

Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo

Epidemiological setting of HIV infection and AIDS in the World

Telma Alves Martins¹, Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr²
Carl Kendall³, Rosa Maria Salani Mota²

No decorrer dos últimos 30 anos a epidemia de AIDS trouxe consequências muito devastadoras para famílias, comunidades e países, sendo um dos maiores desafios para a saúde pública. Mais de 7.000 pessoas são infectadas com o vírus diariamente, e uma pessoa morre a cada 20 segundos de uma doença relacionada à AIDS. A doença é atualmente a 5ª causa de morte entre adultos e a principal causa entre as mulheres com idades entre 15 e 49 anos^[1-2].

A região da África subsaariana continua sendo a mais atingida com 60% das pessoas vivendo com HIV no mundo, onde mulheres representam 58% deste total. O Caribe, o Leste europeu e a Ásia central, com uma prevalência de 1% na população em geral são também áreas fortemente afetadas pela epidemia. A maioria das pessoas que vivem com HIV tem direito ao tratamento antirretroviral, porém esta situação é quase sempre desigual, particularmente com maiores dificuldades para populações-chave em situação de risco^[3].

A epidemiologia na América Latina e Caribe tem destacado o aspecto de epidemia concentrada na região. Entre a população em geral a prevalência de HIV na América Latina está em níveis estáveis (0,2-0,7%), no entanto o Caribe ainda tem uma das mais altas taxas de prevalências no (<0,1-3%). Todavia estão nas

populações-chaves de alto risco (homens que fazem sexo com homens e transexuais a maioria dos casos incidentes. As trabalhadoras do sexo tem doze vezes mais chance de serem positivas para o HIV quando comparadas com outras mulheres^[4].

Além impacto da epidemia na saúde, o HIV funciona como uma lente que amplia os males da sociedade e as deficiências de nossos sistemas sociais. Desta forma a resposta a epidemia pelos governos dos países tem proporcionado uma oportunidade para fortalecer o tecido social, melhorar a justiça social e reforçar os sistemas que prestam serviços essenciais aos segmentos mais vulneráveis das comunidades. É necessário se obter o equilíbrio entre a intensificação do trabalho nos países mais afetados e a identificação de outros contextos, como os grandes centros urbanos, onde o impacto do HIV está afetando comunidades específicas – especialmente homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e pessoas que usam drogas^[5].

Não são apenas os números que preocupam os governantes. Desde seus primeiros dias, a epidemia foi acompanhada por uma epidemia social de comparável gravidade. Baseada no medo, na ignorância, e no preconceito com os grupos fortemente afetados pelo HIV, a epidemia do estigma e da discriminação

1. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

2. Universidade Federal do Ceará.

3. Tulane University, Estados Unidos.

Autora Correspondente: Telma Alves Martins

E-mail: telmaalvesmartins@gmail.com

freqüentemente sobrecarrega a capacidade e vontade de comunidades e países para responder a epidemia. Em muitos países, inclusive no Brasil, as pessoas que vivem com o HIV perderam seus empregos, suas moradias e o acesso aos cuidados de saúde ou outros serviços públicos.

A epidemia de HIV no mundo continua a ter efeitos profundos em mulheres, homens e transgêneros. Globalmente mulheres trabalhadoras sexuais são 13,5 vezes mais prováveis de viver com HIV que outras mulheres. Em países no oeste da África, uma substancial proporção de novas infecções (10–32%) vem ocorrendo, como resultado do trabalho sexual. Em Uganda, Swaziland e Zâmbia, 7% a 11% de novas infecções são atribuídas ao trabalho sexual com clientes e parceiros regulares. A prevalência média de HIV entre trabalhadores sexuais ao redor do mundo varia de 22% no leste e sul da África (oito países) a 17% no oeste e África Central (17 países), para menos de 5% em todas as outras regiões^[6].

Em outras regiões do mundo as taxas de prevalência de HIV entre as profissionais do sexo variam de taxas menores que 1%^[7-9] a taxas maiores que 5%^[10-12].

Estudo realizado com profissionais do sexo de 8 cidades brasileiras mostrou mais altas taxas de prevalência no Rio Grande do Sul (17,9%-19,5%) e menores taxas (1,2%-2,4%) em Sergipe^[13]. A prevalência do HIV para as PS no Brasil foi de 6,7% em Imbituba-Santa Catarina (e 1% em Campo Grande^[14]).

A epidemia de AIDS se expande entre os municípios brasileiros com 87 por cento destes registrando pelo menos 01 caso de AIDS em 2008. Apesar de a interiorização ser uma tendência atual da epidemia, os casos de AIDS continuam concentrados em municípios mais populosos. Cidades brasileiras com menor contingente populacional (< de 50 mil habitantes) notificam apenas 11% de todos os casos do país, enquanto 1% dos municípios brasileiros, que tem mais de 500 mil habitantes notificam 51,5% de todos os casos de AIDS^[15].

A epidemia no Brasil é do tipo de concentrada considerando os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, que nomeia nesta situação países cuja prevalência da infecção por HIV é de menos de 1% entre parturientes de 15 a 49 anos, e mais de 5% em sub-grupos da população sob maior risco, sendo

este o caso do Brasil cuja prevalência da infecção pelo HIV na população em geral esta em torno de 0,6%^[16], e em 5,9% entre usuários de drogas ilícitas^[17], 14,2% entre os homens que fazem sexo com homens^[18] e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo^[19].

As estimativas são de que aproximadamente 718 mil indivíduos vivam com o HIV/AIDS no Brasil, porém apenas 80% conhecem seu diagnóstico. Nos últimos 10 anos a taxa de detecção de AIDS no Brasil sofreu uma elevação de cerca de 2%, com diminuição nas Regiões Sudeste e Sul e elevação nas demais regiões. O crescimento do número de casos entre heterossexuais teve um reflexo direto sobre a razão masculino/feminino, onde se observa declínio nesta razão (M/F) que passou de 15:1 em 1986 para 1,4: 1 em 2005. Entre os jovens (de 15-24 anos) houve inversão da razão M/F (0,9: 1) entre os anos de 2000 a 2005. A Região Nordeste está entre as que têm os piores indicadores de AIDS no país, com aumento de 62,6% na taxa de detecção de AIDS e elevação de 33,3% no coeficiente de mortalidade nos últimos 10 anos. Além disso, aumentaram as taxa de detecção (3,7%) em < 5 anos de idade, e em 72,3% entre os jovens de 15 a 24 anos, comparando os anos de 2003 e 2012. No contexto da região Nordeste, o estado do Ceará concentra 16% dos casos diagnosticados, e ocupou o 19º lugar no ranking nacional, e 3º no Nordeste no ano de 2012^[20].

A epidemia de AIDS no Ceará apresenta uma tendência de crescimento no período de 1996 a 2012, com destaque para este último ano, quando a incidência no sexo no feminino foi duas vezes maior que a de 1997, ano que sucedeu a introdução da terapia antirretroviral no país. Embora os homens ainda registrem a maioria dos casos, observa-se um crescimento entre as mulheres, passando a razão M/F a ser de 2,5:1 em 2010. Entre os anos de 2003 a 2005 observou-se uma inversão da razão M/F confirmando a forte presença da mulher na epidemia. A maior proporção dos casos de AIDS foi notificada em indivíduos na faixa etária de 20 a 40 anos de idade^[21].

A cidade de Fortaleza ocupou a 6ª posição na detecção de casos entre as capitais da Região Nordeste. Registra mais da metade do total de casos do estado, e vem apresentando crescimento (14,9 casos/100.000 hab em 2001 para 26,4

casos/100.000 hab em 2012) nas taxas de detecção de casos^[19]. A taxa de mortalidade por AIDS apesar de pequenas variações vem se mantendo constante e elevada (5,78 /100.000 hab em 2008 e 5,75/100.000 hab em 2012)^[22].

A epidemia de AIDS no Brasil, ainda apresenta taxas de detecção crescentes na região

REFERÊNCIAS

1. Unaid. Global Report: Unaid Report on the Global AIDS Epidemic 2013; Geneva: 148 p. 2013.
2. A ONU e a resposta à AIDS no Brasil. Brasília-DF: UNAIDS do Brasil 2013.
3. A ONU e a Resposta à AIDS no Brasil. C. , Unodc≪ Unicef, Onu-Mulheres, Ufpa, Unesco, Opas/Oms, Oit, Pnud. Brasília-DF: UNAIDS do Brasil 2013.
4. De Boni R, Veloso VGE, Grinsztejn B. Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean. *Curr. Opin. HIV AIDS*, 2014;9(2):192-8.
5. UNAIDS/ONUSIDA. Chegando a zero. Estratégia do UNAIDS/ONUSIDA 2011- 2015. Brasília-DF: UNAIDS; 2010.
6. Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013; Geneva: 148p. 2013b.
7. Abdelrahim MS. HIV prevalence and risk behaviors of female sex workers in Khartoum, north Sudan. *AIDS* 2010;24:S55-S60.
8. Mahfoud Z. *et al.* HIV/AIDS among female sex workers, injecting drug users and men who have sex with men in Lebanon: results of the first biobehavioral surveys. *AIDS* 2010;24:S45-S54.
9. Khan MS, Unemo M, Zaman SE, Lundborg CS. HIV, STI prevalence and risk behaviours among women selling sex in Lahore, Pakistan. *BMC infectious diseases* 2011;11(1):119.
10. Johnston L. *et al.* High prevalence of mycoplasma genitalium among female sex workers in Honduras: implications for the spread of HIV and other sexually transmitted infections. *International Journal of STD & AIDS* 2012;23(1): 5-11.
11. Medhi GK, Mahanta J, Paranjape RS, Adhikary R, Laskar NE, Ngully P. Factors associated with HIV among female sex workers in a high HIV prevalent state of India. *AIDS care* 2012;24(3):369-76.

nordeste, não sendo exceção o Ceará. Estratégias que promovam a melhoria da vigilância epidemiológica e a disseminação da informação poderão contribuir para a gestão das ações de HIV e AIDS, e mudança nos indicadores de saúde para a população em geral, populações chaves e pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA).

12. Praseeda SD, Anuradha DE, Jayanthi SS. A study on the HBV and the HCV infections in female sex workers and their Co-Infection with HIV. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2013;7(2):234-7.
13. Brasil. Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras . Serie Estudos Pesquisas e Avaliações nº7. S. E. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional De Dst e Aids. Brasília/DF: Ministério da Saúde II: 104p.; 2003.
14. Fernandes FR. *et al.* HIV seroprevalence and high-risk sexual behavior among female sex workers in Central Brazil. *AIDS Care*; 2014.
15. Brazil. Targets and commitments made by member-states at the united nations general assembly special session on HIV/AIDS:UNGASS-HIV/AIDS. A. a. V. H. D. Brazilian Ministry of Health/Health Surveillance Secretariat/ Std. Brasília-DF: 136p.; 2010.
16. Szwarcwald CL. *et al.* HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2008;12(3):167-72.
17. Bastos F, Malta M, Albuquerque E. Taxas de Infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Ministério da Saúde. Brasil; 2009.
18. Kerr LR. *et al.* HIV among MSM in Brazil. *AIDS*; 2012.
19. Szwarcwald CL, De Souza Júnior PR, Damacena GN, Junior AB, Kendall C. Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 Brazilian cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2011;57(3):S129-35.

20. Boletim Epidemiológico-HIV. Aids. D. D. D. a. E. H. V. M. D. Saúde. Brasília-DF; 2013.
21. Ceará. Boletim Epidemiológico. Secretaria Da Saúde. Ceará; 2013.
22. Sala de Apoio a Gestão Estratégica - SAGE. Ministério Da Saúde. Brasília – DF; 2013.