 48:283-292.
- GOLDESTINEIN, D. M., 1994 AIDS and Women in Brazil: the emerging problem. *Social Science & Medicine*, 39(7):919-929.
- GRANGEIRO, A., 1994 O Perfil Socioeconômico dos Casos de AIDS na Cidade de São Paulo. In: *A Aids no Brasil*. (R. Parker, C. Bastos, J. Galvão & J. S. Pedrosa, org.), pp. 91-125, Rio de Janeiro: Relume-Dumará:ABIA, IMS, UERJ.
- LANDMANN, C. & BASTOS, F. I., 2000. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. In: *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Sup. 1):65-76.
- LUZ, M.T.M. & SILVA, R.C., 1999. Vulnerabilidade e Adolescências. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*, 1:93-96.

MANSUR, H., MICHELES, M. A., GREENE, J. B., ONORATO, I.; STOUWE, R. A V.; HOLZMAN, R. S.; WORMSER, G.; BRETTMAN, L.; LANGE, M.; MURRAY, H. W. & CUNNINGHAM-RUNDLES, S., 1981. An Outbreak of Community-Acquired Pneumocystis Carinii Pneumonia. *The new England Journal of Medicine*, 305(24):1431-1438.

MARQUES, L. F.; DONEDA, D. & SERAFIM, D., 1999. O uso indevido de drogas e a AIDS. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*, Brasília, 1:173-183.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998. Coordenação Nacional de DST/AIDS *AIDS e Mulheres*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/cgi-bin/release.idc>>. Acesso em 20 de fev. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997. Boletim Epidemiológico AIDS, X (4), semana epidemiológica 36 a 48, setembro/novembro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997. Boletim Epidemiológico de AIDS no Município de São Paulo, Ano 1, Número 2. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/udtv/bolestados/bol-sp2.htm>>. Acesso em 20 de fev. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999. Boletim Epidemiológico de AIDS, XII (4), tabela XXI, semana epidemiológica 35 a 47, setembro/novembro. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/udtv/link31.htm>>. Acesso em 20 de fev. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998. Coordenação Nacional de DST/AIDS *Brasil atinge 140,3 mil casos de AIDS*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/cgi-bin/release.idc>>. Acesso em 20 de fev. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999. Coordenação Nacional de DST/AIDS *Comportamento sexual do brasileiro*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/cgi-bin/release.idc>>. Acesso em 20 de fev. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999. Coordenação Nacional de DST/AIDS *Mortalidade por AIDS cai 38%*. Disponível: <<http://www.aids.gov.br/cgi-bin/release.idc>>. Acesso em 20 de fev. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999. Coordenação Nacional de DST/AIDS *Mulher e AIDS*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/cgi-bin/release.idc>>. Acesso em 20 de fev. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d – Coordenação Nacional de DST/AIDS *Mulheres aprovam camisinha feminina*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/cgi-bin/release.idc>>. Acesso em 20 de fev. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000. Coordenação Nacional de DST/AIDS *Brasil: contas em AIDS: gasto público federal em 1997 e 1998 e estimativa do gasto nacional em 1998*. Série Avaliação 2

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *Revisão da definição nacional de caso de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais*. Brasília. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/udtv/link203.htm>>. Acesso em 2 julho 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999. Coordenação Nacional de DST/AIDS *Pesquisa revela a situação do usuário de drogas injetáveis no País*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/cgi-bin/release.idc>> Acesso em 20 de fev. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997. Coordenação Nacional de DST/AIDS *Vinte e um por cento dos doentes com AIDS se infectaram pelo uso de drogas injetáveis*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/cgi-bin/release.idc>>. Acesso em 20 de fev. 2000.

OMS/ONUSIDA, 1998. Informe Sobre La Epidemia Mundial del VIH/SIDA. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível*, 10(2):29-38.

PAIVA, V.; SANTOS, N.; GOMEZ, C.; HEARST, N.; REINGOLD, A., 1996. Plano " – DST/NEPAIDS/USP de Pesquisa: *"Obstáculos para mulheres HIV positivas terem acesso aos serviços e aderirem aos cuidados de saúde no estágio inicial da infecção*, São Paulo, Universidade de São Paulo. (mimeo).

PARKER, R., 1994. *A Construção da Solidariedade - AIDS, Sexualidade e Política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS-UERJ.

PARKER, R & CAMARGO JR, K.R., 2000. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Sup. 1):89-102.

PORTO, C. S. B. M. & VARGAS, E. P., 2000. Gravidez e Infecção pelo HIV: Estratégias de Promoção á Saúde In: *Saúde direitos Reprodutivos e Cidadania* (E. R. Brandão, org.), pp. 95-138, Juiz de Fora, Editora UFJF.

RIBEIRO, M. A., 1998. Comunicação Familiar e Prevenção de DSTs/AIDS entre Adolescentes. *Jornal Brasileiro de Doença Sexualmente Transmissível*, 10(1):5-9.

- SABROZA, P.C.; TOLEDO, L. M. & OSANAI, C.H., 1992. A Organização do Espaço e os Processos Endêmicos-Epidêmicos. In: *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: Processos e Conseqüências sobre as Condições de Vida*. (M. C. Leal, P. C. Sabroza, R. H. Rodriguez & P. M. Buss, org.), pp. 57-77, São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, volume 2.
- SANCHES, K. R. DE B., 1999. *A Aids e as Mulheres Jovens: Uma Questão de Vulnerabilidade*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- SANTOS, V. L.; SANTOS, C. E., 1999. Adolescentes, Jovens e AIDS no Brasil. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*, 1:213-222.
- SANTOS, S. M.; PINA, M. F.; CARVALHO, M. S., 2000. Os Sistemas de Informação Geográfica In: *Conceitos Básicos de Sistema de Informação Geográfica e Cartografia Aplicados à Saúde* (M. F. Pina, M. S. Carvalho, & S.M. Santos, org.), pp. 13-40, Brasília: Editora Organização Panamericana da Saúde.
- VERMELHO, L.L., 1999. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2):369-379.

ANEXOS

GESTANTE

US-MS-DST-AIDS SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO AIDS EM PACIENTES COM 13 ANOS OU MAIS

DADOS GERAIS
- NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO: _____ 2 - DATA DE NOTIFICAÇÃO: ____/____/____ 3 - SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE NOTIFICAÇÃO: ____

- CÓDIGO MUNICÍPIO: _____ 5 - NOME MUNICÍPIO: _____
- CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE: _____ 7 - NOME UNIDADE DE SAÚDE: _____

DADOS DO CASO
- NOME DO PACIENTE: _____

- DATA NASCIMENTO: ____/____/____ 10 - IDADE: ____ A - ANOS 11 - SEXO: 1 - MASCULINO 2 - FEMININO

1 - GRAU DE INSTRUÇÃO: 1 - ANAFABETO 2 - 1º GRAU 3 - 2º GRAU 4 - SUPERIOR 9 - IGNORADO 13 - DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

14 - CÓDIGO ETNIA: _____ 15 - SE INDIC. ETNIA: _____

16 - CÓDIGO MUNICÍPIO: _____ 17 - NOME MUNICÍPIO: _____

18 - CÓDIGO DISTRITO: _____ 19 - DISTRITO: _____ 20 - ZONA: 1 - URBANA 2 - RURAL 21 - UF: _____

22 - CÓDIGO BAIRRO: _____ 23 - BAIRRO OU LOCALIDADE: _____

24 - ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, N.º, APT.º): _____

25 - PONTO DE REFERÊNCIA: _____ 26 - TELEFONE: _____

- GRAU DE INSTRUÇÃO: 1 - ANAFABETO 2 - 1º GRAU 3 - 1º GRAU - 5ª A 8ª SÉRIES 4 - 2º GRAU 5 - SUPERIOR 9 - IGNORADO 28 - OCUPAÇÃO: _____

- DATA DO DIAGNÓSTICO DE AIDS: ____/____/____ 30 - SITUAÇÃO ATUAL: 1 - VIVO 2 - MORTO 9 - IGNORADO 31 - DATA DO ÓBITO: ____/____/____ 32 - NÚMERO DA D.O.: _____

- EM CASO DE ÓBITO INFORMAR A CAUSA DE MORTE (EXATAMENTE COMO O TESTADO DE ÓBITO):
C) _____ E) _____
D) _____

- NOME DA MÃE: _____

AVALIAÇÃO DE RISCO

35 - RELAÇÕES SEXUAIS: 1 - SÓ COM HOMENS 2 - SÓ COM MULHERES 3 - COM HOMENS E MULHERES 4 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO

36 - RELAÇÕES SEXUAIS COM INDIVÍDUO SABIDAMENTE HIV + / AIDS: 1 - SIM 2 - NÃO 3 - NÃO SE APLICA 4 - IGNORADO

37 - INFORMAÇÃO SOBRE PARCERIA SEXUAL: 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO
 PACIENTE COM MÚLTIPLOS PARCEIROS PARCEIRO(A) COM MÚLTIPLOS PARCEIROS
 PARCEIRO(A) QUE MANTÉM RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS PARCEIRO(A) QUE USA DROGA INJETÁVEL
 PARCEIRO(A) QUE MANTÉM RELAÇÕES SEXUAIS COM MULHERES PARCEIRO(A) QUE RECEBEU TRANSFUÇÃO DE SANGUE/DERIVADOS
 PARCEIRO(A) QUE MANTÉM RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS E MULHERES PARCEIRO HEMOFÍLICO

38 - USO DE DROGA INJETÁVEL: 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO 39 - HEMOFILIA: 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO 40 - HISTÓRIA DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE / DERIVADOS: 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

41 - NO CASO DE HAVER HISTÓRIA DE TRANSFUÇÃO:
DATA: ____/____/____ MUNICÍPIO: _____ INSTITUIÇÃO: _____ UF: _____

42 - APÓS INVESTIGAÇÃO REALIZADA CONFORME ALGORITMO DA CN DST/AIDS A TRANSFUÇÃO FOI CONSIDERADA CAUSA DA INFECÇÃO PELO HIV? 1 - SIM 2 - NÃO 3 - NÃO HOUVE TRANSFUÇÃO 4 - INVESTIGAÇÃO INCONCLUSIVA / NÃO REALIZADA 9 - IGNORADO

43 - TRANSMISSÃO VERTICAL (MÃE - FILHO): 1 - SIM 2 - NÃO 3 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO 44 - ACIDENTE DE TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM SOROLOGIA NEGATIVA NO MOMENTO DO ACIDENTE E SOROCONVERSÃO DENTRO DOS PRIMEIROS 6 MESES: 1 - SIM 2 - NÃO 3 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO 45 - OUTRO: _____

DADOS LABORATORIAIS

- DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV: 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - INCONCLUSIVO 4 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO 47 - CONTAGEM DE LINFÓCITOS CD4+: _____
 1 - ELISA (1º TESTE) 3 - IMUNOFLUORESCÊNCIA 5 - PCR
 2 - ELISA (2º TESTE) 4 - WESTERN BLOT 6 - OUTROS

DATA: ____/____/____

FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO

AIDS EM PACIENTES COM 13 ANOS OU MAIS

DADOS CLÍNICOS

48 - CRITÉRIO CARACAS

1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - SARCOMA DE KAPOSI (10) | <input type="checkbox"/> 8 - FEBRE MAIOR OU IGUAL A 38°C, POR TEMPO MAIOR OU IGUAL A UM MÊS (2) |
| <input type="checkbox"/> 2 - TUBERCULOSE DISSEMINADA EXTRA PULMONAR NÃO CAVITÁRIA (10) | <input type="checkbox"/> 9 - CAQUEXIA OU PERDA DE PESO MAIOR 10% (2) |
| <input type="checkbox"/> 3 - CANDIDÍASE ORAL OU LEUCOPLASIA PILOSA (5) | <input type="checkbox"/> 10 - ASTENIA MAIOR OU IGUAL A UM MÊS (2) |
| <input type="checkbox"/> 4 - TUBERCULOSE PULMONAR CAVITÁRIA OU NÃO ESPECIFICADA (5) | <input type="checkbox"/> 11 - DERMATITE PERSISTENTE (2) |
| <input type="checkbox"/> 5 - HERPES ZOSTER EM INDIVÍDUO MENOR OU IGUAL A 60 ANOS (5) | <input type="checkbox"/> 12 - ANEMIA E/OU LINFOPENIA E/OU TROMBOCITOPENIA (2) |
| <input type="checkbox"/> 6 - DISFUNÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (5) | <input type="checkbox"/> 13 - TOSSE PERSISTENTE OU QUALQUER PNEUMONIA (EXCETO TUBERCULOSE) (2) |
| <input type="checkbox"/> 7 - DIARRÉIA MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) | <input type="checkbox"/> 14 - LINFADENOPATIA MAIOR OU IGUAL A 1 CM, MAIOR OU IGUAL A 2 SÍTIOS EXTRA-INGUINAIS, POR TEMPO MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) |

49 - CRITÉRIO CDC

1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - CANDIDÍASE (ESÔFAGO, TRAQUEIA, BRÔNQUIOS, PULMÃO) | <input type="checkbox"/> 9 - LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA |
| <input type="checkbox"/> 2 - CITOMEGALOVIROSE | <input type="checkbox"/> 10 - LINFOMA NÃO HODGKIN |
| <input type="checkbox"/> 3 - CÂNCER CERVICAL INVASIVO | <input type="checkbox"/> 11 - LINFOMA PRIMÁRIO DO CÉREBRO |
| <input type="checkbox"/> 4 - CRIPTOCOCOSE (EXTRAPULMONAR) | <input type="checkbox"/> 12 - MICOBACTERIOSE DISSEMINADA |
| <input type="checkbox"/> 5 - CRIPTOSPORIDIASE | <input type="checkbox"/> 13 - PNEUMONIA POR P. CARINII |
| <input type="checkbox"/> 6 - HERPES SIMPLEX (MUCO-CUTÂNEO > 1 MÊS, ESÔFAGO, BRÔNQUIOS, PULMÃO) | <input type="checkbox"/> 14 - SALMONELOSE (SEPTICEMIA RECORRENTE) |
| <input type="checkbox"/> 7 - HISTOPLASMOSE DISSEMINADA | <input type="checkbox"/> 15 - TOXOPLASMOSE CEREBRAL |
| <input type="checkbox"/> 8 - ISOSPORIASE | |

CRITÉRIOS EXCEPCIONAIS DE DEFINIÇÃO DE CASO

50 - NO CASO DA PRESENÇA DE SITUAÇÕES CLÍNICAS DEFINIDORAS, PORÉM SEM O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO HIV, HOUVE EXCLUSÃO DAS CAUSAS DE IMUNODEFICIÊNCIA LISTADAS NA DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE?

1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

51 - DIAGNÓSTICO DE AIDS EXPLICITADO NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO, SEM NENHUM OUTRO DADO

1 - SIM
2 - NÃO
9 - IGNORADO

52 - ÓBITO POR CAUSA NÃO EXTERNA EM PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO E COM ARC

1 - SIM
2 - NÃO
9 - IGNORADO

53 - NOME DO MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE ONDE SE REALIZA O TRATAMENTO

54 - CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE

INVESTIGADOR

55 - NOME DO MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE

56 - CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE

57 - NOME

58 - FUNÇÃO

59 - DATA

60 - ASSINATURA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

61 -

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA

- 1 - Preencher todos os campos;
- 2 - **Datas:** quando o dia ou o mês for ignorado, marcar 99. Não usar 99 para o ano;
- 3 - Não preencher o campo idade com 99. Se a idade for desconhecida, preencher com dois zeros (00);
- 4 - Notificar somente casos que preencham algum dos critérios de definição do caso de aids em pacientes com 13 anos ou mais;

- com evidência laboratorial, de infecção pelo HIV:

- a) 10 pontos no critério Rio de Janeiro Caracas (Campo 46), ou
- b) presença de qualquer doença indicativa de imunossupressão listada no campo 47 (critério CDC modificado), ou
- c) contagem de linfócitos CD4 abaixo de 350, ou
- d) óbito de causa não externa (causas externas: acidente, homicídio, suicídio) em paciente em acompanhamento e que esteja apresentando sinais e sintomas do Complexo Relacionado à Aids (ARC).

- sem evidência laboratorial, de infecção pelo HIV:

- a) presença de doença definidora (consultar a publicação: Aids em pacientes com 13 anos ou mais: critérios de definição de caso) confirmada por método definitivo
ou
- b) óbito de causa não externa (causas externas: acidente, homicídio, suicídio) em cujo atestado conste aids em algum dos campos, e cuja investigação epidemiológica não foi conclusiva.

- evidência laboratorial do HIV em pacientes que apresentem situações clínicas/laboratoriais compatíveis com imunodeficiência:

- a) reatividade em no mínimo, 2 testes de triagem com metodologia e/ou princípios antigênicos diferentes, que podem ser realizados na mesma amostra.
Os testes de triagem mais comuns são:
- ELISA (EIA), quimioluminescência e MEIA;
- teste simples, e
- teste rápido, ou
- b) positividade em um dos métodos confirmatórios, como por exemplo western blot ou imunofluorescência; ou
- c) positividade em teste de amplificação de ácidos nucleicos, como por exemplo a PCR (Reação da Polimerase em Cadeia).

Bairro	Código	1995	1996	1997	1998	1999	2000	taxa cresc 91-96
SAUDE	1	1102	1048	997	948	902	858	0,951
GAMBOÁ	2	4787	4629	4476	4328	4186	4047	0,967
SANTO CRISTO	3	5308	5167	5029	4896	4765	4639	0,973
CAJU	4	8602	8595	8588	8581	8575	8568	0,999
CENTRO	5	20577	19889	19224	18581	17960	17360	0,967
CATUMBI	6	5765	5758	5751	5744	5737	5729	0,999
RIO COMPRIDO	7	18451	18234	18019	17807	17598	17391	0,988
CIDADE NOVA	8	3039	2863	2697	2541	2394	2255	0,942
ESTACIO	9	10915	11459	12030	12629	13259	13919	1,050
SAO CRISTOVAO	10	19346	19033	18725	18422	18124	17830	0,984
MANGUEIRA	11	7124	6843	6573	6314	6065	5826	0,961
BENFICA	12	8780	8633	8489	8347	8207	8070	0,983
PAQUETA	13	1086	987	897	815	740	673	0,909
SANTA TERESA	14	20455	20299	20144	19990	19838	19686	0,992
FLAMENGO	15	23362	23231	23101	22971	22843	22715	0,994
GLORIA	16	5028	5290	5566	5855	6160	6481	1,052
LARANJEIRAS	17	21668	21686	21704	21723	21741	21759	1,001
CATETE	18	10021	9958	9895	9833	9771	9709	0,994
COSME VELHO	19	4349	4622	4912	5220	5547	5895	1,063
BOTAFOGO	20	35521	35505	35489	35473	35457	35441	1,000
HUMAITA	21	6890	6835	6781	6726	6673	6620	0,992
URCA	22	3098	2999	2903	2810	2720	2634	0,968
LEME	23	5796	5754	5712	5671	5629	5588	0,993
COPACABANA	24	65423	65593	65764	65935	66107	66279	1,003
IPANEMA	25	20715	20627	20540	20452	20366	20279	0,996
LEBLON	26	21449	21226	21005	20786	20570	20356	0,990
LAGOA	27	9846	9926	10007	10089	10171	10255	1,008
JARDIM BOTANICO	28	8482	8434	8386	8338	8291	8244	0,994
GAVEA	29	30043	30328	30615	30906	31198	31494	1,009
VIDIGAL	30	5879	5903	5928	5952	5977	6002	1,004
SAO CONRADO	31	4788	4848	4909	4971	5033	5097	1,013
PRACA DA BANDEIRA	32	3926	3781	3641	3507	3378	3253	0,963
TIJUCA	33	72317	71571	70833	70102	69379	68663	0,990
ALTO DA BOA VISTA	34	4482	4424	4367	4310	4255	4200	0,987
MARACANA	35	12283	12130	11979	11830	11683	11537	0,988
VILA ISABEL	36	36558	36318	36080	35843	35608	35374	0,993
ANDARAÍ	37	18175	17906	17641	17380	17123	16870	0,985
GRAJAU	38	17361	16941	16531	16132	15742	15361	0,976
MANGUINHOS	39	29029	29598	30178	30769	31372	31986	1,020
BONSUCESSO	40	30255	30726	31204	31690	32183	32684	1,016
RAMOS	41	51129	51245	51361	51477	51594	51711	1,002
OLARIA	42	29269	29113	28958	28804	28651	28499	0,995
PENHA	43	33052	32841	32632	32424	32217	32012	0,994
PENHA CIRCULAR	44	21859	21934	22010	22085	22162	22238	1,003
BRAS DE PINA	45	27354	27137	26922	26708	26496	26286	0,992
CORDOVIL	46	22068	21879	21691	21505	21320	21137	0,991
PARADA DE LUCAS	47	10620	10533	10447	10361	10276	10192	0,992
VIGARIO GERAL	48	16675	16427	16182	15941	15704	15470	0,985
JARDIM AMERICA	49	12129	11873	11623	11378	11138	10903	0,979
HIGIANOPOLIS	50	7528	7349	7174	7003	6836	6674	0,976
JACARE	51	22483	22124	21770	21422	21080	20743	0,984
MARIA DA GRACA	52	3649	3521	3397	3277	3162	3051	0,965
DEL CASTILHO	53	7396	7173	6957	6747	6544	6347	0,970

Bairro	Código	1995	1996	1997	1998	1999	2000	taxa cresc 91-96
INHAUMA	54	29826	29446	29070	28700	28334	27972	0,987
ENGENHO DA RAINHA	55	12522	12413	12305	12197	12090	11985	0,991
TOMAS COELHO	56	9987	10122	10259	10397	10537	10679	1,013
SAO FRANCISCO XAVIER	57	3201	3088	2979	2874	2772	2674	0,965
ROCHA	58	4811	4868	4926	4984	5043	5103	1,012
RIACHUELO	59	5726	5596	5469	5345	5223	5105	0,977
SAMPAIO	60	6037	6053	6069	6086	6102	6119	1,003
ENGENHO NOVO	61	21326	21253	21180	21108	21035	20963	0,997
LINS DE VASCONCELOS	62	16799	16774	16749	16725	16700	16675	0,999
MEIER	63	22911	22413	21926	21449	20983	20526	0,978
TODOS OS SANTOS	64	10085	10197	10311	10426	10542	10659	1,011
CACHAMBI	65	18723	18578	18434	18292	18150	18010	0,992
ENGENHO DE DENTRO	66	20803	20502	20205	19913	19624	19340	0,986
AGUA SANTA	67	4060	3942	3827	3716	3607	3502	0,971
ENCANTADO	68	7358	7191	7028	6869	6713	6561	0,977
PIEDADE	69	20360	20186	20014	19842	19673	19505	0,991
ABOLICAO	70	5424	5304	5186	5071	4959	4849	0,978
PILARES	71	12827	12586	12349	12117	11889	11666	0,981
VILA KOSMOS	72	8218	8183	8148	8113	8079	8044	0,996
VICENTE DE CARVALHO	73	11822	11569	11321	11079	10841	10609	0,979
VILA DA PENHA	74	11902	11861	11820	11779	11739	11698	0,997
VISTA ALEGRE	75	4061	4105	4150	4195	4240	4286	1,011
IRAJA	76	46170	45772	45377	44986	44598	44213	0,991
COLEGIO	77	14092	14222	14353	14486	14620	14755	1,009
CAMPINHO	78	4349	4377	4405	4433	4462	4491	1,006
QUINTINO	79	14398	14173	13951	13733	13519	13307	0,984
CAVALCANTI	80	6678	6646	6614	6582	6550	6518	0,995
ENGENHEIRO LEAL	81	2838	2861	2884	2907	2930	2953	1,008
CASCADURA	82	15085	14967	14850	14735	14620	14506	0,992
MADUREIRA	83	23297	23096	22896	22699	22503	22308	0,991
VAZ LOBO	84	6086	6030	5975	5920	5866	5812	0,991
TURIACU	85	7921	7921	7921	7921	7921	7921	1,000
ROCHA MIRANDA	86	19058	19066	19074	19082	19090	19098	1,000
HONORIO GURGEL	87	10500	10377	10256	10136	10018	9901	0,988
OSWALDO CRUZ	88	16478	16442	16406	16369	16333	16297	0,998
BENTO RIBEIRO	89	21038	20743	20453	20166	19884	19606	0,986
MARECHAL HERMES	90	22139	22046	21953	21861	21769	21677	0,996
RIBEIRA	91	1521	1528	1535	1541	1548	1555	1,004
ZUMBI	92	943	975	1008	1043	1079	1115	1,034
CACUIA	93	4280	4329	4379	4429	4480	4532	1,012
PITANGUEIRAS	94	6260	6216	6172	6129	6085	6042	0,993
PRAIA DA BANDEIRA	95	3012	2972	2933	2894	2856	2819	0,987
COCOTA	96	2262	2288	2314	2340	2366	2393	1,011
BANCARIOS	97	5628	5700	5773	5848	5923	5999	1,013
FREGUESIA	98	8243	8311	8379	8448	8518	8588	1,008
JARDIM GUANABARA	99	13317	13272	13227	13181	13136	13092	0,997
JARDIM CARIOCA	100	10909	10866	10824	10781	10739	10697	0,996
TAUA	101	15004	15005	15006	15006	15007	15007	1,000
MONERO	102	2887	2841	2796	2752	2708	2665	0,984
PORTUGUESA	103	10528	10530	10532	10534	10537	10539	1,000
GALEAO	104	8943	9040	9138	9237	9338	9439	1,011
CIDADE UNIVERSITARIA	105	801	799	797	794	792	790	0,997
GUADALUPE	106	20966	20976	20986	20996	21006	21016	1,000
ANCHIETA	107	24146	24539	24938	25344	25756	26175	1,016
PARQUE ANCHIETA	108	12526	12563	12600	12637	12675	12712	1,003
RICARDO DE ALBUQUERQUE	109	12629	12820	13014	13212	13412	13615	1,015
COELHO NETO	110	16167	16029	15893	15757	15623	15490	0,991
ACARI	111	11120	11191	11263	11335	11407	11480	1,006
BARRIOS FILHO	112	8460	8386	8313	8240	8168	8096	0,991

Bairro	Código	1995	1996	1997	1998	1999	2000	taxa cresc 91-96
COSTA BARROS	113	10790	12076	13515	15125	16928	18945	1,119
PAVUNA	114	46064	46861	47672	48496	49335	50189	1,017
JACAREPAGUA	115	35004	36201	37439	38719	40042	41411	1,034
ANIL	116	9360	9590	9825	10067	10314	10567	1,025
GARDENIA AZUL	117	6077	6446	6837	7252	7692	8159	1,061
CIDADE DE DEUS	118	17440	17248	17059	16871	16686	16503	0,989
CURICICA	119	11808	12193	12591	13001	13425	13862	1,033
FREGUESIA (JACAREPAGUA)	120	24223	24503	24786	25072	25362	25655	1,012
PECHINCHA	121	12985	12865	12746	12629	12512	12397	0,991
TAQUARA	122	41074	40793	40513	40236	39960	39686	0,993
TANQUE	123	13467	13286	13107	12931	12757	12586	0,987
PRACA SECA	124	25645	25815	25986	26158	26331	26506	1,007
VILA VALQUEIRE	125	13474	13524	13574	13624	13675	13726	1,004
JOA	126	430	431	432	433	434	435	1,002
ITANHANGA	127	5335	5506	5682	5864	6051	6245	1,032
BARRA DA TIJUCA	128	38491	40494	42601	44819	47151	49605	1,052
CAMORIM	129	213	277	360	467	607	788	1,299
VARGEM PEQUENA	130	2811	3208	3661	4178	4768	5442	1,141
VARGEM GRANDE	131	3703	3790	3879	3971	4065	4160	1,024
RECREIO DOS BANDEIRANTES	132	9727	10388	11094	11849	12655	13515	1,068
GRUMARI	133	61	62	63	64	65	65	1,013
DEODORO	134	5242	5164	5087	5011	4936	4862	0,985
VILA MILITAR	135	6993	7177	7366	7561	7760	7965	1,026
CAMPO DOS AFONSOS	136	740	701	664	629	595	564	0,947
JARDIM SULACAP	137	5041	5173	5308	5447	5589	5735	1,026
MAGALHAES BASTOS	138	11320	11337	11354	11372	11390	11407	1,002
REALENGO	139	80306	80477	80648	80820	80993	81165	1,002
PADRE MIGUEL	140	29494	29497	29500	29503	29505	29508	1,000
BANGU	141	107820	109945	112112	114322	116575	118873	1,020
SENADOR CAMARA	142	48339	48630	48923	49218	49514	49813	1,006
SANTISSIMO	143	13041	13271	13505	13743	13986	14232	1,018
CAMPO GRANDE	144	121417	122235	123059	123889	124724	125565	1,007
SENADOR VASCONCELOS	145	11844	12139	12442	12752	13070	13396	1,025
INHOAIBA	146	23020	24232	25507	26850	28263	29751	1,053
COSMOS	147	26388	26543	26699	26857	27015	27174	1,006
PACIENCIA	148	30691	31606	32548	33518	34517	35545	1,030
SANTA CRUZ	149	85553	88493	91534	94681	97935	101301	1,034
SEPETIBA	150	13650	13878	14110	14346	14586	14830	1,017
GUARATIBA	151	29608	30927	32305	33743	35246	36816	1,045
BARRA DE GUARATIBA	152	2322	2394	2469	2546	2625	2707	1,031
PEDRA DE GUARATIBA	153	3889	3974	4060	4149	4239	4331	1,022
POPULAÇÃO TOTAL (CENSOS)			2608229					

Bairro	Código	1995	1996	1997	1998	1999	2000	taxa cresc 91-96
SAUDE	1	1093	1056	1020	985	951	919	0,966
GAMBOA	2	5341	5181	5026	4875	4729	4587	0,970
SANTO CRISTO	3	5919	5798	5680	5564	5451	5339	0,980
CAJU	4	9203	9253	9303	9353	9404	9455	1,005
CENTRO	5	22951	22350	21765	21195	20640	20100	0,974
CATUMBI	6	6812	6837	6862	6887	6912	6938	1,004
RIO COMPRIDO	7	21852	21614	21379	21146	20916	20689	0,989
CIDADE NOVA	8	3149	2975	2810	2654	2507	2368	0,945
ESTACIO	9	9539	10217	10943	11720	12553	13445	1,071
SAO CRISTOVAO	10	20808	20449	20096	19750	19409	19075	0,983
MANGUEIRA	11	7983	7712	7451	7198	6954	6718	0,966
BENFICA	12	9838	9684	9532	9383	9236	9092	0,984
PAQUETA	13	1146	1044	951	867	790	719	0,911
SANTA TERESA	14	23178	23107	23037	22967	22897	22827	0,997
FLAMENGO	15	31547	31278	31011	30747	30484	30224	0,991
GLORIA	16	6543	6909	7296	7705	8136	8592	1,056
LARANJEIRAS	17	27735	27685	27635	27584	27534	27484	0,998
CATETE	18	12607	12574	12541	12508	12475	12442	0,997
COSME VELHO	19	4819	5070	5334	5611	5903	6210	1,052
BOTAFOGO	20	44254	44125	43996	43868	43740	43612	0,997
HUMAITA	21	8828	8768	8709	8650	8592	8534	0,993
URCA	22	3800	3685	3574	3466	3361	3259	0,970
LEME	23	7660	7606	7552	7499	7446	7394	0,993
COPACABANA	24	89943	89883	89823	89762	89702	89642	0,999
IPANEMA	25	26590	26446	26303	26160	26018	25877	0,995
LEBLON	26	26718	26510	26304	26100	25897	25696	0,992
LAGOA	27	11267	11367	11468	11570	11673	11777	1,009
JARDIM BOTANICO	28	10134	10064	9995	9926	9857	9789	0,993
GAVEA	29	32229	32535	32844	33155	33470	33787	1,009
VIDIGAL	30	6137	6149	6161	6174	6186	6198	1,002
SAO CONRADO	31	5289	5337	5385	5434	5484	5534	1,009
PRACA DA BANDEIRA	32	4928	4797	4669	4545	4424	4306	0,973
TIJUCA	33	91834	91066	90304	89549	88799	88056	0,992
ALTO DA BOA VISTA	34	4974	4881	4790	4701	4613	4527	0,981
MARACANA	35	15132	14965	14800	14637	14476	14317	0,989
VILA ISABEL	36	44720	44520	44321	44123	43927	43730	0,996
ANDARAÍ	37	22397	22061	21730	21403	21082	20765	0,985
GRAJAU	38	21110	20668	20236	19812	19398	18992	0,979
MANGUINHOS	39	30325	30948	31584	32234	32896	33572	1,021
BONSUCESSO	40	32844	33379	33923	34475	35036	35607	1,016
RAMOS	41	54425	54483	54541	54599	54657	54715	1,001
OLARIA	42	33624	33567	33510	33454	33398	33342	0,998
PENHA	43	37617	37486	37355	37225	37095	36966	0,997
PENHA CIRCULAR	44	25066	25216	25367	25519	25673	25827	1,006
BRAS DE PINA	45	31155	30977	30800	30624	30449	30275	0,994
CORDOVIL	46	24956	24954	24952	24950	24947	24945	1,000
PARADA DE LUCAS	47	11704	11656	11608	11561	11514	11467	0,996
VIGARIO GERAL	48	18308	18109	17913	17718	17526	17336	0,989
JARDIM AMERICA	49	13376	13178	12983	12791	12602	12415	0,985
HIGIANOPOLIS	50	8819	8645	8474	8306	8142	7981	0,980
JACARE	51	24398	24182	23968	23757	23547	23339	0,991
MARIA DA GRACA	52	4220	4072	3929	3791	3658	3530	0,965
DEL CASTILHO	53	8716	8526	8340	8157	7979	7805	0,978

Bairro	Código	1995	1996	1997	1998	1999	2000	taxa cresc 91-96
INHAUMA	54	32249	31913	31580	31251	30926	30603	0,990
ENGENHO DA RAINHA	55	14316	14194	14073	13953	13833	13715	0,991
TOMAS COELHO	56	11341	11499	11660	11822	11987	12155	1,014
SAO FRANCISCO XAVIER	57	3778	3658	3542	3429	3320	3215	0,968
ROCHA	58	5760	5815	5871	5927	5984	6041	1,010
RIACHUELO	59	7132	6979	6829	6682	6538	6397	0,978
SAMPAIO	60	7044	7119	7195	7272	7350	7429	1,011
ENGENHO NOVO	61	25559	25464	25369	25275	25181	25088	0,996
LINS DE VASCONCELOS	62	19913	19974	20035	20096	20157	20218	1,003
MEIER	63	28669	28058	27460	26874	26301	25740	0,979
TODOS OS SANTOS	64	12344	12486	12630	12776	12923	13072	1,012
CACHAMBI	65	22552	22472	22392	22313	22234	22155	0,996
ENGENHO DE DENTRO	66	24558	24255	23956	23661	23369	23081	0,988
AGUA SANTA	67	3231	3139	3049	2962	2878	2796	0,971
ENCANTADO	68	8379	8193	8011	7834	7660	7490	0,978
PIEDADE	69	23444	23268	23093	22920	22748	22577	0,992
ABOLICAO	70	6377	6260	6145	6032	5922	5813	0,982
PILARES	71	15316	15128	14942	14759	14578	14399	0,988
VILA KOSMOS	72	9571	9582	9593	9604	9615	9625	1,001
VICENTE DE CARVALHO	73	13000	12758	12520	12287	12058	11833	0,981
VILA DA PENHA	74	14078	14075	14072	14069	14067	14064	1,000
VISTA ALEGRE	75	4641	4711	4782	4853	4926	5000	1,015
IRAJA	76	53652	53360	53070	52781	52494	52208	0,995
COLEGIO	77	15489	15695	15903	16114	16328	16545	1,013
CAMPINHO	78	5176	5181	5186	5192	5197	5203	1,001
QUINTINO	79	16839	16596	16356	16120	15887	15657	0,986
CAVALCANTI	80	7450	7387	7324	7262	7200	7138	0,991
ENGENHEIRO LEAL	81	3139	3170	3201	3232	3264	3295	1,010
CASCADURA	82	17517	17358	17200	17044	16889	16736	0,991
MADUREIRA	83	26903	26746	26590	26435	26281	26127	0,994
VAZ LOBO	84	7097	7067	7037	7007	6978	6948	0,996
TURIACU	85	8929	8967	9005	9044	9082	9121	1,004
ROCHA MIRANDA	86	21475	21519	21563	21608	21653	21697	1,002
HONORIO GURGEL	87	11769	11682	11595	11509	11423	11339	0,993
OSWALDO CRUZ	88	19134	19121	19108	19095	19083	19070	0,999
BENTO RIBEIRO	89	24349	24110	23874	23639	23407	23178	0,990
MARECHAL HERMES	90	24809	24793	24777	24762	24746	24731	0,999
RIBEIRA	91	1739	1761	1783	1805	1828	1851	1,012
ZUMBI	92	1083	1106	1130	1154	1178	1204	1,021
CACUIA	93	4591	4635	4679	4724	4769	4815	1,010
PITANGUEIRAS	94	6668	6602	6537	6472	6408	6344	0,990
PRAIA DA BANDEIRA	95	3434	3398	3362	3327	3292	3257	0,989
COCOTA	96	2587	2591	2595	2599	2602	2606	1,001
BANCARIOS	97	6022	6109	6197	6286	6376	6468	1,014
FREGUESIA	98	9014	9116	9220	9324	9430	9538	1,011
JARDIM GUANABARA	99	15162	15156	15150	15143	15137	15130	1,000
JARDIM CARIOCA	100	12033	12055	12077	12099	12121	12144	1,002
TAUA	101	16400	16448	16496	16544	16592	16640	1,003
MONERO	102	3313	3272	3231	3191	3152	3112	0,988
PORTUGUESA	103	12145	12180	12215	12250	12285	12320	1,003
GALEAO	104	9361	9454	9548	9643	9739	9836	1,010
CIDADE UNIVERSITARIA	105	793	792	791	791	790	790	0,999
GUADALUPE	106	23752	23794	23836	23879	23922	23964	1,002
ANCHIETA	107	25879	26318	26764	27218	27680	28150	1,017
PARQUE ANCHIETA	108	13579	13698	13818	13939	14061	14184	1,009
RICARDO DE ALBUQUERQUE	109	13672	13882	14096	14312	14532	14756	1,015
COELHO NETO	110	18034	17915	17796	17679	17562	17445	0,993
ACARI	111	11819	11891	11963	12036	12109	12182	1,006
BARRIOS FILHO	112	8904	8839	8775	8711	8647	8584	0,993

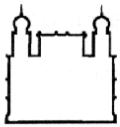
Bairro	Código	1995	1996	1997	1998	1999	2000	taxa cresc 91-96
COSTA BARROS	113	11593	13012	14604	16391	18397	20848	1,122
PAVUNA	114	50333	51338	52363	53409	54476	55564	1,020
JACAREPAGUA	115	35847	36959	38105	39287	40506	41762	1,031
ANIL	116	10098	10355	10619	10889	11167	11451	1,025
GARDENIA AZUL	117	6262	6610	6978	7366	7775	8208	1,056
CIDADE DE DEUS	118	19251	19072	18895	18720	18546	18374	0,991
CURICICA	119	12529	12949	13383	13832	14296	14776	1,034
FREGUESIA (JACAREPAGUA)	120	27137	27473	27813	28157	28506	28859	1,012
PECHINCHA	121	15063	14994	14926	14857	14790	14722	0,995
TAQUARA	122	45826	45695	45564	45433	45303	45173	0,997
TANQUE	123	14670	14544	14419	14296	14174	14052	0,991
PRACA SECA	124	29828	29941	30054	30168	30282	30397	1,004
VILA VALQUEIRE	125	15197	15304	15412	15521	15631	15742	1,007
JOA	126	377	372	367	362	358	353	0,987
ITANHANGA	127	5418	5629	5848	6075	6311	6556	1,039
BARRA DA TIJUCA	128	39952	42208	44591	47109	49770	52580	1,056
CAMORIM	129	163	202	250	309	382	472	1,236
VARGEM PEQUENA	130	2908	3308	3763	4280	4869	5538	1,138
VARGEM GRANDE	131	3565	3667	3772	3880	3991	4105	1,029
RECREIO DOS BANDEIRANTES	132	9295	10026	10814	11664	12581	13570	1,079
GRUMARI	133	63	64	65	66	67	68	1,016
DEODORO	134	5742	5669	5597	5526	5456	5387	0,987
VILA MILITAR	135	7407	7634	7868	8108	8356	8612	1,031
CAMPO DOS AFONSOS	136	735	723	712	700	689	678	0,984
JARDIM SULACAP	137	5440	5577	5717	5861	6008	6159	1,025
MAGALHAES BASTOS	138	12339	12416	12493	12571	12648	12727	1,006
REALENGO	139	88160	88612	89066	89523	89982	90443	1,005
PADRE MIGUEL	140	32716	32790	32865	32939	33014	33089	1,002
BANGU	141	114344	116444	118582	120760	122978	125236	1,018
SENADOR CAMARA	142	51335	51779	52227	52678	53134	53594	1,009
SANTISSIMO	143	13448	13712	13982	14257	14537	14823	1,020
CAMPO GRANDE	144	129971	131185	132410	133647	134895	136155	1,009
SENADOR VASCONCELOS	145	12767	13111	13464	13827	14199	14581	1,027
INHOAIBA	146	24077	25408	26812	28295	29859	31509	1,055
COSMOS	147	27572	27777	27984	28192	28402	28613	1,007
PACIENCIA	148	32146	33167	34221	35308	36430	37588	1,032
SANTA CRUZ	149	90476	93769	97182	100720	104386	108186	1,036
SEPETIBA	150	14431	14735	15046	15363	15686	16017	1,021
GUARATIBA	151	29214	30552	31951	33415	34945	36545	1,046
BARRA DE GUARATIBA	152	2238	2315	2394	2476	2561	2649	1,034
PEDRA DE GUARATIBA	153	4057	4145	4235	4328	4422	4519	1,022
POPULAÇÃO TOTAL (CENSOS)			2941598					

ANEXO 3

Distribuição de Casos e Taxas de Incidência de AIDS por Bairro do Município do Rio de Janeiro, Segundo o Período

NOME DO BAIRRO	COD	CASHTOT	CASMTOT	TXHP1	TXHP2	TXHP3	TXMP1	TXMP2	TXMP3
SAUDE	1	78	23	67,2	593,6	1162,2	70,2	218,4	248,5
GAMBOA	2	6	0	3,4	17,2	16,7	0,0	0,0	0,0
SANTO CRISTO	3	74	26	16,3	150,1	181,6	6,2	19,5	93,7
CAJU	4	26	17	5,4	30,2	47,3	0,0	7,4	49,4
CENTRO	5	718	84	67,5	403,4	402,7	2,2	40,2	58,3
CATUMBI	6	52	27	23,6	110,9	111,5	3,5	28,6	87,9
RIO COMPRIDO	7	118	41	14,7	73,1	94,1	0,0	18,7	33,9
CIDADE NOVA	8	27	8	15,4	54,0	50,6	3,8	14,9	36,2
ESTACIO	9	141	52	33,2	156,5	127,4	13,6	44,5	73,1
SAO CRISTOVAO	10	181	38	26,5	84,8	133,7	1,8	14,3	36,7
MANGUEIRA	11	31	9	6,6	31,6	112,5	0,0	0,0	30,9
BENFICA	12	58	20	19,3	59,9	89,8	0,0	12,0	32,3
PAQUETA	13	3	3	8,3	20,8	0,0	0,0	39,2	37,4
SANTA TERESA	14	123	45	13,8	67,9	87,8	2,7	18,0	29,4
FLAMENGO	15	260	29	44,9	136,5	115,0	1,3	11,8	16,6
GLORIA	16	115	16	78,0	359,8	285,1	11,9	42,0	35,3
LARANJEIRAS	17	140	21	22,8	73,7	84,6	1,6	6,7	12,7
CATETE	18	123	25	30,2	149,1	154,1	6,8	14,6	30,7
COSME VELHO	19	39	5	28,6	92,9	176,8	7,7	8,0	0,0
BOTAFOGO	20	373	64	34,6	127,3	137,4	1,9	10,1	23,8
HUMAITA	21	44	5	11,6	47,0	132,8	0,0	3,4	13,1
URCA	22	20	5	15,6	106,6	38,6	0,0	36,9	0,0
LEME	23	46	6	7,3	117,5	124,2	0,0	8,3	10,7
COPACABANA	24	1146	151	51,6	223,6	237,4	2,0	16,5	29,7
IPANEMA	25	202	22	28,6	114,6	142,3	0,8	8,1	17,7
LEBLON	26	180	21	25,5	95,0	113,8	1,5	3,3	20,2
LAGOA	27	53	7	27,7	64,5	59,2	0,0	7,9	12,7
JARDIM BOTANICO	28	58	13	12,2	91,7	81,4	2,0	5,8	37,3
GAVEA	29	91	27	13,3	39,2	39,6	2,2	6,8	14,0
VIDIGAL	30	25	7	7,9	53,7	79,0	0,0	5,0	31,2
SAO CONRADO	31	47	13	45,0	97,4	145,7	8,4	22,4	33,6
PRACA DA BANDEIRA	32	28	13	26,4	53,0	98,1	3,4	16,9	31,8
TIJUCA	33	552	128	21,9	75,3	110,5	1,6	10,7	26,0
ALTO DA BOA VISTA	34	18	5	4,3	13,1	78,2	0,0	6,0	8,2
MARACANA	35	45	12	9,8	39,6	65,5	0,0	10,0	13,1
VILA ISABEL	36	170	49	10,9	65,9	58,0	2,4	9,6	18,3
ANDARAI	37	59	23	6,3	42,1	45,5	1,7	7,8	19,1
GRAJAU	38	105	33	15,4	61,8	90,9	1,7	15,3	24,8
MANGUINHOS	39	66	35	3,9	13,4	53,1	0,9	4,6	33,1
BONSUCESSO	40	339	102	21,9	124,1	195,5	3,3	18,8	71,4
RAMOS	41	135	52	4,5	29,1	38,3	0,0	7,0	17,4
OLARIA	42	110	28	7,0	31,6	66,5	0,0	8,1	18,1
PENHA	43	232	67	10,9	80,6	114,5	3,5	12,4	35,7
PENHA CIRCULAR	44	43	9	8,4	28,9	23,1	0,0	3,8	4,6
BRAS DE PINA	45	89	26	10,5	47,1	32,7	0,0	4,8	19,8
CORDOVIL	46	81	22	4,5	40,2	59,2	0,0	2,5	20,1
PARADA DE LUCAS	47	25	8	2,0	32,0	45,2	0,0	5,3	16,8
VIGARIO GERAL	48	42	7	1,2	30,8	36,4	0,0	0,0	13,1
JARDIM AMERICA	49	48	10	6,0	38,4	69,3	0,0	2,2	5,8
HIGIANOPOLIS	50	34	12	0,0	56,9	58,2	0,0	12,9	30,8
JACARE	51	53	20	1,7	26,5	41,0	0,0	5,1	16,5
MARIA DA GRACA	52	27	6	26,0	75,2	110,5	0,0	19,4	9,5
DEL CASTILHO	53	40	17	11,4	42,2	93,5	0,0	10,1	41,7
INHAUMA	54	68	31	2,0	21,5	38,0	0,0	3,8	21,2
ENGENHO DA RAINHA	55	16	6	3,3	7,3	18,9	0,0	0,0	8,1
TOMAS COELHO	56	28	7	4,9	22,0	33,3	2,1	0,0	16,1
SAO FRANCISCO XAVIER	57	12	3	0,0	59,8	37,7	0,0	14,5	10,4
ROCHA	58	23	8	5,3	61,9	73,4	0,0	17,4	20,8

PRACA SECA	124	53	16	1,9	22,7	38,3	0,0	2,2	16,0
VILA VALQUEIRE	125	79	15	10,1	78,3	90,6	0,0	6,2	19,9
JOA	126	1	0	0,0	64,7	0,0	0,0	0,0	0,0
ITANHANGA	127	7	2	0,0	12,9	14,0	5,9	0,0	0,0
BARRA DA TIJUCA	128	104	19	12,5	37,8	34,9	0,9	2,7	8,7
CAMORIM	129	2	1	0,0	733,3	0,0	0,0	375,1	0,0
VARGEM PEQUENA	130	2	1	0,0	19,5	13,5	0,0	0,0	0,0
VARGEM GRANDE	131	3	1	0,0	19,7	11,1	0,0	0,0	11,4
RECREIO DOS ANDEIRANTES	132	36	7	8,7	49,3	45,9	5,1	13,6	4,0
GRUMARI	133	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
DEODORO	134	14	13	3,6	44,2	37,0	3,5	21,2	28,0
VILA MILITAR	135	3	1	0,0	9,8	5,4	0,0	0,0	5,1
CAMPO DOS AFONSOS	136	1	0	0,0	31,1	0,0	0,0	0,0	0,0
JARDIM SULACAP	137	15	8	0,0	13,9	85,3	0,0	12,6	21,1
MAGALHAES BASTOS	138	41	8	4,1	42,3	49,0	0,0	7,8	9,5
REALENGO	139	212	113	6,0	28,2	39,3	1,9	7,6	27,8
PADRE MIGUEL	140	111	26	7,0	40,1	60,9	0,7	5,0	13,5
BANGU	141	248	67	4,0	25,6	36,7	0,7	4,0	11,3
SENADOR CAMARA	142	77	20	2,5	17,1	27,5	0,0	3,9	8,5
SANTISSIMO	143	42	15	8,3	33,9	48,2	0,0	5,0	17,3
CAMPO GRANDE	144	337	112	4,4	29,7	47,1	0,6	6,8	17,2
SENADOR VASCONCELOS	145	2	0	0,0	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0
INHOAIBA	146	14	7	1,7	3,5	15,7	0,0	1,7	4,9
COSMOS	147	22	5	0,0	7,6	19,9	0,0	1,2	5,8
PACIENCIA	148	39	18	1,0	10,9	23,9	0,0	3,4	12,4
SANTA CRUZ	149	160	68	3,1	17,0	33,0	0,0	5,9	12,6
SEPETIBA	150	32	13	2,1	37,1	30,7	0,0	15,0	8,5
GUARATIBA	151	13	7	1,2	6,6	8,1	0,0	0,0	4,1
BARRA DE GUARATIBA	152	6	5	0,0	46,0	33,4	0,0	16,0	51,7
PEDRA DE GUARATIBA	153	20	5	7,7	66,0	64,2	0,0	8,6	39,1



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ANEXO 4 QUESTIONÁRIO

Código do entrevistado: _____

Data da entrevista: _____

Entrevistador: _____

Local da entrevista: _____

Início _____

Término _____

Duração _____ (em minutos)

duracao

Parte 1 – Características Individuais:

1a – Idade: _____ (em anos)

idade

1b - Data de nascimento ____/____/____

datanasc

2 – cor referida _____ (1) branca (2) mulata (3) negra corpdr

3 – Sexo

sexo

(1) Masculino

(2) Feminino

4 - Você nasceu onde: (cidade e estado – sigla)

estado

5a – Local de Residência: (rua e bairro – *instruir sobre a importância da veracidade das informações*)

bairro

5b – Há quanto tempo reside nessa cidade? (*tempo em anos que reside no Rio e tempo que reside no bairro*)

temprro

tempcid

5c - Você mora numa:

mora

(1) casa

(2) apartamento

(3) barraco

(4) quarto

(5) casa de apoio

(6) outro Especificar: _____

6 – Situação Conjugal:

sitconj

(1) casado(a)/morando com parceiro(a) regular

(2) divorciado(a)/separado(a) com parceiros eventuais

(3) namora ou caso fixo

(4) divorciado(a)/separado(a) sem parceiro

(5) viuvo(a) de AIDS com nova(o) parceira (o)

(6) viúvo(a) de AIDS sem parceira (o)

(7) viúvo(a) – outros motivos – sem parceiro

(8) solteiro(a)/ separado(a) sem parceiro

(9) vários parceiros (solteiro(a)/viuvo(a)/separado(a))

(10) viúvo(a) – outros motivos – com parceiro regular

7a – Qual sua religião?

relig

(1) católico

(2) espírita

(3) evangélica/crente/protestante

(4) umbanda/candomblé

(5) outras - Especificar: _____

(6) não tenho religião

7b – Qual a importância da religião em sua vida?

iprelig

(1) muito importante

(2) importante

(3) pouco importante

(4) nada importante

8 – Escolaridade

escol

(1) analfabeto

(2) 1ª até 4ª série (completo e incompleto)

(3) 5ª até 8ª série (completo e incompleto)

(4) 2º grau (completo e incompleto)

(5) 3º grau (completo e incompleto)

9a – Qual sua profissão?

9b – Quais outras atividades você acha que faz bem?

10a – Atualmente você está empregado?

atuempr

(1) sim/emprego

(2) sim/bico

(3) não/desempregado(a)

(4) não/aposentado(a)

(5) nunca trabalhou

(6) não/encostado(a)

10b – No momento você está trabalhando em que?

atutrab

(1) do lar/ dona de casa/nunca trabalhei

(2) doméstica/diarista

(3) profissional do sexo

(4) técnico/superior (univ)

(5) gerente/empresário

(6) no comércio (balcão/caixa/bazar)

(7) escritório

(8) serviços (beleza, costura, etc)

(9) indústria (operário)

(10) recepcionista/ telefonista

(11) outras - Especificar: _____

(12) não está trabalhando

10c – Se empregado, você está com carteira assinada, recebendo seus direitos?

(1) sim (2) não (0) não se aplica

cartass

11a – Qual sua renda mensal? Valor Referido: _____ (depois categorizar) redmens

- (1) nenhuma fonte de renda
- (2) menos de 1 s.m.
- (3) de 1 a 2 s.m.
- (4) de 2,5 a 3,5 s.m.
- (5) de 4 a 5 s.m.
- (6) mais de 5 s.m.
- (90) não sabe

11b – Qual a renda mensal de sua família? (instruir que a renda mensal familiar representa todo dinheiro recebido por todos da casa) Valor Referido: _____ (depois categorizar)

- (1) nenhuma fonte de renda
- (2) menos de 1 s.m. redmenf
- (3) de 1 a 2 s.m.
- (4) de 2,5 a 3,5 s.m.
- (5) de 4 a 5 s.m.
- (6) mais de 5 s.m.
- (90) não sabe

Especificar se existem pessoas na família que não compartilham a renda: (1) sim psncred
(2) não

11c – Quantas pessoas vivem com essa renda? pvivred

11d – Qual a contribuição do entrevistado para a renda familiar? _____ % (não perguntar – dado para tabulação) poredf

12a – Você tem filhos? filhos

- (1) sim
- (2) não

12b – Quantos filhos você tem? qtfilh

12c – idade em meses sexo moram com vc - HIV+ (código 90 para não sabe)

	(1) masculino (2) feminino	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não
	(1) masculino (2) feminino	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não
	(1) masculino (2) feminino	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não
	(1) masculino (2) feminino	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não

12c. Filho 1

idade idafilh1
sexo (1) masculino (2) feminino sexfilh1
moram com você? (1) sim (2) não movfilh1
HIV + (1) sim (2) não hivfilh1

Filho 2

idade idafilh2
sexo (1) masculino (2) feminino sexfilh2
moram com você? (1) sim (2) não movfilh2
HIV + (1) sim (2) não hivfilh2

Filho 3

idade idafilh3

sexo (1) masculino (2) feminino sexfilh3

moram com você? (1) sim (2) não movfilh3

HIV + (1) sim (2) não hivfilh3

Filho 4
idade idafilh4

sexo (1) masculino (2) feminino sexfilh4

moram com você? (1) sim (2) não movfilh4

HIV + (1) sim (2) não hivfilh4

13 - De quantas pessoas você cuida? (comida, roupa, limpeza, doença)-código 70 p/nenhum qntcuid

14 - Quantas e quais pessoas cuidam de você? -código 70 p/nenhum qntvoc

Parte 2 – Conhecimento da Condição Sorológica

15a – Há quanto tempo você sabe que é HIV+ ? (em meses) qntmhiv

15b – Qual era sua idade ao diagnóstico? (em anos) idadiag

15c – Como você ficou sabendo que era HIV ?

	situação	e o médico pediu	Foi a 1 centro testagem	Fizeram o teste sem avisar
ficou doente	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não
parceiro(a) fez o teste	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não
parceiro(a) adoeceu de AIDS	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não
teve uma DST	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não
fez exame de sangue, rotina	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não
filho ficou doente	(1)sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não
pré-natal / parto	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não
firma exigiu	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não
doou sangue	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não	(1) sim (2) não

ficou doente (1) sim (2) não doente

parceiro(a) fez o teste (1) sim (2) não parctest

parceiro(a) adoeceu de AIDS (1) sim (2) não parcaids

teve uma DST (1) sim (2) não dst

fez exame de sangue, rotina (1) sim (2) não exsangue

filho ficou doente (1) sim (2) não filhdoen

pré-natal (1) sim (2) não prenatal

firma exigiu (1) sim (2) não firma

doou sangue (1) sim (2) não doousang

o médico pediu (1) sim (2) não medico

foi a 1 centro testagem (1) sim (2) não centro

fizeram o teste sem avisar (1) sim (2) não testesem

16 - Antes de fazer o exame você: antexam

(1) teve uma sessão de conversa c/ um profissional só sobre o teste

(2) uma sessão de grupo sobre o teste

(3) o médico conversou bastante com você

(4) o médico conversou um pouco com você

(5) não teve nenhum aconselhamento

(6) outro Especificar: _____

(7) o médico conversou bastante com você, mas você não sabia que ia fazer o teste

(8) o médico conversou um pouco com você, mas você não sabia que ia fazer o teste

17a – Você antes de fazer o teste já tinha pensado que podia ser positivo(a)? penshiv

(1) sim (2) não (0) não se aplica

17b–Porque? _____

18a – Você teve dificuldade para vir buscar o resultado? difrest

(1) sim (2) não (0) não se aplica

18b - Por que? _____

19 - Ao receber o resultado: recrelt

(1) recebeu o resultado do médico e ele procurou ajudar

(2) recebeu o resultado do médico e se sentiu mal tratada

(3) recebeu o resultado do médico que encaminhou para uma consulta c/ um outro profissional de saúde/psicólogo

(4) recebeu de um outro profissional que a maltratou

(5) recebeu de um outro profissional que procurou te ajudar

(6) recebeu uma carta/ no laboratório

(7) recebeu o resultado do médico e achou que ele não procurou ajudar e nem maltratou

20a - Depois que você recebeu o resultado do exame, você contou para alguém? contar

(1) sim (2) não. Passe p/ a questão 20c (3) soube junto com amigo(a)/alguém da família

20 b. Para quem vc contou? Quanto tempo vc levou para contar (meses)? *para não se aplica código (0) e contou imediatamente código (777)*

contar para amigo(a) (1) sim (2) não amigo tepamig

contar para alguém da família (1) sim (2) não família tepfaml

contar para parceiro(a) (1) sim (2) não parceir tepparc

contar para filhos (1) sim (2) não cotfilh tepfilh

20 c – Quem mais você procurou e quanto tempo levou? - *para não se aplica código (0) e contou imediatamente código (777)*

procurar um grupo/instituição de apoio (1) sim (2) não grupo tepgrup

procurar conselhos de um profissional de saúde (1) sim (2) não consel tepcons

começar seu acompanhamento/tratamento (1) sim (2) não ctrat inctrat

20 d – Por que levou esse tempo para começar seu acompanhamento/tratamento?

	Qual apoio procurou	Onde sentiu-se apoiado(a)
profissional de saúde		
igreja/ religião		
grupo AIDS		
família		
amigos		
outro - Especificar		
nenhum		

Qual apoio procurou?

profissional de saúde	(1) sim	(2) Não
igreja/ religião	(1) sim	(2) Não
grupo AIDS	(1) sim	(2) Não
família	(1) sim	(2) Não
amigos	(1) sim	(2) Não
outro	(1) sim	(2) Não
nenhum	(70)	(0) Não se aplica

profsaud	<input type="checkbox"/>
igreja	<input type="checkbox"/>
graid	<input type="checkbox"/>
apfamil	<input type="checkbox"/>
apamig	<input type="checkbox"/>
outro	<input type="checkbox"/>
nenhum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Onde sentiu-se apoiado(a)? - código (0) para não se aplica

profissional de saúde	(1) sim	(2) Não
igreja/ religião	(1) sim	(2) Não
grupo AIDS	(1) sim	(2) Não
família	(1) sim	(2) Não
amigos	(1) sim	(2) Não
outro	(1) sim	(2) Não
nenhum	(70)	

dprofsau	<input type="checkbox"/>
digrej	<input type="checkbox"/>
dgraid	<input type="checkbox"/>
dapfami	<input type="checkbox"/>
dapami	<input type="checkbox"/>
doutro	<input type="checkbox"/>
nenhum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

22 – Qual você acha que foi o caminho do vírus até você?

- (1) se infectou em transfusão
 (2) o(a) parceiro(a) se infectou em transfusão
 (3) o(a) parceiro(a) usava drogas
 (4) marido/namorado teve outros parceiros homens
 (5) marido/namorado teve outros parceiras mulheres
 (6) marido/namorado teve outros parceiros, não sabe se homem ou mulher
 (7) parceiro(a) a(o) contaminou/ não sabe como ele(a) pegou
 (8) fez uso de drogas injetáveis
 (9) teve muitos parceiros
 (10) parceiro(a) anterior a este a(o) infectou
 (11) com profissionais do sexo
 (12) em relações homossexuais
 (90) não sabe

tjvirus **Parte 3 – Informação e Sexualidade**

23 – Seu parceiro(a) atual é HIV+?

- (1) sim
 (2) não
 (90) não sabe
 (0) não tem parceiro(a)/ não se aplica

parchiv

24 – Você e seu parceiro(a) usam algum tipo de precaução contra o HIV? Qual?

- (1) sim, camisinha raramente

precauç

- (2) sim, camisinha todas as vezes
- (3) sim, camisinha na maioria das vezes
- (4) sim, fazemos sexo sem penetração
- (5) não
- (6) não, somos os dois HIV positivos
- (0) não se aplica

25 - Você já teve alguma doença sexualmente transmissível?

dst

- (1) sim
- (2) não
- (90) não sabe

26 – Que idade você tinha quando você teve sua primeira relação sexual? (em anos)

idrela

27 – Quantos parceiros sexuais você teve até hoje?

() Exatos ou mais ou menos (90) não sabe

qtsparc

28 – Você costuma ouvir rádio, assistir televisão ou ler jornal:

	ouvir rádio	assistir televisão	ler jornal
todo os dias	1	1	1
na maioria dos dias	2	2	2
pelo menos 1 vez por semana	3	3	3
menos de 1 vez por semana	4	4	4
Nunca	5	5	5

radio

tv

jornal

29 – Você já havia escutado ou lido alguma coisa sobre HIV ou AIDS antes do diagnóstico em:

rádio	(1) sim	(2) não	meinfor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
jornal	(1) sim	(2) não	meinfoj <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
televisão	(1) sim	(2) não	meinfojtv <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
folhetos ou panfletos	(1) sim	(2) não	meinfofp <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
em conversa com familiares ou amigos	(1) sim	(2) não	meinfoff <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
no trabalho	(1) sim	(2) não	meinfoft <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
na escola	(1) sim	(2) não	meinfofes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
nos serviços de saúde	(1) sim	(2) não	meinfofsd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
na igreja	(1) sim	(2) não	meinfofig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
outros	(1) sim	(2) não	meinfofot <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
não havia escutado ou lido alguma coisa sobre AIDS	(1) sim	(2) não	nmeinfof <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

30 – As informações foram esclarecedoras?

infoesc

- (1) sim
- (2) não
- (3) até certo ponto
- (90) não sabe
- (0) não se aplica

31 – Você conhece/conheceu alguém com AIDS, fora os do serviço de saúde?

conhpes

- (1) sim
- (2) não
- (3) não está certo

32 – Você acredita que:

a – Ter muitos parceiros sexuais aumenta o risco de pegar o vírus da AIDS? acredit

(1) sim (2) não (90) não sabe

b – O vírus da AIDS pode ser transmitido por uma pessoa que não aparenta estar doente? ransnd

(1) sim (2) não (90) não sabe

c – Preservativos (camisinha) previnem a transmissão do vírus da AIDS? condom

(1) sim (2) não (90) não sabe

d – Pessoas que sempre usam preservativos e têm muitos parceiros sexuais, têm maior risco de pegar o vírus da AIDS? parcris

(1) sim (2) não (90) não sabe

Parte 4 – Conhecimento Sobre Direitos:

33 - Você tem algum tipo de convênio médico? conven

(1) sim (2) não

34 - Quanto tempo você espera para ser atendida no CSEGSF pelo: - *código (0) para não se aplica*

	muito tempo	razoável/aceitável	pouco tempo
seu médico	1	2	3
ginecologista	1	2	3
psicólogo	1	2	3
outro	1	2	3

temed

temginc

tempsi

temoutr

35 – Você sabia que você tem direito a

	sim	não
trocar de médico se sentir necessidade	1	2
ter acesso a protocolos	1	2
ter acesso a exames	1	2
pedir auxílio doença	1	2
passar transporte	1	2

dirmed

dirprot

direxam

diraux

dirtran

36 – Você sabia que também tem direitos a:

	Sim	Não
Não ser demitido por ser soropositivo	1	2
Manter sigilo sobre sua condição	1	2
Outros serviços - ONGs	1	2

dirdem

dirsig

dirserv

Parte 5 – Percepção e Cuidados com a Saúde:

37 – Em termos gerais como você descreveria seu estado de saúde: estsd

(1) ótimo (2) bom (3) não muito bom (4) ruim

38– Você tomou/toma alguma medicação indicada pelo seu médico? tomedic

(1) sim (2) não (3) o médico não indicou

39 – Como você avalia o uso de seus medicamentos: usomed

- (1) toma raramente
- (2) toma as vezes
- (3) toma regularmente
- (4) toma freqüentemente
- (5) toma sempre
- (6) optou por não tomar a medicação
- (0) não se aplica

40 – Você fez algum tratamento alternativo/caseiro para AIDS: altern
 (1) sim (2) não

41 – Tomou/toma alguma medicação de farmácia por conta própria para AIDS? automed
 (1) sim - Quem recomendou? _____ (2) não

42 – Está usando outros métodos de tratamento e ajuda? (oração, remédios espirituais, etc) altrat
 (1) sim (2) não

43 - Nos últimos 30 dias você fez uso: *código (0) para não se aplica*

	menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	+/- 1 vez por semana	+ de 1 vez por semana
alcool	1	2	3	4
maconha	1	2	3	4
cocaina injetada veia	1	2	3	4
compartilhou seringas	1	2	3	4
cocaina cheirada	1	2	3	4
crack cocaina fum.	1	2	3	4

qtdalco

qtdmac

qtdcoc

seringa

cocaina

crack

Parte 6 – Expectativas e Mudanças:

44 - Durante o mês passado você queria ter tido: desabf
 (1) muito mais oportunidades de falar, de **desabafar**
 (2) um pouco mais de oportunidades de **desabafar**
 (3) foi suficiente as oportunidades que teve de **desabafar**
 (4) não teve oportunidade de **desabafar**, mas gostaria de ter tido
 (5) é difícil pensar nisso
 (6) é indiferente
 (7) nunca pensou sobre isso

45 - No mês passado você queria ter tido: conselh
 (1) muito mais **conselho**
 (2) um pouco mais de **conselho**
 (3) teve **conselho** suficiente
 (4) é difícil pensar nisso
 (5) é indiferente
 (6) nunca pensou sobre isso

46 - Durante o mês passado você queria ter tido: distr

- (1) mais oportunidades de juntar-se com as pessoas para se **distrair**
- (2) um pouco mais de oportunidades de juntar-se com pessoas para se **distrair**
- (3) teve **distração** suficiente com as pessoas
- (4) é difícil pensar nisso
- (5) é indiferente
- (6) nunca pensou sobre isso

47 - Durante o mês passado você queria ter tido:

ajuda

- (1) muito mais **ajuda**
- (2) um pouco mais de **ajuda**
- (3) teve **ajuda** suficiente
- (4) é difícil pensar nisso
- (5) é indiferente
- (6) nunca pensou sobre isso

48 – Você mudou seu estilo de vida sexual, de algum modo, ou tomou alguma decisão sobre sexo, após seu diagnóstico?

- (1) sim (2) não (3) alguma mudança mas não por causa da AIDS

estvise

49 – Se SIM, como mudou? (*código (0) para não se aplica e código (90) para não sabe*)

- | | | | | |
|--|------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| diminuindo o número de parceiros | (1) sim (2) não | mudnpar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| procurando conhecer melhor as pessoas antes de fazer sexo com elas | (1) sim (2) não | conhpes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| usando preservativos | (1) sim (2) não | usacond | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| não tendo relações sexuais | (1) sim (2) não | nrelsex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| tendo somente um parceiro sexual | (1) sim (2) não | soumpar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| se abstendo de algumas práticas sexuais | (1) sim (2) não |abster | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Especificar _____ | | | | |
| outras mudanças | (1) sim (2) não | outmud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| diminuindo o número de relações sexuais | (1) sim (2) não | dimnrel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

50 – Alguma coisa mudou em sua vida após o diagnóstico?

mudvida

- (1) sim (2) não (3) alguma mudança mas não por causa do diagnóstico

51 – O que mudou?

OBS:
