RAFAEL NOGUEIRA CONTI BURGOS

MORTALIDADE POR HIV EM MULHERES DE IDADE FÉRTIL NA BAHIA ENTRE 2000 E 2022

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SALVADOR - BA

2024

RAFAEL NOGUEIRA CONTI BURGOS

MORTALIDADE POR HIV EM MULHERES DE IDADE FÉRTIL NA BAHIA ENTRE 2000 E 2022

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito para aprovação no trabalho de conclusão de curso.

Orientador(a): Caroline Alves Feitosa

SALVADOR

2024

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por me fornecer todas as ferramentas necessárias na minha vida para chegar aonde cheguei e poder estar realizando o sonho da minha vida.

Agradeço à minha mãe: Debora Nogueira Conti Burgos, ao meu pai: Jair Francisco Burgos Sobrinho e a minha irmã: Maria Eduarda Nogueira Conti Burgos pelo incentivo e amor que sempre tive de sobra e pela melhor criação e apoio que um homem poderia pedir. Obrigado por serem o meu maior e melhor exemplo nessa vida.

Agradeço também à minha orientadora Caroline Alves Feitosa, exemplo de pesquisadora e profissional, que desde o início deste trabalho de pesquisa se fez presente e disposta a torná-lo o melhor possível, estando a todo momento do meu lado me auxiliando, conduzindo, instruindo, apoiando e ensinando.

Aos meus amigos de infância e amigos da faculdade que sempre estiveram comigo, seja ensinando e apoiando em momentos de responsabilidade ou auxiliando e espairecendo com momentos de descontração.

À minha querida faculdade, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, com o seu incentivo e estímulo constante ao estudo e a pesquisa.

À todas as mulheres que de alguma forma fizeram parte dessa pesquisa, vocês são o motivo da realização desse estudo.

Resumo / Abstract

Introdução: A mortalidade por HIV em mulheres de idade fértil na Bahia é um importante indicador de saúde pública, com variações ao longo dos anos que refletem tanto os avanços quanto os desafios no controle da doença. **Objetivo:** Analisar a mortalidade por HIV entre mulheres de idade fértil na Bahia no período de 2000 a 2022, com foco nas variações temporais e nos fatores associados ao aumento ou redução das taxas de mortalidade. **Metodologia:** Estudo epidemiológico ecológico descritivo, baseado em dados secundários extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. **Resultados:** Entre os anos 2000 e 2022, foram registrados 3.194 óbitos de mulheres em idade fértil causados por HIV, na Bahia, correspondendo a 2,8% do total de óbitos. O perfil principal dessas mulheres é de mulheres pardas, solteiras, na faixa de idade de 30 a 39 anos, com escolaridade de 4 a 7 anos. Além disso, com relação a taxas de mortalidade, houve uma redução gradual até 2015, com uma queda de 25% em relação ao início do período; no entanto, a partir de 2016, observou-se uma tendência de aumento, com taxas que subiram em 15% até 2022, especialmente em áreas com menor acesso a serviços de saúde e menor adesão ao tratamento antirretroviral, onde as taxas alcançaram 30 mortes por 100.000 mulheres, em comparação com 18 mortes por 100.000 em regiões com melhor acesso. **Conclusão:** Apesar da redução inicial nas taxas de mortalidade por HIV, as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e às políticas de prevenção precisam ser abordadas para garantir uma melhoria sustentada na saúde dessa população. Este trabalho evidencia a importância de políticas públicas direcionadas e práticas clínicas eficazes que considerem as desigualdades regionais. Além disso, este trabalho ressalta a importância da realização de estudos adicionais que também explorem outras questões individuais relevantes. Investigações comparativas com outros estudos também podem oferecer reflexões valiosas, contribuindo para um entendimento mais profundo e abrangente da mortalidade por HIV nessa população.

Palavras-chave: HIV. Mortalidade. Mulheres. Bahia. Saúde pública. Sistema de Informação de Mortalidade.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 3
2 REVISÃO DE LITERATURA 5
2.1 Definição 5
2.2 Epidemiologia 5
3 OBJETIVOS 10
3.1 GERAL 10
3.2 ESPECÍFICOS 10
4 METODOLOGIA 11
4.1 Desenho do estudo 11
4.2 Fontes dos dados 11
4.3 Extração dos dados 11
4.4 Aspectos éticos 12
5 RESULTADOS 13
6 DISCUSSÃO 17
7 CONCLUSÃO 23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 24

1 INTRODUÇÃO

Dados do relatório de 2023 das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), atualizados a cada 6 meses, demonstram que havia cerca de 39 milhões de pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) no mundo em 2022.[1] Internacionalmente, óbitos de mulheres em idade fértil, correspondem aos óbitos de mulheres na faixa de 15 a 49 anos de idade. No Brasil, a faixa etária considerada é de 10 a 49 anos.[2] Em face dessas informações, países da África registram o maior número de pessoas vivendo com o vírus, sendo meninas e mulheres jovens as mais impactadas pelas novas infecções, com um número que representa 63% de todas as novas infecções por HIV.[1] Quando se trata dos países da América Latina e Caribe, o Brasil lidera o ranking com uma estimativa de mais de 1 milhão de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) no país em 2022.[1]

No Brasil, a taxa de sobrevivência das pessoas vivendo com HIV aumentou significativamente, principalmente naquelas que foram diagnosticadas após 1996, com a distribuição gratuita e universal da terapia antirretroviral combinada que se constituiu componente central do Programa Nacional;[3] entretanto, iniquidades ainda persistem nesse cenário. Portanto, ter o conhecimento mais aprofundado acerca dessa temática e de outras que a envolvem mostra-se de extrema valia. Nesse sentido, ao longo dos mais de trinta anos de enfrentamento da epidemia, as taxas de detecção do HIV e da aids sofreram oscilações, com diferenças regionais entre os estados do país. As regiões sul e sudeste vem apresentando, ao longo dos anos, as maiores concentrações dos casos de mulheres vivendo com HIV (MVHIV),[4] o que as coloca em uma posição de destaque, algo que pode fazer com que outras regiões fiquem relegadas e com pesquisas e dados escassos.

Bahia, estado nordestino dotado de 417 municípios de diferentes costumes, culturas e contextos é atualmente o segundo estado com o maior número de infectados e encontra-se em sétimo lugar, dentre todos os estados brasileiros, em números de casos de HIV desde o início da epidemia até 2022, com 42.129 casos.[1,5]

Em face dos fatos expostos, determinantes estruturais, desigualdades de gênero, raça e de oportunidades das mulheres vivendo com HIV (MVHIV), indubitavelmente, impactam no cenário do HIV/aids no país. Portanto, faz-se extremamente relevante destacar estruturas de análise da mortalidade em PVHIV que considerem a influência

de questões epidemiológicas à luz das desigualdades em saúde e seus determinantes sobre os óbitos dessa população.[4] Com isso, a pesquisa objetiva apresentar uma análise mais detalhada e expositiva de mortes por essa doença de MVHIV no estado da Bahia, entre 2000 e 2022 e investigar aspectos que estejam envolvidos nesse cenário.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Definição

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), teve os seus primeiros registros no início da década de 1980. Nesse cenário, dois profissionais recebem destaque na descoberta do vírus: os médicos e pesquisadores Robert Charles Gallo, e Luc Montagnier.[6] Ela foi reconhecida como uma nova doença em 1981, quando o número de homens jovens homossexuais que faleciam por infecções raras, oportunistas e pouco frequentes começou a aumentar.[7] Um retrovírus, atualmente denominado vírus da imunodeficiência tipo 1 (HIV-1) foi posteriormente identificado como o agente causador do que, desde então, viria a ser uma das doenças infecciosas mais devastadoras a terem surgido na história recente. O HIV-1 pode ser adquirido por contato sexual, fluidos corporais, transmissão materna e outras maneiras;[8] esse vírus atua principalmente no sistema imunológico do indivíduo, atacando células que o compõem, sobretudo os linfócitos T CD4+, e, alterando o DNA dessas células, o vírus consegue se proliferar e se multiplicar no corpo do paciente. Com isso, após esse processo o vírus as destrói e começa a infectar outras iguais para continuar o processo, e é exatamente isso que causa a imunodeficiência na pessoa acometida pela síndrome.[8]

2.2 Epidemiologia

Desde a sua primeira identificação, há mais de 4 décadas, o vírus da AIDS já infectou mais de 85 milhões de pessoas e causou mais de 40 milhões de óbitos por doenças relacionadas à condição.[1] Além disso, países desenvolvidos têm mostrado os melhores números na morbimortalidade do HIV/AIDS. Em contrapartida, a maior prevalência e índices são vistos em países menos abastados, principalmente na África Subsaariana, chamando atenção para mulheres e meninas de todas as idades, que representaram 63% de todas as novas infecções por HIV.[1] Em adição, semanalmente, cerca de 4 mil mulheres e adolescentes do sexo feminino de 15 a 24 anos foram infectadas por HIV no mundo. Destas, 3.100 ocorreram na África subsaariana. Em todas as outras regiões geográficas, entretanto, mais de 70% das novas infecções por HIV em 2022 ocorreram entre homens e meninos.[1]

Cerca de 39 milhões de pessoas no mundo, sendo mais de 1 milhão no Brasil, convivem com o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS).[1,6] Esses dados, extraídos da UNAIDS - programa da Organização das Nações Unidas (ONU) que tem como objetivo coordenar uma resposta global à epidemia de HIV/Aids - e do Ministério da Saúde, mostram também que de 1980 até junho de 2022, foram identificados 1.088.536 casos de aids no Brasil e estima-se que cerca de 108 mil pessoas ainda não têm o diagnóstico, sendo a maioria jovens com idade entre 15 e 24 anos, que vivem com o vírus HIV em seu corpo e não sabem.[9] Frente a esse cenário, vale comentar o seguinte fato: é imperativo afirmar que existe um grande acervo de pesquisas sobre HIV/AIDS no Brasil, mas infelizmente algo muito importante para mitigar essa situação e que não é levado em conta como uma forma de resposta a epidemia do vírus é o diálogo familiar. Logo, é muito importante considerar, que as matrizes básicas, família e escola, devem assumir um diálogo amoroso e esclarecedor com os adolescentes e jovens, pautado em evidências e comprometida com a saúde sexual contemporânea, em prol de uma melhor qualidade de vida afetivo-sexual de todos os brasileiros.[6]

Apesar de todas as questões relacionadas a essa condição de saúde, o tratamento antirretroviral e os avanços biotecnológicos e médicos auxiliaram intensamente na redução das mortes causadas por ela. Mas ainda assim, a AIDS continua a representar uma ameaça significativa à saúde pública. Com isso, temos diversos esforços mundiais, vindos de todos os tipos de países e organizações, públicas e privadas, para diminuir os seus impactos e danos. Fazer as coisas da maneira correta melhora drasticamente a saúde e o bem-estar das sociedades, reduz a vulnerabilidade e o risco de HIV e evita um grande número de infecções pela doença.[10] As respostas mais bem-sucedidas ao HIV seguem princípios muito semelhantes aos que ancoram a Agenda Comum das Nações Unidas. Eles colocam as pessoas em primeiro lugar, enfrentam as desigualdades, defendem os direitos humanos e constroem a confiança entre as autoridades públicas e as comunidades afetadas. Existem enormes oportunidades para avançar em todos esses aspectos. Aproveitá-las agora levará o mundo a alcançar o fim da pandemia da AIDS como ameaça à saúde pública, e dará um novo impulso para alcançar uma série de objetivos sustentáveis. A remoção ou não aplicação de leis que visam pessoas de populações chave e os esforços concertados para acabar com o estigma e a discriminação

relacionados ao HIV são prioridades.[10] Um maior acompanhamento das responsabilidades dos prestadores de cuidados de saúde pode ajudar consideravelmente nesse processo, principalmente dentro das instalações em que trabalham. Em adição, outra questão de extrema relevância é promover a igualdade de gênero e enfrentar a violência sexual e baseada no gênero. Em seis países de alta prevalência na África subsaariana, mulheres expostas à violência física ou sexual por um parceiro íntimo no ano anterior tinham 3,2 vezes mais chances de ter adquirido recentemente o HIV do que aquelas que não haviam vivenciado tal violência.[10] Isso só reforça a importância de tratar de temas desse cunho.

Segundo dados extraídos da UNAIDS e do Ministério da Saúde, de 1980 até junho de 2022, foram identificados 1.088.536 casos de aids no Brasil e ao menos 13 mil mortes relacionadas a essa condição só em 2022.[9] Além disso, estima-se que cerca de 108 mil pessoas ainda não têm o diagnóstico, sendo a maioria jovens com idade entre 15 e 24 anos, que vivem com o vírus HIV em seu corpo e não sabem.[9]

A história brasileira com a AIDS começa na década de 1980, com a sua resposta à epidemia iniciada em 1985, quando o estado brasileiro, a sociedade civil e a academia se associaram com importantes objetivos comuns. Esse combate se fortaleceu com a criação do SUS em 1988, imprescindível para implementar o programa nacional de Controle das IST/AIDS, baseado nos direitos humanos, de forma a visar a equidade, inclusão, integralidade e ser contra todo o tipo de preconceito e discriminação.[11] O Brasil foi um dos primeiros a disponibilizar, já em 1996, na saúde pública, tratamento adequado para todas as PVHA.[11] Ao longo desses mais de 40 anos da doença, existiram inúmeras vitórias e acertos, mas ao mesmo tempo grandes retrocessos e erros. Nesse cenário criam-se muitas perspectivas para o controle e eventual eliminação da aids, sendo possível afirmar que existem, sim, condições para eliminar o preconceito, a discriminação e diminuir a disparidade, principais fomentadores da disseminação da AIDS e de tantos outros problemas e epidemias. Nessa perspectiva, encontram-se também diversas outras problemáticas e desafios que estão relacionados com o atraso do avanço contra a doença: o maior deles é o enfrentamento da disparidade, da pobreza e, como já foi dito, da discriminação, pois estas aumentam a vulnerabilidade das pessoas em relação ao HIV/Aids e dificultam o acesso à necessária prevenção, aos cuidados médicos e à adesão ao tratamento. Além disso, a percepção equivocada, tanto da população quanto da mídia, de que a

epidemia está controlada, dificulta, também, a necessária e contínua discussão sobre a prevenção e o diagnóstico, especialmente com os grupos populacionais em situação de vulnerabilidade e com os mais jovens, que não viram ou presenciaram o início da epidemia.[11]

Mesmo com todas essas questões, felizmente estão disponíveis artifícios para tratar adequadamente as PVHA, para eliminar a transmissão do HIV e proteger os direitos de todos. Entretanto, para que isso aconteça, algumas medidas devem ser implementadas. Podemos ter como grandes exemplos a ampliação do acesso à educação, de forma a incluir a educação sexual, e cuidados de saúde de qualidade, o enfrentamento fervoroso de ideias que possam atrasar de alguma forma o combate a síndrome e de toda violência e discriminação contra pessoas em risco ou vivendo com HIV.[11] Essas, dentre tantas outras, quando colocadas em prática conjunta, são formas de se chegar ao sucesso absoluto na luta contra o HIV/aids acabar de uma vez com essa epidemia que tanto tirou do país e do mundo.

Na Bahia foram notificados 14.392 casos da infecção pelo vírus do HIV entre 2016 e 2021 e atualmente é o segundo estado com o maior número de infectados.[12,5] Dentre este, 1.609 casos foram notificados em 2021. Observa-se que nos anos de 2018 e 2019 ocorreu elevação no número de casos e nas taxas de detecção em todas as Macrorregiões de Saúde,[12] em contraposição aos anos de 2020 e 2021, com a ocorrência da pandemia da Covid-19 que possivelmente contribuiu para a queda na detecção de casos pela baixa frequência das pessoas aos serviços de saúde. A infecção pelo HIV ocorre principalmente na faixa etária de 20 a 49 anos, variando entre 79,0% e 82,5% dos casos em cada ano avaliado entre 2016 e 2021,[12] situação impactante por ocorrer na fase de vida mais produtiva das pessoas em geral. No período de 2016 a 2021, os dados preliminares da Bahia mostram o registro de 3.506 óbitos tendo a Aids como causa básica (CID10: B20 a B24).[12] As maiores concentrações de óbitos ocorreram nas macrorregiões que também registram maiores ocorrências de casos, ou seja, Leste, Sul e Extremo Sul. As taxas de mortalidade por Aids nestas macrorregiões são superiores à taxa da Bahia.[12] Frente ao exposto, é definitivo que a adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral (TARV) é fundamental para redução dos óbitos por Aids, levando a uma melhor qualidade de vida decorrente dos efeitos benéficos desses medicamentos. Nesse caminho, o Sistema Único de Saúde (SUS) possibilita o acesso ao tratamento para todas as

pessoas em todos os estados do Brasil, dessa forma auxiliando e permitindo a continuidade das rotinas de vida dessas pessoas com algumas adequações à sua nova realidade, mas com muito mais esperança e perspectiva do que um dia já foi.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Descrever as tendências e o perfil dos óbitos por HIV de mulheres em idade fértil na Bahia entre 2000 e 2022.

3.2 ESPECÍFICOS

Calcular os indicadores de mortalidade por HIV de mulheres em idade fértil na Bahia entre 2000 e 2022.

Identificar a tendência temporal dos indicadores.

Descrever o perfil sociodemográfico desses óbitos.

Comparar os indicadores de mortalidade por núcleo regional de saúde.

Identificar as causas específicas associadas a mortalidade por motivos relacionados ao HIV em mulheres de idade fértil.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Estudo ecológico de série temporal, de caráter descritivo, no qual foram incluídos dados agregados de óbitos de mulheres baianas de idade fértil portadoras de HIV, entre os anos de 2000 a 2022.

4.2 Fontes dos dados

As informações relativas às mortes em decorrência por HIV foram obtidas a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no site do DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, CID 10 – B24 - O Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em 1975, é produto da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde.

O SIM foi informatizado em 1979. Doze anos depois, com a implantação do SUS e sob a premissa da descentralização teve a coleta de dados repassada à atribuição dos Estados e Municípios, através das suas respectivas Secretarias de Saúde. Com a finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil, o SIM é considerado uma importante ferramenta de gestão na área da saúde que subsidiam a tomada de decisão em diversas áreas da assistência à saúde. No nível federal, sua gestão está entregue à Secretaria de Vigilância à Saúde.

4.3 Extração dos dados

O documento básico e essencial à coleta de dados da mortalidade no Brasil é a DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO) que, consequentemente, alimenta o SIM.

As variáveis utilizadas no estudo foram: a causa da mortalidade dessas mulheres segundo o CID-10; raça; data do diagnóstico da condição; quanto tempo de condição; idade dessas mulheres; classe social; estado civil; ano da ocorrência; núcleo regional de saúde onde ocorreu a morte dessas mulheres.

Após a extração, os dados foram selecionados e dispostos em gráficos de linhas e planilhas do Excel organizadas com as variáveis e causas dos óbitos associadas. Foram utilizadas frequências simples e relativas na análise dos dados.

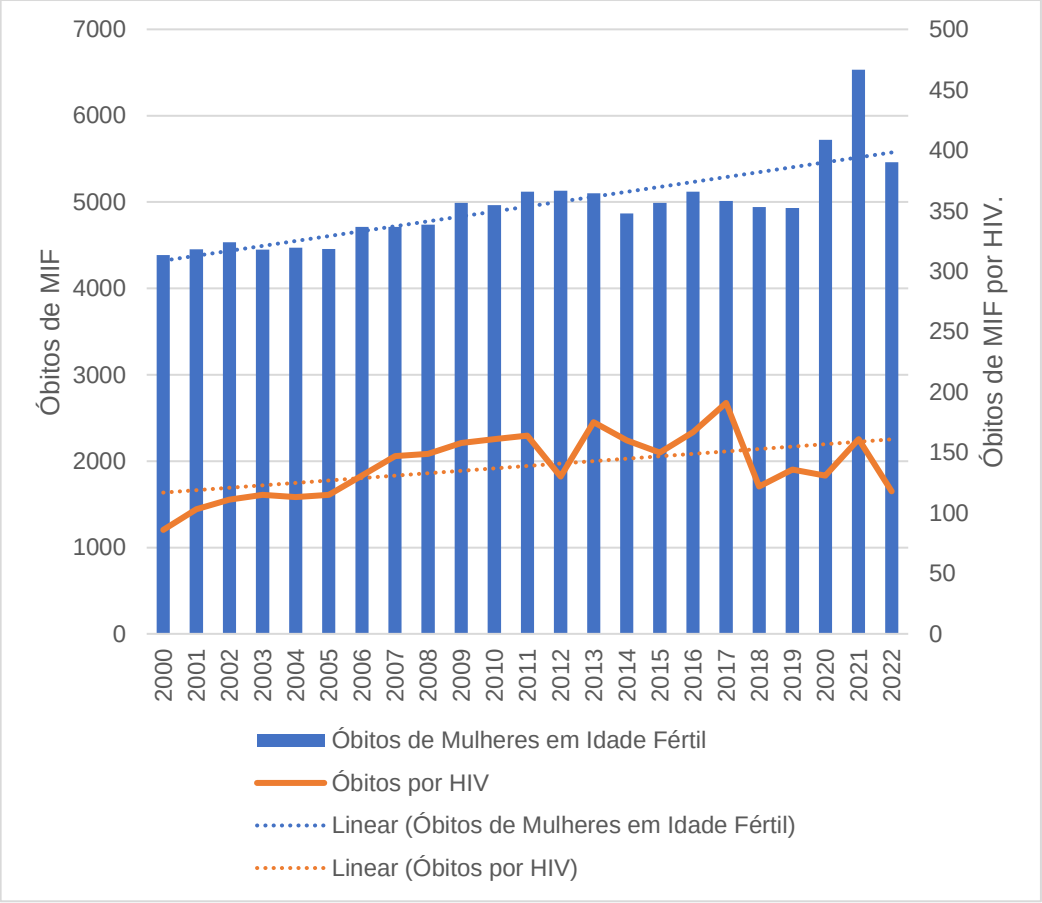
4.4 Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza dados secundários de domínio público, segundo a resolução 466/12 do Ministério da Saúde, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

5 RESULTADOS

Na Bahia, entre os anos 2000 e 2022, foram registrados 113.802 óbitos de mulheres em idade fértil no geral. E, nesse mesmo período, 3.194 mortes, o que corresponde a 2,8% do número total, foram de mulheres em idade fértil causados por HIV. Esse número teve um pico entre os anos de 2020 a 2022, mais especificamente em 2021. Além disso, o gráfico também aponta uma crescente a partir do ano 2000 com pequenas variações, atingindo, como anteriormente dito, o seu ápice em 2021, voltando a cair a partir desse mesmo ano (Gráfico 1).

Gráfico 01 – Série temporal do número total de óbitos de mulheres em idade fértil na Bahia entre os anos 2000 e 2022.

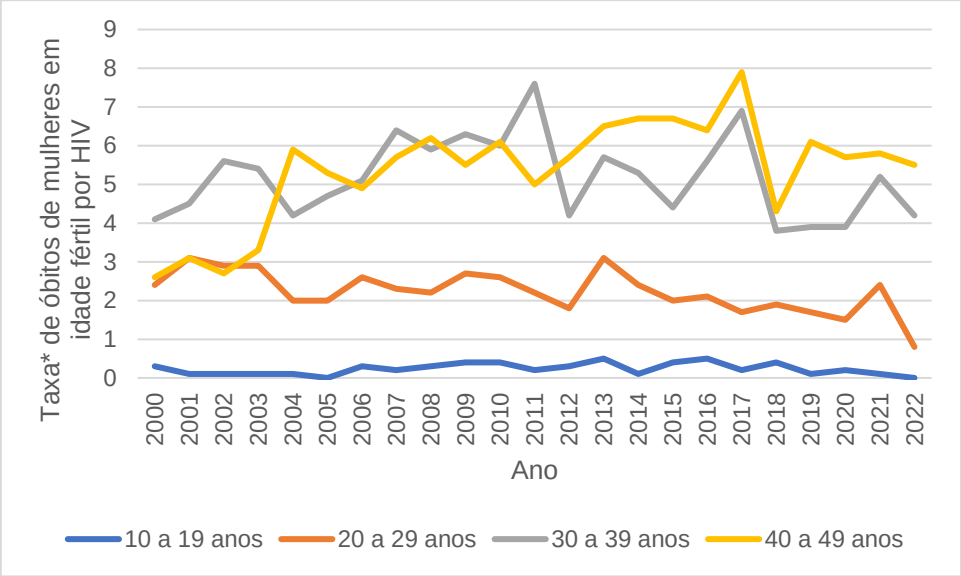


Fonte: Datasus (2024).

Na Bahia, entre os anos 2000 e 2022, foram registrados 3.194 óbitos de mulheres em idade fértil por HIV, correspondendo a aproximadamente 3% dos óbitos totais de mulheres em idade fértil. Entre 2000 e 2017, observou-se uma tendência de aumento no número de óbitos por essa causa, passando de 86 em 2000, para 191, em 2017, o

que corresponde a um aumento de aproximadamente 122,09%. A partir do ano de 2018, há uma queda no número de óbitos por essa causa, com uma média de 127 óbitos por ano, excetuando-se o no de 2021 que registrou 161 óbitos por essa causa. Ao longo de todo período, o percentual de óbitos por HIV manteve-se em torno de 2 a 4% do total de óbitos de mulheres em idade fértil (Gráfico 1).

Gráfico 02 – Taxa de óbitos de MIF por HIV segundo idade na Bahia entre os anos 2000 e 2022.



*Taxa considerou o número de óbitos de MIF a cada 100.000 Mulheres em idade fértil

Fonte: Datasus (2024).

No que diz respeito às características etárias desses óbitos, observou-se que a faixa de idade com a maior taxa é a de 30 a 39 anos, seguida, respectivamente, pelas faixas de 40 a 49, 20 a 29, 15 a 19 e 10 a 14 anos. Pelo gráfico pode-se depreender, ainda em quais anos esses óbitos ocorreram em maior número por faixa etária, a exemplo do ano de 2017, com um pico de 88 óbitos de mulheres dentro da faixa etária de idade de 30 a 39 anos (Gráfico 2). Além disso, observa-se que as idades com um aumento do risco de morrer, invertem-se nas mulheres mais velhas, isso é observado ao longo do gráfico com a inversão do traçado cinza (30 a 39 anos) com o amarelo (40 a 49 anos), evidenciando uma alternância do risco de óbitos de MIF ao longo dos anos.

Tabela 1 - Número absoluto de óbitos de MIF por HIV e suas variáveis sociodemográficas na Bahia entre os anos 2000 e 2022 por (n = 3194).

Variáveis	n	%
Raça/Cor		
Parda	1688	52,8
Preta	685	21,4
Branca	348	10,9
Indígena	13	0,4
Amarela	7	0,2
Ignorado	453	14,2
Estado Civil		
Solteiro	1776	55,6
Casado	316	9,9
Viuvo	112	3,5
Separado	52	1,6
Outro	101	3,2
Ignorado	837	26,2
Escolaridade		
Nenhuma	208	6,5
1 a 3 anos	509	15,9
4 a 7 anos	653	20,4
8 a 11 anos	367	11,5
12 anos e mais	77	2,4
Ignorado	1380	43,2
Total	**3194**	**100,0**

Fonte: Datasus / Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM - (2024)

Com o número total de óbitos de MIF (Mulheres em Idade Fértil) por HIV, sendo n = 3194, as variáveis do perfil sociodemográfico dessas mulheres, além do número total (n) de cada variável e a sua porcentagem estão dispostos na tabela. Sendo essas variáveis: Raça/Cor, Estado Civil e Escolaridade. Em se tratando da variável Raça/Cor, as mulheres pardas foram as que tiveram o maior número absoluto de óbitos de MIF, 1688, com uma porcentagem de 52,8% do total. No que se refere à variável Estado Civil, as mulheres solteiras em idade fértil foram as que mais morreram, com um número total de 1776, correspondendo a 55,6% do total. E em relação a escolaridade desse recorte populacional de mulheres em idade fértil, as que mais morreram em número absoluto foram as mulheres com uma escolaridade de 4 a 7 anos, com um número de 653 e uma porcentagem de 20,4% do total. É relevante ainda, mencionar o elevado número e porcentagem da categoria “ignorado” na

pesquisa. Representando nas variáveis Raça/Cor, Estado Civil e Escolaridade, respectivamente 14,2%, 26,2% e 43,2% do total.

Tabela 2 - Número absoluto de óbitos de MIF por HIV e suas causas na Bahia entre os anos 2000 e 2022. (n = 3194).

Causas	n	%
B20 Doença pelo HIV resultando em doenças infecciosas e parasitárias	**2029**	**63,5**
Doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas	354	
Doença pelo HIV resultando outras infecções bacterianas	281	
Doença pelo HIV resultando em infecções múltiplas	738	
Outros	656	
B21 Doença pelo HIV resultando em neoplasias malignas	**56**	**1,8**
Doença pelo HIV resultando em outros tipos de linfoma não-Hodgkin	9	
Doença pelo HIV resultando em múltiplas neoplasias malignas	10	
Outros	37	
B22 Doença pelo HIV resultando em outras doenças especificadas	**498**	**15,6**
Doença pelo HIV resultando em encefalopatia	11	
Doença pelo HIV resultando em síndrome de emaciação	131	
Doença pelo HIV resultando em doenças múltiplas classificadas em outra parte	356	
B23 Doença pelo HIV resultando em outras doenças	**73**	**2,3**
Síndrome de infecção aguda pelo HIV	2	
Doença pelo HIV resultando em anomalias hematológicas e imunológicas não classificadas em outra parte	46	
Doença pelo HIV resultando em outras afecções especificadas	25	
B24 Doença pelo HIV Não Especificada	**538**	**16,8**

Fonte: Datasus / Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM - (2024)

Tendo também o número total de óbitos de MIF por HIV, n = 3194, nessa tabela estão sendo mostradas as causas relacionadas a esses óbitos, bem como os seus números totais (n) e porcentagem que cada um representa. Dentre as causas específicas de óbitos em MIF por HIV destacam-se as causas relacionadas às doenças infecciosas e parasitárias, contribuindo para 63,5% dos óbitos. Sobressai-se, nessa categoria, as infecções múltiplas causadas pelo HIV, com 738 casos. Além disso, doenças pelo HIV resultando em outras doenças especificadas também apresentam uma relevante porcentagem do total, 15,6%. (Tabela 2).

6 DISCUSSÃO

Na Bahia, entre os anos 2000 e 2022, foram registrados 113.802 óbitos de mulheres em idade fértil no geral. E, nesse mesmo período, 3.194, o que corresponde a 2,8% do número total, foram de mulheres em idade fértil causados por HIV. Identificou-se que as tendências dos óbitos por HIV de mulheres em idade fértil entre 2000 e 2022 são de aumento e o perfil principal dessas mulheres é de mulheres pardas, solteiras, na faixa de idade de 30 a 39 anos, com escolaridade de 4 a 7 anos. Esses dados podem ser um reflexo do perfil demográfico da população de mulheres em idade fértil na Bahia. A condição de solteiras, pode sugerir uma falta de suporte familiar e social em momentos críticos da doença, impactando negativamente a adesão ao tratamento e o acesso a serviços de saúde. Além disso, com relação à faixa etária, essa população é particularmente vulnerável ao HIV, o que tem implicações significativas em suas vidas familiares e profissionais. A baixa escolaridade, também, frequentemente limita o acesso à informação sobre prevenção, tratamento e cuidados relacionados ao HIV. Essa situação está associada a uma menor conscientização sobre os direitos de saúde e à dificuldade de navegar no sistema de saúde, destacando a necessidade urgente de intervenções direcionadas que abordem as desigualdades sociais e de saúde enfrentadas por essa população vulnerável. Os dados presentes e coletados nesse estudo ajudam no cálculo dos indicadores de mortalidade por HIV de mulheres em idade fértil na Bahia entre 2000 e 2022, descrevendo de forma pertinente as tendências e o perfil desses óbitos. Esses dados também auxiliam no apontamento da tendência temporal dos indicadores, descrevendo o perfil sociodemográfico desses óbitos, de forma a comparar também os indicadores de mortalidade por núcleo regional de saúde e identificar as causas específicas associadas a mortalidade por motivos relacionados ao HIV em mulheres de idade fértil.

No que se relaciona com outros estudos de finalidade e propósitos semelhantes, ressalta-se uma investigação realizada no Rio de Janeiro,[3] que, quando comparado com o presente estudo, denota que a mortalidade entre mulheres vivendo com HIV apresenta diferenças significativas entre as regiões. No Rio de Janeiro, o estudo revelou que as mulheres infectadas por HIV têm taxas de mortalidade mais baixas em comparação com homens heterossexuais e homens que fazem sexo com homens (MSM). A explicação para essa disparidade está, em parte, no acesso ao tratamento

antirretroviral (TARV), que é eficaz na redução das mortes, além da contagem de células CD4 ser um fator crucial para a sobrevivência.[3]

Por outro lado, no presente estudo, focado na Bahia, observou-se uma tendência preocupante de aumento nas taxas de mortalidade a partir de 2016, especialmente em áreas com menor acesso a serviços de saúde e baixa adesão ao tratamento. A desigualdade no acesso ao TARV e a fragilidade das políticas públicas em regiões menos favorecidas da Bahia podem justificar essa diferença. Embora ambos os estudos enfatizem a importância do tratamento como fator determinante na sobrevida, as disparidades regionais no Brasil parecem acentuar os impactos sociais e econômicos sobre a mortalidade por HIV, evidenciando uma maior vulnerabilidade em populações menos assistidas.[3]

Para além desse trabalho realizado no Rio de Janeiro, é possível também fazer uma comparação com um estudo realizado em Porto Alegre,[4] que comprova que a mortalidade por HIV entre mulheres está diretamente relacionada à vulnerabilidade social, tanto no sul do Brasil quanto no Nordeste. O estudo de Porto Alegre revelou que as taxas mais altas de mortalidade foram encontradas entre mulheres pretas/pardas, de baixa escolaridade, e residentes em áreas com altos índices de pobreza e infraestrutura precária. Da mesma forma, no meu estudo sobre a Bahia, observou-se que as mulheres pardas e com escolaridade entre 4 e 7 anos representaram a maior parte dos óbitos.

A principal semelhança entre os estudos é a identificação de que as desigualdades sociais são fatores determinantes na mortalidade por HIV. Em ambos os contextos, mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica enfrentam maiores dificuldades de acesso a tratamentos e serviços de saúde. No entanto, uma diferença marcante é que, em Porto Alegre, os óbitos foram mais concentrados em áreas urbanas com densidade populacional maior, enquanto na Bahia, o aumento da mortalidade foi mais acentuado em regiões afastadas com menos acesso aos cuidados de saúde. Essas variações reforçam a necessidade de políticas públicas que considerem as especificidades regionais para o combate eficaz à mortalidade por HIV.

No âmbito brasileiro, o Brasil demonstrou um papel pioneiro e progressista no controle da epidemia de HIV/AIDS.[11] A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 foi fundamental para a implementação de um programa nacional de controle das

DST/AIDS baseado em direitos humanos, com foco em equidade, inclusão e integralidade no atendimento. O Brasil foi um dos primeiros países a oferecer gratuitamente o tratamento antirretroviral (TARV) para todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), a partir de 1996, sendo um marco global na resposta à epidemia.[11]

Ademais, o fortalecimento das políticas públicas voltadas para o enfrentamento da AIDS, que foram impulsionadas por colaborações entre o estado, a sociedade civil e a academia também foram essenciais.[11] Isso proporcionou uma abordagem integrada que busca combater o preconceito e a discriminação associados à doença. A educação sexual e a ampliação do acesso aos serviços de saúde de qualidade também foram citados como elementos essenciais para o sucesso dessas políticas.[11]

No contexto do aumento da mortalidade, as regiões mais pobres e com maior desigualdade social enfrentam uma vulnerabilidade maior, evidenciando as disparidades no acesso ao tratamento. A implementação eficaz do TARV e o diagnóstico precoce são fatores determinantes para reduzir a mortalidade, e a ausência dessas ações em certas regiões agrava o impacto do HIV/AIDS.[11] Assim, é fato que existe uma grande necessidade de reforçar a luta contra o estigma e melhorar o acesso à saúde pública em todas as regiões do país.

Essas observações são relevantes para entender como as políticas públicas no Brasil impactaram diretamente as taxas de mortalidade por HIV, inclusive entre mulheres em idade fértil na Bahia e como as desigualdades regionais e sociais ainda desafiam o controle da epidemia de AIDS em diferentes partes do país.[11]

Os resultados observados no presente estudo, bem como nos estudos comparativos,[3,4,11] apontam para um padrão consistente de impacto das desigualdades sociais e acesso ao tratamento. Nessa linha, o aumento da mortalidade na Bahia pode estar relacionado a mudanças nas políticas públicas de saúde, como o impacto da crise econômica e, principalmente, da pandemia de COVID-19, que dificultaram o acesso aos tratamentos antirretrovirais, especialmente em regiões mais pobres. Durante a pandemia, houve uma interrupção significativa nos serviços de saúde voltados para o acompanhamento e tratamento de pacientes com diversas doenças, dentre elas, o HIV, resultando em uma queda nas consultas regulares, testagem de novos casos e continuidade do tratamento. Muitos pacientes, incluindo mulheres em idade fértil, enfrentaram barreiras para manter a adesão ao tratamento

devido ao fechamento de unidades de saúde, falta de transporte e medo de exposição ao vírus da COVID-19.

Esse cenário foi especialmente grave para as mulheres pretas e pardas, com menor escolaridade e residentes de áreas periféricas, que já enfrentavam desafios estruturais no acesso à saúde.[13] A maior mortalidade observada nesse grupo reflete o impacto desproporcional da pandemia em populações vulneráveis, que perderam o suporte necessário para o acompanhamento médico e a distribuição dos medicamentos antirretrovirais (TARV).[14] A continuidade do tratamento é essencial para reduzir as mortes relacionadas ao HIV,[14] e sua interrupção devido à sobrecarga do sistema de saúde em 2021 foi um fator importante para o aumento das taxas de mortalidade entre essas mulheres.

Além disso, a suspensão de programas de prevenção e testagem durante o período da pandemia dificultou a identificação precoce de novos casos de HIV, o que retardou o início do tratamento, agravando ainda mais a situação. As desigualdades regionais e o acesso desigual ao TARV tornaram-se ainda mais evidentes,[14] destacando as fragilidades das políticas públicas de saúde em atender a população mais carente da Bahia. Esses fatores reforçam a necessidade urgente de intervenções direcionadas para restabelecer e expandir o acesso ao tratamento de HIV, com ênfase nas regiões e populações mais afetadas, deve-se também fortalecer estratégias de prevenção combinada, como o uso de preservativos e intervenções comportamentais, além de garantir melhor acesso aos serviços de saúde.[14]

Essas comparações ajudam a fortalecer a conclusão de que as desigualdades regionais e o acesso ao tratamento são fatores-chave na mortalidade por HIV entre mulheres no Brasil,[13] evidenciando como crises como a da pandemia de COVID-19 podem amplificar as barreiras já existentes para os cuidados de saúde.[14]

Como em qualquer outro trabalho acadêmico e de pesquisa, esse presente estudo apresenta limites. Nesse sentido, ele utiliza da fonte DATASUS e, naturalmente, essa fonte apresenta algumas limitações, como a subnotificação e incompletude dos dados, especialmente em relação à declaração de óbitos. Sob esse prisma, existe uma falta de preenchimento correto dos campos relacionados ao estado gestacional das mulheres em idade fértil,[15] o que é um problema recorrente. Isso compromete a qualidade dos dados e pode levar a uma classificação incorreta das causas de morte,

ocultando o verdadeiro motivo do óbito, o que também pode ocorrer em óbitos relacionados ao HIV.[15]

Foi atestado que através do pareamento entre o Sistema de Informações Hospitalares e o Sde Informação sobre Mortalidade, é possível encontrar subnotificação de óbitos por AIDS no Brasil.[16] Esses dados reforçam a importância de um pareamento adequado entre esses sistemas para identificar óbitos que foram mal classificados. Esse problema de classificação incorreta pode resultar na omissão de diversas doenças, como no presente exemplo, a AIDS, nas declarações de óbito, comprometendo a exatidão das estatísticas de mortalidade.[16]

Além disso, a subnotificação é exacerbada pelo estigma social associado à doença, que muitas vezes leva à omissão da verdadeira causa de morte, como a AIDS. Essa prática também é agravada pela falta de conhecimento dos profissionais de saúde quanto à importância do preenchimento adequado da declaração de óbito[16]. Outro ponto importante é a possível falta de diagnóstico adequado de HIV em alguns casos, em que a infecção não foi identificada durante o período de internação, contribuindo para a subnotificação.[16]

Além disso, a falta de informações precisas sobre variáveis sociodemográficas, como escolaridade e estado civil, é um desafio adicional, dificultando uma análise mais profunda das condições de vida dessas mulheres e o impacto dessas variáveis na mortalidade.[16] Esses fatores limitam a precisão dos resultados e a comparação com outros estudos, sendo necessário um esforço maior na melhoria dos registros de óbitos para garantir a confiabilidade dos dados utilizados na pesquisa.

Este trabalho auxilia na prática clínica, ao passo em que mostra o perfil dessas pacientes, mulheres em idade fértil falecidas por causas relacionadas ao HIV na Bahia dentro desse recorte temporal. Nesse sentido, esses dados permitem o desenvolvimento de estratégias mais focadas na prevenção e no tratamento dessa população, considerando suas particularidades, como idade, estado civil, raça e nível educacional, fatores que influenciam diretamente na adesão ao tratamento e no acesso aos serviços de saúde. Na medicina, esses resultados contribuem para o aprimoramento de políticas públicas de saúde, direcionando recursos e esforços para os grupos mais vulneráveis. Por outro lado, no campo da pesquisa, este estudo fornece uma base para investigações futuras que podem incluir a análise de fatores

não explorados, como questões genéticas, comorbidades e a interação entre o HIV e outros problemas de saúde. Além disso, ainda são necessárias muitas outras pesquisas, com o intuito de avançar em coisas que ainda não consegui neste trabalho. São exemplos: realizar mais estudos comparativos que avaliem diferentes regiões e contextos sociais, levando em conta variáveis como subnotificação de casos, dificuldades de acesso ao sistema de saúde, impactos da pandemia de COVID-19, e possíveis erros diagnósticos.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo mostra que existe uma curva crescente no número de óbitos de MIF, no entanto, existe uma flutuação ao longo do tempo, com variações entre os anos, dentro do recorte temporal em questão. No ano de 2000 por exemplo, ocorreram 86 óbitos, em contraste ao ano de 2017, no qual ocorreram 191 óbitos. Em face disso, esses dados refletem desigualdades e dificuldades no acesso ao tratamento e na adesão à terapia antirretroviral, o que nos mostra que ainda existe um longo caminho a ser percorrido no auxílio a essa classe social e na população em geral. Esses dados corroboram com estudos que indicam que as desigualdades socioeconômicas e no acesso a serviços de saúde são fatores críticos na mortalidade por HIV. Este trabalho reforça a necessidade de políticas mais eficazes e igualitárias para esse público. Este trabalho destaca a urgência de desenvolver políticas públicas mais eficazes e igualitárias para atender a esse grupo, ao passo em que mostra a relevância contínua do HIV como um tema crítico de saúde pública, mesmo que a sua cobertura midiática não seja mais tão ampla quanto foi no passado.

O presente estudo oferece uma importante contribuição para a ciência ao evidenciar fatores que influenciam diretamente na mortalidade por HIV em mulheres, especialmente no estado da Bahia, servindo como uma base para novas e mais aprofundadas pesquisas: futuros estudos devem investigar a relação entre fatores socioeconômicos e a adesão à terapia antirretroviral, a eficácia das políticas de saúde pública implementadas para esse grupo, a influência de questões culturais e sociais na busca por tratamento e a análise das barreiras enfrentadas pelas mulheres em idade fértil no acesso aos serviços de saúde. Além disso, ele tem relevância prática para a saúde pública, no sentido de ajudar a direcionar políticas de saúde mais inclusivas e eficazes, contribuindo para melhorar o cuidado clínico e apoiar a implementação de estratégias preventivas e terapêuticas que possam ser mais equitativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNAIDS. Estatísticas - UNAIDS Brasil [Internet]. 2023 [citado 8 de novembro de 2023]. Disponível em: https://unaids.org.br/estatisticas/
2. Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP. ÓBITOS DE MIF E ÓBITOS MATERNOS-NOTA TÉCNICA 1. Mulheres em idade fértil DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA-DIVEP.
3. Coelho L, Grinsztejn B, Castilho JL, De Boni R, Quintana MSB, Campos DP, et al. Mortality in HIV-infected women, heterosexual men, and men who have sex with men in Rio de Janeiro, Brazil: an observational cohort study. Lancet HIV. 1º de outubro de 2016;3(10):e490–8.
4. Bernardelli M, Gonçalves TR, Pattussi MP, Barcellos NT, Acosta L. Spatial and spatio-temporal distribution of women living with HIV mortality in Porto Alegre, Brazil, from 2007 to 2017. Rev Saude Publica. 2021;55.
5. Com 836 casos, Bahia é o segundo estado com maior número de infectados de HIV — Ministério da Saúde [Internet]. [citado 15 de novembro de 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/bahia/2023/fevereiro/com-836-casos-bahia-e-o-segundo-estado-com-maior-numero-de-infectados-de-hiv
6. Fernandes Í, Alves M, Bruns T. REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA CIENTÍFICA NACIONAL ACERCA DA HISTÓRIA DO HIV/AIDS. Revista Brasileira de Sexualidade Humana [Internet]. 25 de junho de 2021 [citado 8 de novembro de 2023];32(1):32. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/916
7. Sharp PM, Hahn BH. Origins of HIV and the AIDS pandemic. Cold Spring Harb Perspect Med. setembro de 2011;1(1).
8. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito santo. SESA - O que é HIV [Internet]. 2015 [citado 8 de novembro de 2023]. Disponível em: https://saude.es.gov.br/o-que-e-hiv
9. Site Brasil 61. Cerca de 108 mil pessoas vivem com HIV, sem diagnóstico, no Brasil | Brasil 61 [Internet]. 2023 [citado 8 de novembro de 2023]. Disponível em: https://brasil61.com/n/cerca-de-108-mil-pessoas-vivem-com-hiv-sem-diagnostico-no-brasil-bras237980
10. UNAIDS. Sumário Executivo [Internet]. 2023. Disponível em: http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules
11. Greco DB. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. Ciencia e Saude Coletiva. 1º de maio de 2016;21(5):1553–64.
12. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Boletim Epidemiológico HIV/ Aids. Bahia, Nº 01 - 2021. 2021 dez.

13. Santos N, Barbosa R, Pinho A, Villela W, Aidar Tirza, Filip E. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. 2009;

14. Piran CMG, Cargnin AVE, Shibukawa BMC, de Oliveira NN, da Silva M, Furtado MD. Antiretroviral therapy abandonment among adolescents and young people with HIV/AIDS during COVID-19: A case-control study. Rev Lat Am Enfermagem. 2023;31.

15. Gil M, Gomes-Sponholz F. Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. 2013;

16. Do Carmo RA, Policena GM, Alencar GP, França EB, Bierrenbach AL. Underreporting of aids deaths in brazil: Linkage of hospital records with death certificate data. Ciencia e Saude Coletiva. 1º de abril de 2021;26(4):1299–310.