



Distribuição espacial dos óbitos por AIDS nos municípios do estado da Bahia, no período de 2009 a 2019

Spatial distribution of AIDS deaths in the municipalities of the state of Bahia, from 2009 to 2019

Distribución espacial de las muertes por SIDA en los municipios del estado de Bahía, de 2009 a 2019

Elisângela Mascarenhas da Silva¹, Maria Emilia Cirqueira Silva², Samuel José Amaral de Jesus¹, Jean Carlos Zambrano Contreras¹, Aloisio Machado da Silva Filho¹, Carlos Alberto Lima da Silva¹.

RESUMO

Objetivo: Este estudo analisou a distribuição espacial da mortalidade por AIDS nos municípios da Bahia, no período de 2009 a 2019. **Métodos:** Foram usados dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS, e aspectos populacionais extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram realizados a estatística descritiva, o cálculo das taxas de mortalidade, bem como a análise espacial por meio de coeficientes médios e índices de Moran. **Resultados:** Foram registrados 6.173 óbitos por HIV no período, com maior concentração nas regiões metropolitanas. A análise espacial mostrou que as taxas de mortalidade por AIDS apresentaram autocorrelação espacial significativa em todos os anos, exceto em 2010, indicando a existência de padrões espaciais na ocorrência da doença. **Conclusão:** É necessário analisar o quadro epidemiológico de DST/AIDS no nível local, considerando as vulnerabilidades das pessoas afetadas e as práticas de cuidado em consonância com os princípios do SUS. O estudo também sugere a necessidade de desconstruir o estigma social em relação à AIDS e promover processos de enfrentamento e transformação.

Palavras-chave: Mortalidade, Epidemiologia, Análise espacial, Infecção HIV, Síndrome de imunodeficiência adquirida.

ABSTRACT

Objective: This study analyzed the spatial distribution of AIDS mortality in the municipalities of Bahia, from 2009 to 2019. **Methods:** Data from the Mortality Information System (SIM) of DATASUS were used, as well as population aspects extracted from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). Descriptive statistics, calculation of mortality rates, as well as spatial analysis using mean coefficients and Moran indexes were performed. **Results:** A total of 6,173 deaths from HIV were recorded in the period, with a higher concentration in metropolitan regions. The spatial analysis showed that AIDS mortality rates presented significant spatial autocorrelation in all years except 2010, indicating the existence of spatial patterns in the occurrence of the disease. **Conclusion:** It is necessary to analyze the epidemiological picture of STD/AIDS at the local level, considering the vulnerabilities of affected people and care practices in line with the principles of the SUS. The study also suggests the need to deconstruct the social stigma in relation to AIDS and promote processes of confrontation and transformation.

Keywords: Mortality, Epidemiology, Spatial analysis, HIV infection, Acquired immunodeficiency syndrome.

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana – BA.

² Faculdade Olga Mettig, Salvador – BA.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio analizó la distribución espacial de la mortalidad por SIDA en los municipios de Bahía, de 2009 a 2019. **Métodos:** Se utilizaron datos del Sistema de Información de Mortalidad (SIM) de DATASUS, así como aspectos poblacionales extraídos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). Se realizó estadística descriptiva, cálculo de tasas de mortalidad, así como análisis espacial utilizando coeficientes medios e índices de Moran. **Resultados:** Se registró un total de 6.173 muertes por VIH en el período, con una mayor concentración en las regiones metropolitanas. El análisis espacial mostró que las tasas de mortalidad por SIDA presentaron autocorrelación espacial significativa en todos los años excepto en 2010, lo que indica la existencia de patrones espaciales en la ocurrencia de la enfermedad. **Conclusión:** Es necesario analizar el panorama epidemiológico de las ETS/SIDA a nivel local, considerando las vulnerabilidades de las personas afectadas y las prácticas de atención en línea con los principios del SUS. El estudio también sugiere la necesidad de deconstruir el estigma social en relación con el SIDA y promover procesos de enfrentamiento y transformación.

Palabras clave: Mortalidad, Epidemiología, Análisis espacial, Infección por VIH, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é considerada um problema de saúde pública. Até o fim de 2018, cerca de 44 milhões de pessoas viviam com o HIV no mundo e 1,1 milhão de óbitos por causas relacionadas à AIDS ocorreram (UNAIDS, 2019). Em 2018, no Brasil, foram notificados 43.941 casos novos de HIV e 37.161 de AIDS. Ainda neste mesmo ano, a taxa de detecção de AIDS na população em geral foi de 17,8/100.000 habitantes (BRASIL, 2019).

A resposta global à pandemia da AIDS sofreu importante retrocesso nos dois últimos anos, devido às crises múltiplas e sobrepostas que abalaram o mundo e impactaram de modo devastador as pessoas que vivem e são afetadas pelo HIV (UNAIDS, 2020). Os dados do relatório da atualização global sobre a AIDS, são alarmantes, uma vez que o progresso tem sido vacilante. Isso reflete um aumento de mais de 1 milhão de novas infecções no mundo. Onde era esperado declínios rápidos, agora vê-se números crescentes. Além disso, as desigualdades acentuadas, dentro e entre países, acabam por paralisar o progresso na resposta ao HIV, e este, por sua vez, amplia ainda mais essas desigualdades (UNAIDS, 2022).

Apesar do tratamento eficaz do HIV e das estratégias de enfrentamento para prevenir, detectar e tratar infecções oportunistas, a pandemia de AIDS ceifou uma vida a cada minuto em 2021, com 650.000 mortes relacionadas à AIDS. Apesar da resiliência da região com maior relevância de HIV, a África Ocidental e Austral o progresso na redução de novas infecções caiu significativamente ao invés de crescer. Todavia, segundo os relatórios da UNAIDS (2022) esse progresso está despercebido diante da falta de avanço em outras regiões.

Estudos revelam que o perfil epidemiológico das pessoas que adquirem e vivem com HIV mudou. Anteriormente, era comum em jovens, homossexuais, residentes em grandes cidades e pessoas com maior nível socioeconômico. Gradualmente, nos anos 90, foram atingidos outros segmentos populacionais, passando a ser diagnosticado também em pessoas com baixo nível socioeconômico, heterossexuais e em mulheres (GRANGEIRO A, et al., 2015; AUTENRIETH CS, et al., 2018).

Santos BM (2019) revela que a mortalidade relacionada a HIV/AIDS diminuiu ao longo da última década. Enquanto no ano de 2005, cerca de 1,9 milhões de pessoas morreram com AIDS, este número caiu para um milhão em 2016, uma diminuição em 48%, sendo a TARV a principal estratégia responsável por essa mudança. Na América Latina e Caribe, estimou-se que o decréscimo da mortalidade chegou a 18% entre 2005 e 2015, no entanto, dados de regiões do mundo, como Ásia Central, Europa Oriental, norte da África e Oriente Médio são alarmantes, com o aumento das mortes relacionadas à aids em 22% no mesmo período citado (SANTOS BM, 2019; GUIMARÃES MDC, et al., 2017).

Existe uma tendência de diminuição das taxas de mortalidade no Brasil, esse dado se apresenta de maneira distinta entre as regiões do país, tendo a região Nordeste como uma das regiões do país a apresentar tendência de aumento da mortalidade por HIV e AIDS (BRASIL, 2018; SANTOS BM, 2019).

No ranking da taxa de detecção de casos (por 100.000 hab.) de AIDS no ano 2012, notificados, a Bahia ocupa o vigésimo-segundo lugar (12,9), a maior taxa (41,4) foi registrada no Rio Grande do Sul. Em relação a óbitos, de 2001-2012, a maior taxa de mortalidade por AIDS (por 100.000 hab.) do estado da Bahia foi 4,2, em 2011 (BRASIL, 2014).

Estima-se que, na Bahia, de 2007 ao primeiro semestre de 2017 foram notificados 7.872 casos de infecção pelo HIV e 27.874 casos de AIDS desde o ano 2000 e 10.474 mortes foram contabilizadas desde 1980. Em 2018, foram 726 diagnósticos de AIDS, com uma taxa de detecção de 11,9 casos/100.000 hab. Vale ressaltar que, o quadro epidemiológico de DST/AIDS na Bahia vem sendo pouco analisado no nível local (DOURADO I, et al., 1997; BRASIL, 2018). Embora a maior concentração do número de casos seja na capital, Salvador (49,47%), há notificação de casos de AIDS em 94,4% dos municípios do estado da Bahia (UNAIDS, 2014). O escopo do presente estudo é descrever a distribuição espacial da mortalidade por AIDS nos municípios do Estado da Bahia, nos anos de 2009 a 2019.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico espacial desenvolvido com dados dos municípios do estado da Bahia, entre 2009 e 2019. A escolha do estado da Bahia (BA) diz respeito à sua localização na região Nordeste. Possui uma área territorial de 564.733 (quinhentos e sessenta e quatro mil, setecentos e trinta e três) Km², com 417 (quatrocentos e dezessete) municípios atualmente, sendo Salvador a capital do estado (BRASIL, 2010). Como quarto estado mais populoso do Brasil, temos a Bahia (perdendo para São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro). Os 15 (quinze) milhões de habitantes estão distribuídos pelos 417 (quatrocentos e dezessete) municípios. Somente a capital, Salvador, concentra 2,6 milhões de habitantes, o que corresponde a 19% da população baiana. Em seguida, os municípios mais populosos são: Feira de Santana, com 556,6 mil habitantes (4%) e Vitória da Conquista, com 306 (trezentos e seis) mil habitantes (2,2%). Além disso, o estado da Bahia ocupa o segundo lugar no ranking nacional, com 76,3% autodeclarados pretos e pardos. Entretanto, é o estado com o maior número de pessoas que se declararam pretas (17,1%); outras 59,2% se dizem pardas (BRASIL, 2010).

A população deste estudo foi constituída por todos os óbitos por AIDS registrados no SIM no Brasil, no período de 2009 a 2019 nos estados da Bahia. Os óbitos por AIDS foram selecionados a partir do CID B20 – Doença pelo HIV, de suas menções como causa de morte na Declaração de Óbito (DO), independentemente de ser qualificada como causa básica ou causa associada de morte. Para cada óbito, apenas uma única causa básica foi selecionada entre todas as condições relatadas.

Foram selecionadas as causas de morte correspondentes às categorias e subcategorias incluídas na Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (WHO, 2010).

Os dados sobre óbitos por AIDS referentes aos anos de 2009 a 2019 foram disponibilizados através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em meio magnético no período de 2009 a 2019. Trata-se de um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde.

Os dados populacionais utilizados para o cálculo dos indicadores foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base em dados oriundos dos Censos Demográficos de 2000 e 2010. Para os anos intercensitários (2000-2009, 2011), foram utilizadas as estimativas populacionais estimadas por projeção pelo IBGE e disponibilizadas a partir do site do DATASUS.

A taxa média anual de mortalidade, no período de 2009 a 2019 por AIDS (B20 do CID 10) nos municípios da Bahia foram as variáveis dependentes empregadas. Foi realizada inicialmente uma análise descritiva a partir da obtenção dos dados. Foram descritas as características da população do estudo dentre as variáveis disponíveis no SIM: local de residência e ano de ocorrência. A estatística descritiva consistirá no cálculo da média e desvio padrão (DP) para variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas. Os indicadores de mortalidade foram calculados para os óbitos em que a AIDS forem identificados como causa básica ou associada, bem como pelo total de menções (causas múltiplas). Para analisar a situação epidemiológica da AIDS nos estados da região Nordeste do Brasil, foram calculados indicadores de mortalidade segundo local de residência e ano de ocorrência do óbito.

As taxas de mortalidade por AIDS foram calculadas e estratificadas por local de residência, sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil. Para controlar o efeito das diferenças nas estruturas etárias entre populações das capitais ao longo do período de análise e possibilitar comparações entre as mesmas, foram calculadas as taxas de mortalidade padronizadas por idade. A padronização das taxas de mortalidade foi realizada pelo método direto, considerando como padrão a população brasileira do Censo 2010. As seguintes faixas foram utilizadas para o cálculo dos coeficientes específicos por idade: 0 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 39 anos; 40 a 59 anos; 60 a 69 anos e 70 anos ou mais. Ressalta-se que foram estratificadas diferentes faixas etárias na análise de AIDS separadamente, conforme características clínico-epidemiológicas específicas das complicações da doença em cada fase de vida. Para o cálculo dos indicadores, foram excluídas as observações com dados ignorados. Foi calculada também a mortalidade proporcional por meio da divisão entre o número de óbitos por AIDS pelo total de óbitos em cada área geográfica e ano de estudo, com o resultado multiplicado por 100.

Em relação à análise espacial descritiva foram calculados os coeficientes médios brutos de mortalidade (por 100.000 habitantes) por município de residência durante o período de estudo. Em seguida, para corrigir flutuações aleatórias e proporcionar uma maior estabilidade dos coeficientes de mortalidade, principalmente nos municípios com populações pequenas e com poucos eventos, também foram calculados coeficientes suavizados utilizando o método de alisamento Bayesiano empírico local (ASSUNÇÃO RM, et al., 1998). Além disso, foram criados mapas temáticos que apresentam a distribuição espacial e sobreposição geográfica dos óbitos por AIDS nos estados brasileiros.

Para análise de dependência espacial a presença de dependência espacial global foi avaliada usando o índice de Moran global. Este método de autocorrelação espacial global mede a correlação de uma variável com ela própria no espaço, variando de -1 a $+1$: valores próximos de zero indicam ausência de autocorrelação espacial - diferença entre os vizinhos, os valores positivos indicam autocorrelação espacial positiva. Ou seja, a existência de semelhança entre estados vizinhos, e valores negativos mostram autocorrelação espacial negativa (CLIFF AD e ORD JK, 1981).

Este método permite analisar até que ponto o nível de uma variável para uma área é similar ou não às áreas vizinhas e identificar aglomerados de áreas com riscos semelhantes para ocorrência do desfecho de interesse¹⁶. Seu teste de significância estatística é feito por simulação, onde os valores do indicador são permutados entre as áreas. Foi utilizado como critério de significância o valor de $p < 0,05$. Em seguida, foi avaliada a ocorrência de autocorrelação local (Local Indicators of Spatial Association - LISA) por meio do índice de Moran local (ANSELIN L, 1995).

Este método determina a dependência de dados locais em relação a seus vizinhos e permitem identificar padrões de associação espacial que podem caracterizar a ocorrência de clusters espaciais de estados que compõem o banco de dados (ANSELIN L, 1995). Para identificação de áreas críticas ou de risco, foi utilizado o diagrama de espalhamento de Moran com base no índice de Moran local, que permite comparar o valor de cada um dos estados estudados com os estados vizinhos e apresentar dependência espacial, bem como a identificação de padrões espaciais. Os quadrantes gerados nesta técnica são interpretados da seguinte forma: “hotspots” - Alto/Alto (valores positivos, médias positivas) e “coldspots” - Baixo/Baixo (valores negativos, médias negativas): indicam pontos de associação espacial positiva ou semelhante a seus vizinhos. Ou seja, representam estados com altos e baixos valores dos indicadores cercados por estados com elevados e baixos

valores, respectivamente; “outliers” - Alto/Baixo (valores positivos, médias negativas) e Baixo/Alto (valores negativos, médias positivas): indicam pontos de associação espacial negativa. As duas primeiras categorias representam áreas de concordância e as duas últimas áreas de transição (ANSELIN L, 1995).

Para a representação espacial do diagrama de espalhamento de Moran, foram utilizados os Mapas de Moran (Moran Maps) que consideram o mapeamento apenas dos municípios com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Foram consideradas áreas de alto risco ou crítica para ocorrência de óbitos por AIDS no Brasil, aquelas formadas por capitais abrangidos pelo grupo “Alto/Alto” do Moran Map.

Com relação a análise espacial de varredura - estatística Scan têmporo-espacial, adicionalmente, foi utilizada a estatística Scan têmporo - espacial para identificar clusters espaço-temporais (quando existe proximidade espacial e temporal simultânea entre os casos/óbitos) de alto risco para mortalidade por AIDS, tendo como base o número de óbitos registrados por capital do estado e estimativas da população para o período do estudo (KULLDORF FM e NAGARWALLA N, 1995).

Para identificação dos clusters têmporo-espaciais, os dados foram analisados por meio de estatística de varredura, com o tipo de análise espaço-tempo retrospectivo, utilizando-se o modelo de distribuição de probabilidade de Poisson e obedecendo aos seguintes parâmetros: aglomerados com formato circular, não ocorrência de sobreposição geográfica ou temporal dos clusters, tamanho máximo do cluster espacial igual a 20% da população em risco e tamanho máximo do cluster temporal igual a 50% do período de estudo. O cluster mais importante (primário) e os clusters secundários foram detectados através do teste da razão de verossimilhança (KULLDORF FM e NAGARWALLA N, 1995).

A significância estatística foi calculada usando 999 permutações de Monte Carlo, obtendo-se um valor de p de maior validade estatística. Os softwares ArcGIS versão 9.3 (Environmental Systems Research Institute - ESRI, Redlands, CA, EUA) e TerraView versão 4.2 (Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, INPE, São José dos Campos, SP, Brasil) foram utilizados para entrada, processamento, análise de autocorrelação espacial e construção de mapas temáticos. A estatística Scan espaço temporal foi realizada utilizando o software SaTScan versão 9.1.1 (Harvard Medical School, Boston e Information Management Service Inc, Silver Spring, MD, EUA). Organização dos dados, cálculo dos indicadores e análises estatísticas foram realizadas utilizando planilhas do Microsoft Office Excel 2010 (Microsoft Corporation; Redmond, WA, USA) e no software STATA versão 14.0 (StataCorp LP, College Station, TX, EUA).

RESULTADOS

No período estudado se registraram na Bahia 6.173  bitos por AIDS-HIV. O  ndice de Moran Global (I) para a taxa padronizada de óbitos por HIV permitiu detectar a incidência de autocorrelação espacial significativa nas taxas no período e área de estudo. O Estatístico I de Moran Global via simulação de Monte Carlo para cada um dos anos de estudo variou entre 0,08 e 0,19, todos estatisticamente significantes ($p < 0,005$), com exceção do ano de 2010 que não foi estatisticamente significativo ($p=0,111$) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - I de Moran Global via simulação de Monte Carlo.

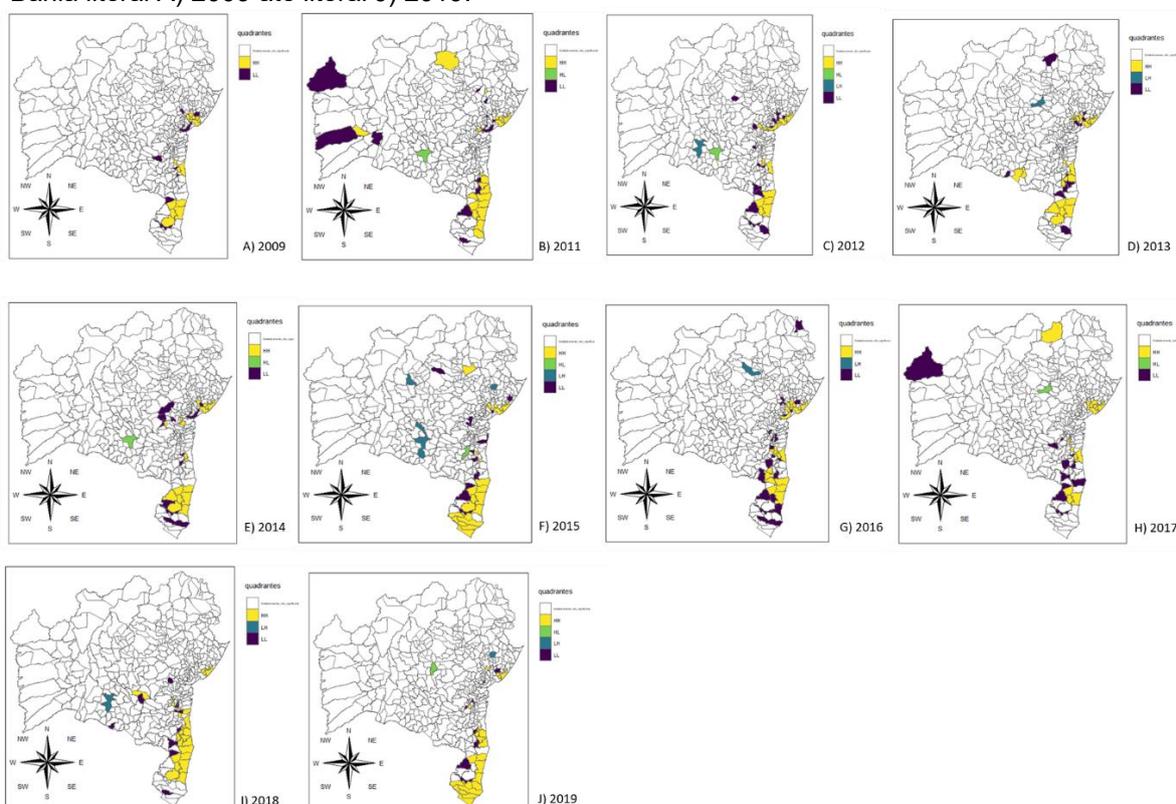
Ano	Estatístico I de Moran Global	p-value
2009	0,1116	$p < 0,001$
2010*	0,0328	$p = 0,111^*$
2011	0,1673	$p < 0,001$
2012	0,0857	$p < 0,005$
2013	0,1989	$p < 0,001$
2014	0,1419	$p < 0,001$
2015	0,1546	$p < 0,001$
2016	0,1224	$p < 0,001$
2017	0,1478	$p < 0,001$
2018	0,1955	$p < 0,001$
2019	0,1238	$p < 0,001$

*Ano 2010 não foi estatisticamente significativo. **Fonte:** Silva EM, et al., 2025.

No entanto, devido ao número relativamente elevado de municípios e anos envolvidos nesta investigação, o cálculo de um único índice global não foi suficiente para identificar aglomerados de municípios com valores significativamente altos ou baixos da variável, ou, então, discrepantes entre si. Para esse fim, utilizou-se o Índice de Moran Local com o log das taxas padronizadas, os índices locais encontram-se representados nos mapas seguintes:

Os mapas sugerem que as maiores taxas padronizadas de óbitos por HIV estão concentradas na Mesorregião Metropolitana de Salvador e no Sul Baiano. Os clusters locais com as mais elevadas taxas padronizadas de óbitos por HIV são representados pelo quadrante HH em cor amarela (**Figura 1**, de 2009 a 2019). É relevante observar que municípios com baixas taxas de óbitos coexistem em proximidade com municípios que apresentam taxas elevadas de mortalidade.

Figura 1 - Mapas de Indicadores Locais de Associação Espacial (LISA) para os municípios da Bahia literal A) 2009 até literal J) 2019.



Fonte: Silva EM, et al., 2025.

DISCUSSÃO

De acordo com o presente estudo, os clusters locais com as mais elevadas taxas padronizadas de óbitos por HIV encontram-se na Mesorregião Metropolitana de Salvador e Sul Baiano. Estudos apontam que, os países em desenvolvimento, cujos serviços de saúde são muitas vezes insuficientes para atender às necessidades da maioria da população, revelam ser os mais afetados pela epidemia de HIV/AIDS (CASTRO KG e MCMACKEN M, 1994). A mortalidade por AIDS no Brasil é um relevante problema de Saúde Pública que atinge, de forma heterogênea, diferentes segmentos da população (REIS AC, et al., 2007).

Estigma, preconceito, criminalização e desrespeito aos direitos humanos é o sinônimo da vulnerabilidade de populações e indivíduos frente ao HIV/AIDS na sociedade (UNAIDS, 2013). Além disso, muitos países dificultam o avanço das políticas de prevenção e o acesso oportuno aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento do HIV (BRIGNOL S, et al., 2015).

Segundo Sanchez AIM e Bertolozzi MR (2007), o termo vulnerabilidade vem sendo utilizado desde o início dos anos 90 visando à reflexão e elaboração de ações preventivas em HIV/AIDS. O termo em questão, pode ser compreendido como um conjunto de aspectos, individuais e coletivos, relacionados ao modo e grau de exposição frente à infecção pelo HIV ou adoecimento decorrente dessa infecção (AYRES JCRM, et al., 2003).

Para Parker R (1994), olhar a infecção pelo HIV/AIDS sob a ótica da vulnerabilidade requer uma mudança da própria concepção da epidemia, que inicialmente se baseava em um modelo epidemiológico de risco, para uma reorientação das ações individuais de intervenção no sentido de incluir as mediações históricas e estruturais responsáveis pelo aumento da vulnerabilidade das populações ao HIV/AIDS.

O Brasil tem registrado, anualmente, uma média de 41,1 mil casos de SIDA de 2013 a 2017. Desde o início da epidemia de AIDS (1980) até 31 de dezembro de 2018, foram notificados no Brasil 338.905 óbitos tendo o HIV/AIDS como causa básica (OMS, 1994; BRASIL, 2019). De acordo com o presente estudo, as maiores taxas padronizadas de óbitos por HIV encontram-se na Mesorregião Metropolitana de Salvador e Sul Baiano.

Salvador é a capital do estado da Bahia. Possui quase três milhões de habitantes (DATASUS, 2010) sujeitos à racialização das desigualdades sociais (MCCALLUM CA, 2005); à desproporcionalidade entre riqueza e pobreza; e ao déficit no abastecimento de serviços públicos mínimos necessários (OLIVEIRA IBN, 2009).

O primeiro caso de AIDS em Salvador ocorreu em 1984. Até o início dos anos 1990, a pandemia local atingia majoritariamente pessoas com comportamento homossexual e usuários de droga injetável. A partir daí houve um crescimento intenso no número de casos que tinham relações heterossexuais como categoria de exposição (LOPES F, 2003).

Estudos indicam que, em Salvador, assim como na região metropolitana, tem como zona de risco o Centro Histórico da cidade, porque é o lugar onde ficam os usuários de drogas e moradores de ruas, e estas são pessoas mais afetadas pelo HIV/AIDS, de acordo com o “estudo de soroprevalência feito em 1988 a 1990” (CÁ ED, 2020).

Segundo Cá ED (2020), se formos analisar o contexto do HIV/AIDS em Salvador, houve um aumento de casos. Por conta dos trabalhos desempenhados por associações, existentes no Brasil, de apoio à pessoa com AIDS, o número de casos está sendo controlado dentro da capital e isso inclui a região metropolitana.

Em uma análise utilizando dados secundários obtidos no SINAN local, foi identificado que, a maior prevalência de casos de HIV/AIDS foi em Salvador 81,7%, mas também foi notificado casos em mais 47 municípios da Bahia, como: Lauro de Freitas 4,2%, Simões Filho 1,8%, Candeias 1,2%, Feira de Santana 1,1% e demais representando 9,9% do total, com índice menor que 1% (PINTO AA, et al., 2017).

Lopes F (2003) identificou que de 2017 a 2019, 151 municípios da Bahia registraram ocorrências de, pelo menos, um caso soropositivo para HIV/AIDS, gerando uma taxa média de 6,5 casos/105 hab. Salienta-se que, as maiores prevalências se concentraram na capital (Salvador) e quatro municípios das regiões Sul e Extremo Sul do Estado, sendo estas, Santo Antônio de Jesus, que segundo o IBGE (2010), possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,700, Porto Seguro (IDH: 0,676), Serrinha (IDH: 0,634) e Feira de Santana (IDH: 0,712). Deste modo, percebe-se que as regiões supracitadas possuem, em comum, um médio IDH, o que escancara as condições dos municípios em questão e enfatiza a discrepância diante de outras regiões.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS, do Ministério da Saúde, de 2015, no ranking de mortalidade dos municípios da Bahia, quanto à frequência acumulada de óbitos, nos anos de 2010 a 2014, encontra-se Salvador (n=1.171), Feira de Santana (n=123) e Itabuna (n=62). Enfatiza-se que, entre os 25 municípios apresentados no ranking, 92% recebem incentivo para as ações de prevenção e assistência às DST, HIV/AIDS e hepatites virais. Verificou-se que os municípios com maiores taxas de mortalidade apresentam em comum condições de vulnerabilidade, a citar os grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, em decorrência de grande fluxo de pessoas que continuamente estão se relacionando

(SANTOS BM 2019; OLIVEIRA IBN, 2009). O que pode ser acentuado por tratar-se de região litorânea sob influência do turismo, uma vez que, a prática do turismo sexual é uma realidade detectada e correlacionada, ao problema em questão, em estados vizinhos (CÁ ED, 2020).

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou o conhecimento do índice por HIV/ AIDS nos municípios do estado da Bahia. Os resultados evidenciaram as maiores taxas padronizadas de óbitos por HIV na Mesorregião Metropolitana de Salvador e Sul Baiano. Em consonância com achados de outros estudos, fica em evidência vulnerabilidade social das regiões mais acometidas para justificar as altas taxas de mortalidade. Admitir a complexidade que envolve as vulnerabilidades das comunidades, dos indivíduos e dos grupos, englobando seus determinantes macro e micropolíticas, que iniciam desde o modo de organização social até o modo de viver singular, possibilita o fortalecimento do protagonismo destes, a mobilização dos recursos e potencialidades presentes no território (PINTO AA, et al., 2017). Deste modo, acredita-se que refletir acerca da vulnerabilidade relacionada às pessoas pode proporcionar uma renovação das práticas de cuidado em maior observância, cumprimentando e em consonância com os princípios do SUS, a integralidade e a equidade. Haja vista, acolher essas vulnerabilidades para fomentar processos de enfrentamento e transformação e não estigmatizar ou incapacitar sujeitos ou grupos, é o maior propósito.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

O presente estudo foi realizado com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

REFERÊNCIAS

1. ANSELIN L. Local Indicators of Spatial Association-LISA. *Geographic Anal*, 1995; 27(2): 93–115.
2. ASSUNÇÃO RM, et al. Mapas de taxas epidemiológicas: uma abordagem Bayesiana. *Cadernos de Saúde Pública*, 1998; 14(4): 713–723.
3. AUTENRIETH CS, et al. Global and regional trends of people living with HIV aged 50 and over: estimates and projections for 2000-2020. *PLoS ONE*, 2018; 13(11):e0207005.
4. AYRES JCRM, et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA D, FREITAS CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2019*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019.
9. BRIGNOL S et al. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2015; 31(5): 1035-1048.
10. CÁ ED. *AIDS: preconceito e discriminação na cidade de Salvador/BA*. 2020; 54 f.
11. CASTRO KG, MCMACKEN M. La tuberculosis y el virus de la inmunodeficiencia humana en los Estados Unidos, 1985-1992. *Revista Argentina del Tórax*, 1994; 55(2): 169-174.
12. CLIFF AD, ORD JK. *Spatial processes: model and applications* 1 ed. London: Pion, 1981.
13. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. *Informações de saúde. População residente*. 2010.
14. DOURADO I, et al. Considerações sobre o quadro da AIDS na Bahia. *Inf. Epidemiol*, 1997; 6(2): 75-86.

15. GRANGEIRO A, et al. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface*, 2015; 19(52): 5-6.
16. GUIMARÃES MDC, et al. HIV/AIDS Mortality in Brazil, 2000–2015: Are there reasons for concern? *Rev. Bras. Epidemiol.*, 2017; 20(1): 182-90.
17. KULLDORF FM, NAGARWALLA N. Spatial disease cluster: detection and inference. *Statistics in Medicine*, 1995; 14: 799-810.
18. LOPES F. Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003; 227 p.
19. MCCALLUM CA. Racialized bodies, naturalized classes: moving through the city of Salvador da Bahia. *Am Ethnol.*, 2005; 32: 100-117.
20. OLIVEIRA IBN. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2009; 25(suppl 2): s259-s268.
21. OMS. Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: EDUSP, 1994.
22. PARKER R. A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Editora Relume Dumará, 1994.
23. PINTO AA, et al. Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2017; 70(5): 970-977.
24. REIS AC, et al. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. *Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]*, 2007; 16(3): 195-205.
25. SÁNCHEZ AIM, BERTOLOZZI MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva*, 2007; 12: 319-324.
26. SANTOS BM. Mortalidade de adultos com HIV/aids em uso de antirretrovirais em Feira de Santana-BA. il. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2019. 76f.
27. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2020 Global AIDS Update - Seizing the moment - Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Geneva: UNAIDS, 2020.
28. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (CH). 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS, 2014.
29. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global AIDS Update: Fact sheet [Internet]. Geneva: UNAIDS. 2019.
30. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva: World Health Organization, 2013.
31. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS Global AIDS Update 2022. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS, 2022.
32. WHO. World Health Organization. HIV/AIDS. WHO, 2010.