

5. HIV/AIDS NA AMÉRICA LATINA E CARIBE: EPIDEMIAS DIFERENTES EM CONTEXTOS ESPECÍFICOS

O HIV/AIDS constitui uma das mais importantes crises de saúde na história. Desde seu início, mais de 25 milhões de pessoas morreram por causa do HIV. Apenas em 2005, morreram mais de 3 milhões de pessoas (número quase igual à população inteira do Uruguai). Apesar de todos os esforços empreendidos ao redor do mundo para reduzi-la, a epidemia continua a se espalhar. Atualmente, o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS supera os 40.3 milhões - o dobro do quantitativo registrado em 1995 (UNAIDS, 2005).

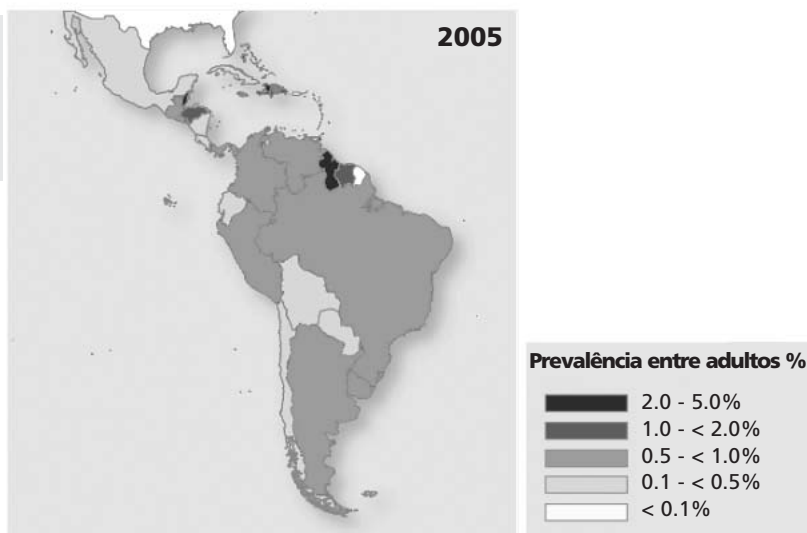
As características da epidemia variaram com o decorrer dos anos. Hoje testemunhamos a feminização crescente da epidemia: as mulheres são mais vulneráveis ao HIV, tanto anatômica quanto socialmente. É preciso notar que a transmissão de homem para mulher durante a relação sexual é duas vezes mais provável do que o inverso (de mulher para homem) e que, tendo em vista as desigualdades de gênero, um grande número de mulheres não pode decidir quando, como e com quem terão relações sexuais. Conseqüentemente, a proporção de mulheres infectadas continua a crescer (havia 17.5 milhões de mulheres vivendo com HIV em 2005, um milhão a mais do que em 2003). O mesmo fenômeno pode ser observado entre jovens: a cada dia, mais de 6 mil jovens entre 15 e 24 anos são infectados com HIV/AIDS. É neste grupo que ocorre metade dos novos casos de infecção (UNAIDS, 2004).

A terceira tendência mundial em curso está relacionada ao ambiente social. Segundo o relatório da UNAIDS (2004), a cada cinco pessoas sob risco de contrair HIV, menos de uma tem acesso a serviços de prevenção básica. 95% das pessoas vivendo com AIDS moram em países em desenvolvimento, o que transforma a falta de capacidade de resposta destes países à epidemia em um ciclo vicioso.

A expansão do HIV é amplamente influenciada por fatores sociais, econômicos e políticos. Ainda que a situação na América Latina e Caribe esteja acompanhando as tendências mundiais, a epidemia de HIV em muitos países da região tende a se concentrar em populações com comportamentos de risco. Assim, uma baixa porcentagem de prevalência nacional pode esconder cenários extremamente graves. Esta é a razão porque não é possível falar em apenas uma epidemia na região, tendo em vista que diferentes contextos demandam abordagens específicas.

PREVALÊNCIA DE HIV (%) EM ADULTOS NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

fonte: UNAIDS, 2006



As diferentes epidemias na América Latina

Seguindo a tendência mundial, estima-se que na América Latina 32% das pessoas vivendo com AIDS são mulheres e que entre 0.4% e 0.6% dos jovens infectou-se em 2005. No mesmo ano, cresceu em 1.8 milhão o volume total de pessoas vivendo com HIV/AIDS. 200 mil novos casos foram registrados e 66 mil pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS. Na maioria dos países da região, os mais altos níveis de infecção são encontrados entre homens que fazem sexo com homens. No entanto, esta tendência vem mudando conforme estes homens transmitem o vírus para suas parceiras. O segundo mais alto nível de infecção é verificado entre trabalhadoras do sexo.

Brasil, México, Argentina e Colômbia são os países mais populosos da América Latina e, conseqüentemente, possuem o maior número de casos. Entretanto, a prevalência mais alta é encontrada em países menores, como Belize, Honduras e Guatemala, onde em 2003 mais de 1% dos adultos viviam com HIV (UNAIDS, 2005).

Nos países mais populosos, a epidemia apresenta tendências variadas. No Brasil, onde mora um terço do total de pessoas vivendo com HIV/AIDS na região, a epidemia atinge os 26 estados do país. Um número crescente de novas infecções ocorre em mulheres, com a prevalência variando entre 1% a 6% entre gestantes, fato diretamente relacionado a suas condições sociais. Apesar de haver uma tendência dos jovens iniciarem a vida sexual mais cedo, a porcentagem de jovens que admite ter usado preservativo na primeira relação sexual subiu de menos de 10% em 1986 para mais de 60% em 2003 (Brasil, Ministério da Saúde, 2005). O Brasil também direciona seus programas de prevenção a usuários de drogas injetáveis, fornecendo gratuitamente agulhas descartáveis.

Na Argentina, 85% das novas infecções ocorrem durante a relação sexual heterossexual desprotegida. A proporção homem/mulher caiu de 15/1 em 1988 para 3/1 em 2004, com um número desproporcional de infecções afetando sobretudo jovens das áreas mais pobres (Argentina, Ministério da Saúde, 2005).

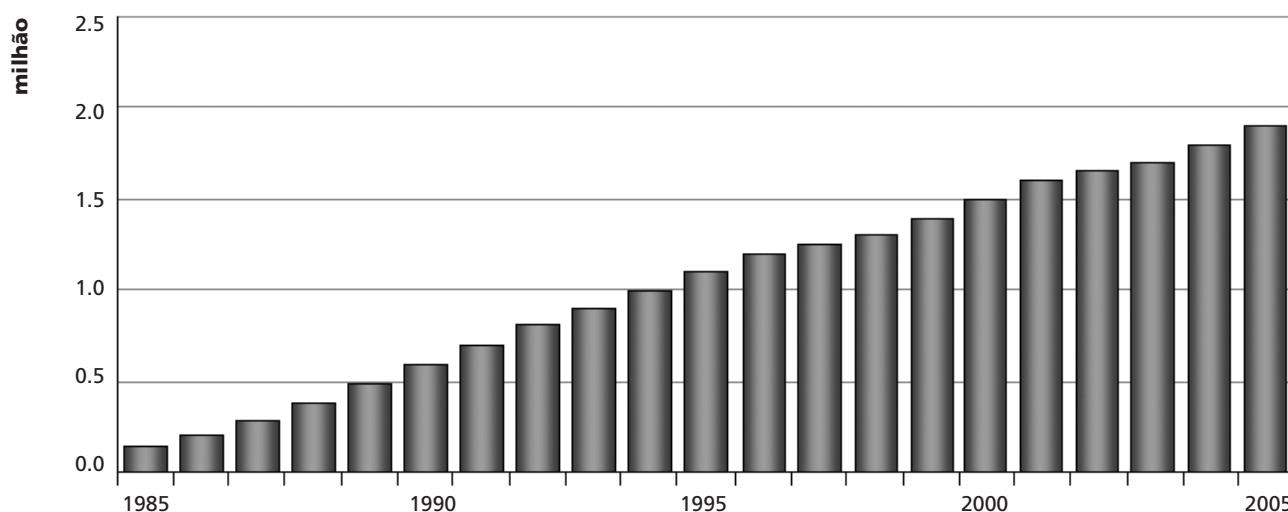
No Chile e Uruguai, o maior número de infecções também está concentrado em áreas urbanas (Chile, Comissão Nacional de AIDS, 2003; Programa Nacional de AIDS do Uruguai, 2005), enquanto no Paraguai a epidemia parece ter se espalhado nas áreas rurais, principalmente nas proximidades das fronteiras com Argentina e Brasil (Paraguai, Programa Nacional de AIDS). No Uruguai, o uso de drogas injetáveis é causa de um quarto dos casos registrados de AIDS, enquanto a relação sexual desprotegida entre homens representa um terço do total de casos. Um programa bastante responsável vem sendo desenvolvido para prevenir a transmissão de mãe para filho, com resultados muito bons nos últimos anos.

No caso da Colômbia, o HIV afeta principalmente a população masculina, representando mais de 83% dos casos de AIDS (UNAIDS, 2005). Apesar disso, como na maioria dos países da América Latina, estes homens estão transmitindo o vírus para suas parceiras, modificando a evolução da epidemia, com um crescente número de mulheres infectadas nos últimos anos.

No México, quase 90% dos casos são gerados por relação sexual desprotegida e metade deles corresponde a homens que fazem sexo com homens (CENSIDA, 2003). Estima-se que dois terços das pessoas vivendo com AIDS foram infectadas desta forma (UNAIDS, 2004). O papel das migrações através do México ainda não foi determinado. No entanto, o fato de que existe um alto número de casos de AIDS em algumas áreas rurais pode indicar uma possível ligação com a migração para os EUA (UNAIDS, 2005).

Na região dos Andes a tendência é mais homogênea. As duas principais formas de disseminação do HIV são o comércio sexual e a relação homossexual masculina. Na Bolívia, a epidemia está concentrada em áreas urbanas. Uma pesquisa realizada em Cochabamba mostrou que 3.5% das crianças de rua estavam vivendo com HIV, e que a maioria delas havia sido infectada através de relação sexual (UNAIDS, 2005). Ao mesmo tempo, os trabalhadores do

fonte: UNAIDS, 2006



sexo parecem estar conseguindo evitar a infecção, com uma prevalência de menos de 1% em 2002 em cidades como Cochabamba, Oruro e Tarija e de menos de 0.5% em La Paz. Um fato semelhante está acontecendo no Peru, onde a prevalência entre homens que fazem sexo com homens em cidades como Arequipa, Iquitos, Pucallpa e Sullana está entre 6% e 12%, chegando a 23% em Lima (Peru, Ministério da Saúde, 2005). A relação sexual entre homens também parece ser um fator importante no Equador, onde os casos de HIV dobraram desde 2001 e mais de dois terços das infecções foram causadas por relação sexual entre homens.

Na América Central o vírus se espalha principalmente entre os grupos sociais mais vulneráveis e a epidemia está concentrada sobretudo em áreas urbanas e rotas de transporte. Honduras é o país mais afetado na América Central. 85% da população infectada têm entre 15 e 49 anos, ou seja, constituem parte da população economicamente ativa. A discriminação no mercado de trabalho está afetando a economia do país, com uma significativa perda anual, estimada em U\$S 18 milhões em 2001 (UNAIDS, Honduras, 2004). Em 2003 a prevalência na população total era estimada em 1.8, subindo para 2.0 em 2004, apesar de em algumas cidades atingir 12% entre trabalhadores do sexo e homens que fazem sexo com homens (Honduras, Departamento de Saúde, 2003).

Existem muitas epidemias na América Central relacionadas a estas populações. Uma recente pesquisa internacional mostra que a prevalência do HIV entre trabalhadoras do sexo varia de menos de 1% na Nicarágua, 2% no Panamá, 4% em El Salvador e 5% na Guatemala a mais de 10% em Honduras (UNAIDS, 2004) - entre trabalhadoras do sexo que atuam nas ruas este índice sobe para 15% na Guatemala (UNAIDS, 2005) e atinge 16% em algumas cidades de El Salvador (El Salvador, Ministério de Saúde Pública e Assistência Social, 2003).

A relação sexual entre homens também é um fator importante. Na Cidade da Guatemala o índice de infecção entre HSH é de 12% e um a cada cinco deles também faz sexo com mulheres. Em El Salvador, Nicarágua e Panamá as prevalências são de 18%, 9% e 8% respectivamente. Na Costa Rica, mais de dois terços dos casos registrados ocorreram nesta população (UNAIDS/OMS, 2004). Apesar deste grupo ser altamente estigmatizado, em 13 países latino-americanos é destinada a ele uma porcentagem menor do que necessário nos programas nacionais de prevenção, considerando o índice de pessoas vivendo com HIV nestas populações (UNAIDS, 2004).

Em resumo, diferentes realidades são observadas na análise do perfil da epidemia na região. Como mencionado, a heterossexualização da epidemia está acontecendo em alguns países, enquanto em outros continua afetando sobretudo HSH. Na Colômbia, México e alguns países da América Central, importantes atores destacam que as campanhas de prevenção voltadas para a população em geral tiveram o efeito indesejado de tornar invisível a população de HSH. Este é o motivo porque os esforços de prevenção não serão suficientes até que sejam encontradas respostas específicas para problemas diferentes.

A realidade do Caribe

O Caribe é a segunda região mais afetada do mundo, onde a AIDS é a maior causa de morte em adultos entre 15 e 44 anos. Em 2005, cerca de 24 mil pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS e 30 mil novas infecções foram registradas, chegando ao número de 300 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS (UNAIDS, 2005).

Importantes diferenças são encontradas tanto na disseminação quanto na intensidade da epidemia. No Haiti, por exemplo, a prevalência é de 5.6%, enquanto em Cuba não chega a 0.2% (UNAIDS, 2005). A principal forma de transmissão do HIV é a relação heterossexual, responsável por 3 a cada 4 casos registrados de AIDS. Em uma situação de extrema pobreza e discriminação de gênero, o comércio do sexo se torna um fator central. Segundo os relatórios da UNAIDS, 12% das infecções são atribuídas a HSH. No entanto, a estigmatização e a discriminação relacionadas a esta população indicam que a real proporção pode ser mais alta (UNAIDS, 2005). Apenas em Bermuda e Porto Rico o uso de drogas injetáveis constitui uma forma significativa de infecção.

Em relação a novas infecções, o número de mulheres é maior que o número de homens. Este fato se deve tanto a uma vulnerabilidade psicológica maior quanto à tendência das mulheres terem sexo com homens mais velhos, que têm mais chances de estar infectados.

A epidemia no Haiti é uma das mais antigas no mundo. A prevalência em mulheres nas áreas urbanas teve um pico em meados da década de 90 e depois declinou de 9% em 1993 para 3.7% em 2004 (UNAIDS, 2005). Apesar disso, as mudanças não são tão evidentes entre mulheres em áreas rurais e semi-rurais, onde o declínio da prevalência não foi tão contundente: de 3.5% em 1993 para 2.6% em 2004. É impossível determinar as causas desta tendência, uma vez que algumas mudanças no comportamento sexual dos haitianos podem apontar para um maior risco de infecção por HIV. Ao mesmo tempo, é provável que a mortalidade relacionada à AIDS seja a razão de menores índices de infecção. Portanto, este leve declínio nas áreas rurais pode indicar que a incidência de HIV ainda é alta.

ESTATÍSTICAS E CARACTERÍSTICAS REGIONAIS DO HIV/AIDS, 2003 - 2005

fonte: UNAIDS, 2006

REGIÃO	Adultos (15+) e crianças vivendo com HIV		Novas infecções por HIV entre adultos (15+) e crianças		Prevalência entre adultos (15-49) (%)		Mortes de adultos (15+) e crianças relacionadas à AIDS	
	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003
América Latina	1,6 milhão (1,2-2,4 milhão)	1,4 milhão (1,1-2,0 milhão)	140.000 (100.000-420.000)	130.000 (95.000-310.000)	0,5 (0,4 - 1,2)	0,5 (0,4 - 0,7)	59.000 (47.000 - 76.000)	51.000 (40.000 - 67.000)
Caribe	330.000 (240.000-420.000)	310.000 (230.000-400.000)	37.000 (26.000-54.000)	34.000 (24.000-47.000)	1,6 (1,1 - 2,2)	1,5 (1,1 - 2,0)	27.000 (19.000 - 36.000)	28.000 (19.000 - 38.000)

As respostas ao HIV parecem estar mostrando resultados positivos na República Dominicana, devido aos esforços de prevenção que encorajam as pessoas a reduzir o número de parceiros sexuais e promovem o uso de preservativos. O índice de infecção em gestantes caiu para a prevalência de 1.4% em 2004. Mesmo assim, as condições sociais ainda demarcam importantes diferenças. O mesmo ocorre nas Bahamas, onde as infecções foram reduzidas em 32% entre 2000 e 2003; e em Barbados, onde novos diagnósticos de HIV em mulheres grávidas caíram 50% entre 1999 e 2003, e onde as mortes relacionadas ao HIV caíram à metade entre 1998 e 2003, semelhante ao que pode ser observado em Bermudas entre 2000 e 2002 (UNAIDS, 2005).

Na Jamaica e Trinidad e Tobago, a epidemia se expande sobretudo através da relação heterossexual, com uma prevalência de 2% em gestantes na Jamaica e 3% em adultos em Trinidad e Tobago. No entanto, é na Guiana (onde a AIDS é a primeira causa de mortes em adultos com idades entre 25 e 44 anos) e no Suriname (onde novas infecções triplicaram desde o início da década de 90) que a epidemia é ainda mais grave. De acordo com pesquisas, nestes países a relação sexual entre homens (um terço dos quais também faz sexo com mulheres) e o comércio do sexo são cruciais (UNAIDS, 2005).

Cuba ainda tem a menor epidemia da região, com uma prevalência de menos de 0.2%. No entanto, as crescentes desigualdades e o rápido avanço da indústria do sexo parecem ser as causas por trás das novas infecções, que aparentemente estão crescendo. Atualmente, cerca de 1.500 pessoas têm acesso a tratamento, incluindo internações, transporte de pacientes, alimentação e um curso de oito semanas sobre como viver com AIDS (OMS, 2003).

Ainda que o Caribe seja cenário de uma das mais perigosas epidemias no mundo, os esforços regionais para o acesso ao tratamento e para a prevenção parecem estar mostrando os primeiros resultados (UNAIDS, 2005). No entanto, segundo indicam as oscilações dos dados epidemiológicos, estas conclusões podem indicar tanto uma melhor estratégia quanto um declínio da prevalência motivado pelas mortes de pessoas vivendo com ADIS.

Fatores estruturais

A expansão do HIV não é um fenômeno aleatório. Pelo contrário, sua propagação está profundamente influenciada por fatores sociais, políticos e econômicos. É por isso que contemplar os fatores estruturais que facilitam a exposição ao HIV é tão importante quanto focar os comportamentos individuais.

Diferentes experiências na América Latina e Caribe, resultado da combinação de liderança e ações efetivas, mostraram resultados positivos quanto ao curso da epidemia. No entanto, enfrentar a vulnerabilidade em nível estrutural requer intervenções continuadas, incluindo a expansão do acesso a saúde pública e educação, o estabelecimento de políticas anti-discriminatórias, de legislação e de proteção legal para as pessoas vivendo com HIV. Olhar além das receitas pré-estabelecidas e investigar os diferentes contextos da epidemia pode ajudar a obter resultados eficazes e eficientes para colocar um fim à expansão da epidemia de HIV.

Referências

CENSIDA (2003). Informações dos Registros Nacionais de Casos de AIDS no México. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. México.

Brasil, Ministério da Saúde (2005). Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano I - No. 01-26 de 2004 - Semanas Epidemiológicas. Janeiro a junho de 2004. Ministério da Saúde, Brasília, www.aids.gov.br

Peru, Ministério da Saúde (2005). Informe de vigilancia centinela. Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología, Lima.

Ministério de Saúde Pública e Assistência Social de El Salvador, Programa Nacional contra HIV/DSTs. Entre Amigos, San Salvador, El Salvador. Estudio Multicéntrico en CentroAmérico de Prevalencia de VIH/ ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros Hombres en El Salvador.

UNAIDS (2004). Report on the AIDS pandemic, http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_sp/GAR2004_00_sp.htm#TopOfPage

UNAIDS (2005). Situation of the epidemic in Honduras, <http://www.onusida.un.hn/honduras.html>

UNAIDS/OMS (2004). Epidemiological Fact sheet: various (atualizado em 2004). UNAIDS/OMS, Geneva, <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en>

Uruguai, Ministério da Saúde (2005). Programa Nacional de AIDS. Epidemiological Surveillance Report, Abril, Montevideu.

Honduras, Departamento de Saúde (2003). Estudio Multicéntrico CentroAmérico de Prevalencia de HIV/ ITS y comportamientos en poblaciones específicas en Honduras. Janeiro. Departamento de HIV/ ITS/ SIDA, Tegucigalpa.

UNAIDS/OMS. AIDS Epidemia Update: December 2005, http://www.unaids.org/epi/2005/doc/report_pdf.asp