

# CADERNOS DE GEOGRAFIA

INSTITUTO DE ESTUDOS GEOGRÁFICOS  
FACULDADE DE LETRAS · UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
COIMBRA 2001 N.º 20



## A GEOGRAFIA DO SIDA EM PORTUGAL

Paula Santana\*, Helena Nogueira\* e Óscar Ribeiro\*\*

### RESUMO

Nos últimos anos registou-se, na União Europeia, uma diminuição do número de novos casos de SIDA. Em 2000, as taxas de incidência em França, Itália e Espanha eram cerca de três vezes menores do que as observadas em 1994. Porém, essa tendência de declínio não tem sido verificada em Portugal. Em 1994, Portugal ocupava a quarta posição no ranking da taxa de incidência do SIDA, depois da Espanha, França e Itália. No início do século XXI, o nosso país ocupa o primeiro lugar, com uma taxa de incidência de 95,8 casos por cada milhão de habitantes.

A dimensão da epidemia do VIH/SIDA em Portugal, e as suas tendências são preocupantes, e não menos preocupantes são as suas dinâmicas: aos tradicionais grupos de risco (homo/bissexuais do sexo masculino e toxicodependentes utilizadores de drogas injectáveis) sucedem-se ou juntam-se novos grupos de risco, nomeadamente o dos heterossexuais, com particular ênfase para os do sexo feminino.

Um dos objectivos deste artigo é contribuir para um melhor conhecimento da distribuição espacial do VIH/SIDA e do perfil dos grupos de risco em Portugal, tendo em conta a importância do diagnóstico na capacidade de desenhar estratégias que possam inverter a tendência de aumento que se vem registando no nosso país, nos últimos anos do século XX.

**Palavras-chave:** VIH/SIDA. Mortalidade. Tendências da epidemia. Perfil dos grupos de risco. Áreas de risco.

### RÉSUMÉ

Pendant les dernières années, on a enregistré dans l'Union Européenne, une diminution du nombre de nouveaux cas de SIDA. En 2000, les taux d'incidence en France, Italie et Espagne étaient environ trois fois moins que ceux enregistrés en 1994. Cependant, on n'observe pas cette tendance de diminution au Portugal. En 1994, le Portugal occupait la quatrième position au ranking du taux d'incidence du SIDA, après l'Espagne, la France et l'Italie. Au début du XXI<sup>e</sup> siècle, notre pays tient le premier rang, avec un taux d'incidence de 95,8 cas par million d'habitants.

La dimension de l'épidémie du VIH/SIDA au Portugal et ses tendances sont préoccupantes et aussi leurs dynamiques: aux traditionnels groupes de risque (homo/bisexuels du sexe masculin et toxicodépendants, consommateurs de drogues injectables) s'associent de nouveaux groupes de risque, à savoir, celui des hétérosexuels, particulièrement celles du sexe féminin.

Un des objectifs de cet article c'est contribuer pour une meilleure notion de la distribution spatiale du VIH/SIDA et du profil des groupes de risque au Portugal, en considérant l'importance du diagnostic dans la capacité d'esquisser des stratégies qui peuvent renverser la tendance d'augmentation enregistrée dans notre pays pendant les dernières années du XX<sup>e</sup> siècle.

**Mots-clés:** VIH/SIDA. Mortalité. Tendances de l'épidémie. Profil des groupes de risque. Régions de risque.

### ABSTRACT

During the last years, in European Union, a decrease in the number of new AIDS cases was registered. In 2002, the incidence rates in France, Italy and Spain were about three times lower than those ones registered in 1994. However, this decreasing trend hasn't been registered in Portugal. In

---

\* Instituto de Estudos Geográficos. Faculdade de Letras. Universidade de Coimbra.

\*\* Licenciado em Geografia.

1994. Portugal was in the fourth place concerning the ranking of AIDS incidence rate, after Spain, France and Italy. In the beginning of 21st century, our country occupies the first place, with an incidence rate of 95,8 cases per one million inhabitants.

The dimension of HIV/AIDS epidemic in Portugal and its trends are worrying and so are their dynamics: together with the traditional risk groups (homo/bisexual males and toxicodependents using injectable drugs), we have now new risk groups, namely the one of heterosexuals, particularly of female sex.

One of the aims of this paper is helping to give a better knowledge of the spatial distribution of HIV/AIDS and the risk groups' profile in Portugal, having in mind how important the diagnosis is in order to design strategies which can reverse the increasing trend that has been registered in our country during the last years of the 21<sup>st</sup> century.

**Key-words:** HIV/AIDS. Mortality. Epidemic trends. Risk groups' profile. Risk areas.

## INTRODUÇÃO

Na literatura relativa à problemática do SIDA<sup>1</sup> encontram-se duas abordagens, à semelhança do que se passa genericamente com a investigação em saúde, que pretendem explicar o fenómeno e que se traduzem em dois modelos: modelos individualistas e holísticos. Os primeiros, relativos sobretudo à investigação levada a cabo na América do Norte, enfatizam o papel das atitudes e dos comportamentos individuais na doença. Os segundos, mais comuns entre os cientistas europeus, destacam a importância dos factores sociais e económicos, enquanto produto de lógicas colectivas ou de situações contextuais e as suas consequências nos comportamentos de risco (MOATTI e outros, 2000).

Os modelos individualistas têm sido criticados por partirem de fundamentos biomédicos normativos, segundo os quais as atitudes e os comportamentos que divergem da "racionalidade técnica" só podem ser explicados como produtos de concepções e entendimentos distorcidos daquilo que é o interesse individual. Nestas abordagens, o papel dos investigadores das ciências sociais é unicamente o de procurar aumentar a aceitação social dos benefícios colectivos das inovações médicas (AGGLETON e outros, 1995, referido por MOATTI e outros, 2000). Por outro lado, nos modelos holísticos, a contribuição das ciências comportamentais e das ciências sociais ganhou a maior relevância na compreensão da epidemia do VIH/SIDA, tendo vindo a contribuir para o esclarecimento da associação entre a difusão do VIH, as desigualdades socioeconómicas e a discriminação a que estão sujeitos os grupos marginalizados. A doença constitui-se como consequência e, simultaneamente, como causa do aumento das desi-

gualdades socioeconómicas e discriminações entre grupos (ATLANI e outros, 2000). Nesta perspectiva, os comportamentos de risco são encarados não só como o resultado de impulsos individuais incontrolláveis e irracionais, mas também, e fundamentalmente, como produto do contexto sócio-político no qual esses indivíduos se inserem (MOATTI e outros, 2000).

Os modelos holísticos pressupõem dois níveis de análise na explicação da dinâmica da epidemia. O primeiro, o nível macro, pressupõe os factores estruturais como, por exemplo, as relações interpessoais, as variações socioeconómicas e políticas e as respostas da sociedade - Estado e sociedade civil. O segundo, micro, funda-se nos conceitos de "trajectórias de doença" (*illness trajectories*) e de "vulnerabilidade social" (BAJOS e MARQUET, 2000). Estes níveis não devem ser encarados separadamente. Por exemplo, o conceito de "vulnerabilidade social", introduzido por DELOR e HUBERT (2000), considera as questões da pobreza e da marginalização inseridas no contexto da política do país ou da região. Assim, sendo a pobreza um factor individual, influenciado pelas características e capacidades individuais (escolaridade, profissão, rendimento), é também um factor societal, porque as características individuais retratam as condições que os Estados oferecem para resolver problemas de acesso à escolaridade, à oferta de emprego, aos bens de consumo, à formação, etc. A este propósito, WILKINSON (1996) demonstrou a importância da redistribuição da riqueza na saúde das populações.

Tal como os modelos individualistas, também os modelos holísticos têm sido alvo de críticas, fundamentadas em dois aspectos principais (MOATTI e outros, 2000). O primeiro é relativo à dificuldade em esclarecer os mecanismos através dos quais o ambiente social (contexto), as normas e alguns processos dinâmicos como, por exemplo, a aprendizagem, a reflexão e a capacidade de decisão, podem influenciar os comportamentos indivi-

<sup>1</sup> O SIDA é causado pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) que invade os linfócitos CD4, os quais são responsáveis pelo (des)equilíbrio das defesas imunológicas.

duais. O outro aspecto é de carácter operacional e coloca em questão a relativa ineficácia das estratégias que têm sido adoptadas, visando mudanças sociais e comportamentais e os impactes esperados na diminuição da doença.

O que se passa na realidade é que, face à problemática da epidemia do SIDA, ambos os modelos apresentam lacunas e são insuficientes. Depois de pouco mais de vinte anos de investigação desta matéria na área das ciências médicas e das ciências sociais, chega-se à conclusão que alguns avanços quer na identificação dos grupos de risco, quer na terapêutica, têm tido resultados muito positivos, principalmente nos países desenvolvidos, onde a epidemia está controlada e o número de novos casos tem vindo a diminuir. No entanto, em duas décadas, morreram mais de 20 milhões de pessoas em todo o Mundo e em África morrem, em cada dia, 5500 pessoas. Só no ano 2000 foram infectadas 5,3 milhões de pessoas (*Público*, 11/30/01).

Tendo em conta este cenário, é mais que justificada a necessidade de mais investigações relativas a este tema. A persistência do VIH/SIDA está associada não só a novos problemas (comportamentais), mas também ao recrudescimento de velhos problemas de saúde, como por exemplo a tuberculose. Por outro lado, são vários os autores que concordam com o facto de que os novos tratamentos anti-retrovirais podem ter consequências negativas, embora de forma indirecta, na doença. Ou seja, estes medicamentos, que começaram a ser utilizados a partir de 1987 (AZT), e que se constituíram como a primeira vitória sobre o vírus, podem tornar-se, paradoxalmente, num risco para os utilizadores. Os riscos residem, por um lado, nos efeitos negativos do seu uso continuado, influenciando o aumento da resistência a estes produtos e, por outro lado, nos efeitos negativos induzidos pela sua alta toxicidade. Acresce ainda que a possibilidade de uso destes medicamentos imediatamente após as situações de risco pode levar a que estes sejam encarados como uma espécie de “pílula do dia seguinte” (FISCHHOFF e outros, 1981; MOATTI e outros, 2000). Esta particularidade poderá ter consequências nas atitudes e comportamentos potenciadores de situações de risco, por exemplo no aumento da confiança, da negligência e, conseqüentemente, na possibilidade do aumento do número de novos casos da doença. Este facto tem sido apontado como uma causa do recrudescimento da epidemia, nomeadamente em grupos nos quais esta estava praticamente controlada, muito particularmente entre os homossexuais.

Outros autores destacam os problemas da exclusão social a que os grupos estão sujeitos. Neste contexto, DELOR e HUBERT, citados por MOATTI (2000), apresentam como potenciadoras do aumento da epidemia, a desadequação e ineficácia dos sistemas de saúde na resposta a

este problema, que se revelam no aumento das desigualdades no acesso e na falta de cobertura da população infectada, mesmo em países onde o sistema de saúde assegura uma cobertura gratuita ou de muito baixo custo, ou até nas atitudes e nos comportamentos dos profissionais de saúde quando confrontados com a infecção por VIH. Por exemplo, em França, MOATTI e outros (2000) referem que, apesar do diagnóstico e de todos os tratamentos desta doença serem gratuitos desde 1993, cerca de 25% dos novos casos registados em 1997 foram descobertos acidentalmente na sequência de uma infecção oportunista relacionada com o SIDA. Acrescentam ainda que mais de 1/3 dos indivíduos que desenvolveram o SIDA não tiveram acompanhamento médico desde o diagnóstico inicial da sua seropositividade.

Uma outra questão reside no acesso aos medicamentos antiretrovirais, que não é ainda generalizado. Nos países onde a epidemia consome mais vidas a luta parece não ter tréguas, porque não existe disponibilidade financeira dos governos nem para distribuir os medicamentos, nem para melhorar as condições de vida das populações. Em consequência, registam-se altas taxas de mortes prematuras, constituindo-se esse facto como mais uma das causas do empobrecimento cada vez maior dessas regiões ou países. Ou seja, dificilmente se poderá encontrar o equilíbrio: como se podem oferecer condições de eficaz combate à epidemia se os países estão cada vez mais pobres porque os seus recursos humanos são delapidados dia a dia? São-no pela morte por VIH, ou por outras infecções oportunistas, e são-no também pela emigração para os países ricos e atractivos do Hemisfério Norte.

Embora não exista um modelo de investigação que cubra a totalidade da problemática do VIH/SIDA, o modelo holístico parece ser, de facto, aquele que reúne mais consensos.

Apesar do VIH/SIDA ser mais frequente em determinados grupos ou áreas geográficas, ele não se reduz a esses grupos e a essas áreas geográficas. A “vulnerabilidade” aumenta em progressão geométrica, principalmente nas áreas suburbanas dos países em desenvolvimento, mas é também um problema que se verifica em países ricos, em resultado do aumento da mobilidade (imigração de países de forte incidência) e da insustentabilidade do desenvolvimento. Ou seja, é maior onde o crescimento económico não teve em conta componentes fundamentais de qualidade de vida, bem-estar e acesso universal e tempestivo aos cuidados de saúde para todos os habitantes, incluindo os imigrantes.

O principal objectivo deste artigo é verificar qual o comportamento de Portugal no quadro da Europa Ocidental nas questões relativas à epidemia do VIH/SIDA e também conhecer a tendência da doença e as característi-

cas dos grupos de risco em Portugal Continental. De acordo com estes objectivos, este artigo divide-se fundamentalmente em duas partes. Numa primeira parte é apresentada a problemática da incidência da doença na Europa Ocidental, bem como as tendências nos diversos países e os principais grupos de risco e formas de transmissão. Numa segunda parte é dado destaque ao estudo da mortalidade padronizada por VIH/SIDA em Portugal Continental nos agrupamentos de concelhos, em ambos os sexos, comparando com a mortalidade por todas as causas. Na sequência do perfil dos grupos de risco encontrados (área geográfica, género, idade, etc.), são apresentadas algumas propostas que poderão vir a atenuar a tendência (de não diminuição) que se tem vindo a observar.

### 1. VIH/SIDA NA EUROPA OCIDENTAL

Nos últimos quatro anos do século XX, o quadro da infecção por VIH na Europa Ocidental alterou-se profundamente, uma vez que, e pela primeira vez desde o início da epidemia, o número de novos casos de SIDA diminuiu (MOATTI e outros, 2000). Este facto pode ser explicado

quer pela implementação de políticas preventivas, quer pelos avanços conseguidos ao nível clínico, nomeadamente pela difusão das novas terapias antiretrovirais. Apesar dos avanços terapêuticos terem contribuído consideravelmente para a diminuição da mortalidade, não devem esquecer-se as dimensões sociais, económicas, psicológicas e políticas associadas a esta doença e a importância que os comportamentos têm tido, e continuam a ter, na incidência e na prevalência desta patologia. Ou seja, o VIH/SIDA é, e continuará a ser, na sua essência, uma patologia comportamental.

Na União Europeia (UE), até Junho de 2001, desenvolveram o SIDA 227.944 indivíduos (Quadro I). Entre 1994 e 2000, registou-se um decréscimo do número de novos casos da ordem dos 62,5%. Apesar disso, os valores da Península Ibérica são surpreendentemente elevados se comparados com outros países, como a Itália e a França que, em 2000, apresentavam taxas de 33,7 e 27,9 por milhão de habitantes, respectivamente. Estes países ocupavam, nesse ano, a terceira e quarta posições, demonstrando uma evolução positiva muito acentuada relativamente a 1994 (96,4 e 97,1 por milhão de habitantes, respectivamente) (Quadro I).

Quadro I - Casos de SIDA e incidência por milhão de habitantes nos países da UE, por ano de diagnóstico (1994-2001) e valores acumulados\*

Países da UE	1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	Valor acumulado
	Nº	%00000	Nº	Nº												
Áustria	167	21	206	25,7	139	17,3	98	12,1	96	11,8	97	11,8	79	9,6	25	2102
Bélgica	258	25,6	246	24,4	203	20,1	122	12	113	11,1	101	9,9	147	14,4	161	2846
Dinamarca	236	45,3	214	41	158	30,1	109	20,7	74	14,1	73	13,8	53	10	13	2325
Finlândia	43	8,5	40	7,8	24	4,7	19	3,7	15	2,9	10	1,9	16	3,2	10	324
França	5762	97,1	5286	88,7	3999	66,8	2257	37,5	1913	31,7	1774	29,3	1695	27,9	628	53879
Alemanha	2032	25	1852	22,7	1558	19	968	11,8	818	10	751	9,1	670	8,2	161	20460
Grécia	213	20,4	215	20,5	233	22,1	170	16,1	120	11,3	126	11,8	126	11,9	48	2207
Irlanda	75	20,9	53	14,7	55	15,1	30	8,2	18	4,9	25	6,8	14	3,7	8	711
Itália	5524	96,4	5661	98,7	5045	87,9	3368	58,7	2417	42,1	2126	37,1	1928	33,7	861	48488
Luxemburgo	13	32,4	15	36,9	13	31,6	10	24	9	21,3	5	11,7	10	23,6	3	155
Holanda	488	31,8	538	34,8	457	29,4	340	21,8	242	15,4	185	11,8	119	7,5	53	5423
<b>Portugal</b>	<b>668</b>	<b>67,8</b>	<b>770</b>	<b>78,1</b>	<b>925</b>	<b>93,8</b>	<b>919</b>	<b>93,2</b>	<b>909</b>	<b>92,2</b>	<b>985</b>	<b>99,8</b>	<b>946</b>	<b>95,8</b>	<b>558</b>	<b>8232</b>
Espanha	7359	186,1	7060	178,4	6538	165,1	4683	118,2	3464	87,4	2939	74,2	2646	66,8	966	61028
Suécia	187	21,3	195	22,2	134	15,2	75	8,5	58	6,5	68	7,6	53	6	18	1771
Reino Unido	1851	31,8	1764	30,3	1425	24,4	1064	18,2	769	13,1	732	12,5	813	13,8	322	17993

\* desde o início da epidemia

Fonte: UNAIDS/WHO<sup>1</sup>, 2001

<sup>1</sup> United Nations AIDS/World Health Organization.

O decréscimo verificado no conjunto dos países da UE é devido, principalmente, à diminuição no grupo dos homo/bissexuais e toxicod dependentes utilizadores de drogas injectáveis (UDI) (Quadro II). Apesar do decréscimo verificado na Europa Ocidental nestes dois grupos, os homo/bissexuais do sexo masculino e os UDI continuam a ser os grupos que apresentam maior número de casos de SIDA, seguidos, a muita distância, pelo grupo dos heterossexuais (Quadro II).

Quadro II - Casos de SIDA e variação percentual\* nos países da UE, por grupo de transmissão e ano de diagnóstico (1997-2001) e valores acumulados\*\*

	Homo/ bissexuais	UDI	Heteros- sexuais	Vertical (mãe-filho)
	Homens	Homens e mulheres	Homens e mulheres	
1997	3372	6032	3370	155
1998	2561	4258	2976	98
1999	2250	3679	2947	78
2000	2049	3134	3049	92
2001 (Jan-Jun)	706	1389	1318	37
<b>T. acumulado**</b>	<b>74857</b>	<b>90131</b>	<b>39373</b>	<b>3024</b>
<i>Variação (%) 97-2000*</i>	-39,2	-48	-9,5	-40,6

\* Ocorrida entre 1997 e 2000, uma vez que não são conhecidos os valores totais de 2001.

\*\* Desde o início da epidemia.

Fonte: UNAIDS/WHO

Dados da UNAIDS/WHO (United Nations AIDS/World Health Organization) desagregados por sexo permitem verificar o comportamento e as principais tendências do número de casos de SIDA, numa base espacial que engloba todos os países da UE<sup>1</sup> (UNAIDS/WHO, 2001). Uma primeira conclusão: o número de mulheres que desenvolveram o SIDA até Junho de 2001 é cerca de cinco vezes menor do que o dos homens. Algumas semelhanças entre homens e mulheres surgem no grupo dos UDI, que apresenta valores elevados de incidência, mas que é também aquele que demonstra a maior tendência de decréscimo nos últimos anos. Algumas particularidades da população masculina: maior incidência nos homo/bissexuais (44,8%) comparativamente aos outros grupos (UDI: 41,8%; heterossexuais: 13,4%); a variação negativa verificada entre 1997 e 2001 foi mais alta no grupo dos

UDI (-47,1%). No sexo feminino, a maior incidência registou-se no grupo das UDI (52,9%), sendo também muito elevada nas heterossexuais (47,1%). Registou-se uma forte tendência de decréscimo, entre 1997 e 2000, no grupo das UDI (-51%); pelo contrário, o grupo das heterossexuais não apresenta variações com significado (-6,5%).

Em relação aos casos de SIDA pediátricos verticalmente transmitidos (mãe-filho), a tendência mais recente tem sido para a estabilização ou ligeira redução do número de casos da doença. No entanto, considerando o período em análise (1997-2000), observa-se uma forte diminuição (-40,6%).

Como foi já mencionado, uma das causas do decréscimo verificado no número de casos de SIDA é a disponibilidade de novos medicamentos, que permitem retardar a evolução da doença. Mas terá vindo também a diminuir o número de novos infectados pelo VIH? A análise dos valores entre 1994 e 2000 aponta para um aumento da ordem dos 71,3% (6552 novos infectados em 1994 contra 11.221 em 2000).

Porém, os dados do número de novas infecções por VIH deve ser interpretado com precaução: tudo aponta para que eles não traduzam, necessariamente, um aumento do número de infectados mas principalmente um crescimento do diagnóstico de tais situações.

Por outro lado, as comparações efectuadas entre países podem não ser fidedignas, sobretudo pelos constrangimentos relacionados com o acesso à informação e sua qualidade (sub-notificação, qualidade dos registos, confidencialidade, etc.). Face à pouca disponibilidade e má qualidade dos dados, ganha importância o conhecimento das tendências gerais da doença. Um estudo desenvolvido entre 1996 e 2000, relativo ao caso concreto da prevalência da infecção por VIH detectada em UDI de alguns países da Europa (UNAIDS/WHO, 2001) - refira-se, no entanto, que este estudo não incluiu Portugal nem a Itália, países que são considerados como sendo dos mais afectados pela epidemia, nomeadamente no que respeita aos UDI - chegou aos seguintes resultados: 1. níveis superiores a 20% em França, Espanha e Amsterdão e ainda em regiões e cidades da Ucrânia e Bielorrússia; 2. informações que permitem conhecer a população em risco (centros de tratamento, hospitais, centros de rastreio de VIH, prisões) confirmam uma diminuição nas áreas estudadas (exemplo: Edimburgo, Estocolmo e, em França, Lombardia); 3. valores mais elevados em Espanha (Barcelona) e Amsterdão, embora também aí se verifique uma tendência para a diminuição da prevalência.

À excepção da Polónia, toda a Europa do Centro apresentou níveis de prevalência entre os UDI inferiores a 5%. Mas também aqui os valores encontrados devem ser

<sup>1</sup> Para além dos países da UE, os dados referem-se ainda a Andorra, Islândia, Israel, Malta, Mónaco, Noruega, San Marino e Suíça.

questionados: eles podem não traduzir uma menor prevalência de infecções por VIH, mas simplesmente uma incipiente recolha de informação associada ao teste de diagnóstico.

O número de novos casos de SIDA (Quadro I) parece apresentar uma tendência de declínio nos países da Europa Ocidental. Esta verificação levanta, contudo, questões a que importa responder. Por exemplo, será que a tendência de declínio que se vem a observar na Europa Ocidental tem o mesmo padrão em todos os países? Por outras palavras, será visível em todos os grupos de risco os países considerados? E será que o declínio verificado nesses países se irá manter?

Estas questões só poderão encontrar resposta(s) num futuro próximo. No entanto, algumas análises gerais permitem-nos concluir que, em alguns países da Europa do Sul, a doença ainda regista valores que são considerados preocupantes; por outro lado, alguns grupos de risco persistem em apresentar valores elevados, muito embora a tendência geral seja a de diminuição da doença (UNAIDS/WHO, 2001). Ou seja, embora se verifique uma tendência geral da diminuição da doença nos países da Europa Ocidental, esta tendência poderá estar a encobrir um hipotético crescimento da epidemia em grupos específicos (heterossexuais, por exemplo). Devem ser tidas em conta as consequências do aumento da mobilidade entre Estados, fundamentalmente quando se verificam migrações oriundas de áreas de grande incidência do SIDA, podendo revelar-se no aumento da incidência, no recrudescimento em grupos de risco ou no aumento de casos nas mulheres, por exemplo. Por outro lado, como referem DELOR e HUBERT (2000), a epidemia é causa e consequência de múltiplas formas de exclusão social que teimam em persistir e até em aumentar em alguns países conhecidos por “Estados de Bem-Estar”. Noutros países, por exemplo da Europa de Leste, é assinalável a tendência crescente dos valores quer da incidência quer da prevalência, o que, segundo alguns autores, parece ser um dos preços a pagar pela liberalização daquelas sociedades, após o fim da era comunista (ATLANI, 2000).

### 1.1. O VIH/ SIDA e a associação com outras doenças

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1997, realizou um estudo onde identificou as patologias que tinham sido diagnosticadas depois de 1994 em 71.025 indivíduos infectados com o VIH – homens, mulheres e crianças - numa amostra que incluiu Portugal. As causas de morte mais frequentemente encontradas nos adultos foram a pneumonia (21,7%), a candidíase do esófago (12,7%) e a tuberculose pulmonar (10,9%). Nas crianças

não se registou nenhum caso desta última causa de morte. No entanto, para estas, a encefalopatia devido ao VIH (21,1%) e as infecções bacterianas múltiplas ou recidivantes (18,6%) são causas de morte com bastante significado que surgem na sequência da infecção por VIH.

A associação SIDA e tuberculose parece vir a aumentar, como demonstraram DOLIN, RAVIGLIONE e KOCHI (1994), referidos por ANTUNES e WALDMAN (2001). Aqueles investigadores estimaram que os novos casos de tuberculose atribuíveis à infecção por VIH aumentaram consideravelmente nos últimos dez anos: eram cerca de 4,2% em 1990, 8,4% em 1995 e 13,8% em 2001. A mesma associação foi encontrada, mas com valores ainda mais elevados, por ANTUNES e WALDMAN (2001) quando analisaram os resultados na cidade de São Paulo para um período de cinco anos (1994 a 1998). Estes autores concluem que a percentagem de mortes por tuberculose pulmonar, explicáveis pela co-infecção por VIH, apresentava valores muito mais elevados do que os constantes na bibliografia, rondando os 22,4%. Nos últimos 15 anos, a par do dramático crescimento da epidemia do SIDA, os países africanos conheceram um aumento concomitante das taxas de tuberculose. Nos EUA, a infecção por VIH tem sido relacionada com o aumento das notificações de casos de tuberculose entre jovens adultos (ELENDER e outros, 1998).

No entanto, apesar da relevância da associação VIH e tuberculose, alguns estudos ecológicos efectuados no Reino Unido apontam para a inexistência de grandes evidências da referida interacção. Ao nível individual, e também no Reino Unido, há estudos que referem uma prevalência de apenas 2% de infecção por VIH entre indivíduos a quem foi diagnosticada tuberculose (WATSON, 1996). No entanto, FOLEY e MILLER, em 1993, referidos por ELENDER e outros (1998), alertam que, em algumas áreas de Londres, a prevalência da dupla infecção pode ser o dobro da referida, verificando-se, simultaneamente, um aumento desta tendência.

## 2. O VIH/SIDA EM PORTUGAL

### 2.1. Justificação da presente investigação

*“Se há questões que atravessam toda a sociedade, e não apenas a intervenção política, pública ou governamental, a SIDA é talvez uma das mais prementes. Uma doença que é simultaneamente um dos grandes desafios da sociedade, da cultura, da medicina e da investigação científica dos séculos XX e XXI, exigindo soluções à escala mundial e o empenho de todos”.* (António Correia de CAMPOS, 2001).

O primeiro caso de SIDA em Portugal data de 1983. Em vinte anos (até Junho de 2001) registaram-se mais de 8000 casos, dos quais cerca de 5000 já morreram. No mesmo período de tempo foram diagnosticadas quase 18.000 infecções por VIH. No entanto, a ONU aponta valores diferentes para Portugal, estimando que sejam entre 36 e 40 mil as pessoas infectadas com o vírus do SIDA, ou seja, cerca de três vezes o número que os organismos oficiais mencionam. Segundo a UNAIDS/WHO (2001), a incidência do SIDA em Portugal, comparativamente à de outros países da Europa Ocidental, confirma a posição desfavorável em que se situa o nosso país que, em 2000, ocupava o primeiro lugar no ranking europeu da taxa de incidência da doença: 95,8 em cada milhão de habitantes, seguido pela Espanha, situação que se manteve em 2002 (Quadro I). Apenas num curto período, entre 1999 e 2000, foi registada uma ligeira diminuição. Todavia, olhando para os dados do primeiro semestre de 2001, verifica-se que a tendência é de aumento, uma vez que no primeiro semestre desse ano foram diagnosticados 558 casos de SIDA, enquanto o valor total do ano anterior foi de 946 casos. A dimensão da doença em Portugal e as suas tendências, justificam, por si só, a realização de estudos sobre esta temática.

## **2.2. Limitações dos dados**

Várias são as limitações impostas pelos dados a qualquer um que pretenda efectuar investigações nesta área. Por um lado, a informação sobre o total de casos e o número de novos casos por grupos de risco, recolhida em centros de tratamento, hospitais, centros de rastreio de VIH, prisões, etc., é escassa e apenas permite conhecer uma parte da população em risco. Por outro lado, os dados obrigam a algumas reservas, já que fontes de informação diferentes revelam valores diferentes para as mesmas variáveis. Por exemplo, tendo em conta informações do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT), nos últimos dezoito anos - entre 1983 a 2001 (Setembro) - Portugal acumulou 8451 casos de SIDA (1367 no sexo feminino e 7084 no sexo masculino). Destes, 4741 faleceram entre 1984 e 2001 (14,6% do sexo feminino e 85,4% do sexo masculino). Tanto para o número de casos de SIDA diagnosticados como para o número de mortes, o ano de 1996 constituiu-se como o de valor máximo, respectivamente 930 e 524 casos. No entanto, e segundo a UNAIDS/WHO (2001), o número de novos casos de SIDA em Portugal atingiu o seu pico em 1999 (985 casos). Informações da OCDE (2000) revelam que, em 1998, o número de mortes por VIH foi de 895, valor inferior aos dois anos imediatamente anteriores (respectivamente, 972 e 1111). Ou seja,

a OCDE apresenta o valor máximo de óbitos por infecção de VIH para o ano de 1996: 1111 óbitos, contra os 524 apresentados pelo CVEDT. Resta saber, mediante tal disparidade, quais os valores que correspondem à verdade.

## **2.3. Perfil e especificidades do VIH/SIDA em Portugal Continental**

Apesar da incidência do SIDA ter vindo a diminuir nos países da Europa Ocidental, regista-se em Portugal um rápido aumento da epidemia nos últimos anos. Segundo a UNAIDS/WHO (2001), do total de casos diagnosticados em Portugal - 8232 desde o princípio da epidemia até Junho de 2001 - 1322 ocorreram em homo/bissexuais, 4095 em UDI, 2253 em heterossexuais e 69 em crianças, estas últimas infectadas por via materna; os restantes casos (cerca de 6% do total) foram transmitidos ou por transfusões sanguíneas ou por vias não determinadas. Ao longo dos anos, apenas o grupo dos homo/bissexuais registou uma diminuição: 94 casos diagnosticados em 1997 contra 62 em 2000 (cerca de 7% do número de novos casos diagnosticados nesse ano). Os UDI e os heterossexuais são os responsáveis pela persistência da tendência de aumento, sendo simultaneamente os grupos de maior risco em Portugal (UNAIDS/WHO). Em 2000, a categoria dos heterossexuais contribuía já para quase 33% do número de novos casos da doença (309 casos).

Uma outra questão que distingue o caso português é a da prevalência de infecções por VIH-2. CAZEIN e outros, em 1996, referem os resultados de um estudo desenvolvido em França entre 1989 e 1995, pelo Centro Europeu para a Monitorização Epidemiológica do SIDA, onde participaram 22 países e cuja finalidade era determinar a prevalência da infecção por VIH-2 em países da Europa, comparando-a com a da infecção por VIH-1. Apesar dos constrangimentos relativos à recolha da informação, o estudo revela que o VIH-2 é pouco frequente na Europa, correspondendo apenas a 1% de todas as infecções por VIH. As excepções são constituídas por Espanha, onde foi encontrado o segundo valor mais alto de infecção por VIH-2 (3,5% de todos os casos positivos para VIH) e por Portugal, onde se registou o valor mais elevado: 13% de todos os infectados que procuraram a consulta de doenças transmitidas sexualmente (DST). Em doentes com co-infecção por VIH e tuberculose, 29% eram positivos para VIH-2; entre UDI o valor de infecções por VIH-2 era de apenas 0,5%.

Sendo o VIH-2, historicamente, um vírus característico da África Ocidental (EWOLD, 1994), a maior prevalência destas infecções no nosso país pode talvez ser

explicada pela mobilidade da população: retorno dos residentes nas ex-colónias e imigração proveniente dos países africanos.

Relativamente à já referida relação entre o VIH e a tuberculose, o nosso país constitui-se como exemplo de forte associação. ANTUNES e ANTUNES (1996) referem que, em 1994, a tuberculose se manifestou em 54% dos 567 casos de SIDA então diagnosticados, situação que parece mais grave nos distritos mais urbanos do Litoral, principalmente em Lisboa e Porto. Segundo os mesmos autores, em Lisboa, 15% dos 1256 casos de tuberculose associavam-se à infecção por VIH; destes, 82% registaram-se em indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos, dos quais 52% eram UDI, 24% heterossexuais e 21% homo/bissexuais.

## 2.4. Metodologia

O estudo do VIH/SIDA em Portugal Continental baseia-se na análise da mortalidade ao nível da sub-região (NUT III), uma vez que estes dados não se encontram disponíveis para escalas de maior pormenor, em virtude da confidencialidade a que os mesmos estão sujeitos. Avaliou-se o número de óbitos para cada sexo e grupo de idade<sup>1</sup>, durante um período de três anos – 1996, 1997 e 1998. Em virtude da mortalidade variar com a idade e o sexo, utilizou-se um método que elimina essas variações, procedendo-se à padronização etária pelo método indirecto. Como resultado, obtivemos um valor - razão padronizada de mortalidade (RPM) - que evidencia as variações nas sub-regiões (NUT's III) relativamente a um valor de referência do Continente, que corresponde a cem.

O cálculo da RPM obedece a três passos: 1. determinação, para o Continente, de taxas de mortalidade em cada grupo etário, consideradas como taxas de referência ou taxas-padrão<sup>2</sup>; 2. cálculo do número de casos esperados em cada NUT III e em cada grupo de idade<sup>3</sup>; 3. determinação da RPM nos agrupamentos de concelhos do Continente, pela relação entre os óbitos esperados e os óbitos observados<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Serão considerados sete grupos etários: 0 – 24; 25 – 34; 35 – 44; 45 – 54; 55 – 64; 65 – 74 e >= 75.

$$^2 TR = \frac{O_c}{P}$$

<sup>3</sup> E = TR x p (trata-se do número de óbitos esperado em cada NUT III se as taxas de referência de cada grupo de idade fossem aplicadas à sua população).

$$^4 RPM = \frac{O}{E} \times 100$$

Tendo em conta os possíveis problemas resultantes da influência do acaso na amostra considerada, procedeu-se ao cálculo do intervalo de confiança (IC) a 95%, segundo o método indicado por JONES e MOON (1987)<sup>5</sup>.

A cartografia dos valores da RPM efectuou-se atendendo ao valor de cada razão e aos limites do respectivo IC. Consideraram-se quatro classes: 1. uma que agrupa NUT's III cujo valor de RPM é superior a 100, sendo os limites do IC também superiores a 100 (a RPM encontra-se significativamente aumentada); 2. outra que engloba sub-regiões em que o valor de RPM é inferior a 100, tal como os limites do IC (a RPM apresenta-se significativamente diminuída); 3. classe em que o valor da RPM é inferior a 100, mas cujos intervalos de confiança incluem o valor 100 (RPM diminuída, mas não significativamente); 4. classe em que o valor da RPM é superior a 100, mas cujos intervalos de confiança incluem o valor 100 (RPM aumentada, mas não significativamente).

## 2.5. Mortalidade por VIH/SIDA e mortalidade total em Portugal Continental

A análise dos valores da mortalidade por todas as causas no período estudado (1996-1998) aponta para um aumento, no conjunto da população portuguesa, da ordem dos 2,2% (10.0243 óbitos em 1996 contra 10.2447 em 1998). Os óbitos registados seguem o reconhecido padrão de mortalidade: 53% de óbitos do sexo masculino contra 47% do sexo feminino. Porém, a análise dos valores dos óbitos por SIDA aponta para uma tendência inversa: diminuição de cerca de 2,2% no número de óbitos de 1996 para 1998 (respectivamente 1103 e 882 óbitos), o que era esperado, tendo em conta a disponibilidade dos novos tratamentos antiretrovirais.

O decréscimo é fundamentalmente o resultado da diminuição do número de óbitos de indivíduos do sexo masculino, uma vez que, para o sexo feminino, a tendência foi a de manutenção ou até ligeiro aumento (160 óbi-

$$^5 \frac{O - 2\sqrt{E}}{E} \times 100 \text{ a } \frac{O + 2\sqrt{E}}{E} \times 100$$

Legenda das notas 2 a 5:

TR - Taxa de referência

Oc - número de casos observados no Continente durante o período considerado, por grupos de idade

P - efectivos populacionais do Continente (utilizaram-se as estimativas de 1996), por grupos de idade

O - número de casos observados em cada NUT III

E - número de casos esperados em cada NUT III

p - efectivos populacionais em cada NUT III, por grupos de idade

tos em 1997 e 170 em 1998). Mas a morte por SIDA, à semelhança do que acontece na UE, afecta sobretudo o sexo masculino (em 1996, 1997 e 1998 foram registados 2939 óbitos, 82,3% dos quais no sexo masculino). A distribuição dos óbitos por grupos etários destaca, em ambos os sexos, o grupo dos 25-34 anos, seguido pelo dos 35-44 anos (Fig. 1).

Analisando o número de óbitos por SIDA ocorrido entre 1996 e 1998 nos grupos de idade mais afectados e comparando-o com o total de óbitos registado no mesmo período de tempo (Quadro III), verifica-se que, para o sexo masculino, os óbitos por SIDA correspondem a 4,7% do total de óbitos para os indivíduos com idades inferiores a 25 anos, elevando-se para 21,6% e 10,3% para os indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e 34 anos e os 35 e 44 anos, respectivamente. Para o sexo

feminino, destaque para o grupo etário dos 25 aos 34 anos, no qual as mortes por SIDA representam 14,2% do total.

Relativamente às categorias de transmissão, o Quadro IV apresenta a distribuição dos óbitos notificados até 31 de Dezembro de 2000, segundo dados da CVEDT.

A análise dos valores constantes no quadro permite destacar:

1. o maior número de óbitos de indivíduos do sexo masculino – 85,3% do total de óbitos;
2. a relevância, para este sexo, dos óbitos em UDI e homo/bissexuais;
3. a elevada percentagem de óbitos nas heterossexuais femininas, pouco inferior aos valores encontrados para as UDI.

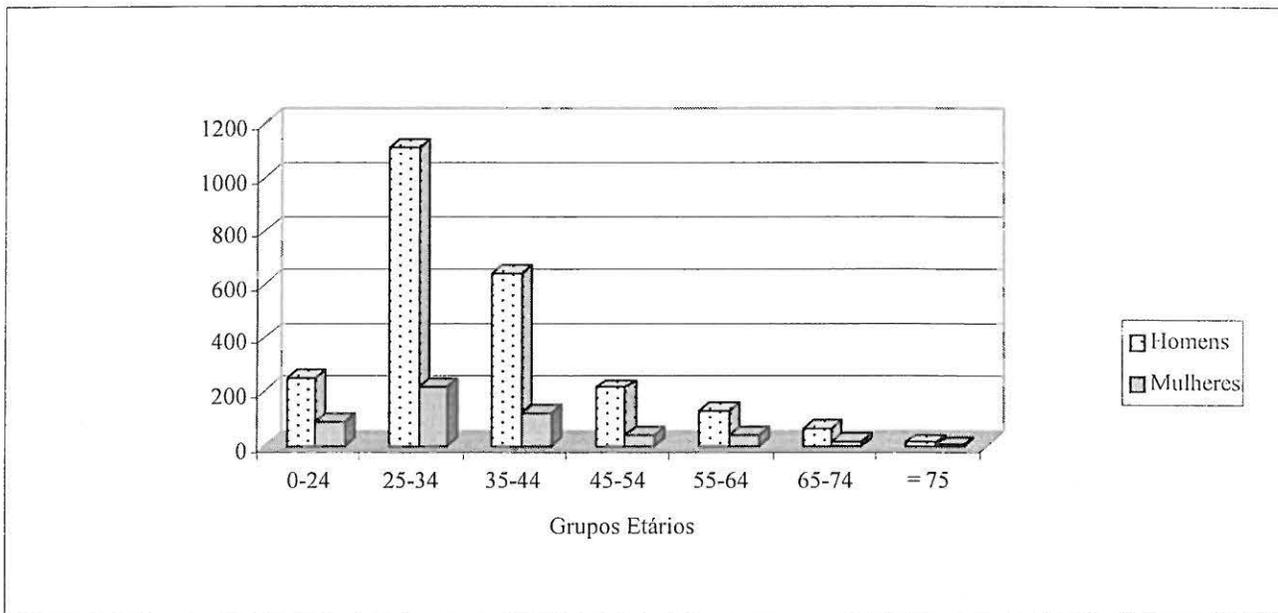


Fig. 1 - Óbitos por SIDA, por sexo e grupos de idade (1996-1998).

Fonte: INE, informação disponível não publicada

Quadro III - Total de óbitos, óbitos por SIDA e percentagem de óbitos por SIDA ocorridos entre 1996 e 1998, por sexo, nos grupos de idade mais atingidos pelo SIDA.

Grupos de idade	Sexo Masculino			Sexo Feminino		
	Total de óbitos	Óbitos por SIDA	% óbitos por SIDA	Total de óbitos	Óbitos por SIDA	% óbitos por SIDA
0-24	5538	251	4,7%	2508	88	3,5%
25-34	5158	1113	21,6%	1527	217	14,2%
35-44	6350	651	10,3%	2575	156	6,1%

Fonte: INE, informação disponível não publicada

Quadro IV - Óbitos notificados por sexo e categorias de transmissão

Categorias de transmissão	Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	Total	%	Total	%
Homo/bissexuais	888	23,8		
UDI	1765	47,3	305	47,2
Homo/bissexuais/UDI	49	1,3		0,0
Heterossexuais	781	20,9	268	41,5
Hemofílicos	47	1,3		0,0
Transfusionados	54	1,4	28	4,3
Vertical (mãe-filho)	13	0,3	17	2,6
Ignorada	138	3,7	28	4,3
Total	3735	100,0	646	100,0

Fonte: CVEDT

## 2.6. Distribuição geográfica da mortalidade por SIDA e por todas as causas de morte

A distribuição geográfica da RPM por todas as causas de morte evidencia, para ambos os sexos, duas áreas de valores aumentados e significativos: a Norte (sub-regiões do Grande Porto e Tâmega); no Sul (Oeste, Lezíria do Tejo, Península de Setúbal, Alentejo Litoral e Baixo Alentejo) (Fig. 2).

A distribuição do SIDA tem aspectos particulares, com destaque para a Península de Setúbal e Grande Lisboa (Fig. 3).



Fonte: I.N.E

Fig. 2 - RPM por todas as causas de morte (sexo masculino e feminino)



Fonte: I.N.E.

Fig. 3 - RPM por SIDA (sexo masculino e feminino)

-  RPM significativamente diminuída
-  RPM não significativamente diminuída
-  RPM não significativamente aumentada
-  RPM significativamente aumentada



Analisando individualmente o sexo masculino, verifica-se que a mortalidade por todas as causas segue o padrão atrás apontado: valores significativamente aumentados surgem nas sub-regiões da Grande Lisboa, Península de Setúbal, Oeste, Lezíria do Tejo, Alentejo Litoral, Baixo Alentejo e Grande Porto (Fig. 4).

A distribuição espacial da RPM por SIDA tem forte expressão nas áreas metropolitanas, fundamentalmente na Grande Lisboa (289,8) - onde se registam quase três vezes mais óbitos do que o valor padrão do Continente - e a Península de Setúbal (191,3). O Grande Porto tem valores que não são significativamente diferentes do padrão nacional, embora o número de óbitos se situe ligeiramente acima desse valor (Fig. 5). A maioria dos casos registados ocorreu em sub-regiões do litoral; todo o interior do país apresenta RPM's significativamente diminuídas.

Relativamente ao sexo feminino, tanto a distribuição dos óbitos por todas as causas, como os relativos ao SIDA, seguem um padrão semelhante ao do sexo masculino (Fig. 6). Também para as mulheres, a Grande Lisboa (293,27) e a Península de Setúbal (184,38) revelam-se como áreas de elevado risco, constituindo-se como sub-regiões onde as mulheres morreram, respectivamente, quase três e duas vezes mais, comparativamente ao valor de referência. Apesar de se verificar menor número de óbitos nas mulheres, eles apresentam uma dispersão geográfica maior, quando comparada com a do sexo masculino: para além das sub-regiões do litoral, a população feminina apresenta, em algumas áreas do interior, RPM's por SIDA que, não estando aumentadas, também não se encontram significativamente diminuídas (Fig. 7).



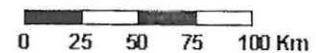
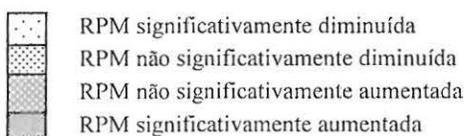
Fonte: I.N.E.

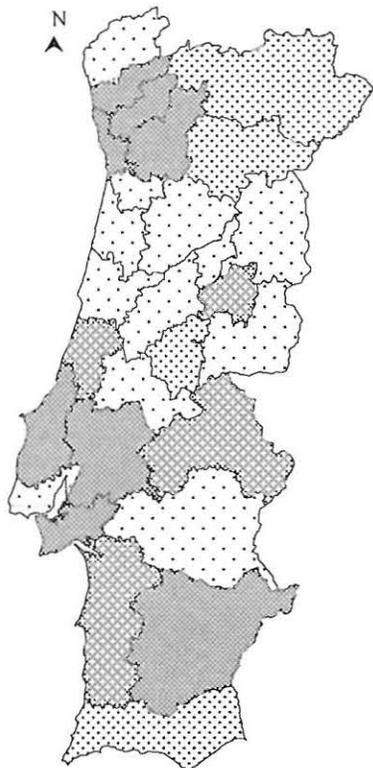
Fig. 4 - RPM por todas as causas de morte (sexo masculino)



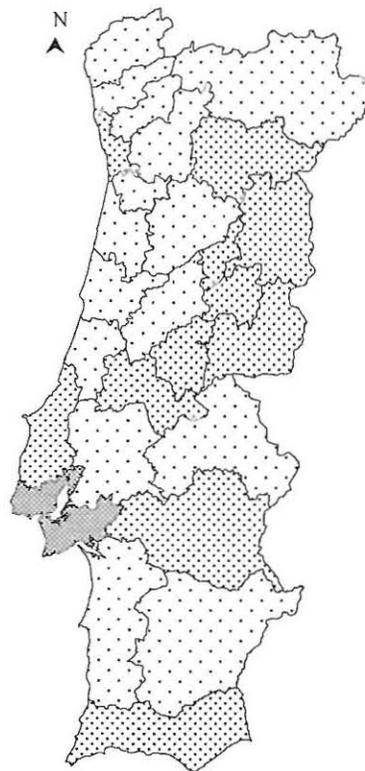
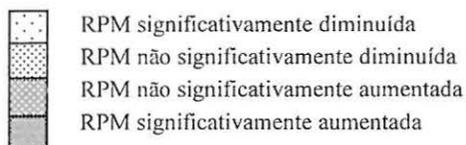
Fonte: I.N.E.

Fig. 5 - RPM por SIDA (sexo masculino)

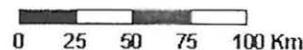




Fonte: I.N.E.  
Fig. 6 - RPM por todas as causas de morte  
(sexo feminino)



Fonte: I.N.E.  
Fig. 7 - RPM por SIDA  
(sexo feminino)



### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

Em 2001, Portugal apresenta a maior taxa de incidência do número de casos de SIDA da UE, o que é, sem dúvida, preocupante. Não menos preocupante é o facto da evolução do número de casos diagnosticados não seguir o padrão europeu ocidental, de decréscimo a partir do período compreendido entre 1992 e 1997. Na verdade, a UNAIDS/WHO aponta o ano de 1999 como sendo aquele que registou um máximo de casos de SIDA (985), sendo o valor de 2000 já inferior (946). No entanto, no primeiro semestre de 2001, registaram-se 558 novos casos. Parece, assim, que a tendência de decréscimo verificada na UE

não é ainda visível em Portugal. Relativamente ao número de infectados por VIH, Portugal conta com 17.858 casos diagnosticados, e tudo aponta para que este valor se encontre consideravelmente subestimado.

O grupo de maior risco são os indivíduos do sexo masculino, com idades entre os 25 e os 34 anos, residentes na Grande Lisboa. Para este grupo, os óbitos estão quase todos concentrados em áreas de forte urbanização do litoral (para além da Grande Lisboa, destacam-se a Península de Setúbal e o Grande Porto). Para o sexo feminino, evidencia-se também o grupo etário dos 25-34 anos e as sub-regiões da Grande Lisboa e Península de Setúbal. No entanto, para as mulheres, verifica-se uma maior disper-

são geográfica, constituindo-se este facto como um problema, dadas as características de propagação deste tipo de doença. O grupo dos 35 aos 44 anos regista também valores consideráveis em ambos os sexos, embora bastante inferiores aos registados para os indivíduos mais jovens (Quadro III). No Quadro V apresenta-se, para ambos os sexos, a percentagem de óbitos por SIDA relativamente ao total de óbitos registados entre 1996 e 1998, nas sub-regiões de maior risco, no grupo etário mais afectado.

Os valores do quadro anterior permitem verificar que, na Grande Lisboa, quase 43% de todos os óbitos ocorridos em indivíduos do sexo masculino com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos foram provocados pelo SIDA. Na Península de Setúbal e no Grande Porto esse valor diminui para cerca de 27%. Para o sexo feminino, a Grande Lisboa surge também como a sub-região de maior risco: entre 1996 e 1998, mais de 29% das mortes ocorridas em mulheres dos 25 aos 34 anos foram devidas ao SIDA. Refira-se ainda que a tendência de aumento verificada para os heterossexuais poderá vir a traduzir-se no aumento dos casos registados no interior do Continente, principalmente nas mulheres, dado o padrão espacial de maior dispersão que estas apresentam.

A falta de prevenção e os modestos investimentos na saúde preventiva têm talvez, no quadro aqui apresentado, uma das suas mais negras consequências. A manterem-se as actuais tendências da doença, é de prever que Portugal conheça, a curto e médio prazo, um aumento da mortalidade evitável, um aumento considerável dos anos de vida perdidos (atendendo aos grupos etários mais afectados), uma diminuição da produtividade (pela incapacidade de produção da população doente) e um aumento importante dos gastos com a saúde, não só pelo aumento do número de doentes, mas também pelo elevado número de dias de internamento que registam, em Portugal, os infectados pelo VIH (aliás, Portugal é o país da EU que regista o maior número de dias de internamento por ano dos doentes com SIDA – 20,7, segundo dados da OCDE, 2000).

As principais características e dinâmicas da doença enfatizam a necessidade de políticas preventivas, dirigidas sobretudo aos grupos/áreas de maior risco e vulnerabilidade:

- indivíduos de idade compreendida entre os 25 e os 44 anos;
- toxicod dependentes de ambos os sexos;
- heterossexuais do sexo feminino;
- implementação prioritária nas sub-regiões mais urbanas do país – Grande Lisboa, Grande Porto e Península de Setúbal, onde se concentram focos de pobreza e marginalidade e às quais afluem grande quantidade de imigrantes provenientes de áreas de elevado risco (países africanos e da Europa de Leste).

Estas políticas devem visar uma modificação dos comportamentos de risco e o seu sucesso depende, fundamentalmente, do envolvimento e participação de diferentes instituições e actores sociais: organizações da sociedade civil, centros de saúde, escolas, igrejas, etc.

Para além de políticas preventivas, deve apostar-se ainda no aumento do rastreio, principalmente nas áreas rurais do interior, o que pode prevenir o alastramento da doença. O tratamento dos doentes deve ser próximo do seu ambiente familiar, o que poderá atenuar os efeitos da perda de sociabilidade, dos sentimentos de estigmatização, bem como vir a diminuir a concentração de doentes nos grandes centros urbanos.

A dimensão da doença em Portugal e o elevado número de dias de internamento, relevam também a questão da falta de instituições de apoio aos doentes com SIDA, que urge suprir. É necessário apostar mais no cuidar (care) e menos no tratar (cure).

Por último, um alerta para a qualidade dos dados, que urge melhorar. Só com recolha de informação sistemática e de qualidade se poderá vir a melhorar o conhecimento da doença; só um melhor conhecimento desta poderá orientar as acções consequentes, nos diversos níveis de intervenção: prevenir, cuidar e tratar a doença.

Quadro V - Peso percentual dos óbitos por SIDA no grupo etário dos 25-34 anos, por sexo, nas sub-regiões de maior risco (1996-1998).

Sub-regiões de maior risco	Sexo Masculino			Sexo Feminino		
	Total de óbitos	Óbitos por SIDA	% dos óbitos por SIDA	Total de óbitos	Óbitos por SIDA	% dos óbitos por SIDA
Grande Porto	703	188	26,7	198	34	17,2
Grande Lisboa	1418	602	42,5	389	114	29,3
P. de Setúbal	466	126	27,0	120	28	23,3

Fonte: INE, informação disponível não publicada.

BIBLIOGRAFIA

- ANTUNES, J. L. F. e WALDMAN, E. A. (2001) – “The impact of AIDS, immigration and housing overcrowding on tuberculosis death in São Paulo, Brazil, 1994-1998”. *Soc.Sci.Med.*, 52, pp. 1071-1080.
- BEEKER, C., GUENTHER-GREY, C. e RAJ, A. (1998) – “Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/AIDS”. *Soc.Sci.Med.*, 46(7), pp. 831-842.
- CAMPOS, A. C. (2001) – “Mensagens”. *ContraSida*, Dezembro de 2001, pp. 20
- CAZEIN, F.; HAMERS, F.; ALIX, J. e BRUNET, J. B. (1996) – “Prevalência da infecção por HIV-2 na Europa”. *Eurosíntese*, vol. 1(3), pp. 1-4.
- CVEDT (2001) - *SIDA – A situação em Portugal a 30 de Setembro de 2000*, CNLCS, INS, Lisboa.
- ELENDER, F.; BENTAHM, G. e LANGFORD, I. (1998) – “Tuberculosis mortality in England and Wales during 1982-1992: its association with poverty, ethnicity and AIDS”. *Soc.Sci.Med.*, 46(6), pp. 673-681.
- EZEKIEL, K. (2000) – “Health and disease in southern Africa: a comparative and vulnerability perspective”. *Soc. Sci. Med.*, 50, pp. 965-983.
- EWOLD, P. W. (1994) – “AIDS: Where did it come from and where is it going”. *Evolution of infectious disease*, Cap. 8, Oxford University Press, Oxford, pp.119-157.
- GOULD, P. (1993) – *The Slow Plague: a Geography of the AIDS pandemic*. Blackwell, Londres.
- HAMERS, F.; DOWNS, A.; ALIX, J e BRUNET (1997) – “Tendência da SIDA na Europa: decréscimo no Ocidente, aumento no Oriente”. *Eurosíntese*, 2(5)
- INE (1996, 1997, 1998) – *Informação disponível e não publicada de óbitos por VIH/SIDA (CID-9: 57)*, Lisboa.
- INE (1997) – *Estimativas da População residente por grupos de idade e sexo, segundo os agrupamentos de concelhos*. Lisboa.
- KERANS, R. A. (1996) – “AIDS and medical geography: embracing the Other”. *Progress in Human Geography*, 20(1), pp. 123-132.
- MOATTI, J. P. (2000) – “HIV/AIDS social and behavioural research: past advances and thoughts about the future”. *Soc.Sci.Med.* 50, pp.1519-1532.
- NOSSA, P. (1995) – *Abordagem Geográfica da Relação Saúde/Doença – o caso da Sida*. Dissertação de Mestrado em Geografia Humana, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra (policopiado).
- OCDE (2000) – *Health Data*. OCDE.
- PETCEY, R.; WILLIAMS, J.; FARNSWORTH, B. e STARKEY, K. (1998) – “A tale of two (low prevalence) cities: a social movement organisations and the local policy response to HIV/AIDS”. *Soc.Sci.Med.* 47(9), pp. 1197-1208.
- ROSEL, J.; OLIVER, J. C.; JARA, P. e CABALLER, A. (2000) – “A multilevel time-series model for the incidence of AIDS cases in Spain”. *Health & Place*, 6(4), pp. 309-317.
- SMITH, F. (1998) - “Cultural constraints on the delivery of HIV/AIDS prevention in Ireland”. *Soc.Sci.Med.* 46(6), pp. 661-672.
- SMITH, F. E e THOMAS, R. (1996) – “Prevention action and the diffusion of HIV/AIDS”. *Progress in Human Geography*, 20(1), pp. 1-22.
- UNAIDS/WHO (2000) – “Care and support for people living with HIV/AIDS”. *Report on Global HIV/AIDS epidemic*.
- UNAIDS/WHO (2001) – *HIV/AIDS Surveillance in Europe*. Mid-year Report, nº 65
- WOOD, E.; YIP, B.; GATARIC, N.; MONTANER, J. S. G.; O’SAUGHNESSY, M. V.; SCHECHTER, M. T. e HOGG, R. S. (2000) – “Determinants of Geographic mobility among participants in a population-based HIV/AIDS drug treatment program”. *Health & Place*, 6(1).