
ARTIGO ORIGINAL

Tendência na mortalidade e na incidência da AIDS em Itajaí -SC: Análise do período 1990 e 2005

Antonio Fernando Boing¹, Catiana Lunardon²

Resumo

Objetivos: Descrever a tendência de mortalidade e incidência por AIDS segundo sexo e faixa etária em Itajaí entre 1990 e 2005.

Métodos: Os dados de casos novos e óbitos foram obtidos, respectivamente, junto ao Sinan e ao SIM. Os dados populacionais provêm dos censos, da contagem populacional e de estimativas intercensitárias. As taxas de mortalidade foram padronizadas pelo método direto e as tendências foram analisadas para cada sexo utilizando-se o método de Prais-Winsten para regressão linear generalizada.

Resultados: Enquanto que na incidência houve tendência de estagnação em ambos os sexos, na mortalidade constatou-se acréscimo no sexo feminino e estabilidade no masculino. Verificou-se aumento proporcional da incidência de AIDS na faixa etária acima de 50 anos.

Conclusões: A tendência de crescimento da mortalidade feminina e o aumento proporcional da incidência entre as faixas etárias mais elevadas revelam a necessidade de revisão dos serviços de assistência, diagnóstico e prevenção.

Descritores: 1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida;
2. Incidência;
3. Mortalidade;
4. Tendências.

Abstract

Objectives: To describe the trend in mortality and AIDS incidence based on sex and age in Itajaí from 1990 to 2005.

Methods: Data for new cases and deaths was obtained, respectively, from Sinan and SIM. Demographic data was collected from the national censuses, population counts, and from population estimates made in non-census years. Mortality rates were standardized according to the direct method, and the trends were analyzed by gender and geographic region using the Prais-Winsten method for generalized linear regression.

Results: While there was a tendency in the incidence of stagnation in both sexes, there was an increase in mortality among women and stability among men. There was a significant increase in the incidence of AIDS in people who are over 50 years old.

Conclusions: The trend of growth in female mortality and proportional increase in incidence between the highest age groups reveals the need to review the health support services, diagnosis and prevention.

Key Words: 1. *Acquired Immunodeficiency Syndrome;*
2. *Incidence;*
3. *Mortality;*
4. *Trends.*

1- Doutor; Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC) Brasil.

2- Especialista em Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde; Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC) Brasil.

Introdução

Estima-se que em 2007 existiam 33,2 milhões de pessoas portadoras de HIV em todo o mundo, surgindo no mesmo ano 2,5 milhões de novos casos e ocorrendo 2,1 milhões de óbitos decorrentes da doença. A África subsaariana é a região mais atingida pela AIDS, sendo que 68% dos adultos e 90% das crianças infectadas pelo HIV viviam nesta região em 2007. Além disso, no mesmo ano 76% das mortes mundiais ocorreram nessa região⁽¹⁾.

No Brasil, o primeiro caso de AIDS foi identificado em São Paulo em 1980 e a taxa de incidência da doença no país atingiu seu maior valor em 1998, sendo igual a 24,9 novos casos por 100.000 homens e 12,5 por 100.000 mulheres⁽²⁾. Em Santa Catarina, destacou-se o município de Itajaí que apresentou em 1998 incidência quatro vezes maior (141,2 por 100.000) que o identificado para o Estado (29,5 por 100.000)⁽³⁾. No início da década de 1990, Itajaí ocupava a segunda colocação entre os municípios catarinenses com maior incidência de AIDS, apresentando taxa de 38,67 casos novos por 100.000 habitantes. Também quando analisada a mortalidade por AIDS, Itajaí destaca-se no cenário nacional. Nesse município, a taxa de mortalidade em 2005 entre os homens foi cinco vezes maior e, entre as mulheres, três vezes maior que a observada no Brasil⁽³⁾.

Como resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV no país revela epidemia de múltiplas dimensões que vêm, ao longo do tempo, sofrendo transformações significativas em seu perfil. De epidemia inicialmente restrita a alguns círculos cosmopolitas das denominadas metrópoles nacionais - São Paulo e Rio de Janeiro - e marcadamente masculina, que atingia prioritariamente homens homossexuais e indivíduos hemofílicos, depara-se hoje com quadro marcado pelos processos da heterossexualização, da feminização, da interiorização e da pauperização⁽⁴⁾. O aumento da transmissão por contato heterossexual resulta em crescimento substancial de casos em mulheres, o que vem sendo apontado como mais importante fenômeno para o atual momento da epidemia⁽⁴⁾.

Embora a AIDS componha o cenário do município de Itajaí há mais de 20 anos e sempre venha apresentando elevada carga de doença, procuras conduzidas nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline com o descritor "AIDS" associado aos termos "mortalidade", "incidência", "tendência" e "Itajaí" retornaram poucas pesquisas que descrevessem a

tendência da incidência e da mortalidade por AIDS nesta localidade. A produção de estudos que considerem os municípios como unidades a serem investigadas é de extrema relevância para subsidiar ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e avaliação de políticas públicas com base em dados locais. O objetivo do presente estudo foi descrever a tendência da incidência e da mortalidade por AIDS segundo sexo e faixa etária no município de Itajaí entre 1990 e 2005.

Métodos

O município de Itajaí está situado na foz do Rio Itajaí-Açu, região do litoral norte de Santa Catarina. O seu Índice de Desenvolvimento Humano no ano 2000 foi de 0,825, considerado de alto desenvolvimento humano, estando próximo ao melhor colocado no estado (Florianópolis, com 0,875). As principais atividades econômicas do município são as relacionadas ao porto da cidade e à pesca. A mortalidade infantil em 2007 foi equivalente a 8,9 óbitos por 1.000 nascidos vivos e a taxa de fecundidade neste mesmo ano foi de 1,5 filho por mulher⁽⁵⁾.

Os dados de mortalidade foram obtidos através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Nos óbitos ocorridos até 1995 foi considerada a nona revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), sendo os óbitos por AIDS aqueles com código 279.1. A partir de 1996 a codificação dos óbitos no Brasil utilizou a décima revisão da CID, tendo sido utilizados os códigos B20 a B24. Os dados populacionais são oriundos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e relativos aos censos de 1991 e 2000, da contagem populacional de 1996 e de estimativas intercensitárias para os demais anos.

Para a análise da incidência, foram considerados os casos de AIDS notificados no Sistema Nacional de agravos de notificação (Sinan) e com diagnóstico realizado entre os anos de 1990 a 2005. A codificação dos casos seguiu as mesmas normalizações da CID observadas nos óbitos. As taxas globais de incidência e de mortalidade por AIDS foram padronizadas pelo método direto, sendo padrão a população brasileira do ano 2000. As mesmas taxas também foram descritas por faixa etária (0-19; 20-29; 30-39; 40-49 e 50 ou mais anos).

Para a análise de tendência, os coeficientes de incidência e de mortalidade por AIDS padronizados foram considerados como variável dependente e os anos dos casos e óbitos compuseram a variável independente.

As análises foram conduzidas segundo sexo (masculino e feminino). Procedeu-se o cálculo dos parâmetros da regressão através do método Prais-Winsten, com correção para o efeito de auto-correlação de primeira ordem. Através da técnica foi possível estimar as variações percentuais médias anuais nas taxas calculadas, com os respectivos intervalos de confiança (95%). Assim, foi possível identificar se as tendências eram de decréscimo, acréscimo ou estacionárias (neste caso quando o coeficiente de regressão não foi diferente de zero ($p > 0,05$)). A análise estatística foi realizada no programa Stata 9.

Resultados

Observou-se que no período investigado aconteceram em Itajaí 779 óbitos por AIDS (566 em homens e 213 em mulheres) e surgiram 1885 novos casos da doença (1254 em homens e 631 em mulheres), equivalendo a taxas médias de 34,3 óbitos por 100.000 habitantes (51,00 no sexo masculino e 18,15 no sexo feminino) e 84,02 casos novos por 100.000 habitantes (114,79 no sexo masculino e 54,3 no sexo feminino). Também foi verificado um aumento proporcional da incidência e da mortalidade entre as mulheres em relação aos homens (Tabela 1). Enquanto em 1990 morria 1 mulher por AIDS para cada 7 homens, em 2005 tal valor foi equivalente a 1:3,2. Durante o mesmo período, a relação mulher:homem na incidência de AIDS passou de 1:4,0 para 1:1,4.

No primeiro triênio do período investigado (1990-1992) a taxa de incidência no sexo masculino foi de 54,2 casos novos por 100.000 homens. Já no último triênio investigado, a taxa foi de 83,5 por 100.000. Entre as mulheres, os valores nos mesmos períodos foram 13,1 e 39,4, respectivamente. Após análise da tendência da incidência entre 1990 e 2005 verificou-se que a mesma foi estável em ambos os sexos (tabela 2). No entanto, ao longo dos 16 anos avaliados, ocorreram movimentos distintos na série histórica (Figura 1A). Entre os homens, percebeu-se que até 1999 houve acréscimo nas taxas de incidência, enquanto que nos anos seguintes houve queda progressiva nos valores. Comportamento semelhante foi verificado entre as mulheres, porém com a queda da taxa se iniciando mais tardiamente.

Quanto à mortalidade, a taxa entre os homens variou de 28,00 óbitos por 100.000 em 1990-1992 a 46,8 por 100.000 em 2003-2005. No sexo feminino os valores nos mesmos períodos foram 8,35 e 22,3, respectivamente. Em relação à tendência da mortalidade, ao contrário do

observado para incidência, constatou-se divergência, sendo de estabilização no sexo masculino e de aumento no feminino (+10,66% ao ano) (Tabela 1). Entre os homens as taxas se elevaram até o ano 2000, apresentando queda gradativa nos anos posteriores. Como nos homens, as mulheres tiveram elevação das taxas, todavia, a queda das destas ocorreu somente no último triênio da série (Figura 1B).

Na análise da incidência por faixa etária observaram-se maiores taxas no sexo masculino no estrato com 30 a 39 anos. Entre as mulheres, a faixa etária de 30 a 39 anos foi a mais atingida em ambos os períodos, apresentando taxas médias de 57,04 para o primeiro triênio e quase o dobro no último. Destaca-se, ainda, o aumento da incidência na faixa etária acima de 50 anos, nos homens com taxa de 126,67 casos novos por 100.000 em 2002, e nas mulheres, com maior valor de 66,01 em 1998 (tabela 3).

Em relação à mortalidade por faixa etária, verificou-se nos homens que no primeiro triênio morreram mais os que tinham entre 30 e 39 anos, com taxa média de 76,41 óbitos por 100.000 habitantes, observando-se deslocamento do maior risco no último triênio para a faixa entre 40 e 49 anos (130,57 por 100.000). Entre as mulheres, foi observado o deslocamento nas mesmas faixas etárias dos homens, com taxa por 100.000 de 29,64 na faixa de 30-39 anos no primeiro triênio, e de 53,39 na faixa etária de 40-49 anos no último. Aumento importante ocorreu para o sexo masculino na faixa etária acima de 50 anos ao longo da série (Tabela 4).

Discussão

O presente estudo empregou dados de Sistemas de Informações em Saúde oficiais, o SIM e o Sinan. Ao longo dos últimos anos importantes avanços têm ocorrido na ampliação da cobertura e da qualidade do preenchimento das declarações de óbitos. Já o Sinan apresenta restrições um pouco maiores. Atrasos nas notificações, subregistro e problemas operacionais são algumas restrições que vêm, ao longo do tempo, no entanto, sendo melhoradas. Há de se destacar, ainda, que os estados da região sul estão entre os que apresentam melhor qualidade na informação^(6,7). Dessa maneira, oscilações nas séries históricas investigadas podem estar parcialmente associadas a variações na qualidade dos registros oficiais.

Outro fator a ser considerado refere-se ao longo período de latência entre a infecção pelo HIV e as

manifestações clínicas e/ou laboratoriais da AIDS ⁽⁴⁾. Em razão do avanço nos tratamentos da AIDS, em tempos recentes houve acréscimo substancial da sobrevivência das pessoas infectadas pelo HIV ⁽⁴⁾. Por fim, as taxas de mortalidade e de incidência calculadas no presente estudo foram padronizadas pela população brasileira do ano 2000, portanto modificações nos valores encontrados não podem ser atribuídas a variações na estrutura etária ao longo do período investigado.

Os resultados mostraram que tanto as taxas de mortalidade quanto as de incidência são maiores entre os homens; todavia, analisando-se a tendência ficou claro o aumento na mortalidade e a estabilidade na incidência entre as mulheres. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo recente para o Estado de Santa Catarina ⁽⁸⁾. É muito difícil mensurar os impactos causados pela mortalidade por AIDS nas mulheres. Além de exercer uma grande influência sobre o indicador dos anos potenciais de vida perdidos, tem como consequência o aumento do número de órfãos decorrente da morte materna ⁽⁹⁾. Embora até a atualidade haja muito mais casos notificados em indivíduos do sexo masculino, a velocidade de crescimento da epidemia é, como em outros países, maior entre as mulheres ⁽¹⁰⁾. No Brasil foi observada queda progressiva na razão de sexo em todas as categorias de exposição, especialmente na categoria heterossexual ^(4,11). Esta forma de transmissão pode estar relacionada também ao aumento de casos registrados entre as mulheres no município de Itajaí e, talvez, associada à parceria com usuário de droga injetável (UDI). Estudo realizado no município de São Paulo relatou que 31,7% das mulheres com categoria de exposição heterossexual referiram parceria com UDI entre os anos de 1980 e 2001, reiterando a observação de que o uso de drogas injetáveis constitui em importante fator de disseminação da epidemia de AIDS na população feminina, quer pela transmissão sanguínea entre usuários de drogas injetáveis, quer pela parceria sexual com os mesmos ⁽¹⁰⁾. Castilho e Chequer ⁽¹²⁾ verificaram que a região sul do Brasil está entre as que têm as maiores proporções de casos de AIDS em UDI, o que corrobora com a tese de que a oferta e o acesso às drogas ilícitas são frequentes nestas regiões.

O aumento da incidência e a tendência crescente da mortalidade feminina identificadas no presente estudo podem estar ligados à maior vulnerabilidade feminina em relação à menor capacidade em negociar sexo seguro e à menor possibilidade de acesso aos serviços de saúde reprodutiva ⁽¹³⁾.

Importante fato ocorrido durante a série histórica investigada, a introdução do acesso universal à terapia com antiretroviral no Brasil se deu em 1996. Ressalta-se que o programa de tratamento para AIDS no Brasil tem sido amplamente citado como o maior do mundo em desenvolvimento e um dos mais bem sucedidos ⁽¹⁴⁾. Semelhante aos resultados encontrados no Maranhão, a mortalidade em Itajaí em ambos os sexos parece ter sido pouco influenciada pelo tratamento com antiretrovirais, diferentemente de outros brasileiros que detectaram queda na mortalidade e redução importante nas taxas de crescimento anual, em ambos os sexos, mesmo em regiões onde a epidemia apresentou crescimento significativo nos coeficientes de incidência ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Vários fatores podem estar influenciando a qualidade e o tempo de vida dos indivíduos com HIV/AIDS no município de Itajaí. Baixa utilização da terapia antiretroviral nas mulheres pode ser um deles, como detectado no trabalho de Anderson e Mitchell ⁽¹⁷⁾ nos EUA. Os autores relataram que o risco relativo de morte de mulheres diminuiu de 0,66 no modelo sem drogas para 0,56 no modelo com drogas e sugerem que a sobrevivência das mulheres poderia ser significativamente melhorada se o recebimento da terapia antiretroviral estivesse em paridade com a dos homens. Em estudo recente realizado no Brasil verificou-se que a principal causa de atraso no tratamento da AIDS é a de doentes que têm o diagnóstico feito tardiamente. ⁽¹⁸⁾ Estudos locais precisam ser realizados a fim de estabelecer qual a magnitude do diagnóstico tardio no município de Itajaí. O sul e o sudeste do Brasil apresentaram a menor proporção de doentes com início tardio da terapia com antiretroviral. ⁽¹⁸⁾ No Rio de Janeiro Vermelho ⁽¹⁹⁾ confirmou o atraso no diagnóstico e no tratamento de mulheres com aids, fazendo a ressalva de que esse dado não é novo em relação à saúde da mulher, mas no caso da AIDS, a sobrevivência diminuiu e a qualidade de vida é pior. Para os autores de uma pesquisa desenvolvida no Maranhão, explicações para o pequeno impacto do tratamento antiretroviral devem ser buscadas na forma da organização da assistência, fase da doença à época do diagnóstico, estratégias que permitam medir a valorização das ações de acompanhamento e uso adequado do medicamento ⁽²⁰⁾.

O sistema capitalista global trouxe transformações que têm impactado desproporcionalmente na vida das mulheres, acentuando a feminização da pobreza e da miséria mesmo em meio a uma série de ganhos importantes em termos do feminismo e da conquista

de direitos civis e políticos adicionais na maioria dos países ⁽²¹⁾. Um estudo feito com mulheres doentes de AIDS capturou elementos reafirmadores da maior vulnerabilidade destas em relação ao HIV. Destacaram-se os seguintes achados: ausência da percepção de risco, de práticas de prevenção e de cuidados com a própria saúde na rotina; houve redução de salário após a doença e boa parte não retornou às atividades do mercado de trabalho formal; importante citar também a recusa em tomar conhecimento da vida sexual dos parceiros, sendo este último associado à impotência e um possível risco ao casamento, tido como responsável pela sobrevivência ⁽¹⁹⁾.

Quando as taxas de incidência e mortalidade por AIDS em Itajaí foram estratificadas por sexo e faixa etária, ficou claro o deslocamento tanto de ambas nos dois sexos para faixas etárias mais altas, com destaque para o incremento no sexo feminino e no masculino acima de 50 anos. Estudo brasileiro recente observou situação semelhante aos achados no presente estudo em relação às mulheres, cuja proporção de óbitos saltou de 28,5 para 35,9% ⁽²²⁾. A análise dos dados de mortalidade por AIDS em São Paulo apontou deslocamento dos óbitos para faixas etárias mais altas, contrariando a hipótese de juvenilização e levando a crer que está havendo um envelhecimento das pessoas atingidas pela AIDS ⁽¹⁰⁾. Várias são as hipóteses relacionadas a esta mudança de faixa etária. Sousa e Montarroyos⁽²³⁾ realizaram uma pesquisa no Brasil que procurou observar o comportamento na incidência de AIDS no grupo etário de 50 anos e mais no período anterior e posterior à introdução de medicamentos para disfunção erétil. Os autores verificaram tendência crescente nos dois períodos, entretanto, esse crescimento apresentou menor velocidade no momento posterior à introdução das drogas. São Paulo, assim como Itajaí, vem apresentando queda na incidência e mortalidade por AIDS masculina entre 20 e 29 anos, sendo que em São Paulo esta tendência decrescente está relacionada à queda nos casos de usuários de drogas injetáveis ⁽¹⁰⁾. Outros estudos são necessários para averiguar as razões da queda progressiva observada para os homens de 20 a 29 anos no município de Itajaí.

Embora o processo de feminização, como em quase todo o Brasil, tenha sido verificado no presente estudo, os homens continuam apresentando as maiores incidências, e, supostamente, sendo os maiores difusores da doença através da transmissão em relações heterossexuais.

É bastante preocupante o achado que mostra tendência crescente da mortalidade feminina em Itajaí, onde existe uma rede de assistência estruturada e que dispõe do acesso universal ao tratamento com antiretrovirais desde 1996. Além do aumento do número de órfãos, é provável que este quadro venha a trazer consigo o aumento no número de casos de transmissão vertical no município.

É preciso estar atento para detectar as pessoas que compõem ou estão iniciando a composição de novos grupos de risco para o HIV. É necessário verificar a dinâmica de vida destas pessoas, levando em conta suas especificidades para melhorar o conhecimento da epidemia no nível local e elaborar planos de prevenção e assistência mais próximos da realidade. Portanto, a realização de novos estudos é sugerida a fim de buscar fatores determinantes para a tendência de aumento da mortalidade feminina e o envelhecimento da epidemia observado no município de Itajaí.

Referências Bibliográficas:

1. United Nations Joint Programme on Aids (UNAIDS). AIDS epidemic update: December 2000. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data UNAIDS; 2000.
2. Coordenação Nacional DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
3. Ministério da Saúde. Informações em Saúde. [acessado durante o ano de 2008, para informações de 1990 a 2005] Disponível em <http://www.datasus.gov.br>
4. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald C. AIDS e Infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2000;34(2):207-217.
5. PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano). Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Brasília: PNUD;2003.
6. Paes NA. Qualidade das estatísticas de óbitos por causas desconhecidas dos estados brasileiros. *Revista de Saúde Pública* 2007;41(3):436-45.
7. Paes NA. Avaliação da cobertura dos registros de óbitos dos estados brasileiros em 2000. *Revista de Saúde Pública* 2005;39(6):882-90.
8. Sakae TM, Medeiros LS, Peres MA, Santos R. Perfil

- da mortalidade por AIDS em Santa Catarina - 2000 a 2004. Arquivos Catarinenses de Medicina 2006;35(2):21-27.
9. Szwarcwald CL, Andrade CLT, Castilho EA. Estimativas do número de órfãos decorrentes da AIDS materna, Brasil, 1987-1999. Cadernos de Saúde Pública 2000;16(Sup. 1):129-134.
 10. Santos NJS, Tayra A, Silva S R, Buchalla C M, Laurenti R. A AIDS no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. Revista Brasileira de Epidemiologia 2002;5(3):286-310.
 11. Rodrigues ALJ, Castilho EA. A epidemia da AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2004; 37(4):312-317.
 12. Coordenação Nacional de DST/AIDS. A epidemia da AIDS no Brasil: situação e tendências. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
 13. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia antiretroviral. Revista de Saúde Pública 2006;40(Supl):9-17.
 14. Nunn AS, Fonseca EM, Bastos FI, Gruskin S, Salomon JA. Evolution of Antiretroviral Drug Costs in Brazil in the Context of Free and Universal Access to AIDS Treatment PLoS Medicine 2007;4(E305).
 15. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Regional Patterns of the Temporal Evolution of the Aids Epidemic in Brazil Following the Introduction of Antiretroviral Therapy. Brazilian journal of infectious diseases 2005;9(1): 9-19.
 16. Hacker M A., Petersen M L, Enriquez M, Bastos F I. Highly active antiretroviral therapy in Brazil: the challenge of universal access in a context of social inequality. Revista Panamericana Salud Publica 2004;16(2):78-83.
 17. Anderson KH, Mitchell JM. Differential access in the receipt of antiretroviral drugs for the treatment of AIDS and its implications for survival. Archives of Internal Medicine 2000; 160(20)3114-3120.
 18. Souza Jr PR, Szwarcwald CL, Castilho EA. Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil, 2003-2006. Clinics 2007;62: 579-584.
 19. Vermelho LL, Barbosa RHS, Nogueira SA. Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. Cadernos de Saúde Pública 1999; 15:369-379.
 20. Alves MTSSB, Silva AAM, Nemes MI, Brito B, Oliveira LG. Tendências da incidência e da mortalidade por AIDS no Maranhão, 1985 a 1998. Revista de Saúde Pública 2003;37(2):177-82.
 21. Parker R, Kenneth Jr RC. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Cadernos de Saúde Pública 2000;16(Supl.):89-102.
 22. Reis AC, Santos EM, Cruz MM. A mortalidade por AIDS no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2007;16(3); 195-205.
 23. Sousa JL, Silva MDP, Montarroyos UR. Tendência de AIDS no grupo etário de 50 anos e mais no período anterior e posterior à introdução de medicamentos para disfunção erétil: Brasil, 1990 a 2003. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2007;10(2)

Tabela 1 – Distribuição da proporção na incidência e óbitos por AIDS, segundo sexo, entre 1990 e 2005, no município de Itajaí-SC.

Ano de diagnóstico	Razão Homem/Mulher	
	Notificados	Óbitos
1990	4,0	7,0
1991	2,7	2,8
1992	2,8	2,7
1993	3,5	2,8
1994	2,3	4,2
1995	2,6	5,5
1996	2,6	3,3
1997	2,1	3,8
1998	1,7	2,2
1999	2,3	2,6
2000	1,4	4,4
2001	1,4	1,9
2002	1,2	1,5
2003	1,4	1,4
2004	1,7	2,3
2005	1,4	3,2

Tabela 2 - Análise da tendência da incidência e mortalidade por AIDS segundo sexo, Itajaí-SC, 1990-2005.

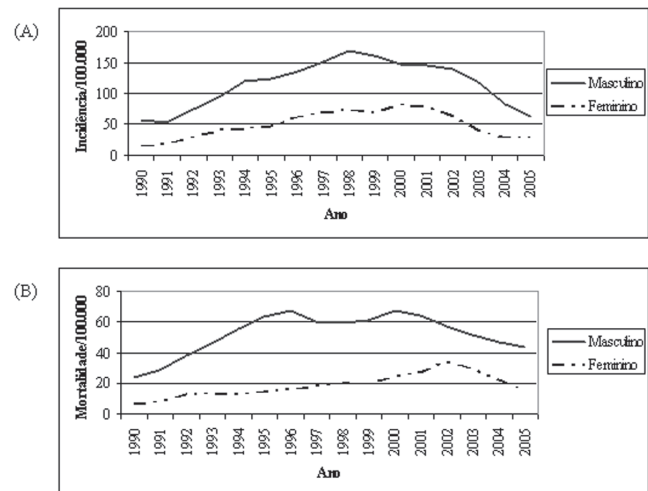
	Sexo	Tendência	IC95%	Interpretação
Incidência	Masculino	2,05	10,37 - -5,65	Estabilidade
	Feminino	8,62	19,85 - -1,55	Estabilidade
Mortalidade	Masculino	5,36	11,45 - -0,40	Estabilidade
	Feminino	10,66	17,57 - 4,16	Aumento

Tabela 3 – Taxa de Incidência por AIDS por 100.000 habitantes, segundo sexo e faixa etária, no município de Itajaí-SC, 1990-2005.

	0 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 e +	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
1990	12,12	8,22	148,67	17,68	132,36	21,20	53,56	17,03	14,40	0,00
1991	23,82	4,04	244,48	77,47	241,98	101,10	34,46	0,00	0,00	0,00
1992	7,82	15,91	152,99	34,35	142,74	48,81	48,52	0,00	13,53	0,00
1993	18,95	11,57	319,96	73,98	301,42	86,91	197,47	47,08	13,34	0,00
1994	7,47	7,60	255,58	113,38	366,26	95,13	113,47	77,32	65,72	32,94
1995	11,04	3,75	235,14	111,77	390,32	93,77	191,75	60,98	38,87	43,30
1996	7,33	3,73	219,61	68,21	278,20	110,20	190,50	86,88	71,34	0,00
1997	21,39	18,14	196,46	140,97	453,79	148,39	185,25	84,49	104,03	28,95
1998	27,88	21,28	250,46	153,98	511,77	249,76	313,82	94,37	56,50	66,01
1999	27,26	10,40	179,61	95,09	408,71	149,68	247,85	80,75	121,55	46,10
2000	10,52	7,20	118,41	124,80	381,55	214,13	259,88	152,91	81,05	33,01
2001	17,15	21,12	131,25	91,55	348,83	147,38	243,59	159,52	39,64	56,50
2002	16,86	17,31	83,51	150,05	335,06	221,19	302,02	196,08	126,67	55,56
2003	16,57	10,20	74,59	36,86	195,96	157,39	276,30	154,13	86,17	39,00
2004	6,51	0,00	87,99	43,47	146,38	95,77	120,70	37,87	37,64	23,00
2005	6,27	6,44	56,47	34,87	59,33	70,92	96,82	36,46	63,41	14,76

Tabela 4 – Taxa de Mortalidade por AIDS por 100.000 habitantes, segundo sexo e faixa etária no município de Itajaí-SC, 1990-2005.

	0 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 e +	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
1990	0,00	0,00	27,88	0,00	22,06	0,00	35,71	0,00	0,00	0,00
1991	3,97	0,00	45,27	34,43	105,21	30,33	34,46	0,00	13,97	0,00
1992	7,82	0,00	71,99	17,18	101,96	58,58	16,17	0,00	0,00	0,00
1993	0,00	0,00	103,77	32,88	80,38	28,97	65,82	31,39	26,68	0,00
1994	0,00	0,00	119,27	24,30	108,89	28,54	129,68	0,00	13,14	21,96
1995	0,00	0,00	92,37	23,95	146,37	9,38	159,80	30,49	25,91	10,82
1996	3,67	3,73	131,76	25,58	197,43	59,34	63,50	24,82	11,89	0,00
1997	0,00	0,00	51,25	16,59	226,90	65,95	123,50	24,14	46,24	0,00
1998	6,97	0,00	25,05	32,42	127,94	56,40	108,63	23,59	22,60	9,43
1999	6,81	3,47	57,15	15,85	225,21	63,02	47,21	57,68	55,25	9,22
2000	0,00	0,00	55,26	39,00	190,78	31,72	184,08	30,58	60,78	0,00
2001	10,29	0,00	23,16	30,52	154,13	100,84	169,46	29,91	79,27	40,36
2002	0,00	0,00	60,73	30,01	119,66	91,53	93,73	88,24	77,95	7,94
2003	3,31	6,80	7,46	22,11	188,12	112,42	143,27	57,80	9,57	15,60
2004	3,26	6,69	29,33	28,98	107,86	29,47	170,99	56,81	9,41	0,00
2005	6,27	3,22	14,12	13,95	74,17	7,09	77,46	45,57	90,59	7,38

Figura 1 – Taxa de incidência (A) e de mortalidade (B) por AIDS por 100.000 habitantes, segundo sexo, no município de Itajaí-SC, 1990-2005.

Endereço para Correspondência:
 Universidade Federal de Santa Catarina
 Departamento de Saúde Pública
 Campus Universitário
 Florianópolis - SC
 CEP 88040-970
 E-mail: boing@ccs.ufsc.br