

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM HIV NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL, PARANÁ

ARAÚJO, Bruna Pedrosa de<sup>1</sup>  
CAVALLI, Luciana Osorio<sup>2</sup>

## RESUMO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) representa um marco na história da humanidade. A epidemia provocada por ele, na década de 1980, evidenciou como a disseminação de uma infecção pode ser influenciada por uma série de comportamentos e de fatores individuais e coletivos. Desde então, não só os estudos sobre este vírus e formas de tratamento contra ele modificaram, mas também o perfil dos pacientes que são infectados tem se alterado. Sendo assim, este trabalho teve o objetivo de determinar o atual perfil epidemiológico dos pacientes infectados pelo HIV no município de Cascavel a fim de que as medidas de prevenção e tratamento possam ser mais direcionadas a este público. Foram analisadas as fichas de 1395 pacientes de 2010 a 2020 e foi possível determinar que o perfil destes pacientes é composto por jovens adultos (20-34 anos) que possuem ensino médio completo e foram infectados via relação sexual heterossexual desprotegida. Conclui-se, então, que o antigo estigma de que a AIDS/HIV é um quadro que acomete majoritariamente pessoas homossexuais tem feito os jovens negligenciarem os métodos preventivos durante as suas relações sexuais, uma vez que é um perfil com acesso a informações e instruções, mas que não tem se prevenido corretamente.

**PALAVRAS-CHAVE:** HIV. AIDS. Epidemiologia. Cascavel.

## EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF HIV PATIENTS IN CASCAVEL COUNTY, PARANÁ, BRAZIL.

### ABSTRACT

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) represents a human history milestone. The epidemic caused by it, in the 1980s, showed how the spread of an infection can be influenced by a series of behaviors and individual and collective factors. Since then, as well as the studies about the virus and forms of treatment against it changed, the profile of the patients who are infected also. Therefore, this article aimed to determine the current epidemiological profile of HIV infected patients in Cascavel county in order that the measures of prevention and treatment can be more specific to this public. The files of 1395 patients from 2010 to 2020 were analyzed and, with that, it was possible to determine the profile of these patients is composed by young adults (20-34 years), high school graduate who have been infected via unprotected heterosexual intercourse. In conclusion, it is necessary a reinforcement of prevention campaigns aimed to this public, since it is a profile with access to information, but that is not preventing itself correctly.

**KEYWORDS:** HIV. AIDS. Epidemiology. Cascavel.

## 1 INTRODUÇÃO

A descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), causada pelo vírus HIV, foi um marco na história da humanidade, pois ela se destaca pela sua grande magnitude e extensão dos danos causados aos infectados (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001). Desde a sua descoberta, em 1980, até os dias atuais o perfil epidemiológico desse quadro varia de acordo com o comportamento do ser humano em seu âmbito individual e coletivo.

---

<sup>1</sup> Aluna do Curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgczs. Autora principal. E-mail: [brunap.araujo@hotmail.com](mailto:brunap.araujo@hotmail.com)

<sup>2</sup> Médica de Família e Comunidade, Mestre em Biociências e Saúde – UNIOESTE e Doutoranda em Saúde Coletiva – UEL. Orientadora. Email: [losoriocavalli@yahoo.com](mailto:losoriocavalli@yahoo.com)

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade de Cascavel possui cerca de 329 mil habitantes, sendo que a sua pirâmide etária apresenta um maior alargamento dos 15 aos 29 anos, o que caracteriza uma população predominantemente jovem. Dessa forma, acredita-se que a população mais vulnerável ao HIV coincida com a faixa etária predominante no município.

Além disso, tendo em vista que uma das principais vias de transmissão do vírus HIV é o sexo sem proteção, é crível que o maior número de casos nessa faixa etária seja em função desse comportamento de risco.

Sendo assim, este estudo buscou saber se existe um perfil epidemiológico específico de pacientes com HIV no município de Cascavel? Visando responder ao problema de pesquisa proposto, foi objetivo desse estudo identificar o perfil epidemiológico dos pacientes infectados por HIV no município de Cascavel, Paraná. De modo específico, essa pesquisa se propôs a determinar qual a população mais vulnerável a este quadro e identificar qual o comportamento de risco mais comum entre os pacientes infectados.

Para uma melhor leitura este artigo foi dividido em 5 capítulos, iniciando pela Introdução, seguido pela Fundamentação Teórica, Metodologia, Análise e Discussão dos Resultados e encerrando com as Considerações Finais.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 HISTÓRIA DO HIV**

O ano de 1981 apresentou as primeiras descrições do que, posteriormente, denominou-se Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Estes primeiros relatos ocorreram nos Estados Unidos e estavam correlacionados a casos de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* e de Sarcoma de Kaposi em pacientes homossexuais do sexo masculino previamente hígidos (RACHID; SCHECHTER, 2005). Ainda, segundo Veronesi (VERONESI; FOCACCI, 2015), “Esses relatos foram seguidos pela descrição da síndrome em hemofílicos, hemotransfundidos, usuários de drogas, crianças nascidas de mães infectadas e parceiros sexuais de indivíduos infectados”.

Por sua vez, no ano de 1983, identificou-se o agente etiológico deste quadro, que é o Vírus da Imunodeficiência Humana. O HIV é um vírus com material genético do tipo RNA que apresenta uma enzima denominada transcriptase reversa, a qual possibilita a transcrição do RNA viral em DNA e, em função disso, ele se torna capaz de se integrar ao genoma da célula do hospedeiro (RACHID; SCHECHTER, 2005; VERONESI; FOCACCI, 2015).

Entretanto, antes de se identificar o agente etiológico da AIDS, os seus modos de transmissão se tornaram conhecidos. A explicação disso é que, através de investigação epidemiológica, os cientistas encontraram situações e comportamentos, que foram classificados como “de risco”, entre os subgrupos inicialmente afetados. Porém, a denominação de “grupos de risco” para práticas tradicionalmente marginalizadas como relações homossexuais e uso de drogas, resultou em um grande estigma contra os infectados (VERONESI; FOCACCI, 2015).

Além da discriminação contra homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas, a denominação “grupo de risco” contribuiu com o mau entendimento dos riscos de transmissão do vírus (VERONESI; FOCACCI, 2015). Tendo em vista que, a população presumia que quem não se enquadrava em tais grupos, não se encontrava sob o risco de ser infectado.

Sendo assim, inicialmente, o segmento populacional mais atingido por esse vírus era o de homens que fazem sexo com outros homens, o que chegou a representar 71% dos casos em 1984. Com o passar dos anos e com as mudanças no comportamento sexual, no sentido de práticas mais seguras, essa porcentagem chegou a cair para 16% dos casos nos anos 2000 (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; RACHID; SCHECHTER, 2005).

No segmento de transmissão sanguínea, os hemofílicos e indivíduos dependentes de transfusão de sangue foram imensamente atingidos no início da epidemia porque não havia um grande controle de qualidade das bolsas de sangue e hemoderivados que eram utilizados. A partir do maior controle e realização de testes para detecção de anticorpos HIV, esses casos caíram de 62% no ano de 1984 para cerca de 0,9% nos anos 2000. Em relação aos usuários de drogas, por sua vez, os valores oscilam de acordo com as áreas geográficas analisadas (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; RACHID; SCHECHTER, 2005; TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Em relação à transmissão vertical, que é de mãe infectada para o bebê durante a gravidez, parto ou aleitamento, tem-se observado um aumento progressivo com o passar dos anos. Esse fator está relacionado ao aumento do número de casos de mulheres infectadas observado nos últimos anos (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001, p. 207-217; RACHID; SCHECHTER, 2005).

De acordo com Veronesi (VERONESI; FOCACCI, 2015), a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma classificação das características da epidemia em cada país/região com base no grau de disseminação da infecção, o que facilita as estratégias de prevenção. Dessa maneira, elas podem ser classificadas em:

- Epidemias generalizadas: quando a infecção afeta mais de 1 em cada 100 habitantes (> 1%).
- Epidemias concentradas: quando a infecção afeta mais de 5 em cada 100 habitantes (> 5%) em qualquer grupo populacional específico.
- Epidemias de baixos níveis de infecção: quando a detecção de HIV é baixa em qualquer grupo.

Em concordância com essa classificação, o Brasil se enquadra como uma epidemia concentrada.

Com os avanços nas áreas da biologia, farmacologia e atendimento clínico, progressivamente, a epidemia pelo HIV deixou de ser um quadro inevitavelmente fatal e se transformou em uma doença crônica administrável (PALMISANO; VELLA, 2011). Esses avanços se manifestaram, especialmente, na criação dos medicamentos antirretrovirais, que permitem um maior controle da replicação viral e, assim, propiciam uma melhor qualidade de vida aos infectados.

Ademais, a eclosão da AIDS foi responsável por mudanças significativas não somente na área da saúde, mas em vários outros campos, principalmente em função do seu quadro ter tanta interferência do comportamento humano. Um exemplo, é que propiciou maior visibilidade aos movimentos sociais relacionados à sexualidade e continua sendo a principal referência deles (GALVÃO, Jane, 2000).

Por conseguinte, a AIDS possibilitou também uma modificação das abordagens médico-terapêuticas, uma vez que o que cada cultura classifica como crença, tabu, sexualidade, poder, saúde, estigma e religiosidade pode não só marcar, como também determinar a progressão de uma doença. Em função disso é que os cientistas sociais visualizam as epidemias como importantes espaços de pesquisa na reconstrução e análise de valores e práticas sociais (MARQUES, Maria Cristina da Costa, 2002).

## 2.2 ETIOPATOGENIA DO HIV

O vírus da imunodeficiência humana possui material genético do tipo RNA e é pertencente à família Lentiviridae. Além disso, ele se enquadra ao grupo dos retrovírus não-citopáticos e não-oncogênicos que, para se multiplicarem, necessitam da enzima transcriptase reversa, a qual transcreve o RNA viral em DNA viral, permitindo-o se integrar ao genoma humano (LIMA; KIFFER, 1996).

O HIV é transmitido, principalmente, via parenteral ou sexual. Primeiramente, ele se liga às células-alvo e em seguida é transportado para os linfonodos regionais, nos quais realiza sua replicação (PALMISANO; VELLA, 2011). Este vírus apresenta uma predileção pelas células do hospedeiro que apresentam as moléculas CD4 e gp120 em sua superfície, predominantemente os linfócitos e macrófagos. A partir de mais estudos, por sua vez, foi possível perceber que outras moléculas também atuam como mediadores da infecção: CCR5, CXCR4 e CCR2 (RACHID; SCHECHTER, 2005).

De acordo com Veronesi (VERONESI; FOCACCI, 2015, p.167),

Ainda não são conhecidos todos os processos celulares envolvidos na replicação do HIV. Recentemente, utilizando-se técnicas de siRNA (small interfering RNA – pequenas

moléculas de RNA que interferem na expressão de um gene) foi possível identificar mais de 200 novas proteínas celulares necessárias para a replicação viral.

O provírus, portanto, tem seu DNA viral copiado em RNA mensageiro e transcrito em proteínas virais. A partir disso, tem-se a montagem e gemulação do vírus. (RACHID; SCHECHTER, 2005) A interferência de qualquer um dos passos de replicação do vírus é capaz de impedir a sua multiplicação e/ou liberação (LIMA; KIFFER, 1996). Portanto, são nesses pontos que as medicações antirretrovirais atuam.

Um fator que dificulta o diagnóstico precoce de uma infecção primária por HIV é que os seus sintomas, em geral, são inespecíficos como febre, mal-estar, linfadenopatia generalizada, faringite, diarreia e erupção cutânea. Os seus níveis plasmáticos de RNA do HIV, por sua vez, são extremamente altos, o que aumenta a virulência do infectado (PALMISANO; VELLA, 2011).

A progressão da doença é dividida em três fases: aguda, crônica assintomática e crônica sintomática, sendo que há uma grande variabilidade temporal entre elas. A fase aguda, por exemplo, costuma ter resolução espontânea de 14 a 21 dias (VERONESI; FOCACCI, 2015).

A fase crônica assintomática, por sua vez, apresenta uma duração variável que pode ser, em média, de 3 a 7 anos. Em seguida, tem-se a fase sintomática, a qual se manifesta, geralmente, quando o indivíduo apresenta uma contagem de células CD4 inferior a 350 células/mm<sup>3</sup> e podendo apresentar eventos associados à AIDS, como infecções ou tumores, ou não (VERONESI; FOCACCI, 2015; PALMISANO; VELLA, 2011).

Uma grande característica desse quadro, tão importante quanto a depleção linfocitária e, usualmente, a reativação de infecções oportunistas, é o fato de que o próprio HIV possui um mecanismo de agressão contra o hospedeiro. O vírus realiza ativação inflamatória e processos degenerativos que contribuem com o aumento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (VERONESI; FOCACCI, 2015).

Sendo assim, na ausência de tratamento, a morte é um quadro inevitável para a infecção pelo HIV, pois o paciente fica com o seu sistema imune extremamente fragilizado e propenso ao desenvolvimento de quadros oportunistas. E, mesmo com o tratamento, a cura ainda não é possível. Dessa forma, os pacientes precisam manter a adesão ao tratamento pelo resto da vida e enfrentar os efeitos colaterais das medicações (PALMISANO; VELLA, 2011).

Além disso, essa cronificação da AIDS, propiciada pela terapia antirretroviral, modificou o perfil de morbidade, uma vez que proporciona maior longevidade e melhora da qualidade de vida dos pacientes. Com isso, observou-se uma grande redução da ocorrência de doenças oportunistas e um aumento das doenças crônicas (VERONESI; FOCACCI, 2015).

É importante ressaltar, inclusive, que um importante número de pacientes em uso de antirretrovirais em países desenvolvidos evoluiu para óbito por neoplasias, doenças cardiovasculares e doenças hepáticas, que são classificados como quadros crônicos. Além disso, pacientes com HIV positivo apresentam 50% mais risco de sofrerem infarto agudo do miocárdio em comparação às pessoas que não foram infectadas por este vírus (VERONESI; FOCACCI, 2015).

Destarte, a prevenção de novos quadros se mostra como a melhor alternativa para lidar com a infecção pelo HIV. Nesse contexto, a elaboração de um perfil epidemiológico dos pacientes mais acometidos pelo vírus permite um estudo mais específico para uma melhor elaboração de políticas de prevenção voltadas a esse público.

### 2.3 EPIDEMIOLOGIA DO HIV NO BRASIL

A prevalência do HIV é resultante da incidência do vírus e da mortalidade por AIDS. Em função disso, ela precisa ser interpretada de acordo com as informações atuais sobre incidência e mortalidade de cada região analisada, uma vez que os países podem ter padrões muito diferentes de mortalidade e incidência e, ainda assim, apresentarem a mesma curva de prevalência ao longo do tempo (MAHY *et al*, 2009).

Conforme indica Mahy *et al* (2009, p.154)

Em muitos países, os comportamentos que colocam as populações em maior risco para o HIV são ilegais ou altamente estigmatizados (como injetar drogas, prostituição ou relação sexual entre homens), dificultando o acesso a essas populações para fins de vigilância.

No Brasil, no início da epidemia, assim como no restante do mundo, os principais atingidos eram homens homossexuais e bissexuais habitantes de grandes metrópoles. Os dois primeiros casos foram registrados em 1982 na região sudeste (RACHID; SCHECHTER, 2005; LIMA; KIFFER, 1996). Cerca de 60% dos casos notificados eram associados, de alguma forma, ao contato sexual, sendo aproximadamente 43% desses quadros eram decorrentes de interações sexuais desprevenidas entre homens que fizeram sexo com homens (DOURADO *et al*, 2006).

A segunda principal forma de contágio, por sua vez, era entre os usuários de drogas injetáveis e pacientes que receberam transfusão sanguínea e/ou de hemoderivados (DOURADO *et al*, 2006). Nesse contexto, a infecção pelo HIV também apresentou grande impacto nos bancos de sangue, pois a epidemia apresentou a necessidade do desenvolvimento de testes de triagem para garantir maior controle de qualidade do sangue (RACHID; SCHECHTER, 2005).

A partir de 1990 foi possível observar um aumento da disseminação do vírus entre os heterossexuais, os quais representam, atualmente, a subcategoria de exposição sexual com o maior número de infectados. Por conseguinte, o número de mulheres infectadas aumentou de tal forma que a razão de casos homem/mulher decresceu de 18,9:1 em 1984 para 1,7:1 em 2010. Sendo que, na faixa etária de 13 aos 19 anos, há um predomínio de casos entre as mulheres (DOURADO *et al*, 2006; UNAIDS *et al*, 2016).

Desde o primeiro caso em 1982, o número de óbitos no país em decorrência da AIDS aumentou progressivamente até por volta de 1990. A partir de 1996, o número de óbitos começou a decrescer e, em grande parte, isso ocorreu graças ao advento da terapia antirretroviral (VERONESI; FOCACCI, 2015).

De uma forma geral, os principais fatores que alteraram os padrões da epidemia da AIDS foram a introdução da terapia antirretroviral de alta potência (TARV) e as ações de prevenção e controle da infecção pelo HIV. Nesse contexto, o Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a propiciar acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais pelo seu Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1996 (DOURADO *et al*, 2006).

Desde o início da epidemia, a vigilância epidemiológica da AIDS é centrada na notificação compulsória dos quadros. Mas, somente a partir de 2014, houve uma mudança na legislação e a notificação de casos de infecção pelo HIV também se tornou obrigatória nacionalmente. Com isso, de acordo com o Boletim Epidemiológico HIV-AIDS de 2020 do Ministério da Saúde, desde o início da epidemia no Brasil até junho de 2020, foram registrados 1.011.617 casos de AIDS. Além disso, o Boletim informe que “O país tem registrado, anualmente, uma média de 39 mil novos casos de AIDS nos últimos cinco anos.”.

Atualmente, o Brasil ocupa o segundo lugar em notificações de AIDS nas Américas com cerca de 690 mil casos (VERONESI; FOCACCI, 2015). Sendo que, os grandes centros urbanos ainda apresentam os maiores números de casos, principalmente entre as populações em situação de maior vulnerabilidade (UNAIDS *et al*, 2016). Regionalmente, o Boletim Epidemiológico HIV-AIDS de 2020 do Ministério da Saúde apresenta que a região Sudeste lidera com 51% dos casos, seguida pelas regiões Sul com 19,9%, Nordeste com 16,2%, Centro-Oeste com 6,7% e Norte com 6,2%. Ou seja, a distribuição geográfica dos casos de AIDS no Brasil é bastante heterogênea.

Além disso, quanto à faixa etária, 83,5% dos pacientes infectados possuem de 20 aos 49 anos, o que corresponde a um grande impacto na população economicamente ativa e em idade reprodutiva (VERONESI; FOCACCI, 2015).

Dessa forma, o estudo da geografia social da epidemia provocada pelo HIV no Brasil se mostra duplamente complexo. Pois, trata-se de um quadro que atravessa diferentes contextos socioculturais

e pelo fato da sua transmissão ocorrer a partir de interações íntimas entre os seres humanos (BASTOS; BARCELLOS, 1995). Em concordância, é possível visualizar diferentes comportamentos da epidemia dentro do próprio país em função da sua grande extensão territorial e diversidade regional.

### **3 METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo exploratório de cunho qualitativo e quantitativo que teve como objetivo analisar e descrever as principais características do atual público infectado pelo vírus HIV no município de Cascavel, Paraná.

Foram analisados os dados de todos os infectados pelo vírus HIV no município de Cascavel nos anos de 2010 a 2020. Essas informações, por sua vez, foram separadas em sexo, faixa etária e orientação sexual para melhor análise.

Os dados para análise foram obtidos a partir das fichas de notificação compulsória disponibilizadas pela Secretária de Saúde de Cascavel. Foram coletadas apenas as informações referentes a sexo, faixa etária, orientação sexual, uso de drogas injetáveis e transmissão vertical. Não foram utilizadas informações que possam levar à identificação dos pacientes.

Os critérios de inclusão foram: fichas de notificação compulsória de HIV de pacientes notificados pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) entre janeiro de 2010 e junho de 2020 com dados completos e pertinentes à pesquisa; os critérios de exclusão, por sua vez, foram: fichas do SINAN anteriores a 2010 e/ou com dados incompletos. Além disso, é importante ressaltar que a notificação compulsória da infecção pelo HIV só foi estabelecida a partir de 2014, o que prejudica uma análise mais rigorosa do quadro.

As fichas de notificação do SINAN são instrumento público e os dados divulgados nos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde. Em razão disso, solicitou-se ao Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente). A contabilização e análise estatística desses dados, por sua vez, foram realizadas através do software *Microsoft Office Excel® 2013*.

Este trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz e aprovado pelo CAAE com número: 38275220.2.0000.5219.

### **4 ANÁLISES E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS**

#### **4.1 RESULTADOS**



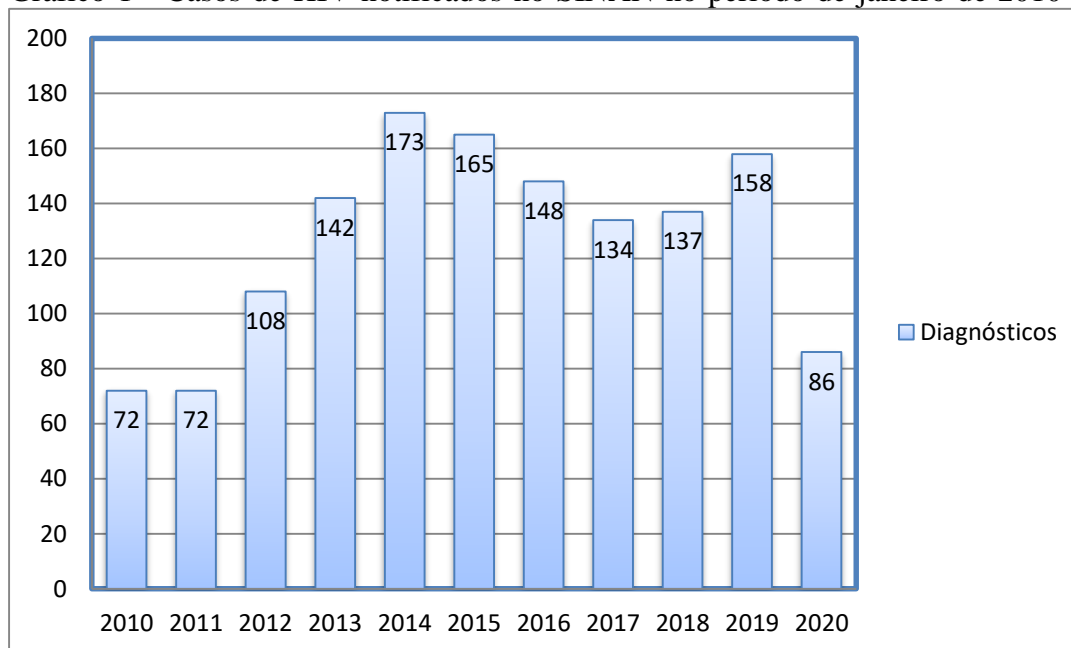
Os dados utilizados nesta pesquisa foram discutidos a partir da metodologia estatística descritiva tendo como base as notificações compulsórias dos casos de HIV e AIDS no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), registradas no Departamento de Vigilância Epidemiológica (VIEP) do município de Cascavel, PR, no íterim de janeiro de 2010 a junho de 2020, sendo 1395 o número de pacientes diagnosticados com HIV/AIDS.

#### 4.1.1 Tabulação e esboço de gráficos

Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS de 2020 do Ministério da Saúde, de 1980 a junho de 2020 foram registrados 1.011.617 casos de AIDS no Brasil e o país tem registrado uma média de 39 mil casos novos nos últimos cinco anos. Esta média, por sua vez, vem diminuindo desde 2013, cujo número de casos foi 43.368 e em 2019 foram identificados 37.308 novos casos.

Ao analisarmos o gráfico 1, porém, é possível observar que o número de casos na cidade de Cascavel-PR, seguiu em contramão à tendência nacional. Nos anos de 2018 e 2019, evidenciou-se um aumento no número de detectados, encerrando assim uma diminuição progressiva do número de casos que se observava desde 2014. Além disso, ainda que os dados referentes ao ano de 2020 sejam apenas dos meses de janeiro a junho, o número de diagnosticados já é preocupante, pois representa 54% do número de casos registrados durante todo o ano de 2019.

Gráfico 1 - Casos de HIV notificados no SINAN no período de janeiro de 2010 a junho de 2020.



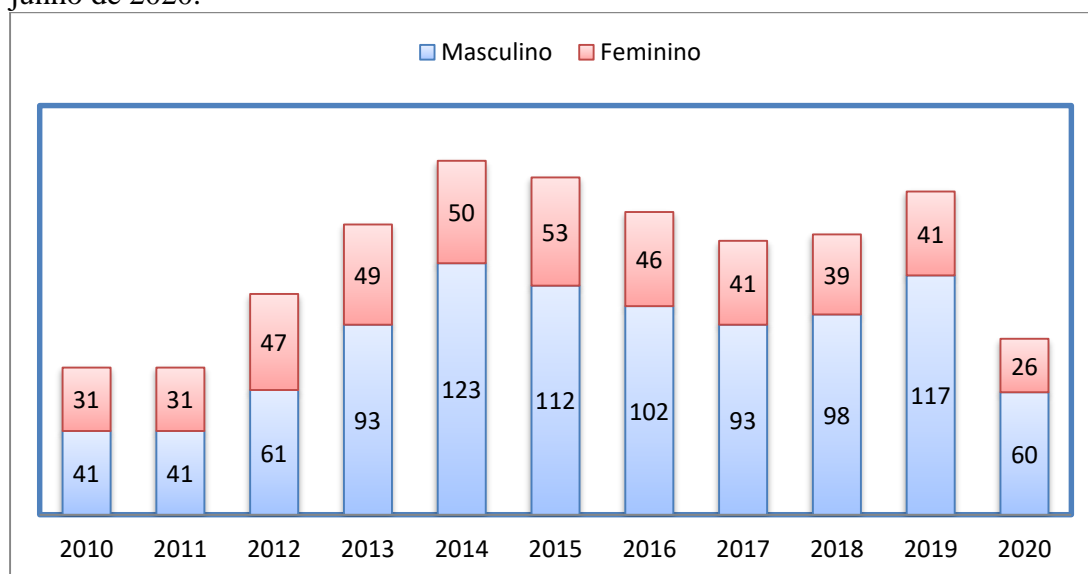
Fonte: Dados dos pesquisadores, 2020.

No gráfico 2, pode-se observar a manutenção de um padrão em que os homens apresentam um maior número de casos do que as mulheres. Além disso, com este gráfico também é possível constatar que a partir de 2012 esse padrão não apenas se manteve, como a razão do número de casos entre homens e mulheres aumentou.

Em concordância com essa análise, o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS de 2020 do Ministério da Saúde traz a informação de que, a partir de 2010, no âmbito nacional, tem-se observado um aumento na razão de sexos com um maior número de casos entre homens. Em 2019, por exemplo, a detecção de HIV/AIDS entre homens foi de 25,2 casos a cada 100 mil habitantes e de 10,5 entre as mulheres.

Ainda seguindo essa linha de pensamento, através dos dados do gráfico 2 é possível observar que o aumento do número de casos que tem se evidenciado em Cascavel-PR desde 2018 é maior entre a população masculina, enquanto o número de casos entre mulheres não apresenta grande variação.

Gráfico 2 - Distribuição dos casos de HIV de acordo com o sexo no período de janeiro de 2010 a junho de 2020.



Fonte: Dados dos pesquisadores, 2020.

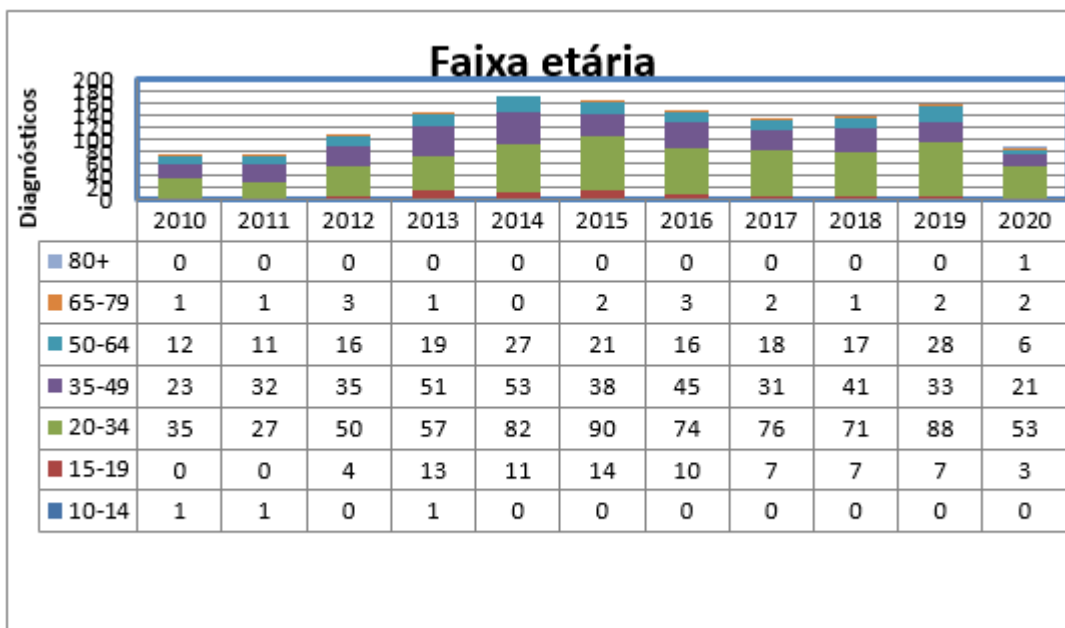
Atualmente no Brasil, como informado no Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS de 2020 do Ministério da Saúde, o maior número de casos de AIDS é observado entre os indivíduos com 25 a 39 anos, em ambos os sexos. Este padrão, por sua vez, também se apresenta em Cascavel-PR, como é possível observar no gráfico 3.

As faixas etárias com o maior número de casos são as dos 20 aos 34 anos e dos 35 ao 49 anos, o que corresponde à faixa sexualmente ativa e entra em concordância com os dados do gráfico 5, em que a principal forma de transmissão de HIV foi a relação sexual desprotegida, especialmente entre as relações heterossexuais.

No ano de 2019, especialmente, é possível observar um aumento substancial no número de casos da faixa etária dos 50 aos 64 anos, o que corresponde ao início da idade pós-reprodutiva. A partir desse período são vários os fatores que dificultam o uso de preservativos, que é a principal forma de prevenção de IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis), pelo casal: dificuldade de negociação entre os parceiros, conhecimento reduzido quanto à efetividade do preservativo e do seu uso, reduzido conhecimento sobre as vias de transmissão de IST's e, principalmente, redução da percepção de risco para infecção motivada pela confiança da mulher no relacionamento estável (PRAÇA; SOUZA; RODRIGUES, 2010). Dessa maneira, estes pacientes têm ficado mais suscetíveis ao aumento do número de casos.

Os dados de detecção de HIV/AIDS em menores de cinco anos são utilizados para monitoramento da transmissão vertical de HIV, e, de acordo com o gráfico 5, há registro de apenas 3 casos de transmissão perinatal no íterim de janeiro de 2010 a junho de 2020.

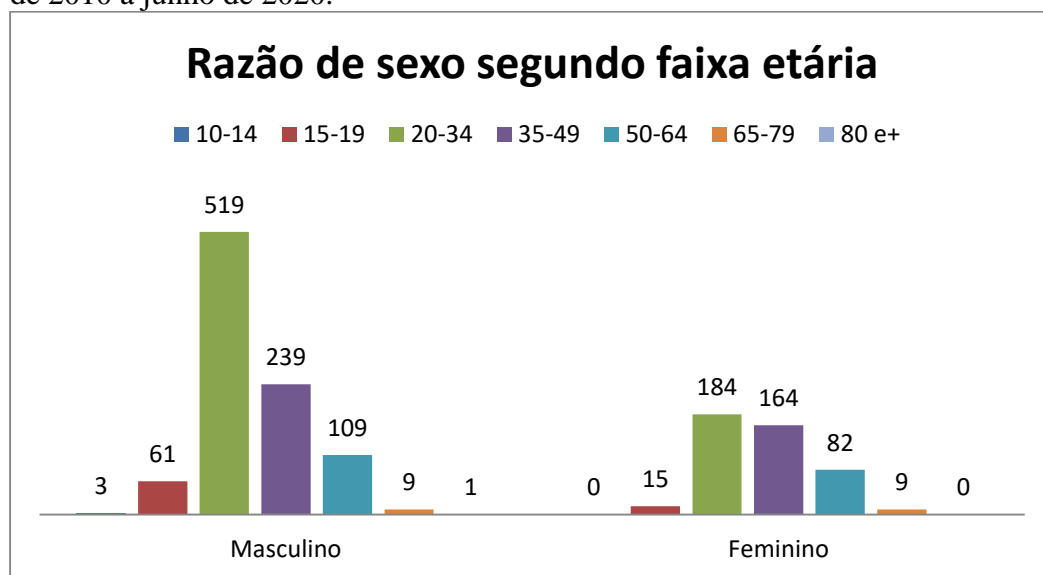
Gráfico 3 - Distribuição dos casos de HIV de acordo com a faixa etária no período de janeiro de 2010 a junho de 2020.



Fonte: Dados dos pesquisadores, 2020.

Neste gráfico 4, evidencia-se que os homens apresentam o maior número de casos em todas as faixas etárias, com exceção da faixa entre os 65 aos 79 anos, na qual o número de casos se assemelha ao registrado entre mulheres. A nível nacional, o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS de 2020 do Ministério da Saúde informa que nas faixas de 20-29 anos as taxas de detecção de HIV/AIDS nos homens costumam ser quatro vezes maiores do que as taxas das mulheres.

Gráfico 4 - Distribuição dos casos de HIV de acordo com o sexo e a faixa etária no período de janeiro de 2010 a junho de 2020.

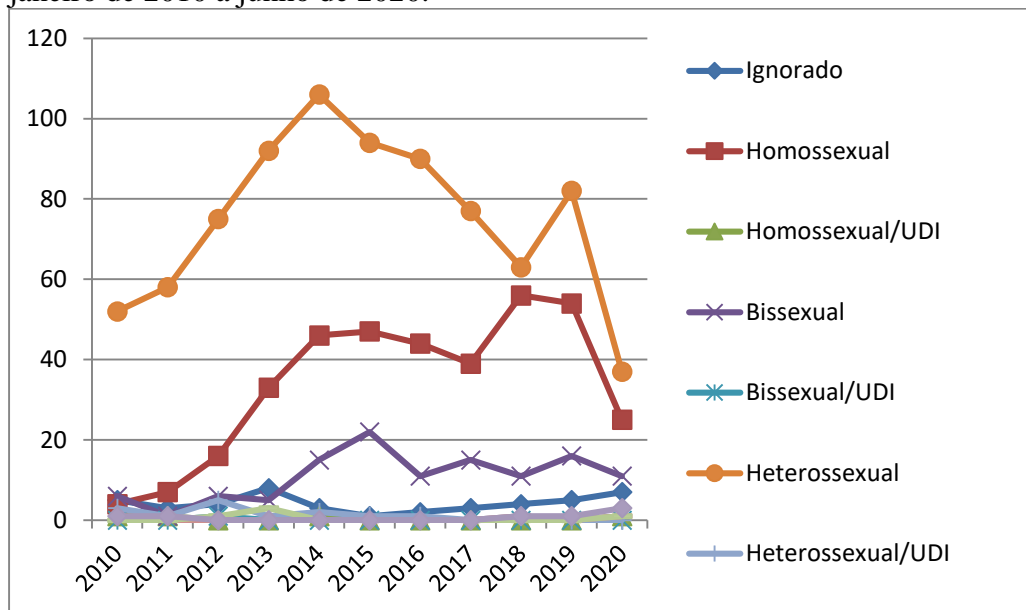


Fonte: Dados dos pesquisadores, 2020.

Em relação à categoria de exposição, evidencia-se que a principal forma de transmissão do HIV entre os habitantes de Cascavel-PR é via sexual desprotegida com um predomínio das relações heterossexuais. Em seguida, as principais formas de transmissão são as relações homossexuais e bissexuais.

Assim como no restante do mundo, no início da epidemia de HIV no Brasil, a principal população afetada era dos homens homossexuais e bissexuais. A partir de 1990, entretanto, já foi possível observar um crescimento da disseminação do vírus entre homens heterossexuais e, desde então, esta é a subcategoria com o maior número de atingidos (LIMA; KIFFER, 1996; DOURADO, Inês et al, 2006).

Gráfico 5 - Distribuição dos casos de HIV de acordo com a categoria de exposição no período de janeiro de 2010 a junho de 2020.



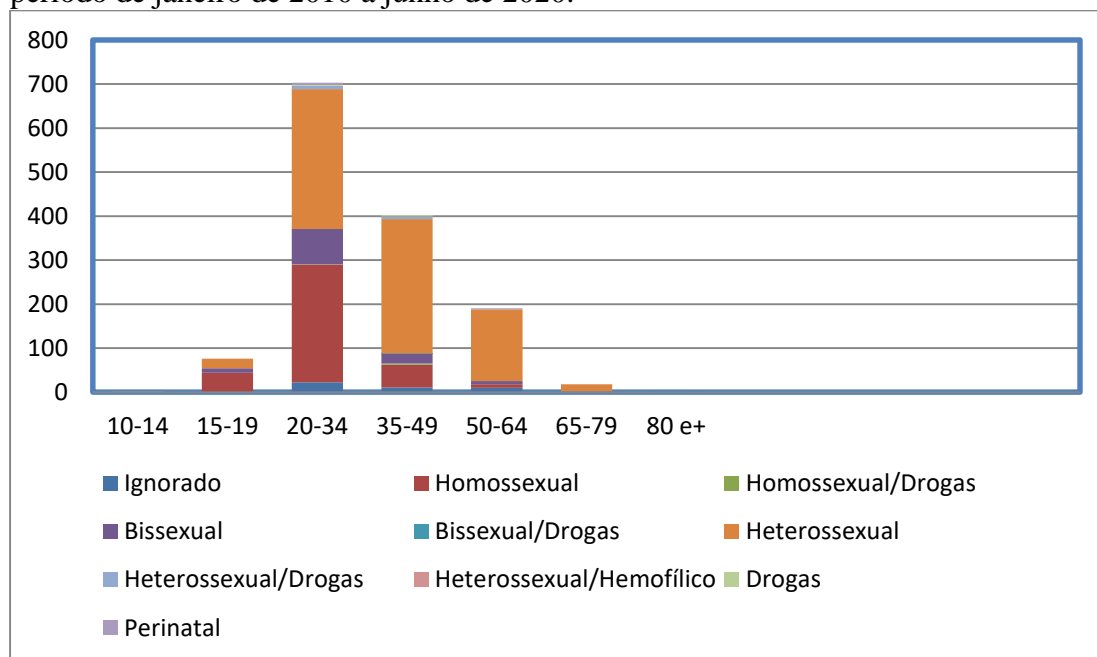
Fonte: Dados dos pesquisadores, 2020.

Ao distribuir os casos quanto à categoria de exposição entre as faixas etárias, observa-se uma maior semelhança entre as formas de transmissão via relação heterossexual desprotegida e homossexual desprotegida entre as faixas dos 15 aos 19 anos e dos 20 aos 34 anos. A partir dos 50 anos, porém, nota-se um predomínio da transmissão via relação heterossexual desprotegida.

Em todos estes gráficos, é possível notar um declive em relação ao número de casos com o avançar da idade, o que está intimamente ligado à principal forma de transmissão do HIV entre a população cascalvense e brasileira, de forma geral, que é a via sexual desprotegida. Tendo em vista que, por razões fisiológicas, há uma tendência à diminuição da atividade sexual com o avançar da idade.

Entretanto, é preciso ressaltar que uma diminuição da atividade sexual e confiança no parceiro não isentam o risco de transmissão do HIV. Este senso comum, apoiado em questões socioculturais e conservadorismos, contribui para que idosos pratiquem relações sexuais desprotegidas, uma vez que eles não se consideram alvos de risco (DORNELAS NETO, J, et al, 2015).

Gráfico 6 - Distribuição dos casos de HIV de acordo com a categoria de exposição e faixa etária no período de janeiro de 2010 a junho de 2020.

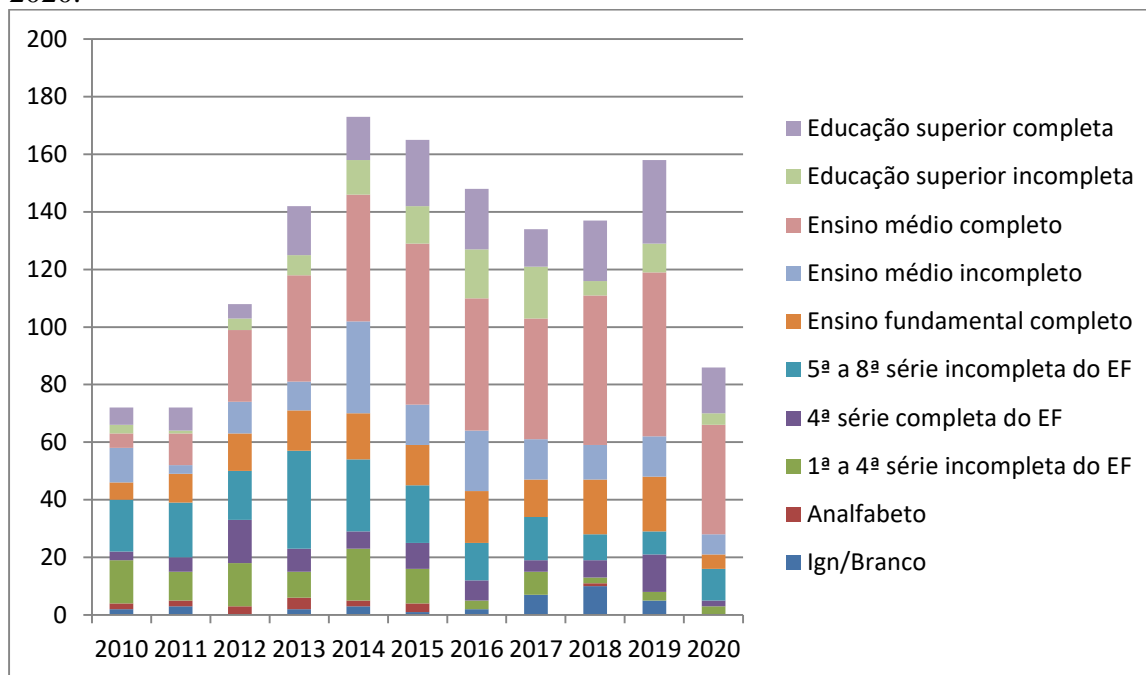


Fonte: Dados dos pesquisadores, 2020.

Em relação à escolaridade, de acordo com o Boletim de HIV/AIDS do Ministério da Saúde, no acumulado dos anos, a maior concentração de casos de AIDS no país ocorreu entre indivíduos com a 5ª à 8ª série incompleta (19,8%). Em Cascavel-PR, porém, observa-se no gráfico 7 que, a partir de 2012, esse perfil foi substituído por um maior número de casos entre indivíduos com o ensino médio completo.

Essa diferença no perfil de escolaridade pode ser justificada pelo fato do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de Cascavel-PR, que é 0,782, ser maior do que o do Brasil, que foi 0,765 no ano de 2020.

Gráfico 7 - Distribuição dos casos de HIV de acordo com a escolaridade janeiro de 2010 a junho de 2020.



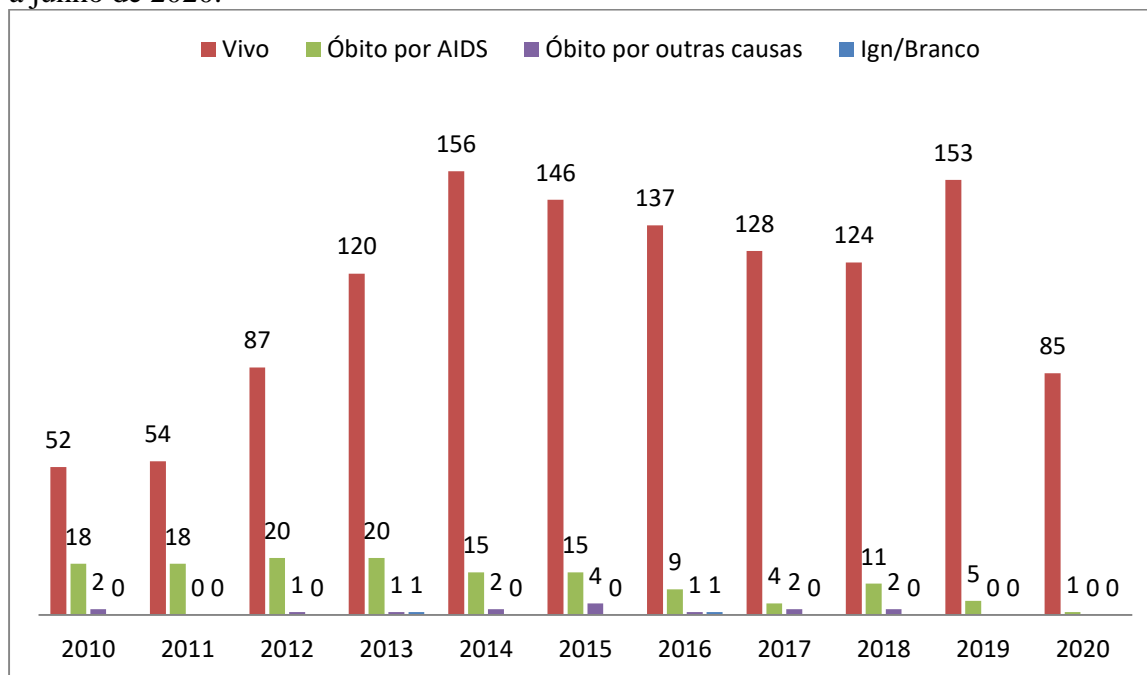
Fonte: Dados dos pesquisadores, 2020.

Quanto à mortalidade por AIDS, o Boletim de HIV/AIDS do Ministério da Saúde registra que, desde o início da epidemia da AIDS, em 1980, até dezembro de 2019 foram notificados 349.784 óbitos que tiveram HIV/AIDS como causa básica. Sendo que, a maior proporção desses óbitos ocorreu na região Sudeste (57,7%), seguida pelas regiões Sul (17,8%), Nordeste (13,9%), Centro-Oeste (5,3%) e Norte (5,3%). Ademais, ao longo desse período foi possível observar um decréscimo de 29,3% no coeficiente de mortalidade para o Brasil.

A nível mundial, o número de óbitos começou a decrescer a partir de 1996 com o advento da TARV (terapia antirretroviral de alta potência) e às ações de prevenção e controle da infecção pelo HIV. O Brasil, por sua vez, foi um dos primeiros países em desenvolvimento a fornecer acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais através do SUS (Sistema Único de Saúde) (VERONESI; FOCACCIA, 2015; DOURADO *et al*, 2006).

Dentro desse contexto, é possível observar no gráfico 6 a baixa taxa de mortalidade entre os pacientes infectados pelo HIV em Cascavel-PR. A adesão ao tratamento é um componente muito importante para a qualidade de vida do paciente e a disponibilização desse serviço no sistema público de saúde contribuem para as boas taxas de sobrevivência dos pacientes.

Gráfico 8 - Distribuição da mortalidade dos pacientes com HIV/AIDS no período de janeiro de 2010 a junho de 2020.



Fonte: Dados dos pesquisadores, 2020.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é considerada um marco na história da humanidade em função da rápida capacidade de disseminação do vírus causador, o HIV, e sua alta capacidade de mutação. Em função disso, o padrão de infectados por este quadro é extremamente variável, tendo em vista que ao longo deste artigo foi possível observar que a sua transmissão sofre influência de fatores individuais e coletivos.

De modo geral, através deste estudo, constatou-se como o perfil dos pacientes infectados tem se modificado ao longo dos anos em função do conhecimento adquirido ao longo do tempo, das campanhas de prevenção e da eficácia das terapias antirretrovirais. Inicialmente, a AIDS era considerada uma afecção restrita a certos grupos considerados “de risco” e, atualmente, sabe-se que é um quadro que pode atingir qualquer indivíduo que esteja exposto a alguma das suas formas de transmissão.

Em Cascavel-PR, que foi o foco desta pesquisa, foi possível evidenciar, de forma geral, uma grande similaridade com o perfil epidemiológico do país como um todo. As ressalvas se encontram em relação ao número de infectados que, em contramão à queda progressiva que o Brasil tem vivenciado, vêm aumentando na cidade desde 2018 e em relação ao perfil de escolaridade, em que



neste município, a maioria dos infectados possuem ensino médio completo, diferente do perfil nacional em que a maioria sequer completou o ensino fundamental.

Destarte, é possível concluir que o perfil epidemiológico dos pacientes com HIV no município de Cascavel-PR, em sua grande maioria, é composto por jovens adultos (20-34) que foram infectados via relação heterossexual desprotegida e possuem boa escolaridade.

Diante deste resultado, nota-se como o antigo estigma de que a AIDS/HIV é um quadro que acomete majoritariamente pessoas homossexuais tem feito os jovens negligenciarem os métodos preventivos durante as suas relações sexuais. Ademais, a descoberta das terapias antirretrovirais propiciou uma melhor qualidade de vida aos pacientes, o que faz com que as gerações mais recentes não tenham tanto receio de contrair o vírus quanto a população que vivenciou o surgimento do HIV.

Torna-se essencial, portanto, a inclusão de orientações sobre medidas de prevenção a esse público durante os atendimentos de rotina, além da inclusão de ações de rastreamento a fim de identificar possíveis quadros o mais precocemente possível. Dentro das orientações sobre medidas de prevenção seria importante trabalhar a quebra ao preconceito ainda vigente na sociedade que faz com que essa população negligencie a sua saúde. Assim, será possível que o perfil epidemiológico da cidade de Cascavel-PR se modifique e siga o padrão nacional de diminuição progressiva do número de casos.

Por fim, conclui-se que este trabalho cumpriu com o seu objetivo de determinar o perfil epidemiológico dos pacientes infectados por HIV deste município e forneceu informações que poderão ser utilizadas, inclusive pelos profissionais da área da saúde, nas promoções de prevenção e cuidado destes pacientes.

## **REFERÊNCIAS**

BASTOS, Francisco Inácio; BARCELLOS, Christovam. Geografia social da AIDS no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, p. 52-62, 1995.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim epidemiológico HIV-AIDS**. 2020

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001.

DORNELAS NETO, J. et al., Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 20, n. 12, p. 3853-3864. Rio de Janeiro. 2015.

DOURADO, Inês et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 9-17, 2006.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Editora 34, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**, 2021. Cascavel (PR), Cidades e Estados. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/cascavel.html>>. Acesso em 05 de janeiro de 2021.

LIMA, Ana Lucia Munhoz; KIFFER, Carlos Roberto Veiga. **HIV/AIDS: Perguntas e respostas**. In: **HIV/AIDS: perguntas e respostas**. 1996. p. 351-351.

MAHY, Mary et al. Measuring the impact of the global response to the AIDS epidemic: challenges and future directions. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 52, p. S152-S159, 2009.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 9, p. 41-65, 2002.

PALMISANO, Lucia; VELLA, Stefano. A brief history of antiretroviral therapy of HIV infection: success and challenges. **Annali dell'Istituto superiore di sanit **, v. 47, p. 44-48, 2011.

PRAÇA, Neide de Souza; SOUZA, Joyce de Oliveira; RODRIGUES, Daniela Angelo de Lima. Mulher no período pós-reprodutivo e HIV/aids: percep o e a es segundo o modelo de crenças em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 518-525, 2010.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/Aids**. 8. ed. - Rio de Janeiro: Revinter; 2005.

TEODORESCU, Lindinalva Laurindo; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da Aids no Brasil: as respostas governamentais   epidemia de AIDS**. 2015.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS et al. A ONU e a resposta a Aids no Brasil. Brasília: Organiza o das Na es Unidas no Brasil, 2016. Disponível em: <<https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGU%C3%8AS.pdf>>. Acesso em: 27 de maio de 2020.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. **Tratado de Infectologia-2 Volumes-5<sup>a</sup> Edi o**. Editora Atheneu, 2015.