



Tamanhos dos grupos populacionais sob maior risco

Dulce Aurélia de Souza Ferraz
Ana Roberta Pati Pascom
Ivo Brito
Marcela Rocha de Arruda

Introdução

A epidemia de aids, no Brasil, teve início nos primeiros anos da década de 80. Nesses mais de 20 anos, mostrou-se como uma epidemia concentrada, mantendo-se uma taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população geral em níveis baixos; porém, afetou e infectou em níveis altos, desde o início, alguns subgrupos mais vulneráveis à infecção, tais como os homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e os usuários de drogas injetáveis (UDI).

A epidemia atingiu primeiramente segmentos bem delimitados da população. As principais vias de transmissão da infecção foram as relações sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens, o compartilhamento de seringas e agulhas entre usuários de drogas injetáveis e as transfusões de sangue e hemoderivados (DOURADO et al., 2006).

Entretanto, a partir da década de 1990, as análises epidemiológicas começam a apontar para importantes mudanças nos padrões da epidemia, começando a se delinearem as tendências que ainda hoje caracterizam a aids no Brasil: heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização.

Os heterossexuais passaram a responder pelo maior número de casos novos de aids, atingindo o patamar de subcategoria de exposição sexual com maior número de casos notificados no país atualmente (DOURADO et al., 2006; BRASIL, 2010a). Embora ainda haja mais casos notificados em indivíduos do sexo masculino, observa-se um rápido crescimento da incidência da doença entre a população do sexo feminino, pelo aumento progressivo da proporção de mulheres no conjunto dos novos casos e pela redução da razão de sexo no total de casos de aids notificados.

Em que pesem essas inflexões em seu perfil, a aids ainda mantém as características de epidemia concentrada no Brasil. Enquanto a taxa de prevalência do HIV na população geral é estimada em 0,6% (BRASIL, 2010b), as estimativas de prevalência nos grupos de HSH, profissionais do sexo e usuários de drogas ultrapassam 5% (MALTA et al., 2010; BASTOS, 2009; KERR, 2009; SZWARCOWALD, 2009).

Nesse contexto, dimensionar os subgrupos populacionais de HSH, profissionais do sexo e de usuários de drogas, além de suas características comportamentais e das características conceituais que contribuem para sua maior suscetibilidade, é fundamental para compreender a dinâmica da epidemia no Brasil e, conseqüentemente, traçar estratégias de prevenção especificamente direcionadas e melhorar a qualidade da assistência em saúde para esses grupos populacionais.

Análise descritiva

A Tabela 5.1 apresenta a estimativa dos tamanhos de grupos sob maior risco de infecção pelo HIV. Entre os indivíduos do sexo masculino de 15 a 49 anos, 3,1% declararam ter, atualmente, relações sexuais com outros homens (HSH), o que corresponde a 1,6 milhões de homens. Dentre os homens sexualmente ativos na mesma faixa etária, a proporção de HSH foi de 3,4%, sendo que 1,2% tinham sexo tanto com homens quanto com mulheres (bissexuais) e 1,9% tinham sexo apenas com homens.

Aproximadamente 1,4 milhões (1,3%) de indivíduos de 15 a 49 anos declararam ter tido relações sexuais em troca de dinheiro nos últimos 12 meses, sendo esse o grupo de profissionais do sexo. Entre as mulheres de 15 a 49 anos, 1,2% eram trabalhadoras do sexo, ou seja, declararam ter recebido dinheiro em

troca de sexo, o que representa aproximadamente 634 mil mulheres, atingindo 1,6% entre as mulheres sexualmente ativas. O tamanho relativo do grupo de homens profissionais do sexo de 15 a 49 anos foi estimado em 1,5%, representando quase 775 mil indivíduos.

Quase quatro milhões de homens de 15 a 49 anos (7,7%) declararam ter pagado para ter sexo pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, ou seja, foram clientes de trabalhadores do sexo (Tabela 5.1).

Ainda de acordo com a Tabela 5.1, em termos do tamanho do subgrupo de usuários de drogas injetáveis (UDI), 0,8% dos indivíduos de 15 a 49 anos declararam ter feito uso de cocaína injetável alguma vez na vida, enquanto 0,5% declararam usar, atualmente, cocaína injetável.

Tabela 5.1 Tamanho relativo (%) e estimado das populações sob maior risco em relação à população total de 15 a 49 anos de idade. Brasil, 2008.

Populações sob maior risco	Tamanho relativo (%)	IC 95%	Tamanho estimado (em milhares de pessoas de 15-49 anos)
HSH	3,1	2,3-4,0	1582,9
Bissexuais	1,2	0,8-1,7	609,7
Sexo apenas com homens	1,9	1,3-2,7	973,2
Profissionais do sexo	1,3	1,0-1,8	1409,1
Sexo masculino	1,5	1,1-2,0	774,6
Sexo feminino	1,2	0,7-2,1	635,0
Homens clientes de profissionais do sexo	7,7	6,7-8,9	3981,8
UDI			
Usou pelo menos uma vez na vida	0,8	0,4-1,4	827,1
Usa atualmente	0,5	0,2-1,1	472,7

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Comentários finais

A análise da epidemia de aids tem destacado a contribuição desproporcional de alguns subgrupos populacionais sob maior risco na dinâmica da disseminação na população (BARBOSA JR. et al., 2009). A PCAP permitiu, por meio de perguntas específicas sobre orientação sexual, uso de drogas ilícitas e troca de sexo por dinheiro, a estimativa do tamanho dos principais grupos sob maior risco de infecção pelo HIV, a saber: HSH, UDI e homens e mulheres profissionais do sexo.

As diferenças na prevalência do HIV entre esses subgrupos populacionais e a população geral, longe de significar uma associação da doença como algo intrínseco a esses grupos, devem ser entendidas pela identificação dos diversos fatores que os tornam mais vulneráveis à infecção pelo HIV. É já amplamente reconhecido que, para além das dimensões biológicas e individuais do HIV, é a interação de fatores sociais, culturais e políticos, geradores de desigualdades e de exclusão social, que está na base da suscetibilidade à infecção pelo vírus. Logo, os grupos mais estigmatizados e discriminados em cada sociedade são os que têm maior probabilidade de se tornarem os mais afetados pela epidemia (TARANTOLA; MANN, 1996).

Nesse sentido, levando em consideração o pequeno tamanho desses subgrupos populacionais, estimado neste capítulo, é necessário focalizar ainda mais as políticas de prevenção a eles dirigidas, com atenção específica à vulnerabilidade social, ao estigma e à discriminação, que restringem o acesso desses indivíduos aos serviços de saúde e às políticas públicas.