

A EPIDEMIA DE AIDS NA ÓTICA DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DO RISCO ATRIBUÍVEL ACUMULADO. BRASIL. 1990 A 1998.

Antonio Luiz Rodrigues Jr ¹ & Euclides Ayres de Castilho ²

Para uma adequada análise espacial das incidências de doenças, necessita-se de um referencial que integre a geografia e a epidemiologia. Delinear esse quadro não é tarefa trivial, diante dos distintos recortes teóricos e metodológicos feitos por essas disciplinas. Assim, a geografia física considera o espaço como causa do evento e utiliza métodos baseados em critério de proximidade (vizinho mais próximo e adjacência) e em continuidade do evento sobre o território; a geografia humana estabelece que o espaço físico é importante, mas a ação do Homem é determinante do que ocorre no território, considerando a dinâmica socioeconômica (Costa 1992). Por sua vez, a epidemiologia, ao usar a contagem de casos em aglomerados (áreas), implica o problema de heterogeneidade do risco, a falácia ecológica e a superestimação dos coeficientes padronizados, em pequenas populações (Rothman e Greenland, 1999).

Tentando contornar algumas das várias restrições a esse tipo de estudo, este trabalho objetiva analisar a epidemia de aids, no Brasil, em uma abordagem espacial, a partir dos casos notificados ao Ministério da Saúde (estatisticamente tratados, como “variável Poisson”); e tendo como “áreas”, as unidades da divisão político-administrativa de municípios brasileiros. O risco atribuível acumulado foi adotado como medida da epidemia, sendo obtido pela diferença entre coeficientes de incidência padronizados de municípios e da respectiva Unidade Federada, anualmente, de 1991 a 1998 (Esteve et al 1994). A padronização dos coeficientes dos municípios, por ano, considerou as categorias de transmissão (usuários de drogas injetáveis, heterossexual, homossexual/bissexual, hemofilia/transfusão de sangue, vertical e ignorado), os estratos de tamanhos populacionais municipais (até 50 mil, 50-200 mil, 200-500 mil e acima de 500 mil habitantes) por macro-região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), criando populações de referência, que cumpriam a finalidade de compatibilizar as diferenças regionais e a rede de localidades centrais (Corrêa 1996) como descritores da dependência espacial. Essas medidas padronizadas municipais foram comparadas com as observadas para cada Unidade Federada, cuja padronização considerou a população brasileira. As diferenças anuais entre os coeficientes municipais e estaduais foram totalizadas, constituindo o risco atribuível acumulado. O índice de desenvolvimento humano (IDH) foi usado na análise espacial da distribuição espacial da aids, possibilitando análises de correlações simples; e a produção de mapas temáticos.

A distribuição das medidas de risco sobreposta ao IDH permitiu identificar as localidades com os menores níveis socioeconômicos (IDH<0,5) com os maiores riscos atribuíveis

acumulados (3° quartil). Coeficientes de correlação significativos foram encontrados entre a medida de risco proposta e o componente renda do IDH, para o Norte ($r=0,5255$) e para o Nordeste ($r=0,5550$); entre a medida proposta e o componente educação do IDH, para o Norte ($r=0,4437$), para o Nordeste ($r=0,4730$) e para o Sudeste ($r=0,4389$). A avaliação dos mapas temáticos possibilitou observar que o padrão de distribuição espacial da epidemia acompanha o padrão de ocupação do território brasileiro, do leste para o oeste, respeitando uma rede de localidades centrais. A dinâmica do Homem, neste espaço físico e humano, conduz a mobilidade do HIV.

1 - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HCFMRP/USP, Departamento de Medicina Social

2 - Faculdade de Medicina - USP, Departamento de Medicina Preventiva