



Revista Psicologia e Saúde

ISSN: 2177-093X

Universidade Católica Dom Bosco, Programa de Mestrado
e Doutorado em Psicologia

Santos, Emalline Angélica de Paula; Zambenedetti, Gustavo

Caracterização dos casos de HIV/AIDS no município de Irati, PR, no período de 1994 a 2012

Revista Psicologia e Saúde, vol. 8, núm. 2, 2016, Julho-Dezembro, pp. 97-112

Universidade Católica Dom Bosco, Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia

DOI: 10.20435/2177-093X-2016-v8-n2(08)

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=609864853009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Caracterização dos casos de HIV/AIDS no município de Irati, PR, no período de 1994 a 2012

Characterization of HIV / AIDS cases in the municipality of Irati, PR, in the from 1994 to 2012

Caracterización de los casos de VIH/SIDA en el municipio de Irati, PR, en el periodo de 1994 a 2012

Emalline Angélica de Paula Santos¹

Gustavo Zambenedetti

Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)

Resumo

A AIDS representa um fenômeno global e bastante complexo, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A partir da descoberta do agente causador da AIDS, o HIV, no início da década de 1980, verificou-se sua rápida expansão pelo mundo, primeiramente para as grandes metrópoles e, mais tarde, para os municípios de médio e pequeno porte. Ao longo das três últimas décadas, seu perfil epidemiológico se tornou bastante diversificado, de acordo com cada região. Este estudo buscou investigar as características da epidemia da AIDS no município de Irati, PR, no período de 1994 a 2012, levando-se em consideração aspectos como forma de transmissão, faixa etária, proporção homens X mulheres, entre outros. Foi realizada uma pesquisa exploratória, com viés descritivo, através da análise dos prontuários e dados disponíveis no setor de epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde de Irati, PR. A análise realizada contribui para a identificação de possíveis condições que apontam para vulnerabilidades específicas desse contexto, contribuindo para a formulação de intervenções mais contextualizadas. Indica-se a necessidade de estudos com caráter qualitativo, que possam aprofundar a compreensão da vulnerabilidade à AIDS no contexto estudado.

Palavras-chave: AIDS; Internalização; Saúde coletiva; Serviços de saúde.

Abstract

AIDS is a global and very complex phenomenon, involving biological, psychological and social. From the discovery of the causative agent of AIDS, HIV, in the early 1980s, there was a rapid expansion throughout the world, primarily for large cities and later to the medium and small municipalities. Over the last three decades epidemiological profile has become quite diverse, according to each region. This study investigated the characteristics of the AIDS epidemic in the city of Irati, PR, in the period 1994-2012, taking into account aspects such as mode of transmission, age, proportion men/women, among others. An exploratory research, with descriptive bias by analyzing the records and data available at the Municipal epidemiology sector of Irati, PR. The analysis contributes to the identification of possible conditions related to specific vulnerabilities this context, contributing to the formulation of more contextualized interventions. Indicates the need for qualitative studies, they can deepen the understanding of vulnerability to AIDS in the context studied.

Key words: AIDS; Internalization; Public health; Health services.

Resumen

El SIDA representa un fenómeno global y bastante complejo, se ha involucrado aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Desde el hallazgo del agente causante del SIDA, el VIH, en el inicio de la década de 1980, se verificó su rápida expansión en todo el mundo, primer sobre las grandes metrópolis y, más tarde, para los municipios de medio y pequeño porte. Durante las últimas tres décadas, su perfil epidemiológico se ha convertido en bastante diversificado, de acuerdo con cada región. Este estudio buscó investigar las características de la epidemia de la SIDA en la ciudad de Irati, PR, en el período de 1994 a 2012, llevando em consideración aspectos como tipo de transmisión, la edad, proporción hombresXmujeres, entre otros. Fue realizada una investigación exploratoria, con bies descriptivo, mediante el análisis de las fichas y datos

¹ Endereço de contato: Rua Santos Dumont, 425, Centro, Prudentópolis, PR, Brasil, CEP 84400-000.
E-mail: emallineaps@hotmail.com

disponibles en el sector de epidemiología de la Secretaría Municipal de la Salud de Irati, PR. El análisis realizada contribuye para la identificación de posibles condiciones que apuntan para vulnerabilidad específicas de este contexto, contribuyendo para la formulación de intervenciones más contextualizadas. Se indica la necesidad de estudios con carácter cualitativo, que pueden profundizar la comprensión de la vulnerabilidad a la SIDA en el contexto estudiado.

Palabras-clave: SIDA; La internalización; Salud pública; Servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) representa um fenômeno global e muito complexo, uma vez que envolve questões biológicas, psicológicas e sociais. Os impactos da epidemia se expressam através de diversos aspectos: dos óbitos relacionados à AIDS e dos “órfãos da AIDS”, sendo estes referidos aos impactos ocasionados pela perda de um pai ou mãe em decorrência do óbito relacionado à AIDS (França-Junior., Doring, & Stella, 2006); da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV-AIDS (PVHA) (Reis, Santos, Dantas, & Gir, 2011); do sistema de saúde - o qual é convocado a dar respostas no nível da prevenção e do cuidado das pessoas infectadas pelo HIV; e da sociedade, convocada a debater os sentidos construídos em torno da epidemia e procurar formas de combater o estigma relacionado à AIDS (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [Onusida], 2005).

Marques (2003) demonstra que os primeiros casos de AIDS foram identificados em 1981, nos Estados Unidos, porém, ainda não se tinha conhecimento a respeito do que se tratava. Posteriormente foi comprovado que a causa da síndrome era um vírus, denominado de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o qual era transmitido através de relações sexuais e contato com o sangue, leite materno e fluido genitais de uma pessoa infectada. Dessa forma, foi oficializada a sigla AIDS para identificar a doença. Também, foi possível deixar claro que não existe predileção do vírus pela identidade ou orientação sexual de um indivíduo, sendo essa uma crença que resultou em

estigma e discriminação. O estigma constitui-se como uma marca, nesse caso, representada pela infecção por HIV, que torna o sujeito desqualificado perante os demais membros da sociedade. Já a discriminação refere-se a um tratamento desigual, em decorrência do processo de estigmatização (Onusida, 2005). Também em decorrência das críticas aos conceitos de grupos de risco e comportamento de risco, adotou-se a perspectiva da vulnerabilidade para guiar trabalhos de prevenção e atenção integral às PVHA (Ayres, França, Calazans, & Saletti Filho, 2009).

Conforme Janeway (2000), o HIV tem a capacidade de deteriorar o sistema imunológico do organismo, deixando-o suscetível a outras doenças infecciosas, ocasionando então a AIDS. Além desse impacto que causa no organismo, o HIV traz também consequências de ordem psicosocial para a PVHA, a qual tem que aprender a lidar com diversas situações novas: pensar para quem revelar o diagnóstico e como fazê-lo; (re)pensar as práticas性uais e a relação com o uso do preservativo; inserir uma dinâmica de acompanhamento com a realização de consultas periódicas, realização de exames; em alguns casos, em que se faz necessário o uso da medicação antirretroviral, fazer a adesão a esta, entre outros aspectos.

Brito, Castilho e Szwarcwald (2001) demonstram que, no Brasil, os primeiros casos de AIDS foram identificados em 1980 e, inicialmente, eram restritos às grandes metrópoles e centros urbanos. Com o passar do tempo, o perfil epidemiológico da AIDS foi sofrendo algumas transformações, possibilitando que, difundida nas metrópoles, mais tarde, atingisse os municípios de médio e

pequeno porte. O número de infecções decorrentes do compartilhamento de seringas durante o uso de drogas injetáveis teve um decréscimo considerável nas décadas de 1990 e anos 2000, primeiramente em decorrência das políticas de redução de danos (Brasil, 2001) e, posteriormente, como efeito das mudanças no perfil do uso de drogas no Brasil, principalmente com a substituição da cocaína injetável pelo crack, o qual não oferece uma via direta de infecção para o HIV. Do ponto de vista assistencial, foram criados, desde o final da década de 1980, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e ambulatórios especializados para a realização do diagnóstico e atenção integral às pessoas diagnosticadas com HIV. A partir dos anos 2000, teve início um movimento de ampliação do acesso ao diagnóstico, através de campanhas e estímulo à prevenção. Esse movimento foi intensificado com a criação do teste-rápido para diagnóstico de HIV, que possibilitou a incorporação do diagnóstico para HIV em novos serviços, principalmente na rede básica de saúde, a qual se encontra capilarizada em território nacional (Brasil, 2013).

Considerando-se a tendência de interiorização da epidemia e da singularidade do perfil da AIDS nas diversas regiões, nosso estudo teve como objetivo caracterizar os casos de AIDS registrados em Irati-Paraná, no período de 1994 a 2012. Irati possui uma população de 56.207 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010)¹, e está situada na região do sudeste do Paraná, distante 153 km de Curitiba, capital do estado.

Conforme o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP, 2008), o psicólogo

também está inserido nas equipes multiprofissionais dos serviços de saúde descentralizados que dão suporte às PVHA, sendo seu trabalho voltado, basicamente, para proteção, prevenção, diagnóstico e assistência, embora envolva também outras funções, entre elas, o monitoramento de práticas sociais, através da realização de pesquisas que visam à observação de tendências de comportamento na população ao longo do tempo e, também, à coleta de informações para a avaliação das ações de controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) / AIDS.

Segundo Campos (2002), a atuação na saúde coletiva pressupõe competências atreladas tanto ao núcleo quanto ao campo profissional. As primeiras dizem respeito às ações específicas de uma profissão, não podendo ser compartilhadas com outras. As segundas, aos saberes e práticas compartilhadas por vários profissionais da equipe, como o acolhimento, a escuta, o desenvolvimento de ações de prevenção e a produção e utilização de dados epidemiológicos. Nessa perspectiva, cabe ao psicólogo, assim como aos demais membros das equipes multiprofissionais inseridos nas políticas em DST-AIDS, desenvolver estudos com viés epidemiológico, buscando caracterizar a epidemia em contextos locais. Para a psicologia, ações como essas representam uma ruptura com o chamado “modelo clínico tradicional” (Lo Bianco, Bastos, Nunes, & Silva, 1994; Moreira, Romagnoli, & Neves, 2007), centrado na relação dual, em consultório privado, com a supervalorização de um modelo teórico em detrimento de outros, caracterizando um modelo que não responde adequadamente às novas demandas de atuação na saúde coletiva.

Portanto, para firmar o compromisso dessa responsabilidade que foi concedida à psicologia e acreditando que “toda pesquisa tem uma intencionalidade, que é a de elaborar conhecimentos que

¹ Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411070&search=parana|irati>

possibilitem compreender e transformar a realidade" (Pádua, 2005, p. 32), é que se vê a necessidade de um estudo mais específico que forneça dados epidemiológicos e informações a respeito das características dos casos de AIDS registrados em Irati, PR, no período de 1994 a 2012.

MÉTODO

A presente pesquisa classificou-se como exploratória, com viés descritivo.

Segundo Gil (2007), o objetivo de uma pesquisa exploratória é proporcionar conhecimento sobre um fenômeno que tenha pouco ou nenhum estudo, podendo assim, aprimorar ideias ou construir hipóteses a seu respeito. Elas envolvem um levantamento bibliográfico e a coleta de dados em um determinado campo, sendo bastante flexíveis, já que permitem considerar os vários aspectos relativos ao fenômeno estudado. Já a pesquisa descritiva "tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno" (Gil, 2007, p. 42), como por exemplo, a sua distribuição por idade, sexo, nível de escolaridade etc. Para isso, elas costumam utilizar técnicas padronizadas para a coleta de dados, como o questionário e/ou a observação sistemática, e isso constitui a principal característica dessas pesquisas. Gil (2007) ressalta que, embora definida como descritiva com base em seus objetivos, uma pesquisa também pode proporcionar conhecimento sobre o fenômeno estudado, o que permite que ela também seja considerada uma pesquisa exploratória.

Considerando-se a quase inexistência de quaisquer estudos sobre a questão do HIV-AIDS em Irati, seja em perspectivas psicossociais, biomédicas, seja em comportamentais, pensamos que a caracterização dos casos de HIV-AIDS no município é uma das formas de estabelecer uma primeira aproximação com tal campo, em uma perspectiva exploratória.

PROCEDIMENTOS

A coleta de dados ocorreu através do acesso aos registros disponíveis no Setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde de Irati, PR. Tal setor integra o Programa de DST/AIDS e é responsável pelo registro dos casos de AIDS no município de Irati, assim como pelo diagnóstico de HIV e atendimento as PVHA no município de Irati, possuindo registros (prontuários) das pessoas que já foram atendidas e/ou permanecem em atendimento.

Para o registro dos dados foi formulada uma ficha, a qual continha campos para o registro dos seguintes dados: ano de diagnóstico de HIV; ano de notificação (caso de AIDS); local de tratamento; idade, sexo, modo de transmissão, cor, bairro, outras observações.

A coleta de dados ocorreu através de quatro encontros, em que se combinava dia e horário conforme disponibilidade dos funcionários do estabelecimento que auxiliaram no processo de coleta. Foram analisados os registros relativos ao período de 1994 a 2012, incluindo tanto as pessoas que permanecem em tratamento no local quanto as que não se tratam mais no local, ou seja, que foram transferidas, desistiram do tratamento ou já foram a óbito.

O preenchimento das fichas de coleta foi efetivado no próprio estabelecimento, sendo que sempre havia uma funcionária manipulando os prontuários e repassando as informações que constavam neles. É importante ressaltar que, muitas vezes, havia campos nos prontuários que não estavam preenchidos, dessa forma essas informações eram repassadas pelas funcionárias com base no conhecimento que elas tinham em relação a determinado paciente, devido ao tempo em que trabalham no local. Essa constatação produziu uma discussão junto à equipe do local, no sentido de indicar a importância do preenchimento

adequado dos dados, a fim de possibilitar a realização de pesquisas e levantamentos que possam caracterizar a realidade local. O preenchimento adequado desses materiais possibilita não só a realização de pesquisas, mas também o acesso a informações por profissionais da equipe, inclusive em casos em que ocorre a renovação de profissionais.

A partir da ficha de coleta de dados, foi realizada uma análise e discussão, buscando-se caracterizar os casos de HIV-AIDS registrados em Iriti. A análise buscou padrões (características em comum) e singularidades, sendo que tais dados foram contrastados com os dados apresentados em boletins epidemiológicos (Brasil, 2012b) e outros estudos sobre o tema.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)/Paraná, garantindo-se todos os procedimentos éticos necessários.

A pesquisa levou em consideração

tanto os registros de casos de HIV, quanto os casos notificados de AIDS. Porém, os dados epidemiológicos registram apenas os casos de AIDS, os quais são utilizados nas estatísticas de incidência, prevalência, mortalidade e letalidade etc. Decidimos ampliar a coleta para os casos de HIV como um todo a fim de ter um conhecimento mais amplo sobre os casos da epidemia no contexto local.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da coleta de dados, foi possível acessar informações que correspondem a um total de 92 pacientes, sendo que, dentre estes, 47 permanecem em tratamento, e os outros 45 pertencem ao chamado "arquivo morto" ou "arquivo inativo", o qual corresponde a arquivos já não consultados, ou então pouco consultados, que possuem dados e informações dos pacientes. Esse arquivo morto/inativo agrupa os casos de óbito, transferência e desistência de pacientes, correspondendo respectivamente a 18, 13 e 14 casos.

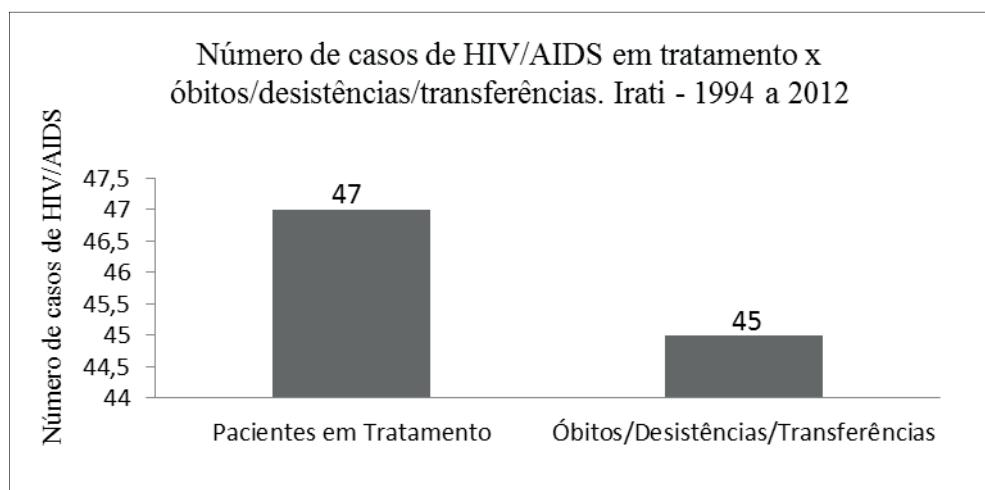


Gráfico 1. Número de pacientes com HIV/ AIDS em tratamento x óbitos/desistências/transferências. Iriti, Paraná, Brasil – 1994 a 2012.

Com base no arquivo morto, foram encontrados 18 óbitos e 13 transferências, sendo que, com relação a estas, foi considerado como casos de transferência somente aqueles em que os pacientes foram encaminhados do Programa de DST/AIDS do município de Irati, PR, para outro município ou estado, não incluindo os casos que vieram transferidos de outros municípios ou estados para o Programa. As desistências correspondem a 14 dos casos, sendo estas entendidas como os casos de pacientes que abandonaram o tratamento, passaram somente uma vez pelo programa e/ou o programa não conseguiu mais contato com tais pacientes.

O número de óbitos é um aspecto que chama a atenção, considerando-se que, desde o final da década de 1990, são oferecidos, na rede pública de saúde, os medicamentos antirretrovirais (ARV), responsáveis por um importante incremento na expectativa de vida de PVHA. Em nível nacional, observa-se que o coeficiente padronizado de mortalidade caiu de 7,6 em 1998 para 6,3 em 2010 (Brasil, 2012b). Apesar disso, observa-se, tanto em nível nacional quanto local, a persistência de óbitos por AIDS. Os números apresentados levantam a necessidade de investigações de caráter quali-

tativo, nas quais seja possível detectar os aspectos associados a esses óbitos. Uma das hipóteses levantadas na literatura é o diagnóstico tardio do HIV, o que prejudica o processo de tratamento, levando os pacientes a óbito mais rapidamente. Estudo realizado por Grangeiro, Escuder, Menezes, Alencar, e Castilho (2011), analisando os dados sobre mortalidade por AIDS no Brasil entre 2003 e 2006, demonstra que 43,6% das pessoas que adentraram o sistema de saúde tiveram diagnóstico tardio². Segundo os autores, o risco de morte nos 12 primeiros meses após o diagnóstico está diretamente associado ao diagnóstico tardio e consequente início tardio do tratamento. No curso da epidemia de AIDS, a inserção das medicações antirretrovirais foi responsável por uma considerável redução da taxa de mortalidade por AIDS, levando alguns autores a considerá-la não mais uma condição aguda, mas, sim, uma condição crônica (Alencar, Nemes, & Velloso, 2008). No entanto outros fatores podem ter importante impacto na redução da mortalidade. Segundo Grangeiro et al. (2011), o acesso ao diagnóstico e tratamento no tempo considerado adequado poderia reduzir em até 50% as taxas brasileiras de mortalidade por AIDS.

² O diagnóstico é considerado tardio quando o óbito ocorre logo após o diagnóstico; ou quando se constata a presença de doenças oportunistas, evidenciando que a condição do paciente foi agravada pelo HIV; ou quando é detectado que a contagem de linfócitos T-CD4 encontra-se menor ou igual a 200 cel/mm³ (Grangeiro, Escuder, & Pereira, 2012).

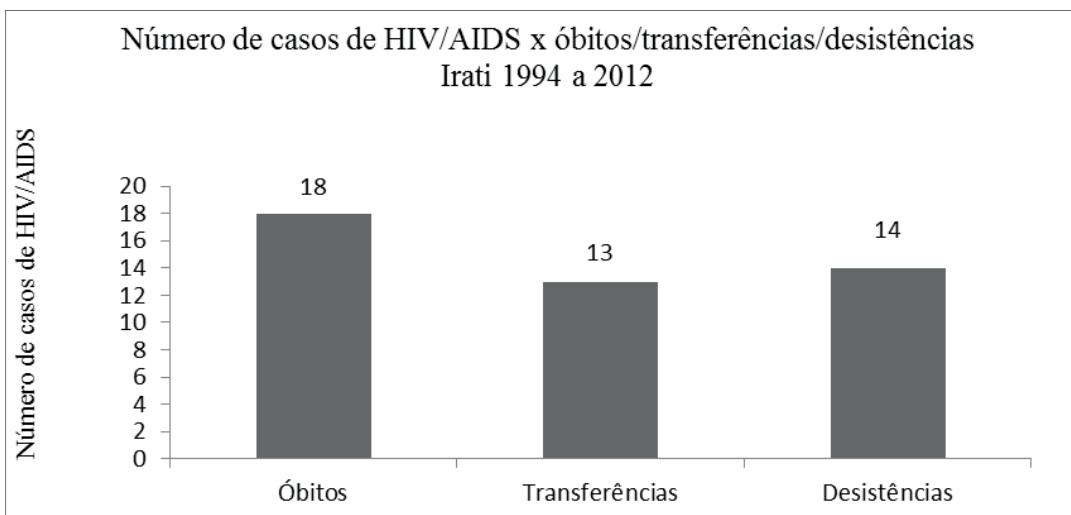


Gráfico 2. Número de casos de HIV/AIDS x óbitos/transferências/desistências. Iraty, Paraná, Brasil – 1994 a 2012.

Os dados referentes aos óbitos indicam a necessidade de ampliação do acesso ao diagnóstico, o que pode envolver campanhas de sensibilização da população para a realização do teste anti-HIV, ampliação dos locais que ofertam a realização do teste e divulgação desses locais à população.

Quanto ao número de casos diagnosticados ano a ano, podemos observar que o maior número foi encontrado no

ano de 2005, correspondendo a 12 casos diagnosticados. O ano de 2011 foi o segundo com maior número de casos diagnosticados, com 10, seguindo pelo ano de 2009, com 9 casos, e o ano de 2002, com 8 casos. Apesar da existência de alguns picos ao longo da última década, observa-se certa regularidade nos registros, não sendo possível caracterizar tendência de aumento ou decréscimo no número de casos de AIDS.

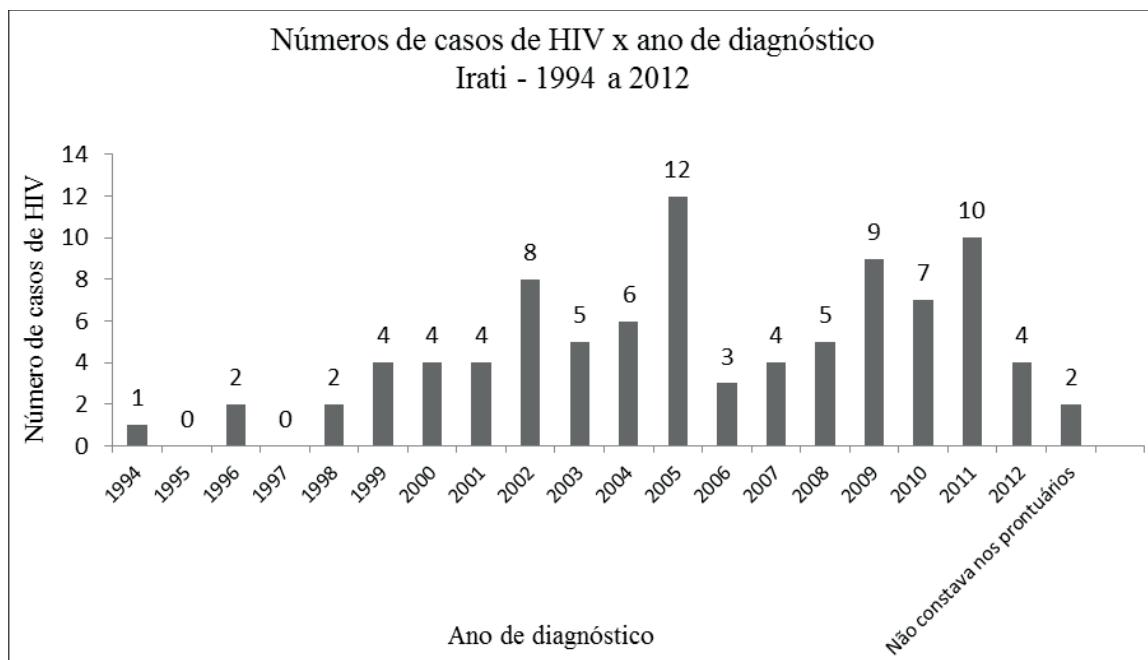


Gráfico 3. Números de casos de HIV x ano de diagnóstico. Iraty, Paraná, Brasil – 1994 a 2012.

Em relação ao gênero, foi encontrada pequena diferença entre homens e mulheres. Como demonstrado no gráfico 4 abaixo, o município de Irati apresenta quarenta e sete casos de HIV/AIDS em homens, sendo que as mulheres apresentam quarenta e cinco casos. Embora a diferença não seja tão significativa no que se refere a um grande contraste de valores, os resultados encontrados confirmam os dados disponíveis em nível nacional, segundo o Boletim Epidemiológico de 2012, o qual também demonstra maiores taxas de casos de AIDS em homens do que em mulheres.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2012, desde 1980 até 2012 o número de homens com HIV/AIDS sempre prevaleceu em relação ao número de mulheres, sendo que, no ano 2012, o número de casos notificados foi de 11.162 em homens e de 6.648 em

mulheres. Embora ainda haja essa prevalência no número de casos do sexo masculino, o que se pode observar no decorrer dos anos é um grande aumento do número de casos do sexo feminino, se comparado com o aumento de casos do sexo masculino. Como, por exemplo, no ano de 1982, havia 15 casos do sexo masculino e nenhum do sexo feminino. Já no ano de 2010, foram notificados 23.216 casos em homens, enquanto em mulheres 14.136, o que corresponde a uma razão de sexo de 1,6.

Em Irati, essa razão é de 1,04, ou seja, a proporção de homens e mulheres infectados pelo HIV é quase a mesma, dado este que corrobora com a tendência à feminilização da epidemia. Esses dados apontam a existência de vulnerabilidades de gênero, as quais devem ser mais bem estudadas e compreendidas no contexto local.

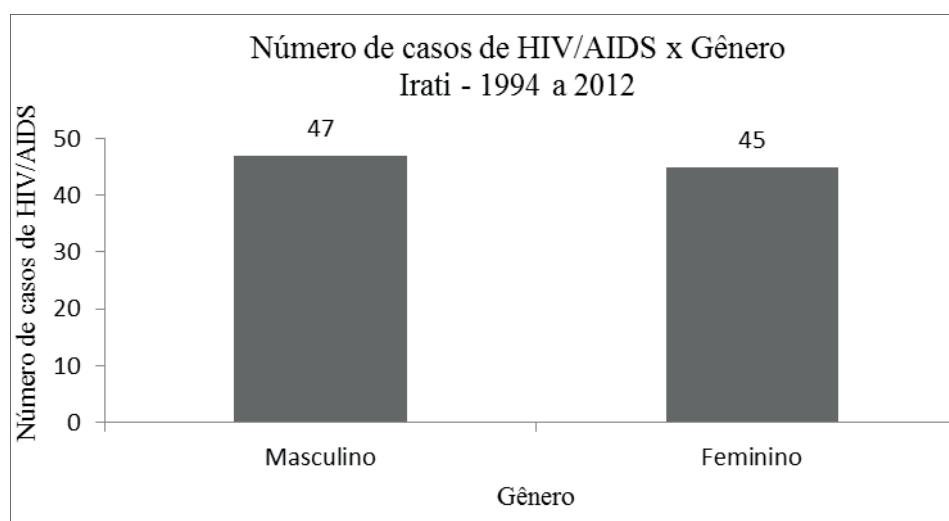


Gráfico 4. Número de casos de HIV/AIDS por Gênero. Irati, Paraná, Brasil – 1994 a 2012.

No que se refere à idade dos pacientes, o maior número de casos de HIV-AIDS foi encontrado na faixa dos 31 a 40 anos, num total de 18 casos, seguindo com o período de 41 a 50 anos, com uma taxa de 16 casos, e o de 20 a 30 anos, com 8 casos, como pode ser observado no gráfico 5.

Para a análise dos dados foi considerada somente a idade dos pacientes que estão em tratamento no programa de DST/AIDS no município de Irati, PR, atualmente, uma vez que corresponde a idade deles no momento da realização da pesquisa. Em nível nacional (Brasil, 2012b), a

incidência maior de casos corresponde à faixa etária dos 30 aos 39 anos com uma soma de 5.819 casos em 2012. A prevalência dessa faixa etária pode ser observada em todos os anos desde 1999. Nesse

sentido, podemos perceber que, ao analisar a prevalência, as pessoas com HIV/AIDS em acompanhamento no Programa Municipal de DST-AIDS de Iriti têm entre 30 e 50 anos.

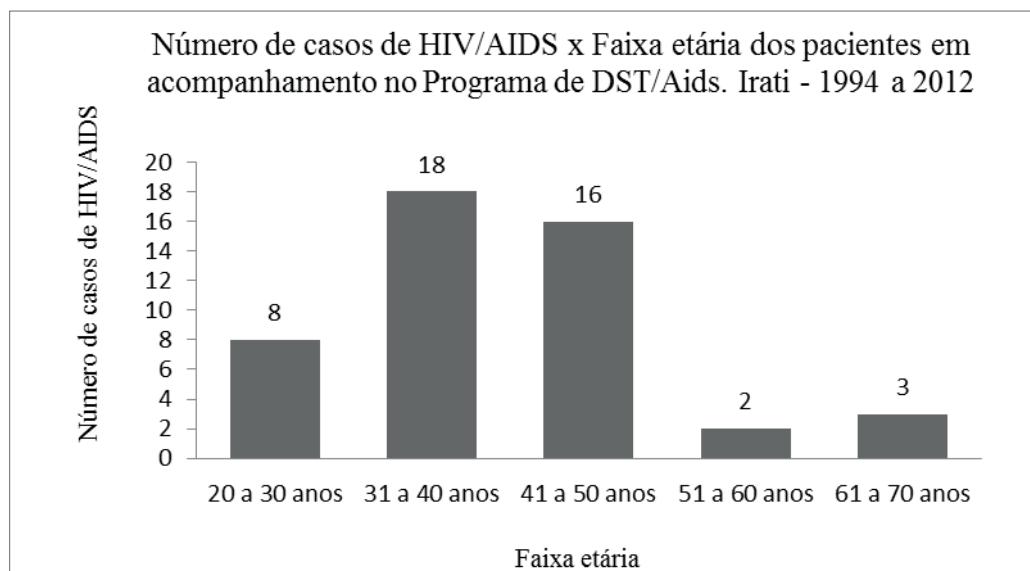


Gráfico 5. Número de casos de HIV/AIDS x Faixa etária dos pacientes em acompanhamento no Programa de DST/AIDS. Iriti, Paraná, Brasil – 1994 a 2012.

No que diz respeito ao estado civil das pessoas em acompanhamento no Programa de DST-AIDS, o gráfico 6 demonstra que há uma igualdade entre o número de solteiros e casados, corres-

pondendo a 39 casos de cada um. Do restante, 3 mantêm um relacionamento de união estável, 4 são viúvos e 2 divorciados, sendo que 5 casos não possuíam a categoria de estado civil preenchida.

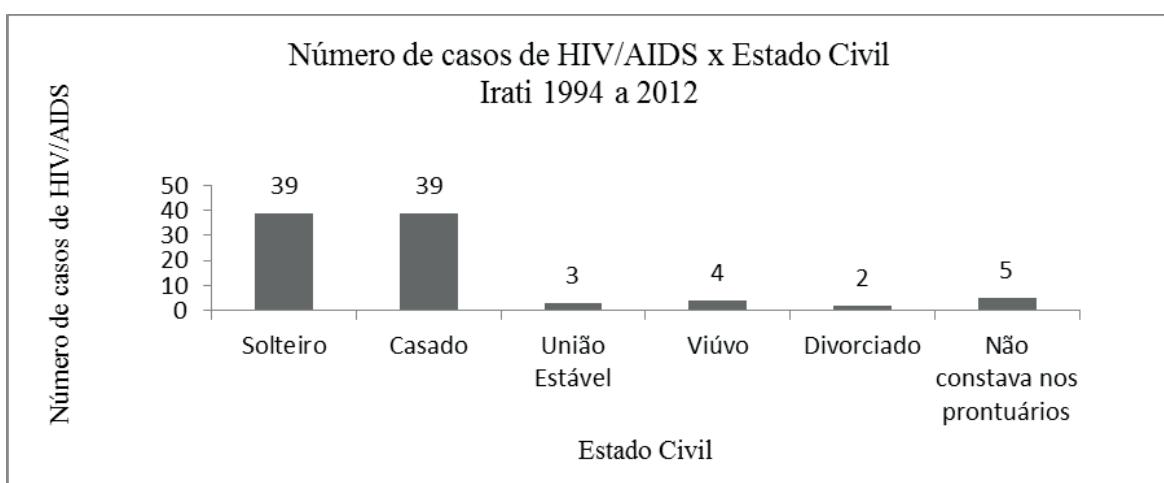


Gráfico 6. Número de casos de HIV/AIDS x Estado Civil. Iriti, Paraná, Brasil – 1994 a 2012.

Como demonstra o gráfico 7, pode-se observar que os maiores números são referentes aos menores níveis de escolaridade, sendo que o nível de 1^a a 4^a série incompleta corresponde ao maior número de pacientes com uma somatória de 15, e os menores números correspondem ao nível do ensino médio incompleto e do ensino superior incompleto, com um número de 3 cada um. Esses dados estão em consonância com o perfil nacional, observando-se que o Boletim Epidemiológico de 2012 (Brasil, 2012b) informa que, no Brasil, no ano de 2012, o

maior número de casos novos de AIDS foi detectado em sujeitos com nível de escolaridade de 5^a a 8^a série incompleta com uma somatória de 1.726 casos, segundo pelo nível do ensino médio completo com um número de 1.602 pessoas. O menor número de casos é de analfabetos, o que corresponde a 223 sujeitos. Pode-se observar que, assim como em Irati, PR, no Brasil como um todo, os maiores números de pessoas com HIV/AIDS ainda pertencem aos menores níveis de escolaridade.

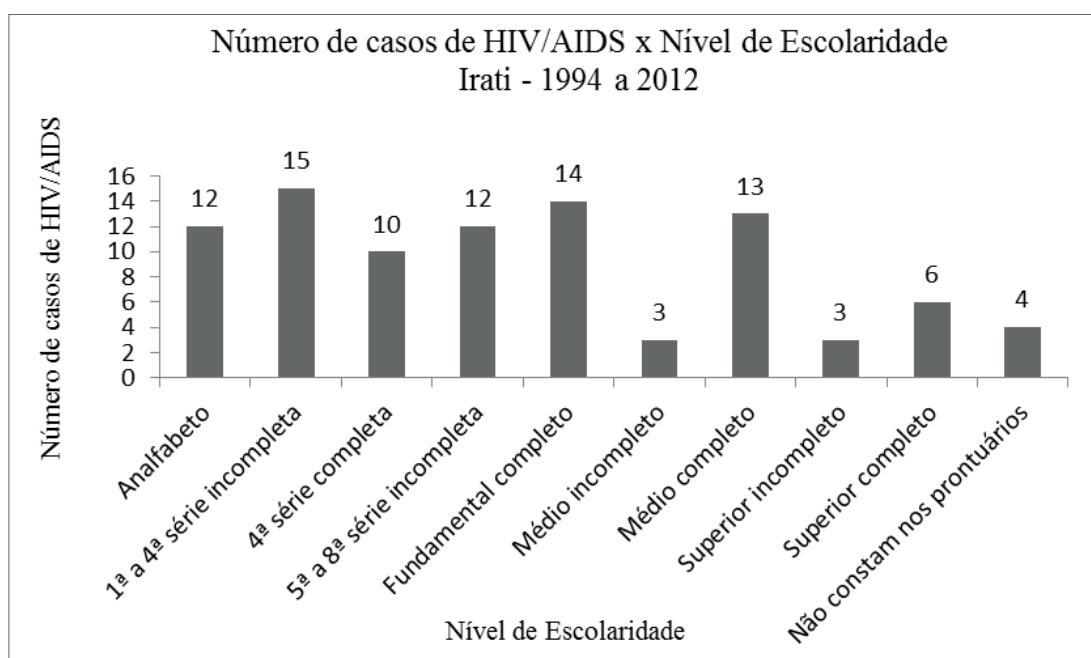


Gráfico 7. Número de casos de HIV/AIDS x Nível de Escolaridade. Irati, Paraná, Brasil – 1994 a 2012.

Quanto à forma de transmissão, a via sexual foi predominante, correspondendo a 86 casos, conforme mostra o gráfico 8 a seguir. É importante ressaltar que, durante a coleta, os dados referentes à forma de transmissão foram, na maioria das vezes, baseados no conhecimento

que as funcionárias do serviço tinham em relação aos pacientes, não havendo, portanto, informações descritas nos prontuários, de modo autodeclarado, como preconizado pelo Ministério da Saúde.

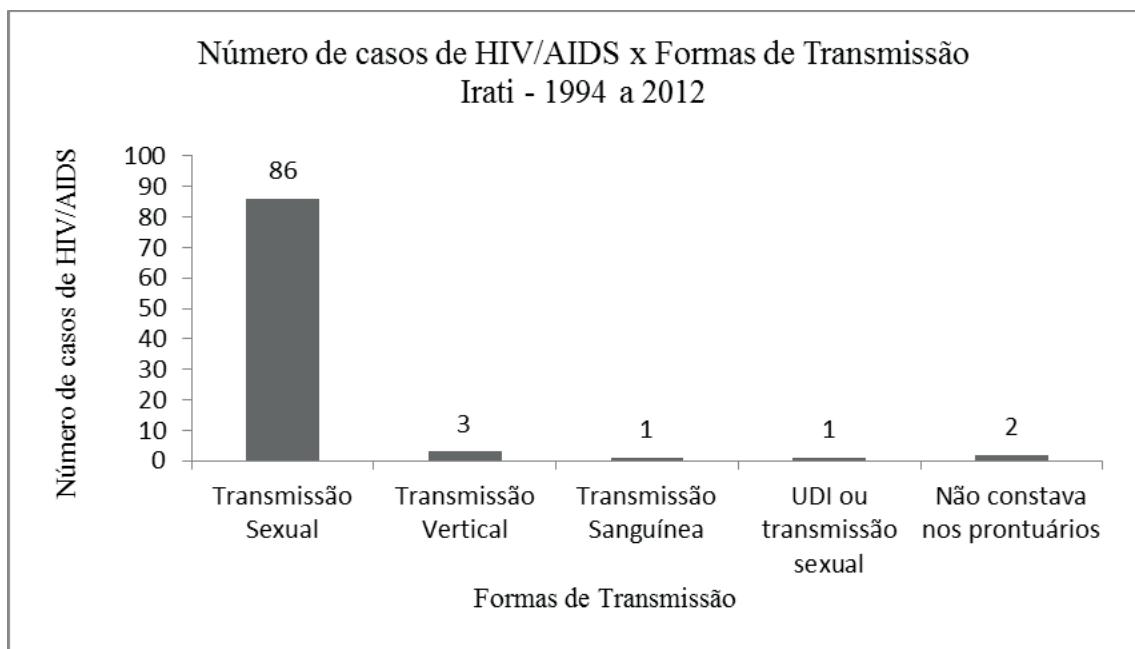


Gráfico 8. Número de casos de HIV/AIDS x Formas de Transmissão. Iraty, Paraná, Brasil – 1994 a 2012.

A forma de transmissão sexual heterossexual apresenta uma disparidade de casos, como demonstrado o gráfico 9, sendo 77 dos pacientes, contrastando com 7 casos de transmissão sexual homossexual e 2 casos que ocorreram por transmissão sexual bissexual.

O Boletim Epidemiológico de 2012 demonstra que, no Brasil, no ano de 2012, 5.666 casos de HIV/AIDS ocorreram pela forma de transmissão sexual heterossexual, enquanto que a forma de transmissão sexual homossexual corresponde a 1.567, com 490 por transmissão sexual bissexual.

Enquanto no Brasil a proporção é de

cerca de 5 casos de transmissão heterossexual para 2 de transmissão homossexual, em Iraty essa proporção é mais discrepante, cerca de 8 heterossexual para 1 homo ou bisexual. Essa diferença nos permite levantar duas hipóteses. A primeira, de que o número de casos de transmissão homossexual esteja subestimado, em decorrência do não preenchimento de todos os prontuários, do estigma e preconceito que dificulta a revelação. Ou, por outro lado, realmente a proporção de transmissão heterossexual é maior, apontando a um aspecto que pode contribuir para a vulnerabilidade à AIDS.

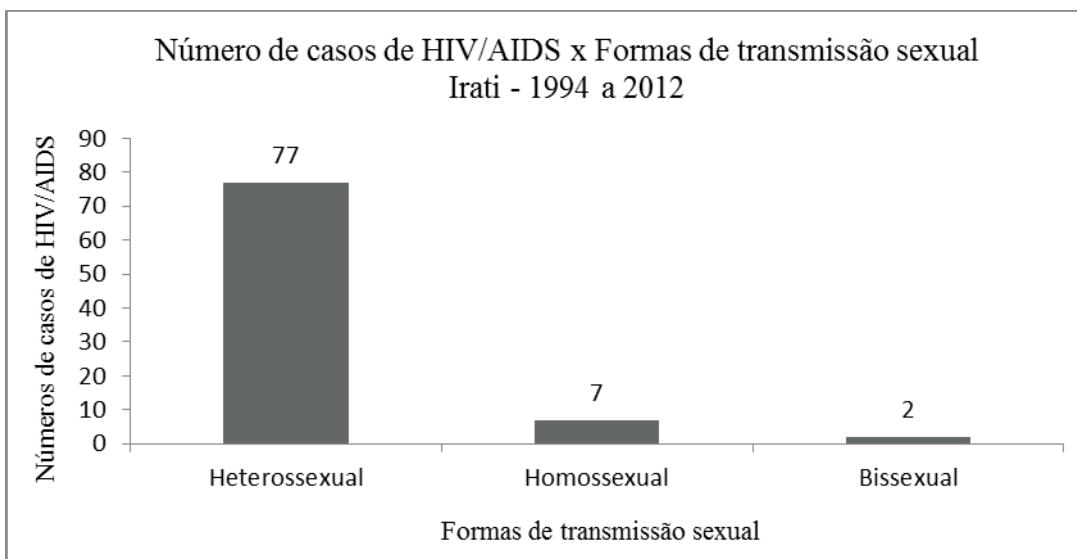


Gráfico 9. Número de casos de HIV/ AIDS x Formas de transmissão sexual. Irati, Paraná, Brasil – 1994 a 2012.

Como demonstra o gráfico 10, em relação à forma de transmissão sanguínea, há 1 caso de transmissão por transfusão, e não foi encontrado nenhum caso em hemofílicos. Os dados do Boletim Epidemiológico de 2012 também apresentam dados muito baixos no que diz respeito à forma de transmissão sanguínea. No ano de 2012, foram registrados 2 casos em hemofílicos e 3 casos por transfusão. Tais registros se devem ao efetivo controle realizado pelos Bancos de Sangue.

Os dados referentes ao município de Irati, PR, corroboram com os dados obtidos através de estudos de nível nacional. Esse pequeno número de casos referentes à forma de transmissão sanguínea se deve também, entre outros fatores, ao aumento do cuidado prestado pelos serviços de saúde na utilização de seringas descartáveis para transfusão e na atenção com os hemofílicos.

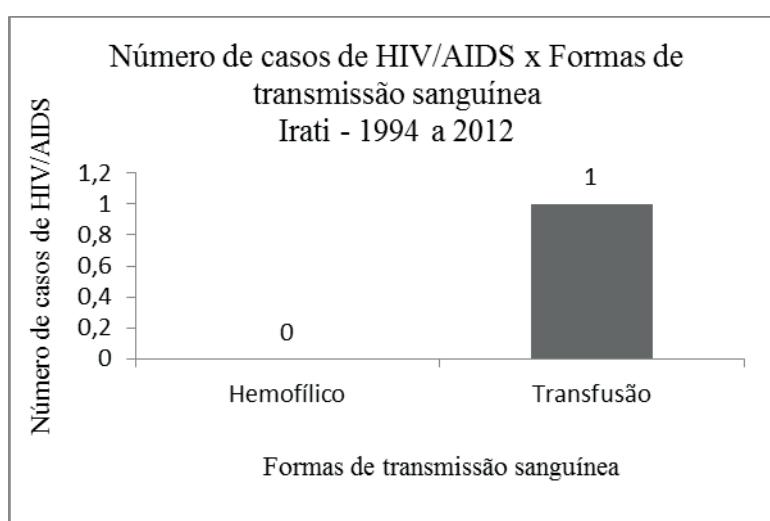


Gráfico 10. Número de casos de HIV/ AIDS x Formas de transmissão sanguínea. Irati, Paraná, Brasil – 1994 a 2012.

Em relação ao local de residência, 85 pacientes pertencem à zona urbana, contrastando com um número de 6 pacientes que vivem na zona rural, sendo que apenas 1 caso não constava nos prontuários e/ou as funcionárias do serviço não sabiam informar, como pode ser observado através do Gráfico 11. Segundo

dados do IBGE³, existe uma proporção de 4 moradores da área urbana para 1 morador da área rural, sendo a proporção de 14 casos de HIV em moradores da zona urbana para cada 1 caso registrado na zona rural, o que permite inferir que existe uma concentração de casos na área urbana.

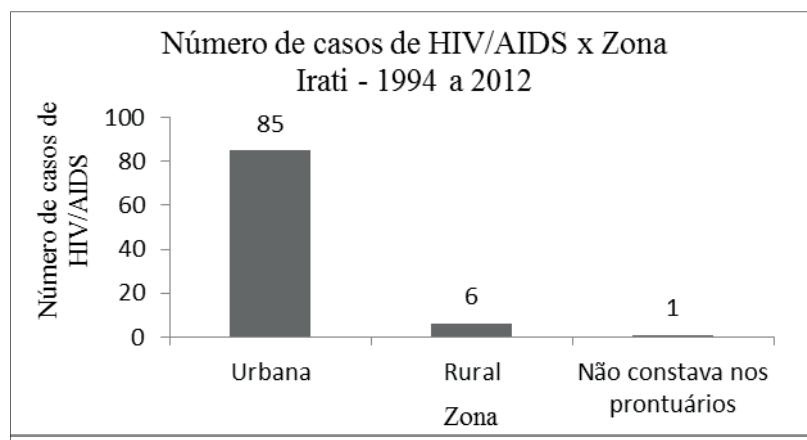


Gráfico 11. Número de casos de HIV/AIDS x Zona. Iriti, Paraná, Brasil – 1994 a 2012.

Quanto à raça/cor, é importante ressaltar que, no Programa Municipal de DST-AIDS, inicialmente, esses dados eram preenchidos de acordo com a percepção que os funcionários tinham em relação aos pacientes. Apenas recentemente começou-se a perguntar aos próprios pacientes como eles se consideravam em relação à cor. Dessa forma, os dados dos pacientes mais antigos são baseados em informações e percepções das funcionárias do serviço, já os dados dos pacientes mais recentes se referem à percepção autodeclarada.

A partir disso, os dados demonstram que 63 pacientes são brancos, 7 são negros e 17 pardos, sendo que havia 5 casos que não constavam nos prontuários e/ou as funcionárias não sabiam informar pelo fato de não lembrarem ou não terem conhecido o paciente devido ao tempo em que trabalham no programa,

conforme demonstra o gráfico 12.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2012, no Brasil, no ano de 2012 foram encontrados 4.390 casos de HIV/AIDS em sujeito brancos, 940 em negros e 3.764 em sujeitos pardos. Os dados referentes ao município de Iriti, PR, confirmam os estudos nacionais, através da prevalência de casos em brancos, seguindo os de pardos em maior número do que em negros. A maior prevalência em brancos, no contexto local em relação ao nacional, possivelmente tenha relação com a colonização da região de Iriti, onde predominam os descendentes de ucranianos e poloneses.

³ Consulta realizada no site: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=411070&idtema=1&search=parana|iriti|censo-demografico-2010:-sinopse->

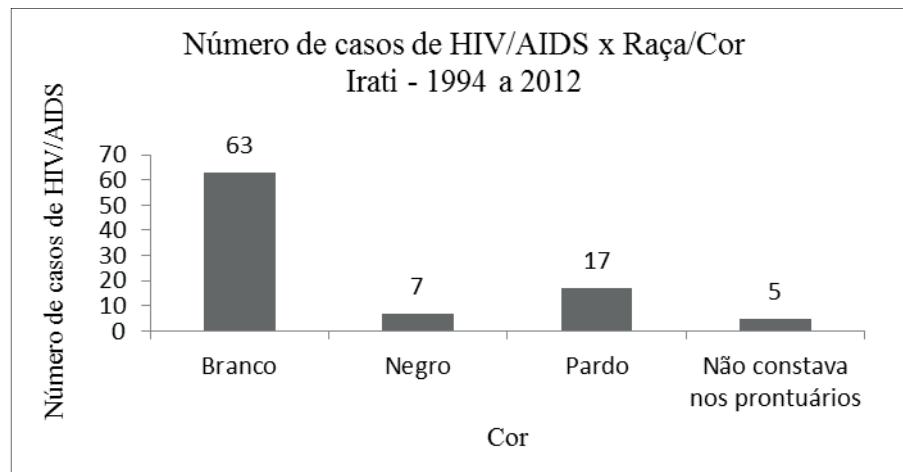


Gráfico 12. Número de casos de HIV/AIDS x Raça/Cor. Irati, Paraná, Brasil – 1994 a 2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a pesquisa realizada, podemos perceber que o perfil epidemiológico da AIDS no município de Irati, apesar de corroborar, em muitos aspectos, com o perfil nacional, apresenta características próprias que demonstram a particularidade da sua região. Os resultados encontrados indicam que a maioria dos casos de HIV-AIDS ocorre em homens na faixa etária de 31 a 40 anos, solteiros ou casados, com baixa escolaridade, a maioria com ensino de 1^a a 4^a série incompleta, grande parte vivendo na zona urbana e com predominância de cor branca. A forma de transmissão mais comum é a sexual, entre heterossexuais. Apesar disso, não se pode considerar que existe uma concentração específica da epidemia, estando ela difundida entre os diferentes grupos e populações. A incidência de casos de AIDS em Irati está abaixo da média nacional e não revela tendência de crescimento ou diminuição, mas de estabilidade. Em relação ao gênero, a pequena diferença de casos entre homens e mulheres indica uma situação de alerta, uma vez que a contaminação no gênero feminino vem aumentando, o que nos faz refletir sobre a vulnerabilidade desse público à infecção

pelo HIV, assim como aponta a necessidade de intervenções que lhe deem visibilidade. Ayres et al. (2009) abordam a noção de vulnerabilidade, segundo a qual ela consiste no movimento

de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (Ayres et al., 2009, p. 129).

Enquanto os estudos com viés epidemiológico permitem o conhecimento dos movimentos, tendências e generalidades de um fenômeno na população, os estudos que remetem à vulnerabilidade possibilitam apreender os aspectos qualitativos, que tornam singular o fenômeno da infecção pelo HIV. Como desdobramento desses dados, consideramos que as estratégias de prevenção desenvolvidas pelos psicólogos, em conjunto com as equipes de saúde, devem ser diversificadas, abrangendo diferentes públicos e estratégias. Esse trabalho exige a desconstrução da noção de

grupos de risco ou comportamento de risco ainda presente no imaginário social e nas intervenções de equipes de saúde (Zambenedetti, Piccinini, Sales, Paulon, & Silva, 2014). Os dados também confirmam a necessidades de estratégias de descentralização do acesso ao diagnóstico, o que já vem sendo afirmado nas diretrizes do Ministério da Saúde, com a descentralização da oferta do teste anti-HIV para a rede básica de saúde (Brasil, 2012a; 2013).

Por fim, indicamos a necessidade de novas pesquisas que possam caracterizar de modo qualitativo os casos de HIV/AIDS em municípios de médio e pequeno porte. Um tema a ser investigado consiste na exploração dos aspectos que levaram usuários ao abandono do tratamento, assim como a investigação sobre as respostas dos serviços de saúde frente a essa situação. Outro aspecto a ser explorado, sob o viés qualitativo de pesquisa, diz respeito às vivências das PVHA acerca de sua condição em municípios de pequeno porte. Isso contribuirá para um maior conhecimento do fenômeno da AIDS e auxiliará na possibilidade de criação de intervenções relacionadas à prevenção e ao cuidado das pessoas que vivem com HIV-AIDS, de modo a melhorar a qualidade de vida desse público e da população como um todo.

REFERÊNCIAS

- Alencar, T. M. D. de, Nemes, M. I. B., & Velloso, M. A. (2008). Transformações da "AIDS aguda" para a "AIDS crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1841-1849.
- Ayres, J. R. A., França JR, I. F., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: Novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia, &, C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. (2a ed. rev. ampl.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/AIDS na Atenção Básica para gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012a). *Portaria n. 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012b). *Boletim Epidemiológico AIDS-DST [versão preliminar]*, VIII(1). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Manual de Redução de Danos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brito, A. M. de, Castilho, E. A. de, e Szwarcwald, C. L. (2001, abril). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, 34(2), 207-217. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000200010
- Campos, G. W. S. (2002). Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: E. E. Merhy, & R. Onocko (Orgs.). *Agir em saúde: Um desafio para o público* (2a ed.). São Paulo: Hucitec, 229-266.
- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. (2008). *Referências técnicas para a atuação do(a) psicólogo(a) nos Programas de DST e AIDS*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- França-Junior, I., Doring, M., & Stella, I. M. (2006). Crianças órfãs e vulneráveis

- pelo HIV no Brasil: Onde estamos e para onde vamos? *Rev Saúde Pública*, 40(Supl), 23-30.
- Gil, A. C. (2007). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa* (4a ed., 9a reimpr.). São Paulo: Atlas.
- Grangeiro, A., Escuder, M. M. L.; Pereira, J. C. R. (2012). Late entry into HIV care: Lessons from Brazil, 2003 to 2006. *BMC Infectious Diseases*, 12, 99.
- Grangeiro, A., Escuder, M. M., Menezes, P. R., Alencar, R., & Castilho, E. A. (2011). Late Entry into HIV Care: Estimated Impact on AIDS Mortality Rates in Brazil, 2003 2006. *PlosOne*, 6, e14585.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010, 17 de julho). *Censo Demográfico de 2010: Resultados preliminares - Irati*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=411070>
- Janeway, C. A. (2000). *Imunobiologia: O sistema imunológico na saúde e na doença*. (4a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Lo Bianco, A. C., Bastos, A. V. B., Nunes, M. L. T., & Silva, R. C. (1994). Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In Conselho Federal de Psicologia (Org.). *Psicólogo brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação* (pp. 7-76). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marques, M. C. C. (2003). *A história de uma epidemia moderna – A emergência política da AIDS/HIV no Brasil*. São Carlos: RiMa, Maringá: EDUEM.
- Moreira, J. O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: Da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicol. cienc. prof.* 27(4), 608-621.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2005). *Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH: Estudios de caso de intervenciones exitosas*. Ginebra: ONUSIDA, 75 p. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/unais/2005/9291733784_spa.pdf
- Pádua, E. M. M. (2005). *Metodologia de Pesquisa: Abordagem teórico-prática* (11a ed.). Campinas, SP: Papirus.
- Reis, R. K., Santos, C. B., Dantas, R. A. S. & Gir, E. (2011, julho-setembro). Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm.*, 20(3), 365-75.
- Zambenedetti, G., Piccinini, C. A., Sales, A. L. L. F., Paulon, S. M., & Silva, R. A. N. (2014). Psicologia e Análise Institucional: Contribuições para os Processos Formativos dos Agentes Comunitários de Saúde. *Psicol. Cienc. Prof.*, 34(3), 690-703.

Recebido: 02/02/2015

Última revisão: 29/08/2016

Aceite final: 12/09/2016

Sobre os autores:

Emalline Angélica de Paula Santos - Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), Campus Irati, Paraná. Psicóloga do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS/Amcespar). E-mail: emallineaps@hotmail.com

Gustavo Zambenedetti - Doutor em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Professor Adjunto II do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), Campus Irati, PR. E-mail: gugazam@yahoo.com.br