



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

MÁRCIO CATHARIN MARCHETTI

**O PERFIL DA POPULAÇÃO E A ESPACIALIZAÇÃO DOS
CASOS REGISTRADOS DE AIDS EM LONDRINA:
UMA CONTRIBUIÇÃO PARA GEOGRAFIA DA SAÚDE**

MÁRCIO CATHARIN MARCHETTI

**O PERFIL DA POPULAÇÃO E A ESPACIALIZAÇÃO DOS
CASOS REGISTRADOS DE AIDS EM LONDRINA:
UMA CONTRIBUIÇÃO PARA GEOGRAFIA DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Geografia Dinâmica Espaço
Ambiental com requisito a obtenção do Título
de Mestre em Geografia. Departamento de
Geociências da Universidade Estadual de
Londrina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marcia Siqueira de
Carvalho

Londrina
2011

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

M317p Marchetti, Márcio Catharin.

O perfil da população e a espacialização dos casos registrados de AIDS em Londrina : uma contribuição para geografia da saúde / Márcio Catharin Marchetti. – Londrina, 2011.

xvii, 169 f. : il.

Orientador: Márcia Siqueira de Carvalho.

Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Exatas, Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2011.

Inclui bibliografia.

1. Geografia médica – Teses. 2. Saúde urbana – Teses. 3. Avaliação dos riscos de saúde – Teses. 4. AIDS (Doença) – Teses. 5. Londrina (PR) – Doenças – Registros de casos – Teses. I. Carvalho, Márcia Siqueira de. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Exatas. Programa de Pós-Graduação em Geografia. III. Título.

CDU 911.3:614

MÁRCIO CATHARIN MARCHETTI

**O PERFIL DA POPULAÇÃO E A ESPACIALIZAÇÃO DOS CASOS
REGISTRADOS DE AIDS EM LONDRINA:
UMA CONTRIBUIÇÃO PARA GEOGRAFIA DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Geografia Dinâmica Espaço
Ambiental com requisito a obtenção do Título
de Mestre em Geografia. Departamento de
Geociências da Universidade Estadual de
Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a.Dr^a. Marcia Siqueira de Carvalho.
UEL – Londrina - PR

Prof^a. Dr^a. Alice Yatiyo Asari
UEL – Londrina - PR

Prof. Dr. Raul Borges Guimarães
UNESP – São Paulo - SP

Londrina, 2 de setembro de 2011.

Às pessoas com HIV/AIDS, razão dessa pesquisa, por terem revelado
parte de suas vidas, viabilizando a realização desse trabalho.
Meu carinho, respeito e eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais, por acreditarem e confiarem em mim, sempre e até mais do que eu próprio. E por não medirem esforços e sacrifícios para me ajudar e me levar adiante, em todas as horas, mesmo nas mais difíceis.

Agradeço aos meus pais Sergio e Sheila por acreditar e confiar em mim.

Agradeço a Professora Márcia, por sua orientação, atenção, paciência, incentivo, compreensão, apoio e, sobretudo por sua amizade, compromisso e responsabilidade para a execução deste trabalho. Um muito obrigado

Aos que foram meus professores no Mestrado, Eliane Tomiasi Paulino, Eloiza Cristiane Torres, Márcia Siqueira de Carvalho, Mirian Vizintim Fernandes Barros, Nilza Freres Stipp, Rosana Salvi e Rosely Sampaio Archela por todas as discussões.

Agradeço aos meus amigos da época de faculdade, Fabinho, Patrícia Boszcowski de Souza, Marianna Duarte, Íris Mateuzzo, Mariana Cuencas, Tatiana Colasante, Mauricio Polidoro, muito obrigado.

Agradeço também aos amigos que fiz durante a minha vida Londrinense, Adriana, Carolina, Gabi, Isabella, Fernanda Meneses, Hyan, Diego, as irmãs Kelly, Barbara e Palominha, aos meus amigos de Birigui, Paulo, Marcel, Lucas (Frog), Antônio, Fran e Sissi.

A todos os colegas do Programa de Mestrado, Rafael, Vinicius e, em especial, a Saadia.

Aos funcionários do Departamento de Geociências em particular a Edna Pereira da Silva e aos funcionários do Departamento de Pós-graduação em especial a Regina.

Aos professores Alice Yatiyo Asari e Raul Borges Guimarães, pela leitura do trabalho e pelas sugestões apresentadas no exame de qualificação.

Aos funcionários da Autarquia Municipal de Saúde, em especial a Maria Angelina Zequim, que tanto me ajudou.

Aos funcionários do Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho, principalmente a psicóloga Rosângela Chagas e a farmacêutica Marisa, pelas dúvidas esclarecidas e pelas entrevistas.

À Dra. Susana Lilian Wiechmann professora e médica pela concessão da entrevista.

À Associação Londrinense Interdisciplinar de AIDS, em especial a Maria Abadia Lúcia por não negar esforços em me ajudar na aplicação dos questionários e pelo empréstimo de materiais bibliográficos, a Presidente da ALIA Silvana Gomes dos Santos pelas conversas e dúvidas esclarecidas.

Ao Núcleo Londrinense de Redução de Danos, pela ajuda na realização das entrevistas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo apoio financeiro fundamental para a realização das atividades da pesquisa.

Agradecimento especial a todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS que responderam o questionário e aos entrevistados que acreditaram e confiaram em mim.

“É inadmissível que alguém sofra por um vírus, uma doença, uma enfermidade, e que, além disso, além de ter de enfrentar a morte, ainda precise se esconder da sociedade”.
(Herbert de Souza, 1987)

MARCHETTI, Márcio Catharin. **O perfil da população e a espacialização dos casos registrados de AIDS em Londrina:** uma contribuição para a Geografia da Saúde. 2011. 169 f. Dissertação (Mestrado em Geografia). Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2011.

RESUMO

Esta pesquisa, elaborada na esfera da Geografia da Saúde, teve por objetivo levantar a distribuição espacial dos casos de AIDS No município de Londrina/PR, verificar o perfil dessa população e o estigma e o preconceito como parte das consequências que acompanham. Para isto optou-se trabalhar com as pessoas que vivem com HIV/AIDS no município e também com profissionais da saúde que atuam diretamente com esses pacientes. O recorte espacial deste trabalho foi a área urbana de Londrina (Paraná – Brasil) e a espacialização dos casos de AIDS correspondem às áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para a realização desta pesquisa foram cumpridas algumas etapas como levantamento bibliográfico e de dados sobre a situação da AIDS em âmbito internacional, nacional, estadual e municipal, por meio de sites institucionais. Em seguida, foram aplicados questionários e a realização de entrevistas dirigidas com pessoas vivendo com HIV/AIDS e com profissionais da saúde. A análise dos dados mostra que a AIDS é uma doença que atinge as pessoas sem distinção, e apesar da descoberta e uso de medicamentos que melhoram e prolongam a vida dos portadores do vírus e as pessoas doentes de AIDS, elas enfrentam situações decorrentes do estigma e do preconceito que envolve a doença, o que se torna uma barreira para o tratamento.

Palavras-chave: HIV. AIDS. Estigma. Londrina.

MARCHETTI, Márcio Catharin. **Population profile and spatial distribution of reported AIDS cases in Londrina**: a contribution to Geography of Health. 2011. 169 f. Dissertation (Master's degree in Geography) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

ABSTRACT

This research, developed in the sphere of Geography of Health, aimed at assessing the spatial distribution of AIDS cases in the city of Londrina/PR, check the profile of this population and the stigma and prejudice as part of the consequences that accompany the disease. For this we chose to deal with people living with HIV/AIDS in the city and also with health professionals that work directly with these patients. The spatial area of this study was the urban area of Londrina (Paraná – Brazil) and the spatial distribution of AIDS cases corresponds to the areas covered by Basic Health Units (BHU). For this research, some steps have been met, such as bibliographic and data survey on the situation of AIDS at international, national, state and municipal scope, through institutional sites. Then, we applied questionnaires and interviews directed to people living with HIV/AIDS and health professionals. Data analysis showed that AIDS is a disease that reaches people without distinction, and despite the discovery and use of drugs that improve and prolong the life of people with AIDS, they deal with situations from the stigma and the prejudice that surrounds the disease, which becomes a barrier to treatment.

Keywords: HIV. AIDS. Stigma. Londrina.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) – agente etiológico da AIDS.....	24
Figura 2 -	Mapa estimado de crianças e adultos com HIV/AIDS em 2008.....	31
Figura 3 -	Evolução dos casos de AIDS no Brasil.....	44
Figura 4 -	Faixa de fronteira brasileira e epicentros da AIDS.....	48
Figura 5 -	Casos de AIDS em adultos no Estado do Paraná por faixa etária.....	50
Figura 6 -	Situação atual da AIDS no Paraná de 1984-2010.....	50
Figura 7 -	Casos de AIDS notificados no Paraná no período de 2000-2009.....	52
Figura 8 -	Localização do Município de Londrina/PR.....	54
Figura 9 -	Evolução Urbana de Londrina de 1930-1990.....	63
Figura 10 -	Principais Rodovias que passam por Londrina.....	65
Figura 11 -	Mapa Rodoviário do Estado do Paraná.....	66
Figura 12 -	Tráfico de Drogas: Bacia do Paraná-Paraguai e São Paulo.....	71
Figura 13 -	Apreensão de Crack no Estado do Paraná.....	72
Figura 14 -	Apreensão de Maconha no Estado do Paraná.....	72
Figura 15 -	Apreensão de Cocaína no Estado do Paraná.....	73
Figura 16 -	Número de casos de AIDS em adultos por ano de diagnóstico, segundo sexo em Londrina de 1985-2008.....	75
Figura 17 -	Número de casos de AIDS em adultos por ano de diagnóstico, segundo faixa etária de 13-59 anos em Londrina de 1985-2008.....	78
Figura 18 -	Número de casos de AIDS em adultos por ano de diagnóstico, segundo a faixa etária 60 anos ou mais em Londrina de 1985-2008.....	79
Figura 19 -	Número de casos de AIDS em adultos por ano de diagnóstico, segundo categoria de exposição em Londrina de 1985-2008.....	81
Figura 20 -	Número de casos de AIDS em crianças por ano de diagnóstico, segundo faixa etária no momento do diagnóstico em Londrina de 1985-2008.....	83

Figura 21 -	Percentual de casos de AIDS em adulto por ano de diagnostico, segundo evolução Londrina de 1985-2008	85
Figura 22 -	Localização de cas os novos de HIV/AIDS em Londrina/PR no ano de 2002	88
Figura 23 -	Localização de casos novos de HIV/AIDS em Londrina/PR no ano de 2003	90
Figura 24 -	Localização de casos novos de HIV/AIDS em Londrina/PR no ano de 2004	92
Figura 25 -	Localização de casos novos de HIV/AIDS em Londrina/PR no ano de 2005	94
Figura 26 -	Localização de casos novos de HIV/AIDS em Londrina/PR no ano de 2006	96
Figura 27 -	Síntese de variáveis sociais, econômicas e ambientais e UBS com mais de dez casos de AIDS entre os anos de 2002-2006.....	103
Figura 28 -	Localização das Instituições voltadas ao atendimento de pessoas com HIV e AIDS em Londrina.....	112
Figura 29 -	Contextos-chave para a estigmatização e a discriminação relacionada ao HIV/AIDS	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Evolução da população urbana e rural de Londrina entre o período de 1935 a 2008	59
Tabela 2 -	Classificação dos dados sociais, econômicos e ambientais de Londrina	99
Tabela 3 -	Número total de casos por UBS no período de 2002-2006	100
Tabela 4 -	Faixa etária dos entrevistados	130
Tabela 5 -	Nível de escolaridade dos entrevistados	131
Tabela 6 -	Estado Civil dos entrevistados	132
Tabela 7 -	Orientação sexual dos entrevistados	132
Tabela 8 -	Profissão exercida pelos entrevistados	133
Tabela 9 -	Quantidade de anos vivendo com HIV+	133
Tabela 10 -	Já deixou de realizar alguma atividade devido à discriminação? ...	134
Tabela 11 -	Qualidade das relações sociais	134
Tabela 12 -	Pra quem você revelou sua sorologia	136
Tabela 13 -	Síntese das perguntas avaliadas nos questionários	139
Tabela 14 -	Perfil dos entrevistados	140

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Estimativa da UNAIDS em relação ao HIV/AIDS em 2008.....	30
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ALIA	Associação Londrinense Interdisciplinar da AIDS
AMSL	Autarquia Municipal de Saúde de Londrina
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina
CTNP	Companhia de Terras Norte do Paraná.
COHAB-LD	Companhia de Habitação de Londrina
FILO	Festival Internacional de Londrina
FML	Festival de Música de Londrina
HC	Hospital as Clínicas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMAP&P	Imagens Paisagens e Personagens
IPPUL	Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Paraná.
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	AIDS: CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIAL E CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA	22
2.1 AIDS:	HISTÓRIA SOCIAL E ASPECTOS CONCEITUAIS	22
2.2 AIDS:	MODOS DE TRANSMISSÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO	26
3	ASPECTOS DA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA AIDS NO MUNDO	29
3.1	AS PRINCIPAIS OCORRÊNCIAS DE AIDS NO MUNDO	29
3.1.1 AIDS	no Brasil.....	37
3.1.2	Disseminação do HIV/AIDS no Brasil	39
3.1.3	AIDS na Faixa de Fronteira Brasileira.....	44
3.2 AIDS	No PARANÁ	49
4	LONDRINA: O CONTEXTO URBANO DE EXPANSÃO DA AIDS	53
4.1	LONDRINA: Localização e Fatores que contribuem para o aumento de HIV/AIDS.....	53
4.2 LONDRINA:	LOCALIZAÇÃO E FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O AUMENTO DO HIV/AIDS	64
5	SITUAÇÃO DA AIDS EM LONDRINA	74
5.1	Evolução do Perfil Epidemiológico da AIDS em Londrina.....	74
5.1.1	O HIV/AIDS em Londrina No Ano de 2002	86
5.1.2	O HIV/AIDS em Londrina No Ano de 2003	89
5.1.3	O HIV/AIDS em Londrina No Ano de 2004	91
5.1.4	O HIV/AIDS em Londrina No Ano de 2005	93
5.1.5	O HIV/AIDS em Londrina No Ano de 2006	95
5.2	INSTITUIÇÕES LONDRINENSES QUE PRESTAM ATENDIMENTOS PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS	104

6	ESTIGMA E PRCONCEITO: BARREIRAS A SEREM ENFRENTADAS	113
6.1	ESTIGMA, PRECONCEITO E AIDS.....	113
6.2	AIDS além da Metáfora.....	130
6.3	RELATOS DAS PESSOAS VIVENDO COM AIDS	139
	CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS	149
	REFERÊNCIAS.....	153
	APÊNDICES	160
	APÊNDICE A – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos.....	161
	APÊNDICE B – Parecer de aprovação do comitê de Ética	162
	APÊNDICE C – Termo de Sigilo e Confidencialidade	163
	APÊNDICE D – Ofício de requerimento dos dados.....	164
	APÊNDICE E – Mapa das áreas de abrangências das UBS de Londrina.....	165
	APÊNDICE F – Roteir o da ent revista feita com as pe ssoas que vivem com HIV/AIDS	166
	APÊNDICE G – Roteiro do questionário aplicado as pessoas que vivem com HIV/AI DS	167

1 INTRODUÇÃO

O início da década de 1980 foi marcado pelo surgimento de uma nova doença que depois foi reconhecida como uma síndrome, conhecida mundialmente como AIDS¹ (Acquired Immunodeficiency Syndrome/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Ela, é considerada uma doença emergente² e tem se proliferado rapidamente atingindo de forma indiscriminada todos os segmentos da população humana.

As primeiras ocorrências foram observadas no início da década de 1980, nos Estados Unidos, onde um número significativo de pessoas do sexo masculino e homossexuais apresentava sintomas que caracterizavam um conjunto de moléstias, cuja origem era desconhecida. Por isso, inicialmente se pensou que a enfermidade tinha ligação direta com a prática homossexual. Sintomas semelhantes começaram a aparecer em outras pessoas, como os usuários de drogas injetáveis (UDI), os hemofílicos, os homens e mulheres profissionais do sexo, bissexuais, e os estrangeiros, assim formou-se o considerado “grupo de risco”.

Com os avanços das pesquisas científicas tem se compreendido que a AIDS é uma doença provocada pelo vírus HIV, transmitido por relações sexuais sem proteção, transfusão de sangue, uso de agulhas e objetos cortantes não esterilizados e, durante a gravidez, no parto e na amamentação, e que qualquer pessoa envolvida com uma dessas situações, está sujeita à contaminação.

A compreensão do que vem ser a AIDS, modificou-se ao longo dos anos, deixando de ser ligada a uma epidemia restrita aos homossexuais e usuários de drogas, denominados “grupos de risco” atualmente essa denominação não é mais utilizada e se passou a usar com portamento de risco que abarca todas as pessoas que se expõem à ação do vírus do HIV sem proteção.

A ampla disseminação da epidemia da AIDS se diferencia de outras epidemias pela rápida difusão e a devastação que ela causa. Mesmo considerando

¹ AIDS, Aids e aids: escreve-se a palavra aids em letras minúsculas, considerando-a, portanto, um substantivo feminino - aids: doença que abala as defesas do organismo, transmitida sexualmente ou por sangue contaminado. Também grafado com maiúsculas: AIDS. A Coordenação Nacional de DST/AIDS adotou a forma substantiva com grafia minúscula. Entretanto, a grafia maiúscula, AIDS, é utilizada quando a palavra faz parte de uma sigla. Ex: CN-DST/AIDS - que quer dizer Coordenação Nacional de DST e Aids. A forma Aids aparece em títulos onde todas as outras palavras que formam a frase, ou título, são marcadas com as iniciais maiúsculas, como no exemplo anterior: Coordenação Nacional de DST e Aids. (CASTILHO, 1997)

² Doenças emergentes, são doenças que surgiram recentemente e que introduziram novos microrganismos, cita-se a aids.

a heterogeneidade em que a epidemia se propaga, ela pode ser observada no mundo todo, penetrando em diferentes espaços e culturas, atingindo pessoas de todas as idades, níveis socioeconômicos, raça, orientação sexual, etc. A rápida dispersão da doença pelo mundo estão relacionadas às facilidades de comunicação e deslocamento das pessoas, já que a transmissão é realizada através de interações pessoais (GALVÃO, 2000)

Dados do Relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS (2009), calculam que existam no mundo cerca de 33,4 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS, das quais 16,6 milhões são homens, 15,7 são mulheres e 2,1 milhões são crianças. Os óbitos de pessoas com a doença somam 2.0 milhões/ano e os novos casos chegam a 2.7 milhões. Na América Latina cerca de 2.0 milhões de pessoas vivem com a doença sendo que o Brasil contribui com um terço dos casos entre os países latino-americanos.

Desde o início da epidemia até o ano de 2010, 592.914 casos de AIDS foram registrados no Brasil. Desse total, 385.818 foram de pessoas do sexo masculino e 207.080 casos do sexo feminino (BRASIL, 2010). A primeira década da doença no Brasil foi marcada pela predominância dos casos em homossexuais e bissexuais, contudo, no começo da década de 1990, verificou-se um aumento expressivo entre homens e mulheres heterossexuais, na faixa etária dos 25 aos 49 anos de idade, e também entre as pessoas acima dos 60 anos de idade.

As regiões brasileiras mais afetadas com o HIV/AIDS são as regiões Sudeste e Sul com 58% e 19% respectivamente, seguidas pelas regiões Nordeste, Centro Oeste e Norte.

Londrina está localizada no norte do Paraná e é a segunda cidade com o maior número de casos de HIV/AIDS no Estado, ficando atrás apenas da capital Curitiba. O diagnóstico do primeiro caso de AIDS em Londrina data de 1985, e desde então os registros foram aumentando em relação a quantidade de novos casos ao longo dos anos, com pequenos decréscimos em alguns momentos. Desde o início da epidemia o ano de 2002 foi o que mais registrou casos de AIDS com 152 casos diminuindo nos anos subsequentes.

O município apresenta algumas características que podem responder pelo número elevado de casos. Primeiro pela sua proximidade com os Estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul e pelo papel que desempenha no Norte do Paraná por ser um centro de comunicação atravessado pelas principais rodovias

que ligam as cidades mais importantes do Estado. Londrina exerce o papel de polo regional atraindo pessoas de fora para trabalho, estudo, participação em eventos etc., facilitando as relações interpessoais.

A escolha do HIV/AIDS para tema de pesquisa se deve ao fato de ser uma doença de escala mundial, “obscura” tanto no sentido da cura, quanto nos mitos e lendas que a permeiam. Embora o agente etiológico seja conhecido pela microbiologia molecular, não existe nenhum remédio ou vacina que traga a cura total, mas há remédios que prolongam e melhoram a qualidade de vida do doente de AIDS.

Atualmente, os avanços das pesquisas sobre a AIDS possibilitaram a produção de medicamentos para o combate do vírus e o conhecimento das formas de transmissão permitem a elaboração de medidas preventivas eficazes para evitar a infecção pelo vírus do HIV. A síndrome de imunodeficiência adquirida é uma doença de grande complexidade ao envolver valores religiosos, morais e éticos. Por ser uma doença transmissível e ainda sem cura, coloca os portadores e soropositivos diante do medo da morte, do preconceito, do estigma, além da alteração nos relacionamentos sociais tornando uma das maiores barreiras para o tratamento.

O presente estudo teve por objetivos levantar a distribuição espacial dos casos de AIDS na cidade de Londrina/PR, verificar o perfil da população vivendo com HIV/AIDS e as consequências que acompanham a doença, como o estigma e o preconceito. Para alcançá-los o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi registrado sob o número 103/2010, e recebeu parecer favorável, estando, assim, dentro dos preceitos éticos estabelecidos pelo Comitê e pela legislação vigente. Contudo, o tema passou por outras barreiras. O maior problema enfrentado foi em relação à burocracia existente para o desenvolvimento da pesquisa ao coletar os dados que são fornecidos pela Secretária Municipal de Saúde de Londrina. Para obtenção dos dados foi realizado um cadastro no site do Ministério da Saúde, na página do SISNEP - Sistema Nacional de Informação Sobre Ética envolvendo Seres Humanos, gerar uma folha de rosto e anexar juntamente com o projeto de pesquisa e alguns documentos encaminhados para o CEP – Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Londrina para que o projeto fosse analisado. O projeto teve que ser reestruturado três vezes até ser aprovado,

Para desenvolver esta pesquisa, foi necessário cumprir algumas etapas burocráticas. Para a obtenção dos dados, foi indispensável registrar o projeto de pesquisa no site do Ministério da Saúde, na página do SI-SNEP – Sistema Nacional de Informação Sobre Ética envolvendo Seres Humanos que gerou uma folha de rosto (apêndice 1) e juntamente com o projeto de pesquisa e alguns documentos dentre eles o Termo de Sigilo e Confidencialidade dos dados (apêndice 2) foram encaminhados para avaliação no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná, durante todo este processo o projeto de pesquisa teve que ser reestruturado três vezes, demorando dez meses para sair a aprovação e a liberação dos dados (apêndice 3).

Foram necessárias algumas etapas para a elaboração desta pesquisa, dentre as quais encontram levantamento bibliográfico a fim de buscar embasamento teórico para auxiliar na orientação dos estudos; levantamento de dados sobre a situação da AIDS no mundo, no Brasil e no Estado do Paraná, através de sites institucionais como Organização Mundial da Saúde (OMS), Programa das Nações Unidas (UNAIDS) Ministério da Saúde, Secretaria do Estado do Paraná (SESA) dentre outros.

Foi realizado também levantamento de dados junto a Autarquia Municipal de Saúde de Londrina (AMSL) para obter dados a respeito da AIDS no município, os anos que foram selecionados para o estudo deve-se ao fato de serem os mais recentes disponíveis na época da coleta. O intuito inicial do trabalho era coletar dados pontuais relativos aos casos de HIV/AIDS por bairros, mas, esses dados não são acessíveis, a fim de manter a identidade das pessoas vivendo com HIV/AIDS em sigilo. Assim foram disponibilizados os dados a partir dos registros por Unidades Básicas de Saúde³ (UBS) e respectivas áreas de abrangência (apêndice 4). Cabe salientar que cada UBS abarca vários bairros e a área coberta por cada uma dessas unidades é diferente da área de cada setor utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para a realização do mapeamento foi utilizada a base cartográfica da área de abrangência das UBS disponibilizadas pelo

³ O município de Londrina conta com 53 UBS sendo 39 na área urbana e 14 na Zona Rural. O Centro de Londrina conta com sete UBS, a zona Norte nove, as zonas Leste e Sul oito cada uma e a zona Oeste sete.

Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina (IPPUL), e através do programa ArcGIS 9.3 foram elaborados os mapas.

Foram realizadas algumas entrevistas durante a execução deste trabalho, sendo a primeira com a psicóloga Rosângela Chagas e a farmacêutica Marisa do Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho, e posteriormente com a médica infectologista Dra. Susana Lilian Wiechmann, professora do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. As entrevistas com as PVHA foram realizadas na Associação Londrinense Interdisciplinar da AIDS (ALIA) e no Centro Londrinense de Redução de Danos. Cinco entrevistas foram realizadas a fim de investigar os sentimentos acerca da doença, o enfrentamento do estigma e do preconceito, a qualidade dos serviços disponíveis no município e o que mudou após ter descoberto a sorologia. Uma entrevista se distingue das outras, pois os entrevistados falaram de forma livre e focaram nas suas histórias de vida.. Contudo, alguns pontos são comuns dentre todas as entrevistas. Essas poucas entrevistas foram obtidas apesar do fato das pessoas com HIV/AIDS terem medo de revelar seu Estado sorológico (apêndice 6).

Também foram aplicados questionários às pessoas com HIV/AIDS. Conforme definem Lakatos e Marconi (1991, p.201), o questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Em geral o pesquisador envia o questionário ao informante pelo correio, ou por um portador, depois de preenchido, o pesquisado devolve do mesmo modo. Seguindo a definição de Lakatos e Marconi (1991), os questionários foram aplicados por uma funcionária da ALIA e alguns foram aplicados no Centro de Redução de Danos (apêndice 7).

Após a realização das entrevistas e a coleta de dados das informações, realizou-se a sistematização, tabulação e análise dos mesmos como também a sistematização das entrevistas que propiciaram em uma melhor análise do problema reunindo elementos que auxiliaram na comparação entre a fundamentação teórica e os resultados.

A trajetória metodológica da pesquisa consistiu na etapa inicial de revisão de literatura seguida do levantamento dos dados, a aplicação de questionários e a realização de entrevistas dirigidas. Somando-se à análise dos resultados a pesquisa foi redigida e estruturada em cinco capítulos. O primeiro analisa determinados aspectos conceituais acerca do HIV/AIDS, como seu

surgimento, o agente etiológico da doença bem como a prevenção e o tratamento da AIDS.

No segundo capítulo são comentadas de uma forma geral as principais ocorrências e a distribuição geográfica da AIDS pelo mundo, dando ênfase para o Brasil e o Estado do Paraná, apresentando dados sobre o avanço da epidemia nessas regiões e a situação da AIDS nas faixas de fronteiras brasileiras.

O terceiro capítulo apresenta algumas características do crescimento urbano de Londrina e a sua dinâmica, com a intenção de destacar os fatores que auxiliam no aumento de novos casos de AIDS no município.

No quarto capítulo é discutida a situação da AIDS em Londrina, durante o período de 2002 a 2006, buscando demonstrar e analisar o perfil da população atingida no que diz respeito ao sexo, faixa etária, formas de transmissão. Também está presente neste capítulo o mapeamento da distribuição dos casos na malha urbana de Londrina, a sobreposição a esses dados da síntese socioeconômica da cidade, além de identificar espacialmente as instituições que prestam serviços para pessoas vivendo com HIV/AIDS.

No quinto capítulo apresenta-se uma análise teórica sobre estigma e o preconceito acerca da AIDS e são apresentados os resultados dos questionários e das entrevistas realizadas com pessoas vivendo com AIDS em Londrina. Durante as fases iniciais da pesquisa esse tema veio à tona e foi incorporado, pois se buscou investigar a relação da doença com suas vidas, a qualidade do serviço prestado pelo município e quais seriam os principais problemas vivenciados por essas pessoas.

2 AIDS: CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIAL E CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA.

A AIDS é uma doença que atinge milhões de pessoas no mundo e desde o seu surgimento já vitimou milhares de pessoas. Com os avanços das pesquisas científicas que possibilitaram a produção de medicamentos, a AIDS deixou de ser sinônimo de morte contudo ela continua vitimando pessoas do mundo inteiro.

Neste capítulo foram realizadas algumas reflexões acerca da evolução da história da AIDS, apresentando conceitos que auxiliem no entendimento do HIV/AIDS assim como, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento.

2.1 AIDS: HISTÓRIA SOCIAL E ASPECTOS CONCEITUAIS

A infecção pelo HIV começou ser observada na metade do século XX. Os primeiros relatos sobre a doença surgiram na África Central oriundo da mutação dos vírus do macaco disseminando por todo o mundo com a globalização. (BRASIL, 2006)

Segundo Veronesi (apud PINTO et al, 2007). Esse relato da transmissão é confirmado por diversos autores, dos quais um admitiu que o vírus da AIDS foi transmitido pelo macaco (principalmente o macaco verde) para o homem pelo contato íntimo desses animais com os nativos africanos, quer por arranhaduras ou mordidas, quer pelo hábito dessas populações de ingerir a carne mal cozida desse animal contendo o vírus causal da doença em seus tecidos e fluidos (sangue, secreções).

Galvão (2000) esclarece que muitos estudiosos, admitiram como certa a proposição de que o vírus do HIV tenha passado de primatas para o homem, porém continua sem uma explicação de como teria ocorrido essa transmissão.

Galvão (2000) e Brasil (2006) afirmam que embora os primeiros casos de AIDS fossem identificados nos Estados Unidos em 1981, onde foi identificado o “paciente zero”⁴ em homossexuais do sexo masculino que

⁴ Histórias sobre o “paciente zero”, assim como as narrativas sobre a origem da AIDS na África eram bastante recorrentes na década de 1980. O “paciente zero”, Gaetan Dugas, identificado como um comissário de bordo canadense que se divertia nas saunas e boates gays da Califórnia, foi descrito como sendo o principal elo de ligação entre os primeiros casos de AIDS detectados nos Estados Unidos: “Dos dezenove primeiros casos de GRID (Gay Related Immune Deficiency, a primeira

apresentavam quadros clínicos de pneumonite por *P.carinii* e sarcoma de Kaposi em Los Angeles e São Francisco, o HIV já tinha sido encontrado anteriormente na África Equatorial, a partir de 1960. Daí a suposição de que a origem do HIV é africana.

A AIDS⁵ é a doença que se configura como um dos principais problemas de saúde pública atualmente e para as próximas décadas. Após três décadas da descoberta do HIV⁶/AIDS, a epidemia continua a superar todas as expectativas devido a sua gravidade e à escala de impacto que ela atinge (ONUSIDA, 2004). Entretanto, com os conhecimentos adquiridos sobre a doença e o desenvolvimento de medicamentos terapêuticos para tratamento dos pacientes, observa-se uma maior sobrevivência. Segundo o relatório da UNAIDS (2009), parece ocorrer uma estabilização na prevalência da doença em alguns países, e a diminuição das mortes por AIDS devido ao maior acesso aos medicamentos e diminuição de novos casos (MENDES, 2006; PRADO, 2008).

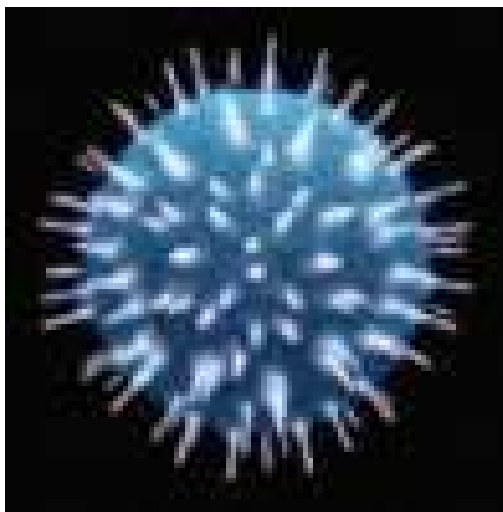
Os primeiros indícios sobre a AIDS surgiram nos Estados Unidos da América (EUA), onde a combinação de raros tipos de cânceres e pneumonias comuns matava homens jovens apresentando quadros clínicos similares. Apresentavam um estado de diminuição nos recursos orgânicos que dão imunidade às infecções, chamou-se esse agravo de Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), figura 1, conhecida aqui como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Enquanto buscavam explicações para esse surto, a alta incidência da doença indicava quase que exclusivamente em homossexuais masculinos. Devido à peculiaridade de identificar a epidemiologia neste grupo, o vínculo entre homossexualismo e AIDS era tal que antes mesmo da sigla AIDS ser fixada, foi proposta a sigla GRID, Imunodeficiência de caráter gay (PARKER, 1994; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

denominação para o que hoje é conhecida como AIDS) em Los Angeles, quatro tinham feito sexo com Gaetan Dugas. Outros quatro casos, ao mesmo tempo, tinham ido para a cama com pessoas que haviam mantido relações sexuais com Dugas, estabelecendo ligações sexuais entre nove dos dezoito casos de Los Angeles. (Shilts, 1990, p.176)

⁵ A sigla AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), em inglês SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Humana) são sinônimos. Nos países franceses, e espanhóis e portugueses a utilização mais comum é o termo SIDA, Já no Brasil a sigla AIDS é mais comum. (CAMARGO JR. 1994, P.17). Neste trabalho será utilizado o termo AIDS.

⁶ HIV (do inglês Human Immuno Deficiency Virus) Esta sigla identifica a expressão Vírus da Imunodeficiência Humana, o vírus causador da AIDS. (BRASIL, 2010)

Figura 1 - Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) – agente etiológico da AIDS



Fonte: <http://megaarquivo.wordpress.com/tag/AIDS/>

Para o enfrentamento da epidemia fazia-se necessário o descobrimento e o isolamento do vírus causador da doença. Em 1983, o pesquisador francês Luc Montagnier isolou o agente etiológico da AIDS denominando LAV (Lymphadenopathy-Associated Virus), e no mesmo ano o americano Robert Gallo anunciava nos EUA a mesma descoberta, mas com outra denominação HTLV-III (Human T-lymphoma Virus). Em 1985 chegaram a conclusão que a AIDS é o estágio final da doença causada por um retrovírus⁷ e acabaram denominado de HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana (LIMA, 2002).

Rouquayrol; Almeida Filho (2003) e Gouveia (2009) detalham que há uma variação no gênero do HIV, resultando no HIV-1 e o HIV-2. Eles são diferentes tanto na sorologia da doença quanto na sua distribuição geográfica pelos continentes. O tipo 1 é o mais comum, inclusive no Brasil, e é sobre ele que se concentram as pesquisas. Ambos têm a mesma forma de transmissão e reagem quase da mesma forma no organismo. O tipo 2 é mais comum na África, ele tem uma característica de deteriorar o sistema imunológico mais lentamente e ser um pouco menos acentuado (LUCÍRIO, 2005).

De maneira geral, o vírus da Imunodeficiência Humana debilita o portador através da depleção progressiva do reservatório das células CD4+ causando uma deficiência no sistema imunológico, tornando-o enfraquecido, e não

⁷ Tipo de vírus que para se reproduzir utiliza um processo de conversão reversa de seu material genético, utilizando uma enzima específica (transcriptase reversa) e outras enzimas das células do indivíduo infectado. O HIV é um exemplo de retrovírus. (BRASIL, 2010)

tendo a possibilidade de proteger-se de infecções. Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003, p. 262).

Do ponto de vista clínico o diagnóstico baseia-se na presença de uma doença, pelo menos moderadamente, preditiva de deficiência de imunidade celular; em uma pessoa que não tenha nenhuma outra causa que pudesse ser responsável por essa suscetibilidade (p.ex. doença neoplásica ou terapia imunossupressora). As doenças que ocorrem em pacientes com deficiência imunológica são chamadas de oportunistas e entre elas incluem-se neoplasias e infecções.

A AIDS é o resultado final da infecção pelo HIV. Porém, para chegar a este estágio o vírus da imunodeficiência humana passa por quatro etapas:

- 1- Infecção Aguda: é a primeira fase, quando ocorre a incubação do HIV, ou seja, o tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença. Esse período varia de 3 a 6 semanas. E o organismo leva de 30 a 60 dias após a infecção para produzir anticorpos anti-HIV. Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Por isso, a maioria dos casos passa despercebido.
- 2- Fase Assintomática ou Latência Clínica: esta fase é marcada pela forte interação entre as células de defesa e as constantes e rápidas mutações do vírus. Mas ele não enfraquece o organismo o suficiente para permitir novas doenças, pois os vírus amadurecem e morrem de forma equilibrada. Esse período, pode durar muitos anos.
- 3- Fase Sintomática ou Inicial: esta fase é caracterizada pela alta redução dos linfócitos T CD4 - glóbulos brancos do sistema imunológico, que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm³ de sangue. Em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades. Os sintomas mais comuns são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento.
- 4- AIDS: Devido à baixa imunidade, há o aparecimento de doenças oportunistas, que se aproveitam da fraqueza do organismo. Ele é o estágio mais avançado da doença.

Contudo, vale ressaltar que ter o vírus do HIV não quer dizer que a pessoa tenha AIDS. Há muitas pessoas com HIV+ que vivem muitos anos sem apresentar sintomas e desenvolver a doença, mas podem transmitir o vírus para outras pessoas. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é uma doença a

de grande impacto social, político e econômico, além de fazer parte de um arcabouço social opressivo e estratificado (GALVAO, 2000; MOREIRA et al, 1993).

2.2 AIDS: MODOS DE TRANSMISSÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO.

O HIV/AIDS pode ser transmitido pelo sangue, secreção vaginal, sêmen e pelo leite materno. O modo de transmissão do vírus ocorre por meio das relações sexuais, sangue contaminado, compartilhamento de instrumentos cirúrgicos contaminados, no parto e aleitamento da mãe para o filho (transmissão vertical) e nos hemofílicos através da transfusão de sangue e hemoderivados contaminado. Esta última, hoje em dia, é pouco frequente em função das medidas rigorosas tomadas para o estabelecimento da qualidade do sangue e transfusões (RAMOS FILHO et al., 2003).

- **Transmissão sexual:** ocorre pelo ato sexual vaginal, anal ou oral no qual haja contato do sangue, sêmen ou secreções vaginais da pessoa infectada pelo HIV com a pessoa sadia.
- **Transmissão por sangue contaminado:** o HIV pode ser transmitido através do sangue ou produtos derivados do sangue (como plasma e plaquetas) em transfusões sanguíneas.
- **Transmissão através de agulhas ou seringas contaminadas:** o HIV pode ser transmitido através de agulhas ou seringas contaminadas através do compartilhamento entre os usuários de drogas injetáveis.
- **Transmissão através de perfuração acidental com agulhas ou objetos cortantes:** Este tipo de transmissão ocorre através do contato do profissional de saúde com um paciente HIV positivo seja por uma perfuração acidental por agulha durante procedimento cirúrgico ou mesmo numa punção venosa. Este tipo de transmissão é baixa.
- **Transmissão da mãe para o filho:** durante a gestação, durante o parto ou no período de amamentação.
- **Outros métodos de transmissão:** em raros casos, o HIV pode ser transmitido através de um órgão transplantado, inseminação artificial ou por equipamentos cirúrgicos ou odontológicos não esterilizados.

Formas de Prevenção

A principal forma de prevenção do HIV/AIDS é a conscientização das pessoas através de práticas seguras, como a utilização de preservativos, teste em sangue e ou hemoderivados, utilização de instrumentos cirúrgicos, seringas, agulhas, injeções esterilizados ou descartáveis, triagem dos doadores nas doações de sêmen e órgãos, identificação precoce e tratamento com remédios para coibir as chances de transmissão vertical.

Prevenção da transmissão sexual : a via sexual é a forma mais frequente de transmissão do HIV. A prevenção da transmissão sexual se baseia na informação e educação visando à prática do sexo seguro, através da redução do número de parceiros e do uso de preservativos.

Prevenção da transmissão sanguínea:

Através da transfusão de sangue: todo o sangue para ser transfundido deve ser obrigatoriamente testado para detecção de anticorpos anti-HIV.

Através de hemoderivados: os produtos derivados de sangue, que podem transmitir o HIV, devem passar por processo de tratamento que inative o vírus.

Através de injeções e instrumentos perfuro-cortantes: seringas, agulhas e outros instrumentos perfuro-cortantes utilizados em procedimentos de saúde ou fora do sistema de saúde como, por exemplo, os usuários de drogas endovenosas devem ser esterilizados e desinfetados. No caso de materiais descartáveis, utilizá-los apenas uma vez e descartá-los em locais apropriados.

Através da doação de sêmen e órgãos: A prevenção neste caso pode ser prevenida através da triagem dos doadores.

Através da transmissão perinatal: O diagnóstico precoce, associado ao uso de medicamentos durante a gestação e no parto. Nas primeiras semanas de vida as chances de transmissão do HIV são bastante reduzidas.

Identificação e Tratamento do HIV

A identificação da soropositividade pelo vírus da AIDS é feita por exames que detectam a presença de anticorpos contra o vírus ou a presença do próprio vírus. O teste mais utilizado para diagnosticar a doença é chamado de Elisa, caso seja detectado anticorpos contra o HIV no sangue do paciente é necessário a realização do teste confirmatório, para isso, são usados o Western Blot ou o teste

de Imunofluorescência indireta para o HIV- 1. Também existe o Teste Rápido que permite a detecção de anticorpos anti-HIV no sangue em apenas 30 minutos.

Apesar de ser uma doença que ainda não tem cura, a partir da década de 1980 e com a descoberta do agente etiológico, foram desenvolvidos alguns remédios que não matam o vírus, mas impedem a sua multiplicação no organismo, ajudando a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. Esse tratamento é uma combinação de pelo menos três anti-retrovirais, o chamado “coquetel”. O paciente deve ter acompanhamento médico para avaliar o tratamento e aderir de forma correta às indicações do profissional (BRASIL, 2011).

O Brasil foi um dos países pioneiros a disponibilizar o tratamento e os remédios gratuitamente no sistema brasileiro de saúde como parte da política de acesso universal aos serviços de saúde e aos medicamentos (MELCHIOR et al., 2007)

A disponibilização gratuita dos remédios para pessoas com HIV/AIDS no Brasil está assegurada pela Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996 (Lei Sarney) que estabelece **Art. 1º** Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento. § 1º O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde. § 2º A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado. **Art. 2º** As despesas de correntes da implementação desta Lei serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme regulamento. (BRASIL, 2011).

O país também é pioneiro na quebra de patentes de remédios com essa finalidade servindo de exemplo mundial, no tratamento e no combate contra a AIDS, contudo mesmo sendo garantido por lei, o acesso é muito heterógeno pelo país.

3 ASPECTOS DA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA AIDS NO MUNDO.

O surgimento da epidemia de AIDS na década de 1980, foi primeiramente observada nos Estados Unidos em um grupo de homens homossexuais e entre algumas pessoas UDI, pouco tempo depois o vírus da AIDS já era detectado em outros países tornando-se uma pandemia mundial. A AIDS é uma doença que atinge os seres humanos independente da classe social, raça, sexo, opção sexual tornando-a uma doença democrática.

No capítulo anterior buscou-se realizar um levantamento histórico sobre a AIDS além de apresentar alguns aspectos conceituais acerca do HIV/AIDS.

Este capítulo tem por objetivo, apresentar o atual panorama da distribuição geográfica da AIDS, no mundo, no Brasil, e no Paraná, mostrando a evolução e a disseminação da doença no território, além de apresentar dados e informações sobre a disseminação da doença nas fronteiras brasileiras.

3.1 AS PRINCIPAIS OCORRÊNCIAS DE AIDS NO MUNDO.

Segundo as estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS (2009), existem no mundo cerca de 33,4 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS, das quais 16,6 milhões são homens, 15,7 são mulheres e 2,1 milhões são crianças. Os óbitos de pessoas com a doença somam 2.0 milhões/ano e os novos casos chegam ao montante de 2.7 milhões (UNAIDS, 2009) conforme o quadro 1.

Quadro1 - Estimativa da UNAIDS em relação ao HIV/AIDS em 2008.

REGIÃO	QUANTIDADE DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	NOVAS INFECÇÕES POR HIV EM 2008	MORTES RELACIONADAS COM A AIDS EM 2008
ÁFRICA SUBSAARIANA	22.4 MILHÕES	1.9 MILHÃO	1.4 MILHÃO
SUL E SUDESTE DA ÁSIA	3.8 MILHÕES	280.000	270.000
ÁSIA ORIENTAL	850.000	75.000	59.000
AMÉRICA LATINA	3.0 MILHÕES	170.000	77.000
AMÉRICA DO NORTE	1.4 MILHÃO	55.000	25.000
EUROPA OCIDENTAL E CENTRAL	850.000	30.000	13.000
EUROPA ORIENTAL E ÁSIA CENTRAL	1.5 MILHÃO	110.000	87.000
CARIBE	240.000	20.000	12.000
ORIENTE MÉDIO E ÁFRICA DO NORTE	310.000	35.000	20.000
OCEANIA	59.000	3.900	2.000
TOTAL	33.4 MILHÕES	2.7 MILHÕES	2 MILHÕES

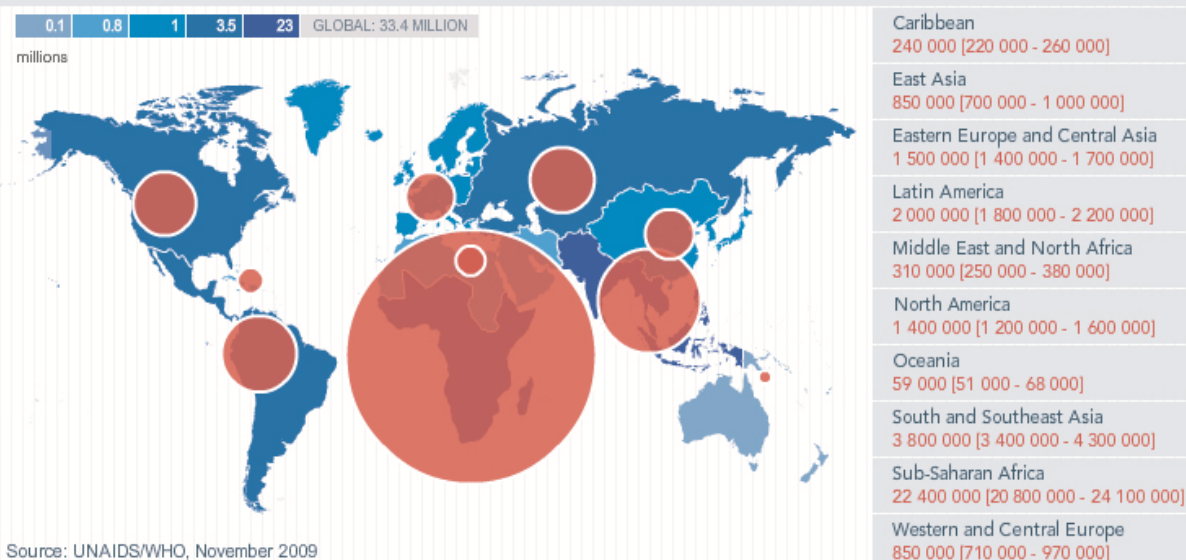
Fonte: ONUSIDA (2009), Situação da epidemia de AIDS.Org: Márcio Catharin Marchetti.

A distribuição da epidemia do HIV/AIDS se dá de forma heterogênea, atingindo todos os países do mundo, porém alguns mais afetados que outros (figura 2).

Figura 2 - Mapa estimado de crianças e adultos com HIV/AIDS em 2008.

MAPPING PROGRESS towards Universal Access

Adults and children estimated to be living with HIV, 2008



Fonte: ONUSIDA (2009), Situação da epidemia de AIDS no mundo.

África Subsaariana

A África Subsaariana é a região do globo terrestre mais afetada pelo HIV/AIDS. Segundo dados da UNAIDS (2009), 67% das pessoas que vivem com HIV/AIDS no mundo encontravam-se nesta região, aproximadamente 22,4 milhões de pessoas. Em 2008, cerca de 1,9 milhões de pessoas contraíram a infecção, sendo 68% das novas infecções em adultos e 91% estima-se que 390 mil novos casos em crianças.

A epidemia de HIV/AIDS atinge de forma desigual o território africano. É na África Meridional onde se concentram os países com os maiores índices estimados de prevalência do HIV em adultos como Suazilândia (26%), Botsuana (24%) e Lesoto (23.2%) e também abriga o maior número de pessoas com HIV/AIDS do mundo (5.7 milhões). Os estudos feitos na África Oriental indicam uma estabilização e em alguns países até a diminuição da epidemia naquela região esse fato pode ser consequência da implantação de programas de terapia retrovirais. A África Ocidental e Central apresentam uma variação nas suas regiões, diferentes prevalências da epidemia podem ser vistas nesta região como, por exemplo, Cabo Verde, Nigéria e Senegal, países da África Ocidental que apresentam menos de 1%

de prevalência da doença enquanto Cote d'Ivoire e Gana apresentam 3.9 % e 1.9% respectivamente (UNAIDS, 2009).

A relação heterossexual é a categoria que mais transmite o vírus do HIV na África Subsaariana. A transmissão vertical (da mãe para o filho durante a gestação, o parto ou no aleitamento) também é uma importante forma de infecção. Contudo, os levantamentos demonstram uma variedade no modo de difusão da doença, através do aumento no número de casos em alguns países africanos⁸, de homens que fazem sexo com homens, aumento na prevalência de HIV em profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (UDI).

As mulheres na África Subsaariana são as mais afetadas pelo HIV/AIDS. Conforme a ONUSIDA (2009), as mulheres representam 60% das infecções pela doença. A susceptibilidade fisiológica, as desvantagens sociais, legais (a mulher não tem o direito de negar relações sexuais a seu parceiro) e econômicas aumentam os riscos das mulheres contraírem o HIV, implicando diretamente na possibilidade de aumentar a transmissão vertical mãe - filho. Há uma tendência significativamente mais elevada do número de casos de HIV em mulheres e homens casados, divorciados ou viúvos, contudo há uma prevalência maior em mulheres. Por vezes, a doença tem uma relação direta com o divórcio e à viuvez.

Existe una tendencia hacia una prevalencia del VIH significativamente más elevada entre individuos que son divorciados, separados o viudos que entre aquellos que son solteros, casados o concubinos; por su parte, la prevalencia es especialmente alta entre las mujeres divorciadas o viudas. Con frecuencia, el divorcio o la viudez deriva en forma directa del Estado sorológico respecto del VIH de una persona, puesto que muchas mujeres se divorcian después de que le diagnostican la infección por el VIH y muchas personas en la región han perdido a sus cónyuges a causa de enfermedades relacionadas con el sida. (UNAIDS, 2009, p.22)

Na África, as relações heterossexuais continuam sendo as maiores propagadoras da doença. No entanto, dados mais recentes mostram que a epidemia pode ser mais diversificada do que se pensava. Casos entre homens que fazem sexo com homens (H-H), toxicod dependentes de drogas endovenosas (UDI), profissionais do sexo também vêm contribuindo para aumentar os números e a diversidade nos dados epidemiológicos.

⁸ Na África, mais de 30 países têm leis que proíbem a atividade sexual consensual entre adultos do mesmo sexo (Ottosson, 2009). Em geral, punição para violações de leis contra são graves, e em vários países permite pena de morte e outras sanções previstas mais de 10 anos de prisão (UNAIDS, 2009, p.35).

Ásia

A Ásia por ser um continente bastante populoso, concentrando 60% da população do mundo, tem uma prevalência em relação ao HIV/AIDS relativamente baixa. Segundo estimativas, em 2008 cerca de 4.7 milhões de pessoas asiáticas viviam com HIV/AIDS. Excluindo apenas a Tailândia, todos os outros países asiáticos têm menos de 1% dos casos de HIV/AIDS.

A epidemia de HIV/AIDS na Ásia é heterogênea tanto nas formas de transmissão da doença quanto nos diferentes países do continente. Observa-se que a infecção pelo HIV concentra principalmente entre os usuários de drogas injetáveis (UDI), os profissionais do sexo, seus clientes e suas esposas, no entanto os últimos levantamentos mostram um aumento nos casos de HIV de homens que fazem sexo com homens.

Europa Oriental e Ásia Central

A Europa Oriental e Ásia Central são as únicas regiões que mostram claramente aumento da prevalência de casos de HIV/AIDS. Conforme o Boletim da UNAIDS (2009), essas regiões concentram cerca de 1.5 milhões de pessoas com HIV/AIDS, sendo que no ano de 2001 as estimativas indicavam que 900 mil pessoas viviam com a doença.

Essas regiões a epidemia avança, especialmente incitada pelo consumo de drogas intravenosas e esta população é a mais exposta a contrair HIV/AIDS sobretudo ao seu comportamento de risco. Sendo os UDI em sua maioria jovens e sexualmente ativos observa-se na Europa Oriental e Ásia Central um aumento de casos nas formas de transmissão heterossexual, devido a esse aumento, a disparidade entre homens e mulheres com HIV vêm diminuindo. (UNAIDS, 2009)

Caribe

Localizado na América Central, o Caribe, é a segunda região com o maior número de prevalência de HIV/AIDS em adultos depois da África. Atualmente estima-se que 240 mil pessoas vivam com a doença nesta região em 2008 cerca de 12 mil pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS e as novas infecções somaram 20 mil. (UNAIDS, 2009)

Tanto na disseminação quanto na intensidade da epidemia diferenças importantes são encontradas. Em Cuba, por exemplo, tem uma prevalência baixa de HIV enquanto nas Bahamas essa prevalência pode chegar até 3% nos adultos. A principal forma de transmissão do HIV é a relação heterossexual. O comércio sexual (mulheres e homens) também é um fator central na disseminação da doença entre os heterossexuais daquela região. Homens que fazem sexo com homens também vêm tendo um aumento expressivo, porém devido à discriminação⁹ e o estigma que essa população sofre, os números podem ser bem maiores. O uso de drogas injetáveis constitui uma forma significativa de infecção apenas em Porto Rico, onde representa a via de transmissão mais frequente. (UNAIDS, 2009)

Oriente Médio e África do Norte

Os dados sobre o Oriente Médio e a África do Norte apresentam lacunas na sua confiabilidade, impedido de se obter um claro entendimento da dinâmica e tendências do HIV/AIDS nesta região. A falta de um banco de dados efetivo e confiável para conhecer a real situação da doença, juntamente com as questões culturais que envolvem essas populações, existindo diversas teorias como aponta UNAIDS;

Ante la ausencia de información estratégica relativa a esta región, se han planteado diversas teorías sobre la situación de la epidemia en Oriente Medio y África del Norte. Si bien hubo quienes han afirmado que los valores culturales de la región confieren una especie de “inmunidad” contra el VIH, otros han sostenido que existe una considerable transmisión del VIH pero que no se registra. (2009, p.70)

A propagação da doença nessa região pode ser observada em dois padrões que contribuem para este aumento. O primeiro fator deve-se ao fato de muitas pessoas morarem em outros países e contraírem a doença e, ao voltar para seu país de origem, transmitem sua infecção para suas parceiras sexuais. E o segundo fator é da própria população contrair a doença através de relações sexuais

⁹ De acordo com UNAIDS, como em outros países do mundo, o estigma e a discriminação, afeta diretamente as iniciativas de prevenção do HIV em homens que fazem sexo com homens. Pelo menos nove países caribenhos punem as condutas sexuais que envolvem pessoas de mesmo sexo. (apud OTTOSSON, 2009, p.56)

entre homens, utilização de drogas endovenosas e relações com profissionais do sexo em seus países e transmitirem o vírus para suas parceiras.

Em vários países do Oriente Médio e da África do Norte apresentam altas taxas de infecção do HIV entre usuários de drogas injetáveis como o Oman (11.8%), Marrocos (6.5%) e Israel (2.9%), e essas regiões apresentam altas taxas por desempenhar um papel importante no cenário mundial do narcotráfico. (UNAIDS, 2009)

Oceania

A Oceania em comparação com outras regiões tem uma prevalência de HIV baixa. Segundo a UNAIDS (2009), a região contabilizava 59 mil casos de pessoas com HIV, a dinâmica da disseminação e as formas de transmissão têm suas características específicas. As pequenas ilhas veem apresentando um aumento nos casos de infecção por HIV em adultos, Nova Caledônia, Fiji, Polinésia Francesa, Guam e Papua - Nova Guiné são alguns exemplos. A forma de transmissão que predomina em algumas ilhas (Papua - Nova Guiné e Fiji) é através de relações heterossexuais, já em Nova Caledônia e Guam a maioria das transmissões é de homens que fazem sexo com outros homens.

Nos países maiores da Oceania, Austrália e Nova Zelândia, os homens que fazem sexo com outros homens são os principais alvos de infecção alertando o país para campanhas direcionadas. Os usuários de drogas endovenosas são responsáveis por um número pequeno na propagação do HIV na Austrália e uma quantidade maior de casos notificados pode ser observada nas pequenas ilhas. Assim como os usuários de drogas injetáveis, a transmissão vertical segue o mesmo panorama e as pequenas ilhas apresentam quantidades maiores do que Austrália e Nova Zelândia em consequência desses países terem uma epidemia direcionada nos homens que fazem sexo com outros homens (UNAIDS, 2009).

América do Norte e Europa Ocidental e Central

A América do Norte e Europa Ocidental e Central abrigam cerca de 2.3 milhões de pessoas com HIV/AIDS. A Europa entre os anos de 2000 a 2007, quase que dobrou os números de pessoas contaminadas pelo vírus do HIV, os Estados Unidos apresenta uma relativa estabilização dos casos e as estimativas sobre a doença no Canadá indicam um aumento entre os anos de 2002 e 2005.

Segundo o Boletim Epidemiológico da UNAIDS (2009) as pessoas que estão mais propensas a contrair HIV nessa região são homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e os imigrantes.

América Latina

Segundo a OMS, estima-se que a América Latina conta com 2.0 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS, esse número varia entre 1.800.000 – 2.200.000. Conforme a UNAIDS (2009) os homens que fazem sexo com homens apresentam uma porcentagem maior na taxa de infecção pelo HIV, contudo o número de mulheres e populações indígenas que contraem o HIV também vem aumentando nos últimos anos. Usuários de drogas injetáveis, profissionais de sexo e pessoas que praticam sexo sem segurança também fazem parte dos grupos vulneráveis.

Cerca de dois terços dos dois milhões estimados de pessoas vivendo com HIV/AIDS na América Latina concentra-se nos quatro maiores países: Argentina, Brasil, Colômbia e México. Segundo os dados sobre a epidemia na América Latina, os dados mostram que ela permanece estável. O número de infecções pelo HIV entre os homens é significativamente maior do que entre as mulheres na região, devido, em grande parte as práticas sexuais entre homens. No Peru, o número de casos masculinos de AIDS notificados em 2008 foi quase três vezes maior do que entre as mulheres.

As taxas de prevalência de HIV entre homens que fazem sexo com homens variam na América Latina. Em El Salvador a prevalência é de 7,9 % e de 25,6% no México. No Peru, 55% das novas infecções pelo HIV estão nesta forma de transmissão. Em relação aos UDI a epidemia está concentrada no Cone Sul da América do Sul e no norte do México, divide com os Estados Unidos (UNAIDS, 2010).

Os dados sobre profissionais do sexo também demonstram uma variação entre os países. A prevalência de HIV entre trabalhadoras do sexo na Guatemala é de 4,3% e de 3,2% em El Salvador. Na Argentina, a prevalência de HIV demonstra ser significativamente maior entre trabalhadores do sexo masculino (22,8%) do que entre os trabalhadores do sexo feminino (1,8%).

O relatório da UNAIDS destaca ainda que há uma boa cobertura de tratamento antirretroviral na América Latina, algo que não ocorre no resto do

mundo, já que apenas 35% dos infectados de países em desenvolvimento têm acesso aos remédios específicos. Dos quase 15 milhões de infectados que vivem em países em desenvolvimento, apenas 5,2 milhões recebem tratamento, enquanto o restante (cerca de 10 milhões de pessoas) não tem acesso aos antirretrovirais (2010)

O Brasil contabiliza cerca de um terço dos casos de HIV/AIDS na América Latina, segundo a Organização Mundial da Saúde (2009) este número chega a 620 mil pessoas vivendo com a doença no país.

3.1.1 AIDS NO BRASIL

No Brasil, os dados que remetem ao ano de 2010, mostram que 592.914 casos de HIV foram notificados no período de 1980 a junho de 2010¹⁰ (BRASIL, 2010) dos quais 58% são referentes à região Sudeste, 19% a região Sul, 13% a região Nordeste, 6% e 4% as regiões Centro-Oeste e Norte respectivamente. No ano de 2009, foram notificados 38.538 casos novos da doença correspondendo a uma taxa de 20,1 casos para cada 100.000 habitantes. (BRASIL, 2010)

A primeira metade da década de 1980 foi marcada pela predominância de casos de pessoas infectadas com o HIV em homens homossexuais e bissexuais. Embora entre 1980-1997 os homossexuais representassem 24.2% do total nacional e os bissexuais 14.2%, os homens e mulheres representavam 17.4%. Em 2009 os casos registrados entre os homossexuais caíram para 19.9% e os casos entre bissexuais reduziram para 7.9%, e os casos registrados entre homens e mulheres heterossexuais aumentaram para 43.4% do total nacional (BRASIL, 2010)

Ao longo do tempo vem ocorrendo uma mudança na razão de sexo M:F de 15:1. Ou seja, em 1986, para cada mulher infectada haviam 15 homens. Este número caiu drasticamente e no ano de 2009 essa relação passou a ser de 1.6 H para cada 1M, mostrando o progressivo aumento de casos de HIV/AIDS em mulheres (BRASIL, 1998, 2000, 2010).

¹⁰ Os dados de 2010 são preliminares até 30/06/2010 fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos (SISCEL).

Em relação à faixa etária, no período de 1980-2010, entre todos os homens que vivem com HIV/AIDS no Brasil, 77% estão na faixa etária entre 25 a 49 anos e as mulheres nessa mesma faixa etária correspondem a 70% dos casos. Porém, a partir do ano 2000 o número de casos na faixa etária acima de 50 anos vêm aumentando consideravelmente para ambos os sexos. E a maior taxa de casos de HIV/AIDS concentra-se na faixa etária de 40 a 49 anos tanto para homens quanto para as mulheres (BRASIL, 2010).

A forma de contágio que mais cresce no Brasil a partir do início dos anos 1990, são as relações heterossexuais chegando em 2007 ser responsável por 44.8% das infecções em homens e 96.1% nas mulheres, as categorias de exposição de homens que fazem sexo com homens e bissexuais estabilizaram-se e a categoria de exposição usuários de drogas endovenosas, mostrou uma redução no número de casos. (BRASIL, 2010; AZEVEDO, 2001; BARCELLOS; BASTOS, 1996; SZWARCOWALD et al., 2000)

A epidemia de HIV/AIDS no Brasil experimentou modificações profundas desde o seu início, na década de 1980. De marcadamente regional e restrita a determinados segmentos populacionais, passou a ser uma epidemia de caráter nacional nos anos 1990. No tocante às categorias de exposição, a incidência de casos por transmissão heterossexual foi a que mostrou o maior aumento, contribuindo, de forma decisiva, à expansão da epidemia entre as mulheres, sobretudo entre aquelas em idade fértil (SZWARCOWALD et al., 2000)

O primeiro caso de transmissão vertical do vírus do HIV foi informado em 1985, contudo, dois anos mais tarde essa categoria passou a ter uma expressiva participação em novos casos (AZEVEDO, 2001; SZWARCOWALD et al., 2001). Mas conforme aponta Brasil (2010), está ocorrendo uma diminuição nos novos casos. Em 1998 foram notificados 1.029 casos de transmissão do vírus da mãe para o filho e esse número caiu para 333 novos casos em 2009.

Em relação ao número de mortes ligadas a AIDS no Brasil, os dados apontam um declínio nos óbitos. No ano de 1995, ano em que houve o maior número de mortes segundo Brasil (2010) o coeficiente de mortalidade por AIDS era de 9.7 por 100 mil habitantes no ano de 2008 caindo para 6.2 por 100 mil habitantes. No entanto, essa diminuição não é observada por todo o país. Na região Sudeste está ocorrendo uma diminuição nos óbitos. Nas regiões Sul e Centro-Oeste houve

uma estabilização nas mortes, e nas regiões Norte e Nordeste verificou-se um aumento.

As mortes relacionadas à AIDS acometem mais homens do que mulheres, mas desde 1995 pode-se observar uma redução do coeficiente de mortalidade entre os homens. Em 2008 a taxa de mortalidade entre os homens representava o dobro daquela verificada entre as mulheres: 8.4 e 4.2 por 100.00 habitantes (BRASIL, 2010).

No Brasil, a partir de 1996, as políticas e estratégias para combater a epidemia começaram a partir da distribuição gratuita de antirretrovirais¹¹ aumentando a sobrevivência de indivíduos vivendo com a infecção pelo HIV/AIDS. Esse fato permitiu classificar a doença como uma doença crônica, melhorou a qualidade de vida, diminuiu as internações, reduziu a mortalidade e morbidade relacionadas à doença, reduziu a incidência de infecções oportunistas e das transmissões verticais (BONOLO, et al., 2007; BRASIL, 2002; CECCATO, et al., 2004)

3.1.2 Disseminação do HIV/AIDS No Brasil.

Diferenças marcantes apresentam-se desde o início da pandemia da HIV/AIDS no Brasil, tanto no que tange às macrorregiões, aos Estados, aos municípios e às cidades quanto às taxas de incidência e prevalência da doença.

¹¹ A partir de 1996, o Brasil passou a distribuir gratuitamente drogas anti-retrovirais e em uso combinado, chamado de “coquetel”, se mostram eficazes na elevação da contagem de linfócitos T CD4+ e redução nos títulos plasmáticos de RNA do HIV (carga viral), diminuindo a progressão da doença e levando a uma redução da incidência das complicações oportunistas, uma redução da mortalidade, uma maior sobrevivência, bem como a uma significativa melhora na qualidade de vida dos indivíduos. (Secretaria Municipal de Saúde, 2010) Recomendar esta página via e-mail:

Parte superior do formulário

true	true	32	32
------	------	----	----

Seu nome:

Seu e-mail:

Nome do destinatário:

E-mail do destinatário:

Comentários:

Parte inferior do formulário

Enviar

(BARCELLOS; BASTOS, 1996). Bastos e Barcellos (1995) afirmam que essas diferenciações são decorrentes da grande extensão geográfica do país, do tamanho da população e da diversidade regional, resultando em epidemias microrregionais em interação com a migração, transporte de cargas, o deslocamento de mão-de-obra entre outros.

Para Barcellos, et.al.(2001) ao analisar as questões geográficas como a disseminação do vírus HIV, deve-se levar em conta alguns fatores que interferem diretamente na vulnerabilidade, como a intensa mobilidade populacional, de mercadorias, o tráfico de drogas e a prostituição favorecendo o intercâmbio e difusão de agentes infecciosos.

No Brasil, os primeiros casos de HIV/AIDS incidiram nas grandes metrópoles nacionais – São Paulo e Rio de Janeiro; conforme Barcellos e Bastos (1996, p. 16) [...] as metrópoles nacionais desempenharam um papel primordial como centro convergente e difusor, seja do ponto de vista da evolução da AIDS, seja do ponto de vista da liderança econômica regional. Desde então a epidemia apresentou um grande crescimento nos números de casos e também atingindo não de forma homogênea todas as cidades do país (BASTOS; BARCELLOS, 1995; BARCELLOS; BASTOS, 1996; BRITO et al., 2001; CASTILHO et al., 2000; SZWARCWAŁD et al., 1997; SZWARCWAŁD et al., 2000)

A epidemia de AIDS no Brasil apresenta, desde a introdução do HIV no Brasil, uma elevada diferenciação espaço-territorial. As maiores variações nas taxas de incidência e prevalência são observadas nas Regiões Metropolitanas do Sudeste e Norte do país e em grandes cidades. (BARCELLOS et al, 2001, s/p)

Seguindo a ideia de Gould (apud BARCELLOS; BASTOS, 1996), a propagação não se dá apenas por contiguidade mas também por pulos, atingindo locais e grupos sociais fisicamente distantes. Com isso, as redes sociais no espaço não se restringem à localização desses grupos e centros urbanos. Essas redes apresentam-se descontínuas pelo território representado por centros regionais e urbanos dotados de atividades de troca e interação social.

Barcellos e Bastos (1996); Rodrigues Junior e Castilho (2009) utilizaram a teoria dos lugares centrais de Christaller, que se fundamenta no intercâmbio e interação entre as cidades motivada pelos fluxos de consumo de bens e serviços (Correa, 1989) para classificar os sistemas urbanos e mostrar o potencial

das redes para a difusão do HIV/AIDS no Brasil. Segundo os mesmo autores [...] a classificação espacial de sistemas urbanos pode contribuir para o entendimento de relações sociais. Em escala nacional, as redes sociais se assemelham as redes hierarquizadas de cidades. (1996, p.13). No período analisado 1982-1993, a configuração espacial das redes de cidades brasileiras permitiu identificar várias formas de propagação da doença. Contudo agruparam em três padrões: a) A difusão restrita a metrópole regional e região adjacente; b) a difusão mista que compreende centros metropolitanos e regiões adjacentes com expansão para subcentros regionais; c) a difusão através das redes hierarquizadas de cidades, disseminação por contiguidade nas regiões metropolitanas e seu entorno, a formação de centros secundários de dispersão da doença.

Conforme Barcellos e Bastos (1996) a difusão do HIV/AIDS não se limitou, no Brasil, aos grandes centros urbanos. Segundo Brito et al. (2001) os dados apontam que a disseminação geográfica da AIDS iniciou-se a partir dos grandes centros urbanos para os demais municípios brasileiros. Conforme Brasil (2010) em 1998, 57.8% dos municípios brasileiros registravam pelo menos um caso da doença, já em 2008 esse número aumentou para 87% dos municípios brasileiros.

Esse fato segundo Santos (1993) deve-se ao processo de urbanização, pois os municípios predominantemente urbanos, onde, em geral concentra-se uma densidade populacional alta, a interação intensa com outras localidades devido a interligação por meio de estradas, vias de transportes facilita o deslocamento da população, o transporte de cargas, o movimento pendular dos trabalhadores.

[...] é possível falar em um processo de interiorização da epidemia, a medida que a malha municipal é afetada, de modo gradual, pelo processo de expansão da epidemia em curso. Ao longo do período não só maior número de municípios é atingido, como esse processo abrange de forma crescente, municípios de menor porte [...] (SZWARCOWALD et. al. 2000, p.15)

Autores que analisaram as tendências da epidemia e seus rumos no Brasil identificaram três direções importantes. Em primeiro lugar, já na primeira década, a evolução da epidemia mostrou um processo designado proletarianização ou pauperização da doença. Fato esse observado nas análises das alterações socioeconômicas entre os novos casos notificados e nas análises da dinâmica da epidemia em áreas geográficas de diferentes camadas sociais de uma região. [...]

ambas as análises apontam para uma incidência crescente, no período, de casos novos da doença em pessoas pertencentes aos estratos socioeconômicos mais pobres (BASTOS et al., 2001, p. 249).

Em segundo lugar, apesar de os casos se concentrarem nas áreas urbanas e regiões metropolitanas, verifica-se um processo de interiorização da infecção no país, para municípios de médio e pequeno porte. Por último, e talvez o mais grave, é a chamada feminização da epidemia, cresce significativamente o número de mulheres infectadas pelo HIV (VER MELHO et al, 1999). Isso decorre do fato de as mulheres serem biológica, epidemiológica e socialmente mais vulneráveis (GALVAO, 2000; SZWARCOWALD et al., 2000).

Os grupos considerados de risco, juntamente com a propagação da doença, tiveram o seu perfil alterado. No início da propagação da doença apenas os homossexuais eram considerados como grupo de risco para HIV/AIDS, porém como apontam Barcellos e Bastos (1996); Szwarcwald et al. (2000), Brito, Castilho e Szwarcwald (2000), Fonseca et al. (2003) os estudos e o aumento do número de casos mostram que atualmente não se pode falar de um grupo específico, pois está havendo um aumento de mulheres nos novos casos e o aumento na transmissão heterossexual. Os grupos antes considerados sem risco na transmissão da doença estão tendo um aumento considerável nos relatórios e pesquisas.

Em anos recentes, dentro deste panorama da epidemia do qual predomina a transmissão heterossexual, a AIDS vai deixando de ser uma doença de segmentos populacionais sob particular risco e vai se disseminando, para, em um passo, na denominada população geral, em busca com dinâmicas e segmentos populacionais (SZWARCOWALD et al., 2000, p.8).

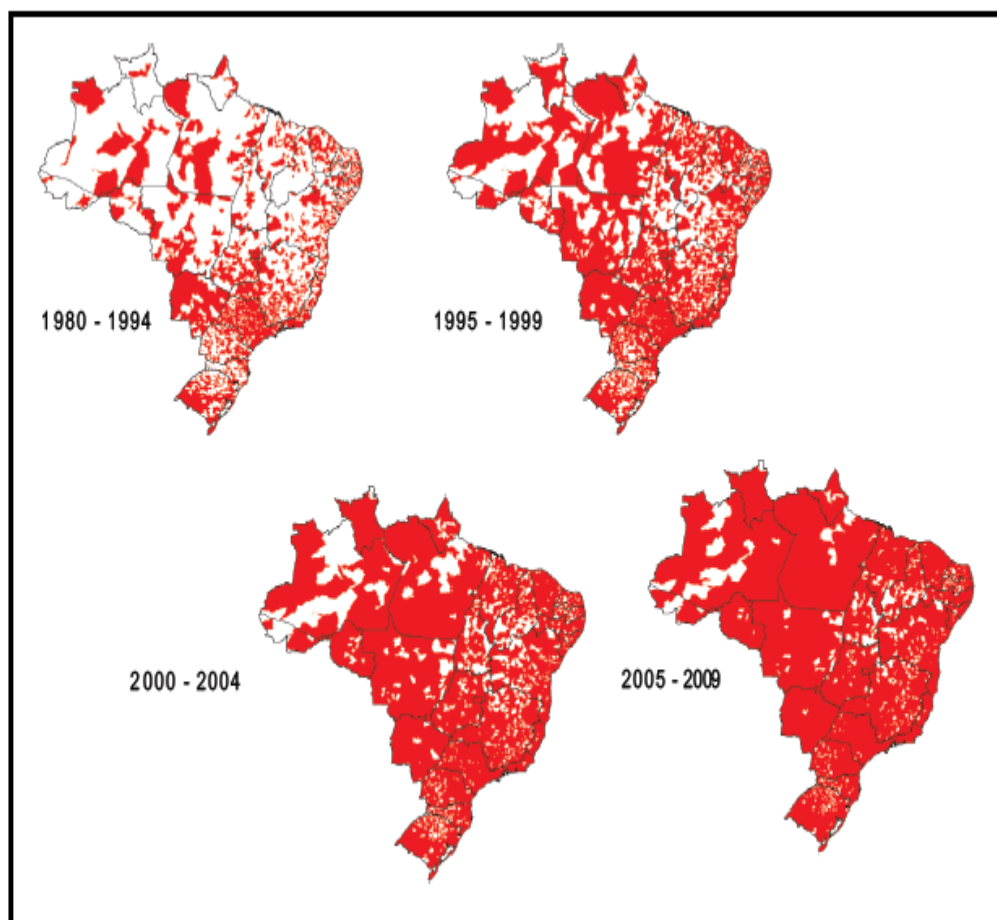
Paralelo à mudança nos considerados grupos mais vulneráveis, a expansão foi acompanhada por diferentes fases conforme apontam Barcellos, et al. (2001). A primeira etapa da doença no Brasil, 1985 – 1990, o HIV/AIDS difundiu entre as principais metrópoles do país podendo ser observada uma interiorização no Estado de São Paulo. Já a segunda fase datada de início da década de 1990, a difusão do vírus podia ser observada por várias regiões do território nacional, porém o número de casos aumentou principalmente ao longo dos eixos de povoamento Centro-Oeste e Amazônia e, coincidindo, ao longo de algumas estradas: BR-364 (Cuiabá-Porto Velho), BR-163 (Cuiabá- Santarém) e BR-153 (Belém-Brasília) esse fato segundo Becker (apud BASTOS et al., 2001) e consequência das políticas

de colonização na região Norte e a expansão da fronteira de ocupação territorial do Brasil, este eixo também serve para o escoamento da cocaína.

Já o terceiro período tratado pelo autor, datado no final da década de 1990, a epidemia já havia conseguido atingir grande parte do território brasileiro (ver figura 3), neste período a difusão do vírus foi em direção às áreas de expansão econômica, ao litoral das regiões Sul e Sudeste e os chamados “corredor da droga” ligação do centro do Estado de São Paulo com Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

A Geopolítica da AIDS entre os UDI sugere uma coincidência entre esses casos e os corredores rodoviários que unem o Centro-Oeste – região em que a droga proveniente de países andinos chegaria por via aérea – e os corredores de exportação do Sudeste e Sul do país. As escolhas do trajeto, como rota preferencial, não só beneficiam das vantagens de correntes da extensa malha viária da região, como a possibilidade de alcançar mercados sujeitos a pressão sobre o escoamento e compensar eventuais bloqueios de carga, mediante o consumo da mercadoria ao longo da própria rota de transporte. (BARCELLOS; BASTOS, 1996, p.20-21).

Figura 3 - Evolução dos casos de AIDS no Brasil.



Fonte: Brasil (2010).

3.1.3 AIDS na Faixa de Fronteira Brasileira

O Brasil conta com uma faixa de fronteira continental de 15.716 km, fazendo fronteira com os países: Guiana Francesa, Suriname, Guiana, Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Argentina e Uruguai, esta característica mostra uma complexidade maior em relação à disseminação do HIV/AIDS devido à proximidade com outros países. Conforme Rodrigues Junior e Castilho (2009, p.36) [...] os maiores coeficientes de incidência de AIDS, em cada área, estão localizados nas tríplexes fronteiras do Brasil com outros países da América do Sul. As regiões de tríplex fronteira demonstram ser as áreas mais vulneráveis nas áreas de fronteiras, pois [...] nas regiões de tríplexes fronteiras, onde a porosidade geopolítica é maior e onde a mobilidade transfronteiriça é mais comum [...] (RODRIGUES JUNIOR; CASTILHO, 2009, p.34).

Barcellos et al (2001) analisaram através de indicadores epidemiológicos e demográficos a situação da AIDS nas regiões de fronteira do Brasil. A migração é um dos fatores de difusão do vírus do HIV, mas no Brasil a difusão não se deu exclusivamente devido a esse fenômeno. Conforme aponta o estudo, os eixos de maior migração não foram os que apresentaram alta incidência de HIV/AIDS, mas sim as redes de comunicação que conectam pontos do país com grupos populacionais vulneráveis. Os autores afirmam que a epidemia é “exportada” para países vizinhos ao sul e “importada” dos países fronteiriços ao Norte.

A distribuição dos casos de HIV/AIDS, na faixa de fronteira se dá de forma heterogênea. O segmento que tem mais cidades com casos notificados é o Sul, seguido pelos segmentos Central e Sudoeste e por último, os segmentos Norte e Noroeste. Essa configuração da espacialização dos agravos deve-se em primeiro lugar a conectividade do segmento sul com países vizinhos principalmente com a abertura e a criação do MERCOSUL, as estradas, rodovias e aeroportos tornaram-se além de corredores para escoar as mercadorias e transportar pessoas, também canais de interligação e contato de pessoas vulneráveis à propagação do vírus do HIV, como por exemplo, os caminhoneiros, profissionais do sexo, e turistas (BARCELLOS, et al., 2001; PEITER, 2005).

O segmento Sul mostrou-se o mais ativo e o mais dotado de estruturas de comunicação dentre os outros segmentos, o seu sistema viário é mais integrador tanto nacionalmente quanto internacionalmente. Além do sistema viário esse segmento conta com uma estrutura aeroportuária diferente das outras faixas de fronteiras estudadas facilitando o fluxo de pessoas nessa área. A cidade de Foz de Iguaçu, localizada na fronteira com o Paraguai e Argentina, é a mais importante do segmento sudoeste. Primeiro pelo grande fluxo de turistas que visita a cidade tanto pelo turismo ecológico como o de compras. Contudo, Rodrigues Junior e Castilho (2009) afirmam que além da tríplice fronteira Paraguai – Argentina - Brasil existe outra, a ligação do Uruguai – Argentina – Brasil e essas regiões são marcadas por atividades do crime organizado internacional, comércio ilegal, tráfico de seres humanos e de tráfico de drogas e armas, exploração sexual de crianças e adolescentes.

O segmento central é o maior em extensão territorial e os polos de concentração dos casos de HIV/AIDS são observados, nas cidades de médio e grande porte. A região abarca a tríplice fronteira do Brasil – Paraguai – Bolívia região

esta, marcada pela degradação ambiental devido a monocultura da soja provocando a migração de camponeses em busca de trabalho no rural brasileiro (RODRIGUES JUNIOR; CASTILHO, 2009). O grande fluxo, interação e mobilidade populacional nesta região geram efeitos na saúde da população, decorrente principalmente da frente econômica que nos últimos anos vem transformando a região. A conectividade com outros Estados principalmente sul e sudoeste. A produção de cocaína e maconha nos países vizinhos: Bolívia e Paraguai formam verdadeiros corredores de comércio de drogas e escoamento da produção desta região para outros lugares do país, e, esses eixos importantes para o comércio também são lugares com maior vulnerabilidade para a transmissão de doenças.

Em contraste, cidades mais antigas, de médio e grande porte, se localizam nos segmentos Central e Sul, lugares onde se efetuam múltiplas redes permanentes ou temporárias, legais e ilegais, visíveis e invisíveis, que potencialmente incrementam a vulnerabilidade de transmissão do HIV. A situação da epidemia de AIDS na faixa de fronteira reflete a concentração da incidência nesses pontos, como expressão da maior intensidade de fluxos de pessoas e mercadorias, que facilitam a implementação de redes de relacionamento social, direta ou indiretamente associadas com a transmissão do HIV. (BARCELLOS et al, 2001, s/p)

Os segmentos Norte e Noroeste têm uma especificidade que é a presença de grupos populacionais singulares como indígenas, militares, religiosos, grupos de apoio ambiental. Porém, a disseminação dos casos de HIV/AIDS começou a partir do final da década de 1980 com o surto de garimpagem na região e a inclusão de fazendeiros e madeireiros. A baixa densidade demográfica, o acesso difícil à região mantém a difusão da doença em ritmo lento. Vale lembrar que os serviços de saúde são bem mais precários que nos outros segmentos e também pode haver a falta de notificação dos casos.

Foi identificado nesta região um crescimento em relação a AIDS e isso se deveu, em primeiro lugar, pela chegada tardia da doença na região que havia afetado primeiramente os grandes centros urbanos. A integração e a conectividade das pessoas fizeram com que a doença se disseminasse por todo o território nacional e, nesta região observou-se também o predomínio da transmissão heterossexual. Uma infraestrutura precária em relação aos tratamentos de saúde, falta informações, assistência (diagnósticos, tratamento) em relação à doença e há grande distância dos postos de atendimento. O outro grande problema é o fluxo e a interação entre as populações nessa região onde os países vizinhos como as

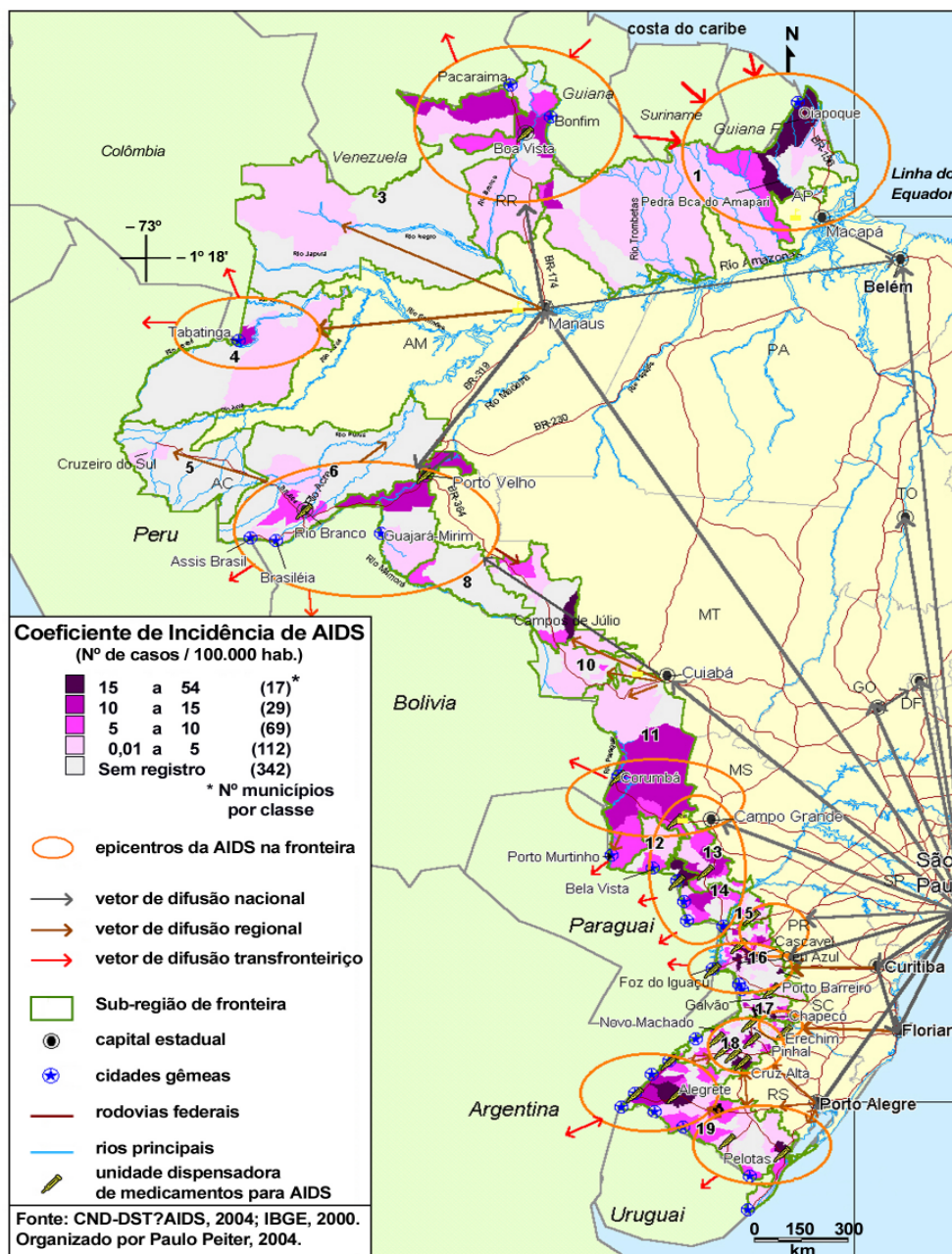
Guianas e Suriname. Tem uma taxa de incidência maior do que a brasileira. A interação entre as populações é grande devido ao garimpo na região.

Cabe aqui fazer uma análise para tratar da situação dos garimpos em relação à epidemia de HIV/AIDS. Os garimpos formam verdadeiros núcleos de redes que interconectam pessoas de diferentes e muitas vezes distantes partes do território nacional com seus perfis epidemiológicos peculiares, gerando uma nova “ecologia” para doenças transmissíveis como a AIDS em locais que pela distância dos grandes centros e dificuldades de acesso eram considerados “protegidos” ou “preservados” das doenças dos grandes e dinâmicos centros urbanos. A organização sócio espacial dos garimpos propicia a co-presença de pessoas e fenômenos que criam uma “ecologia” favorável às doenças transmissíveis. Dentre as características das áreas de garimpo mais problemáticas destacam-se a transitoriedade da atividade, a precariedade da vida das pessoas envolvidas com essa atividade, a frequente circulação entre áreas rurais e urbanas (onde buscam serviços e diversão), o baixo nível educacional e de renda dos garimpeiros, a predominância quase exclusiva de homens na atividade, o espírito aventureiro e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e meios de prevenção de doenças, e por fim a situação de ilegalidade em que normalmente se desenvolve atividade. (PEITER, 2005, p. 190)

Rodrigues Junior e Castilho (2009) complementam a ideia que a região da tríplice fronteira Venezuela – Guiana – Brasil é marcada pela ocupação de espaços vazios por madeireiros, garimpeiros e fazendeiros, apresentando um grande fluxo de brasileiros em direção a esses dois países. Na tríplice fronteira Peru-Bolívia – Brasil o narcotráfico, as guerrilhas, a falta de oportunidades sociais provocam migrações para cidades brasileiras próximas.

A dinâmica da epidemia do HIV/AIDS no Brasil refere-se às singularidades nas regiões de fronteira do Brasil com os países vizinhos. Os trabalhos de Peiter (2005); Barcellos et al. (2001) e Rodrigues Junior e Castilho (2009) feitos no Brasil identificaram alguns pontos comuns para explicar a alta incidência da doença em algumas cidades, a característica comum entre os trabalhos são as cidades próximas às principais rodovias e regiões de grande fluxo de pessoas e mercadorias onde o contato entre pessoas é maior com atividades de risco como a prostituição, tráfico de drogas, atividades ilícitas como contrabando, migração de trabalhadores principalmente garimpeiros e madeireiros, conforme a figura 4.

Figura 4 - Faixa de fronteira brasileira e epicentros da AIDS.



Fonte: Peiter (2005, p.206)

3.2 AIDS NO PARANÁ.

A notificação do primeiro caso de HIV/AIDS no Paraná foi detectado em 1984, e até junho de 2008, 22.088 novo casos foram notificados pelo Sinan ¹². A razão entre homens e mulheres evoluiu de 5.1 homens para cada mulher em 1991 para 1.4 homens para cada mulher. (BRASIL, 2009)

Entre os anos de 2000 a 2010 ¹³, havia 1.653 gestantes HIV+ no Estado, sendo que 721 foram notificadas no período de gravidez. Do total, 1.165 tiveram acompanhamento de profilaxia, em sete casos não ocorreu o acompanhamento e as gestantes que já eram HIV+, apenas 52 realizaram a profilaxia (PARANÁ, 2010).

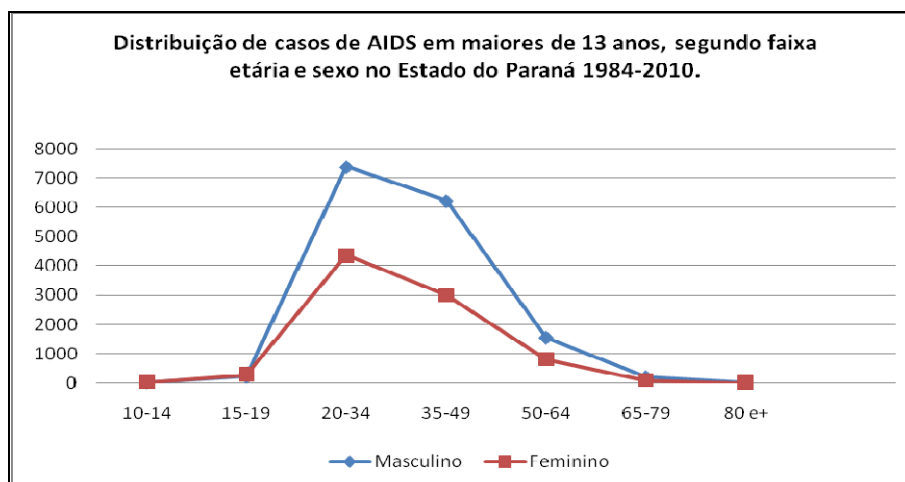
No Paraná, de 1997 a 2009 a AIDS atingiu 599 menores de cinco anos de idade, observando que a partir de 2003 uma decrescente tendência na taxa de incidência nesta faixa etária (BRASIL, 2010).

A faixa etária mais atingida no Estado do Paraná mostra-se bem definida entre homens e mulheres que vivem com HIV/AIDS maiores de 13 anos, a faixa etária mais atingida são as pessoas que tem entre 25 a 49, correspondendo a 86.83% de todos os casos notificados no Estado ver figura 5. (PARANÁ, 2010). Isso mostra que o Estado do Paraná segue a tendência brasileira que tem nesta mesma faixa etária 77% dos casos notificados (BRASIL, 2010).

¹² Cruzando os dados do Sinan com os sistemas SIM, Siscel/Siclom percebeu-se uma sub-notificação de 10,6% (2.622 casos) não notificados no Sinan aumentando o número total de casos de 22.088 para 24.710. (BRASIL, 2009)

¹³ Dados preliminares até 05/01/2011.

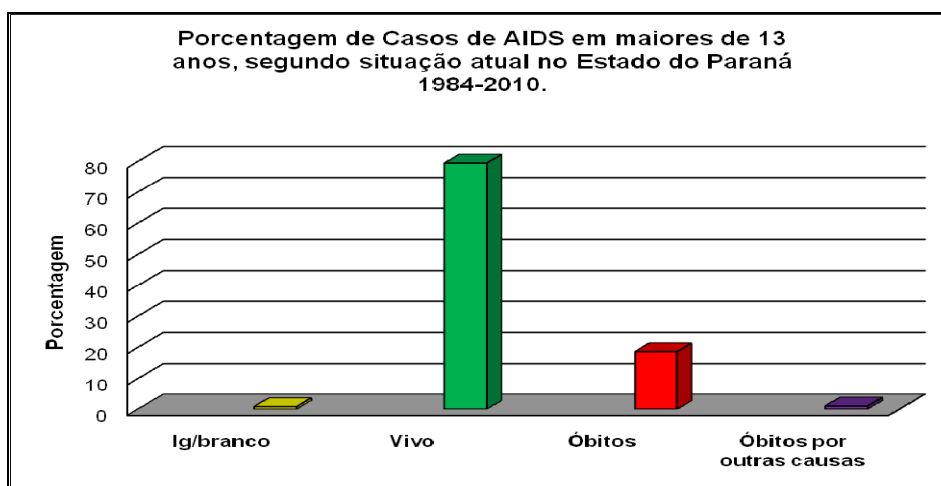
Figura 5 - Casos de AIDS em adultos no Estado do Paraná por faixa etária.



Fonte: Divisão DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
Org: Márcio Catharin Marchetti

Em relação à mortalidade por HIV/AIDS no Estado do Paraná, até o ano de 2010¹⁴, o Estado acumulou 7.563 (18.65%) óbitos, sendo que neste mesmo ano o coeficiente de mortalidade foi de 4.9 óbitos por 100 mil habitantes conforme a figura abaixo 6.

Figura 6 - Situação atual da AIDS no Paraná de 1984-2010.



Fonte: Divisão DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
Org. Márcio Catharin Marchetti

Atualmente, de acordo com o Ministério da Saúde e o Programa Nacional de Controle de DST e AIDS, os cinco municípios do Estado do Paraná que

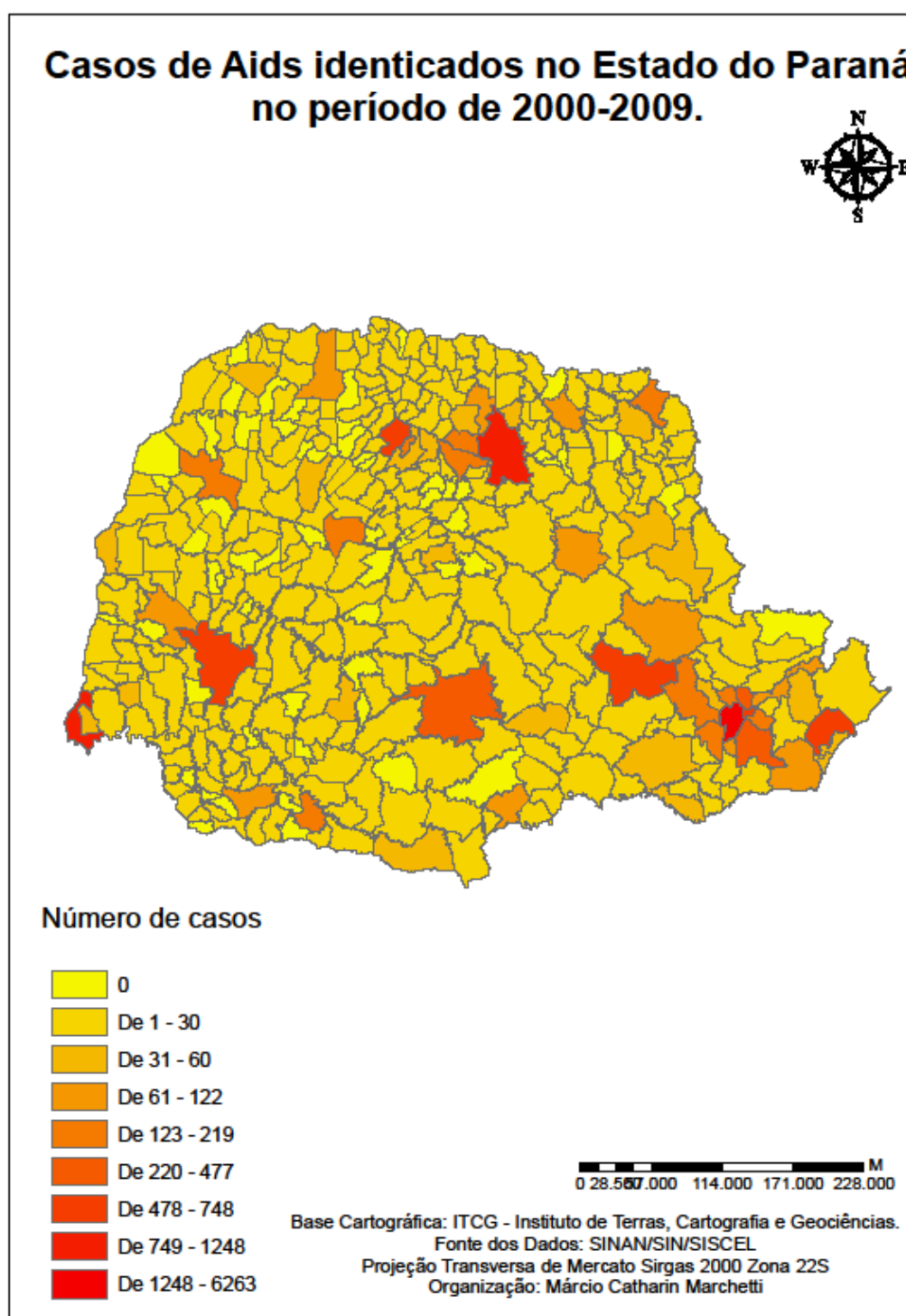
¹⁴ Dados preliminares até 05/01/2011.

apresentaram maior número de casos acumulados de AIDS são Curitiba, com 9.319 casos, Londrina, com 1.781 casos, Foz do Iguaçu, com 1.169 casos, Maringá, com 922 casos e Ponta Grossa com 884 casos. Segundo Boletim Epidemiológico (2010) os municípios com mais de 50 mil habitantes e com as maiores taxas de incidência no Estado do Paraná são: Paranaguá, Maringá, Pinhais e Londrina ¹⁵ (BRASIL, 2010).

Os municípios do Estado do Paraná que apresentam os maiores números notificados de casos de HIV/AIDS, estão localizados nas adjacências de polos regionais de desenvolvimento econômico e próximo as principais rodovias, que ligam diferentes regiões, onde as relações interpessoais o fluxo de pessoas, mercadorias (lícitas e ilícitas) e práticas de risco nas relações interpessoais locais favorecem a disseminação do HIV, Conforme a figura 7.

¹⁵No ranking brasileiro das 100 cidades com maiores taxas de incidência as cidades paranaenses estão nas seguintes colocações, Paranaguá (9º), Maringá (67º), São José dos Pinhais (74º) e Londrina (79º). (Boletim Epidemiológico, p.20-21, 2010)

Figura 7 - Casos de AIDS notificados no Paraná no período de 2000-2009.



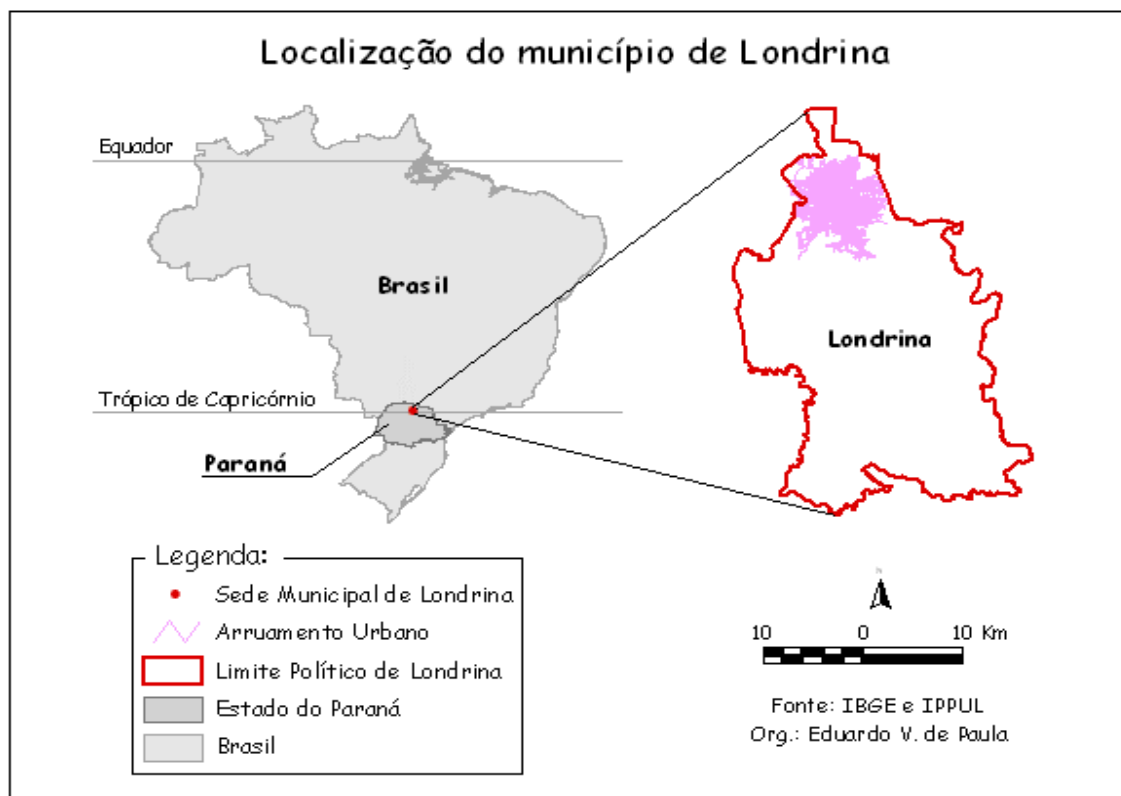
4 LONDRINA: O CONTEXTO URBANO DE EXPANSÃO DA AIDS

No capítulo anterior, propôs-se uma discussão acerca da atual situação da AIDS no mundo buscou-se também analisar a disseminação da AIDS no território brasileiro, bem como a situação da doença em áreas de fronteiras com países vizinhos e demonstrar o atual quadro da epidemia no Brasil e no Paraná.

Neste capítulo busca-se realizar algumas reflexões pautadas na constituição e expansão urbana de Londrina, com o intuito de entender a dinâmica da e os meios que propiciam para o aumento de novos casos de HIV/AIDS.

4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE LONDRINA.

Londrina é uma cidade jovem localizada no norte do Estado do Paraná, teve seu início por volta da década de 1930. Com mais de 70 anos, Londrina apresentou um rápido crescimento sendo considerada uma cidade de médio porte e umas das mais importantes cidades do sul do país. O município de Londrina está localizada a uma latitude entre 23° 08' 47" e 23° 55' 46" Sul e Longitude entre 50° 52' 23" e 51° 19' 11" Oeste (figura 8). Possui uma área de aproximadamente 1.651,809 quilômetros quadrados e uma população estimada em 510.000 habitantes (IBGE, 2011). Tem como distritos administrativos: Espírito Santo, Guaravera, Irerê, Lerroville, Maravilha, Paiquerê, São Luiz e Warta.

Figura 8 - Localização do Município de Londrina/PR.

Fonte: OLIVEIRA, (2006)

A história de Londrina inicia-se em de 1924, com um convite feito pelo então Presidente do Brasil, Arthur Bernardes, ao governo inglês, para investir no país. Com os estudos e levantamentos feitos sobre qual a melhor região no país para receber os investimentos do seu capital, o norte do Paraná foi a região escolhida (LINARDI, 1995). A Companhia de Terras Norte do Paraná – CTNP foi responsável por esse empreendimento imobiliário-colonizador, empresa essa fundada com capital inglês e representante da Paraná Plantation Company com sede em Londres (TAKEDA, 2004). Para Linardi (1995, p.112)

[...] para a concretização do referido investimento, imediatamente, foi constituída uma empresa, a Paraná Plantations Ltda, com sede em Londres. Entretanto para coordenar os trabalhos de tal envergadura, envolvendo desde aspectos jurídicos de aquisições das terras até a própria execução das estradas e demarcação das cidades, lotes, coordenação das vendas, etc., foi designado pela própria Paraná Plantations Ltda, a criação de uma subsidiária no Brasil, a Companhia de Terras Norte do Paraná – CTNP.

Londrina foi instituída em 21 de agosto de 1929, neste mesmo ano iniciou-se o povoamento da região, neste primeiro momento foi chamada de

Patrimônio Três Bocas e desde então o município se desenvolveu em torno da atividade agrária regional. Cinco anos mais tarde em 10 de dezembro de 1934, por meio do Decreto Estadual nº 2.519, firmado pelo interventor Manoel Ribas elevou Londrina a categoria de município (PRANDINI, 2007).

Elevada a sede de município em 1934, Londrina, foi sede do maior empreendimento imobiliário já realizado até então no país pela CNTP - Companhia de Terras Norte do Paraná, que teve grande importância no desenvolvimento da cidade (PRANDINI, 2007). Para Mendonça (1994, p.78)

Para a escolha do local de instalação da sede da companhia colonizadora, levou-se em consideração a disponibilidade de água através de recursos hídricos, a sua suavidade topográfica e a posição central dentro da área adquirida. Estes aspectos foram identificados no espigão disposto genericamente no sentido oeste-leste que se para os córregos Cambé e Lindóia.

A CNTP planejou e implantou uma infraestrutura simples, barata e rápida na região, eles não tinham a intenção de uma cidade admirável ou que atendesse as necessidades especiais desta forma a cidade foi projetada com um traçado semelhante a um tabuleiro de xadrez, com as ruas simétricas para uma população em torno de 20 a 30 mil habitantes¹⁶; segundo Fresca, (2002, p. 242),

[...]. Como forma de garantir tais condições à realização da especulação fundiária, foi criada a cidade de Londrina com planta urbana previamente elaborada, anterior ao ato de fundação. Esta planta urbana seguiu o padrão tabuleiro de xadrez, constituída por cerca de 250 quadras de aproximadamente 10.000 m² cada. Tendo em vista as perspectivas da Companhia em termos de realização dos negócios, a cidade foi implantada para abrigar até 20.000 habitantes.

A implantação do projeto da CNTP já vinha com algumas áreas com seu uso pré-estabelecido e também com os nomes das ruas definidas. A Rua do Comércio (atual Benjamin Constant) localizava as casas bancárias e algumas repartições públicas, as populações com baixo poder aquisitivo compravam em estabelecimentos próximos a estação ferroviária (atual Museu Histórico Padre Carlos Weiss), o comércio mais fino foram montados nas proximidades da atual Praça Willie Davis. O cemitério foi implantado no limite sul da planta. (PRANDINI, 2007).

¹⁶ Existe uma variação na literatura a respeito desses números, algumas apontam 20 mil habitantes outras apontam 30 mil habitantes.

Essa afirmação é corroborada por Takeda (2004) que assinala que a área central de Londrina configurou-se de forma segregada, apresentando diferenciação na localização das atividades voltadas para a população de maior poder aquisitivo e outra das classes menos privilegiadas.

O período da construção inicial, meados da década de 1930, também apresenta demonstrar os primeiros elementos para a formação do centro da cidade

A construção da área central deve ser entendida como um duplo percurso: o primeiro de construir fisicamente a cidade, isto é, desmatar, dividir os lotes, abertura de ruas, e edificação dos prédios, casas, etc. Esse foi um percurso que demandaria algum tempo até que o nascente patrimônio tomasse forma. E o segundo diz respeito aos processos que gerariam a centralidade e a conformação da área central. (FRESCA, 2007, p. 151)

Com a chegada da ferrovia à cidade em 1935 houve um rápido crescimento tanto no número de pessoas quanto no tamanho da nova cidade. Conforme Prandini, (2007, p. 102)

Com a elevação a município em 1934 e a chegada da estrada de ferro em 1935, a população vai crescer rapidamente. Não havendo dados sobre a população nesta época, podemos deduzir, pelo crescimento do número de edificações. Em 1934, Londrina tinha 3000 habitantes e 60 prédios; em 1936- 1120 prédios. Daí para frente a população tem crescido sempre e o aumento anual tem sido feito a partir de 1940, numa média de 3000 habitantes. Pelo recenseamento daquele ano, Londrina contava com 10 531 habitantes, as estimativas de 1944 e 1946 davam para a cidade uma população de 21 000 e 25 000 habitantes respectivamente: o censo de 1950 registrou 33.707 habitantes.

No final da década de 1930 o uso de terras fora da sua planta original destinadas a loteamentos já era observado em Londrina. A localização destes loteamentos eram ao norte da ferrovia com a finalidade de moradia para a população de baixa renda, como a vila Casoni, vila Nova entre outras. Sendo assim, observa-se que a expansão da cidade se deu desde sua gênese (FRESCA, 2002; PRANDINI, 2007)

Conforme Fresca (2002), para o rápido desenvolvimento da cidade diversos fatores foram decisivos como a elevação a categoria de município e a implantação da ferrovia em 1935, responsáveis pelas primeiras alterações na distribuição e localização das atividades comerciais, financeiras e prestadora de serviços.

Para Nakagawara (1984), houve uma série de fatores que influenciaram na urbanização de Londrina, dentre eles destacou-se a forma do parcelamento de terras e a venda dessas terras e o planejamento precedido pela CNTP onde esses assentamentos tanto os rurais quanto os urbanos foram concebidos juntamente. A atual posição que Londrina foi beneficiada por vários aspectos que colaboraram para seu desenvolvimento.

O afluxo da população rural norte foi expressiva, nas décadas de 30 e 50, cuja procedência via Ourinhos-SP, em sua maioria, passava sempre por Londrina, já que estava localizada no principal eixo de penetração à região, e foi um importante ponto de apoio. Os equipamentos urbanos de Londrina foram se estruturando sempre mais para atender a região que a própria cidade, até a década de 50 e mesmo hoje, seu papel regional é grande, tanto na distribuição de bens de produção como na prestação de serviços à comunidade norte-paranense. (NAKAGAWARA, 1984, p.7)

No final da década de 1930 e meados da década de 1940, Londrina atinge uma fase de plena expansão comercial, tendo um desenvolvimento muito rápido associado ao avanço da cultura cafeeira, responsável por atrair milhares de pessoas para a região. O café chegou a ser associado como a principal atividade econômica e responsável pelo povoamento do Norte do Paraná. Com isso Londrina se firma como polo econômico norte-paranaense centralizando o poder de decidir sobre a economia regional principalmente na agricultura (TAKEDA, 2004).

Foi na década de 1950 que Londrina apresentou uma representativa expansão, e esta não foi resultado direto apenas da economia ligada ao café, por ter sido a sua “capital mundial”, mas também por produzir gêneros alimentícios e matérias-primas diversas, e pela pequena produção mercantil que permitiu à cidade sua grande projeção (FRESCA, 2002). Devido a esse crescimento e as grandes produções de café, Londrina e o Norte do Paraná atraíam cada vez mais pessoas para a região reflexo disso o aeroporto de Londrina era um dos que apresentavam maior número de voos do país (PIEROTE, 2009).

A produção de café foi de maior importância para o município que concentrou a comercialização do produto no Estado e que desde o início da colonização dessa região já estava mais ligada à economia cafeeira do Estado de São Paulo do que com a sua própria capital Curitiba. Sem coincidência, pois a maioria dos investidores dessa região era de origem paulista. Segundo Leão (1989, 33) [...] o Estado desenvolvia o papel de economia periférica e dependente

principalmente de estímulos provenientes de São Paulo [...]. O grau de industrialização do Paraná ainda era baixo, mas a dinâmica centrada a partir de Londrina se destacava nos anos de 1960.

A década de 1960 marcou o início de um processo de mudanças que englobariam não só o município de Londrina, mas todo o Norte do Paraná, devido a uma política de erradicação da cafeicultura liderada pelo Grupo Executivo de Erradicação do Café – GERCA, e por consequência dos problemas climatológicos e econômicos. O uso do solo foi modificado pela produção da soja e do trigo, nessa substituição do café por culturas cerealistas rotativas somando a isso ocorreu o processo de modernização do campo, ou seja, a inserção de tecnologias como insumos, máquinas e outros elementos gerando a dispensa de grande parte da mão-de-obra, provocando um intenso processo de êxodo rural, durante as décadas de 1960 a 1980 em direção às cidades. (ver tabela 1). (FRESCA, 2002; TAKEDA, 2004).

Tabela 1- Evolução da população urbana e rural de Londrina no período de 1935 a 2010.

ANO	POP.URBANA*	POP.RURAL**	TOTAL
1935	4.000	11.000	15.000
1940	19.531	64.765	75.296
1950*	33.707	33.144	66.851
1953	48.000	42.000	90.000
1960	77.382	57.439	132.821
1970	163.871	64.661	288.532
1980	267.102	34.647	301.749
1991	376.676	23.424	390.100
1996**	396.530	16.364	412.894
2000	433.369	13.696	447.065
2001	436.302	18.568	454.870
2002	442.090	18.820	460.910
2003	445.217	22.115	467.332
2004	459.223	14.518	473.741
2005	473.322	14.965	488.287
2006	-----	-----	495.656
2007	-----	-----	497.833
2010	493.520	13.181	506.701

*A redução no número total da população londrinense, de 1940 a 1950, deve-se ao desmembramento do município.

** Já subtraída à população de Tamarana, que era distrito do Município de Londrina e foi desmembrado deste, através da Lei Estadual nº 11.224, de 13/12/1995.

----- Ausência de Informação.

Fonte: Adaptado de ZEQUIM (2004, p.15); TAKEDA (2004, p.83); LONDRINA, (2010, p.15); IBGE, (2011)

Org: Márcio Catharin Marchetti

A maioria da população no Estado do Paraná na década de 1960 continuava morando na zona rural, porém essa realidade já não era observada em Londrina, onde o contingente da população urbana já havia superado a rural. O censo de 1960 mostrava que 57.86% da população residia na área urbana (FRESCA, 2002).

A economia agrícola predominante até a década de 1960 passou para uma economia industrial com a intensificação das atividades industriais, o aumento e o aprimoramento das atividades comerciais, das prestadoras de serviços foram os responsáveis pelo comando da economia local (Tak eda, 2004; Fresca, 2002) Londrina mostrou os reflexos das mudanças ocorridas na economia da cidade

essas transformações socioeconômicas afetaram diretamente o quadro agrário, econômico, social e populacional se refletindo nas alterações na estrutura urbana.

Na década de 1960, a população londrinense passou a apresentar seus mais elevados índices de urbanização. Com a implantação de indústrias, a cidade tornou-se um pólo regional, econômico, cultural e de serviços processo este que se estendeu a década de 1970, com o incentivo do governo por meio de isenção de impostos e financiamentos a baixo custo para a implantação. (ARCHELA, et. al. 2009, p.66)

Devido a essas transformações, o aumento da população continuou próspero em Londrina, resultando na falta de moradia, o problema mostrou-se presente na cidade. Para resolver o problema habitacional na cidade, o poder público criou a COHAB-LD – Companhia de Habitação de Londrina em 1965, porém só em 1970, a COHAB-LD, começou a construir conjuntos habitacionais na cidade. Em 10 anos, foram entregues 32 conjuntos totalizando 9.055 unidades, das quais 7.821 localizam-se na porção norte da cidade de Londrina. Nessa região a implantação dos Conjuntos Habitacionais é resultado de uma política habitacional do poder público local articulada à política habitacional Federal e Estadual, eles não foram os primeiros, mas foram os maiores: Ruy Virmond Carnasciali, Milton Gavetti, Parigot de Souza I e II, João Paz e Semíramis B. Braga (FRESCA, 2002).

Estes surgem no momento em que o Brasil passava por crises no que diz respeito a moradia, reorganizando assim sua rede urbana brasileira. Isso devido a profunda transformação que ocorreu na agricultura com a redução do plantio do café e demais gêneros alimentícios no norte do Paraná, tendo como consequência a intensificação da migração rural-urbana (SANTOS, 2004).

Já na década posterior em 1980, houve uma diminuição no crescimento da malha urbana de Londrina, porém Archela et. al, (2009, p.68), explicam que

O índice de urbanização em 1980 chega a 88%, várias vezes superior ao rural, evidenciando por um lado, um grande êxodo rural devido às modificações ocorridas na agricultura e, por outro, a atração exercida pela cidade. Neste ano a taxa de urbanização brasileira é de 68,8%, muito abaixo de Londrina.

Nesta mesma década ocorrem significativas mudanças por meio de revitalizações dos espaços construídos trazendo uma nova configuração para a região central de Londrina e o processo de verticalização também é uma característica importante desta década.

A construção de prédios em Londrina iniciou-se nos anos de 1950 e se deu de forma gradativa com o passar dos anos, porém, foi em 1980 que o processo de verticalização tomou grande proporção no espaço urbano de Londrina representando investimentos para a reprodução do capital e dando características de modernidade para a cidade (FRESCA, 2002).

Nesta mesma década começou ocorrer o aumento no processo de verticalização com a construção principalmente de edifícios residenciais. No período de 1981 a 1990 Casaril (2008, p.152) afirma que:

Este período representou-se o mais importante ao longo do processo em questão. Podemos caracterizá-lo como sendo o período da intensificação da verticalização urbana da cidade de Londrina, em decorrência de vários aspectos, a saber: período de maior construção de edifícios dos períodos analisados, grande construção de edifícios no sistema de condomínio, forte atuação dos órgãos públicos na construção de conjuntos habitacionais verticais [...].

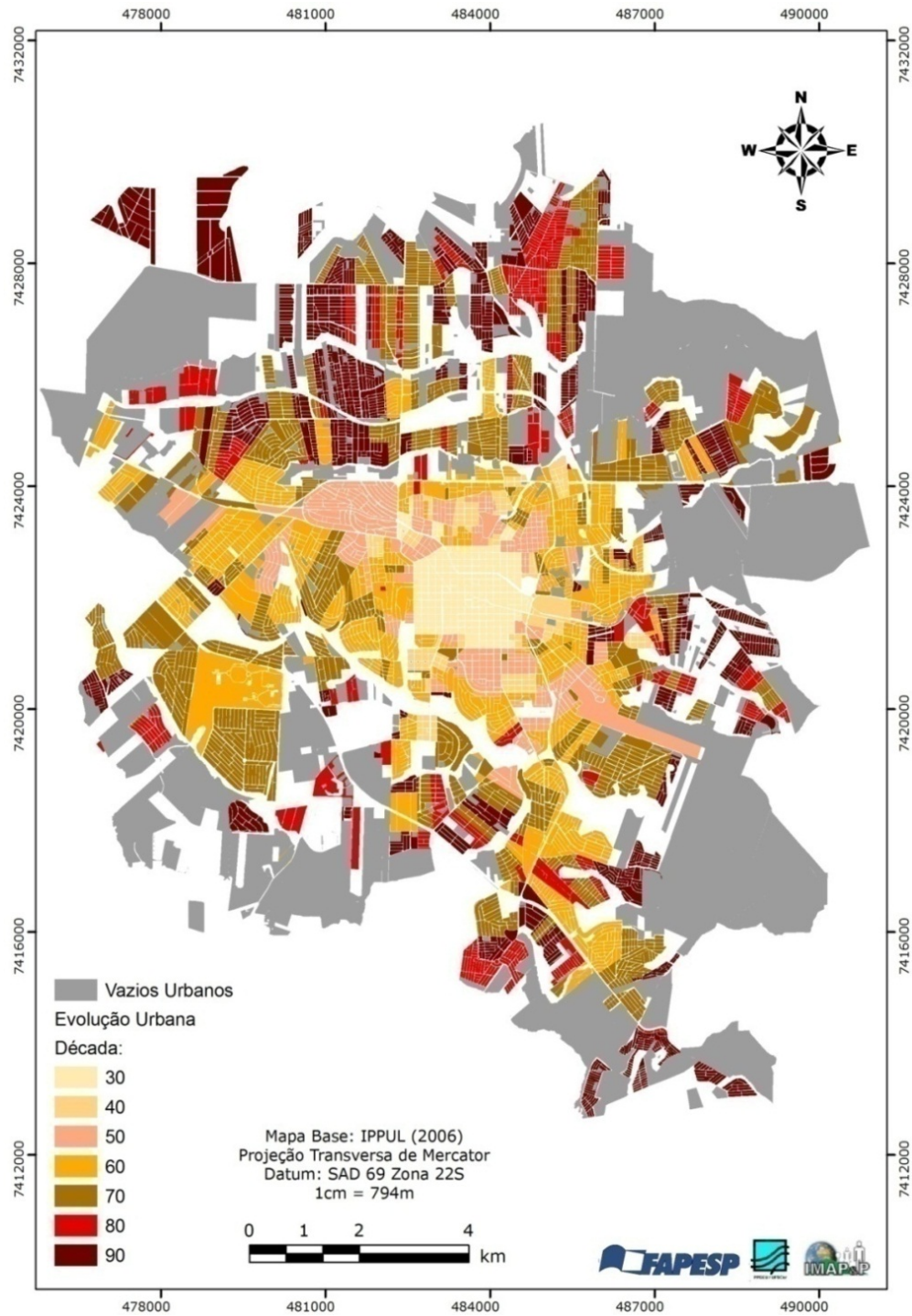
Devido ao grande aumento populacional e a atuação dos promotores imobiliários, a cidade Londrina hoje se encontra na 12ª posição entre as mais verticalizadas do mundo. Esse processo de verticalização passou por cinco etapas conforme Casaril apontou em seu estudo

Analisamos os cinco períodos da verticalização de Londrina, no que se refere ao total de edifícios e a área construída ao longo dos anos cinquenta, verifica-se que o primeiro período representou 1,09% dos edifícios construídos o que somou uma área construída em m² de 1,75%, o segundo período totalizou 2,89% de edifícios e uma área construída de 4,63%, o terceiro período do processo somou 8,79% de edifícios e uma área construída de 11,83%, o quarto período somou 51,38% de edifícios e totalizou uma área de 44,78% e por último, o quinto período obteve 35,85% de edifícios representando 37,01% de área construída. Assim foram construídos 1.559 edifícios neste meio século de verticalização o que totalizou 4.569.517,47 m². Verificamos que destes 1.559 edifícios, construídos, ocorreu um desaquecimento das construções voltadas ao uso residencial, estas totalizaram 1.352 prédios ou 86,72%, já as edificações comerciais foram responsáveis por 127 edifícios ou 8,15% das construções e, por último tivemos 80 prédios ou 5,13% de edificações mistas neste meio século de verticalização em Londrina. (CASARIL, 2008, p.250)

Até a década de 1980, os edifícios concentravam-se na região central da cidade e nas décadas seguintes a verticalização de Londrina passou por um processo de descentralização, com a ocorrência de construção de prédios em vários setores da cidade, inclusive na região Norte quando na década de 1970 foram implantados os conjuntos habitacionais (CASARIL, 2008).

Seguindo a tendência das outras décadas Londrina continua crescendo, porém num ritmo menos acelerado observa-se um preenchimento dos espaços vazios entre o centro e a periferia. O processo de verticalização continua em expansão principalmente na Gleba Palhano na região sul, e, os condomínios horizontais fechados também podem ser observados por toda a cidade. Essa dispersão das novas moradias mais afastadas do centro acontece nas áreas que antes eram ocupadas por chácaras ou estavam sem uso urbano. Esse é o caso da região da Gleba Palhano e dos condomínios horizontais localizados próximos do Shopping Catuaí no setor sul (ver figura 9)

Figura 9 - Evolução Urbana de Londrina de 1930-1990.



Fonte: POLIDORO (2011)

4.2 LONDRINA: LOCALIZAÇÃO E FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O AUMENTO DO HIV/AIDS

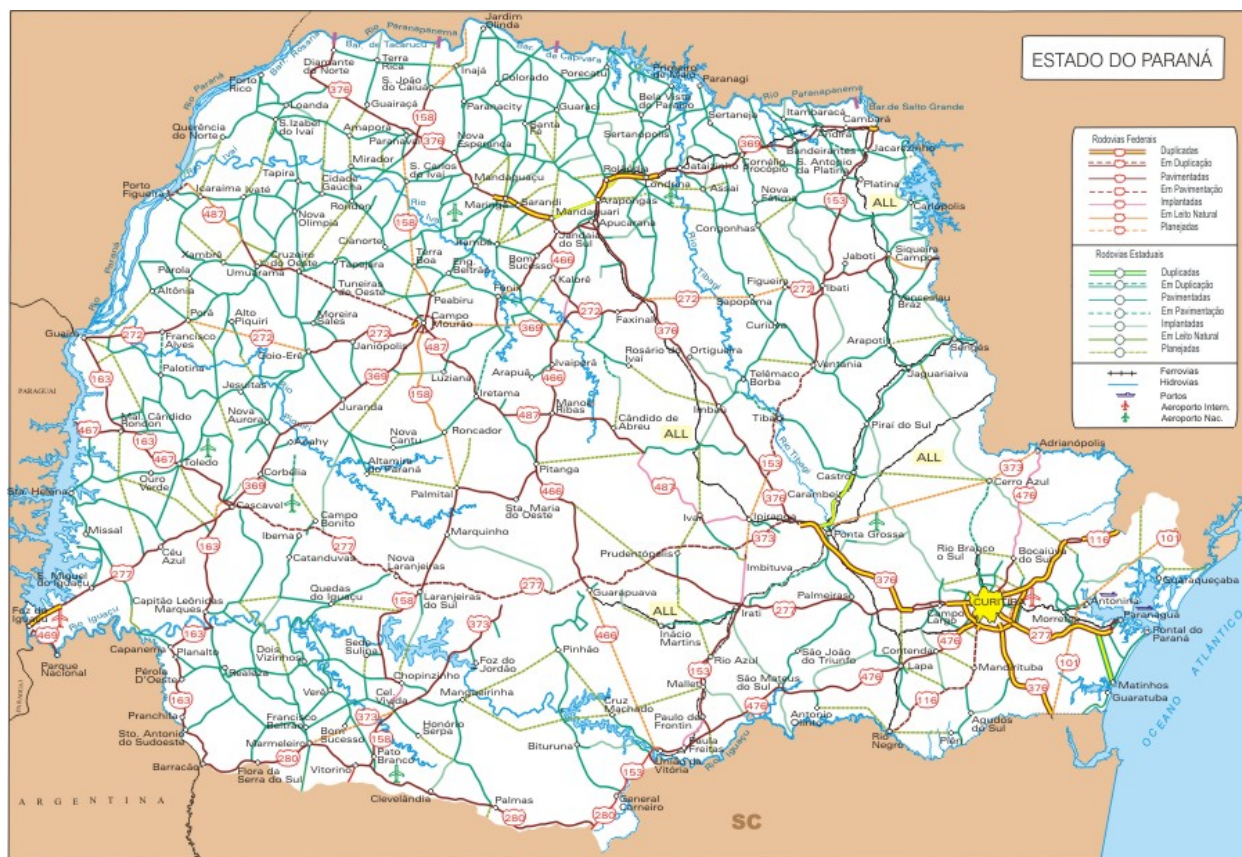
Desde a sua descoberta na década de 1980, o HIV/AIDS disseminou-se rapidamente, provocando uma devastação em comunidades e famílias por todas as regiões do mundo. A epidemia tem atingido pessoas de todas as faixas etárias, de todos os níveis socioeconômicos, em diferentes culturas e espaços. A ampla e rápida disseminação da epidemia mostra que toda a população mundial está interconectada não existindo barreiras geográficas e fronteiras políticas que consigam barrar o HIV/AIDS (UNAIDS, 2001).

São considerados fatores importantes para esses fenômenos: o processo migratório temporário ou definitivo em busca de melhores condições de vida ou oportunidades de trabalho, ou pela evasão de áreas de conflitos (RODRIGUES JUNIOR; CASTILHO, 2004), e o tráfico de drogas que para fazer passar seus carregamentos em direção a países da Europa ou dos Estados Unidos, através dos portos e dos aeroportos, geram usuários pelo trajeto intermediário, pelo barateamento da droga. Dessa maneira, torna-a acessível à população vulnerabilizada do comércio do sexo, que pela condição de vulnerabilização não permite a negociação das relações, expondo os indivíduos à prática do sexo não-seguro (Parker, 2000).

O município de Londrina localiza-se ao norte do Estado do Paraná, ocupando posição estratégica em termos geoeconômicos, sendo um pólo de referência regional. Londrina, atualmente com pouco mais de 70 anos de existência e aproximadamente meio milhão de habitantes, cresceu de forma rápida, tornando-se a terceira maior cidade da região Sul do País. A cidade nasceu com o objetivo de coordenar, orientar e promover o plano de colonização da Companhia de Terras Norte do Paraná (CNTP), sendo desde o início a coletora de matéria-prima e a distribuidora de bens de produção e de serviços à população regional (Londrina, 2011).

Londrina é uma cidade jovem, com grande potencial intelectual e tecnológico e dispõe de uma razoável estrutura. A sua posição geoeconômica, no cenário do Sudeste brasileiro e particularmente no Norte do Estado do Paraná, e seu processo de crescimento econômico de base agropecuária, permitiram uma evolução econômica que tem possibilitado o desenvolvimento das potencialidades locais regionais. (VERA e FERREIRA, 2008, p.12).

Figura 11- Mapa Rodoviário do Estado do Paraná



Fonte: <http://www.guiageo-parana.com/mapa-rodoviario.htm>

Devido a essa facilidade de comunicação tanto por rodovias como por aeroportos, o fluxo de pessoas em Londrina é bastante intenso. O número de pessoas que embarcaram e desembarcaram na rodoviária de Londrina no ano de 2009 foi de 2.171.019 sendo 1.373.677 embarques e 797.342 desembarques. Deste total 917.587 embarque/desembarque intermunicipais, 680.744 interestaduais, 559.184 em trânsito e 13.054 turismo (LONDRINA, 2010).

Em relação ao transporte aéreo, em 2009 ocorreram em Londrina 21.618 sendo 10.825 pousos e 10.793 decolagens. Os dados mostrados pelo Perfil do Município de Londrina de 2010 revelaram também um aumento neste tipo de transporte no município. O transporte ferroviário é destinado apenas para o carregamento e descarregamento de produtos e mercadorias não havendo o transporte de pessoas.

Londrina vem se destacando nos últimos anos no segmento do turismo de negócios contribuindo para o aumento do número de pessoas visitando a cidade e contribuindo para o desenvolvimento socioeconômico. Conforme aponta

Silva (2003) o turismo de negócios tem suas vantagens, pois acontece o ano todo não dependendo de alta ou baixa temporada, além do mais neste segmento do turismo os participantes gastam mais do que em viagens de lazer. Colas ante (2011,no prelo) aponta que o desenvolvimento do turismo de negócios na cidade vêm se desenvolvendo a partir de entidades como o *Londrina Convention&Visitors Bureau* que visa garantir a região como referência neste segmento turístico.

Entre os atrativos para o desenvolvimento deste segmento do turismo é a sua localização em uma zona de ligação entre o Sul, Sudeste e Centro Oeste do país, além da sua ampla infraestrutura da rede hoteleira contando com algumas redes de hotéis de bandeira internacional. Nos últimos anos muitos eventos relevantes vêm ocorrendo na cidade, na maioria de caráter técnico – científico pelas várias instituições científicas de ensino superior e de pesquisa. Além de outros eventos reconhecidos nacionalmente como a Exposição Agropecuária e Industrial de Londrina, a Movelpar que ocorre na cidade de Arapongas (27 quilômetros de Londrina), a Festa Metamorfose, Festival Internacional de Londrina (FILO), Festival de Música de Londrina (FML), dentre outras (ZANON,2007) .

Por desenvolver o turismo de negócios, a movimentação na cidade é alta durante a semana. Os hotéis de Londrina têm ocupação de 60% da sua capacidade, mas nos finais de semana essa porcentagem cai, quando os turistas deixam a cidade. Isso acontece porque as reuniões, conferências, simpósios acadêmicos acontecem durante a semana (ALMEIDA, 2011) . Contudo, muitos turistas, além de participarem de suas atividades na cidade, procuram “diversões” após as atividades, algumas atreladas às práticas de risco.

Para Santos e Paiva (2007) os turistas costumam comportar-se de forma diferente quando estão viajando, longe de restrições e afazeres cotidianos contribuindo para a diminuição de limites e cuidados próprios como o uso abusivo de álcool, drogas e relações sexuais sem proteção. Provavelmente os turistas recebem ofertas para a realização de programas sexuais por cumplicidade ou omissão principalmente de pessoas envolvidas diretamente com o turismo como “[...] agências de viagem e guias turísticos, hotéis, bares, lanchonetes, restaurantes e barracas de praia, garçons e porteiros, postos de gasolina, caminhoneiros e taxistas, prostíbulos e casas de massagem, além da tradicional cafetinagem” (OLIVEIRA, 2006, p.02).

Vale mencionar o trabalho de Benatti (1996) sobre a boemia e a prostituição quando a cidade era considerada a “capital mundial do café” (1930-1970) que explica a existência da prostituição na cidade desde a sua gênese. Esse fato deve-se a sua localização, a abrangência de sua hinterlândia e a oferta de bens e serviços que atraíam pessoas de várias regiões.

Afora a migração em grande escala, a cidade recebia ainda um outro tipo de fluxo de gente, característico de pólos urbanos regionais: um deslocamento pendular constante da população agregada do *interland* como um todo, que via na cidade justamente a sua capital regional. Esse movimento marcadamente intra-regional é de difícil mensuração estatística. Trata-se do afluxo da população rural circundante e de núcleos urbanos menores em busca daqueles bens e serviços que só a “capital do norte do Paraná” poderia oferecer. Esses bens e serviços iam desde ferramentas agrícolas, comprados nas inúmeras lojas, até serviços sexuais, negociados nas não menos numerosas “casas de tolerância”. A cidade recebia também visitantes mais graúdos: com o progresso regional, Londrina - como previra os homens da Companhia - afirmava-se como um centro de comércio: comércio de terras, comércio de cereais, mas, principalmente, comércio de café. Comerciantes, vendedores e compradores tinham na cidade um ponto obrigatório de passagem. Uma boa imagem desse trânsito são as descrições dos movimentos da rodoviária e da estação de trem, além do aeroporto local, amplamente utilizado pelos grandes fazendeiros e negociantes de café. São essas migrações pendulares, diárias, que criavam o fenômeno das “populações flutuantes”, tão característico de Londrina e de relativa intensidade até os dias de hoje. (BENATTI, 1996 p.91 **grifo nosso**)

O trabalho trata das atividades ilícitas como a prostituição nos tempos áureos do café na cidade de Londrina onde as elites burguesas através de políticas públicas tentavam “barrar” os espaços deteriorados que eram as pensões, bordéis, bares e bilhares populares, a prostituição de calçadas nas ruas centrais eram as modalidades mais combatidas para serem realocadas às margens da cidade ao contrário do que ocorria com os bordéis elegantes destinados à elite e boêmia da região.

Vale ressaltar que mesmo sendo uma realidade temporal bastante diferente dos dias atuais, o estudo de Benatti, (1996) colabora para entender a realidade atual como as casas de prostituição, prostituição nas calçadas, praças, e em áreas públicas além do auxílio de tecnologias disponíveis como sites de relacionamento e prostituição na internet, a disponibilidade de catálogos (pastas com fotos de garotas e garotos de programa) nos hotéis para hóspedes. Isso pode contribuir para o aumento dos contatos entre as pessoas, o que não deve ser desconsiderado quando se trata da transmissão de doenças como o HIV/AIDS. A prostituição continua presente nos dias atuais em Londrina, contudo diferente do

trabalho de Benatti (1996) a prostituição pode ser observada em vários pontos da cidade e em qualquer horário como : ruas Uruguai, Brasil, São Salvador; Marcelo Gama, Souza Caldas, Raimundo Correia, Gomes de Souza, Dom Pedro I; avenida s Arcebispo Dom Geraldo Fernandes, Abílio Benatti, Tiradentes, Theodoro Victorelli, entre outras. Muitas pessoas que vendem o corpo em troca de dinheiro são frutos de maus tratos durante a infância umas foram estupradas pelos pais, padrastos, vizinhos; outras têm uma família totalm ente desestruturada com pais ausentes, violentos, alcoólatras, ou em alguns ca sos os próprios pais incentiv aram a prostituição para garantir algum dinheiro dentro de casa (CARVALHO, 2006).

Com todas essas características e facilidades do sexo pago na cidade de Londrina torna-se uma prática muito arriscada e vulnerável para a disseminação do HIV/AIDS contribuindo para o seu aumento no município e também sendo exportada por turistas, trabalhadores de outras cidades, caminhoneiros etc. A conectividade e a acessibilidade de Londrina deve ser leva da em conta como um facilitador de práticas de risc o, uma estreita ligação entre HIV/AIDS e drogas cuja transmissão se dá através do contato s anguíneo pelo compartilhamento de agulhas e seringas infectadas, sendo uma das principais vi as de transmissão do HIV (BASTOS, 1995).

No caso brasileiro, devido a valorização d a moeda tornou-se mais atrativo o mercado interno, reorganizando a rede de distribuição no atacado e varejo constatando que o aumento do tráfico de drogas pode ser a resposta para o aumento do número de usuários de drogas injetáveis, infectados pelo vírus do HIV nas cidades medias do sudeste do Br asil, alterando o padrão anter ior que concentrava-se nas regiões metropolitanas (BASTOS, 1995).

Mesquita e Ribeiro (1998 apud OLIVEIRA 2006) afirmam que em cidades c onsideradas como rotas do tráfico internacional de cocaína ¹⁷ a soroprevalência é maior entre usuários de drogas injetáveis do que em outras formas de transmissão. Segundo Silva (2006) o tráfico de drogas organizado procura estabelecer uma rota de transporte do ma terial oriundas da Colômbia, Bolívia e Paraguai para portos e aeropor tos brasileiros passando por regiões onde porções

¹⁷ A cocaína tem relação direta com a transmissão do HIV quando utilizada por via endovenosa. As outras formas de utilização da cocaína e de outras drogas também têm relação com o HIV, porém uma relação indireta, ou seja, ao fumar um cigarro de maconha a pessoa não se infecta com o HIV, a vulnerabilidade está no cuidado de se preservar durante o efeito das drogas deixando de tomar as medidas de prevenção como a utilização de preservativos.

dessa droga possam ser comercializadas, pois em caso de apreensão da mercadoria o prejuízo não seja total.

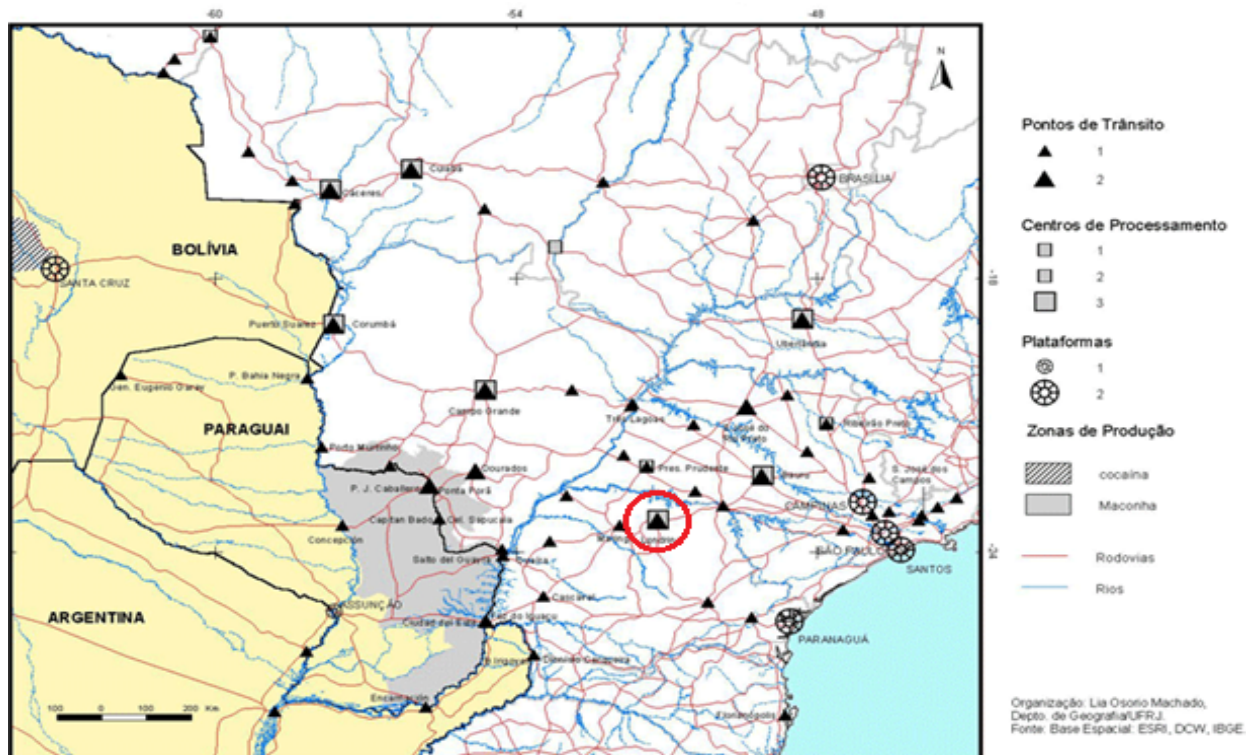
[...]a distribuição dos casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis segue um padrão específico, do ponto de vista geográfico, que pode ser contraposto a dispersão geográfica que se observa nos casos registrados de AIDS em todas as demais categorias de exposição (BASTOS, BARCELLOS & TELLES, 1995, p.93)

Conforme indica Silva (2006) as cidades que são consideradas rotas de tráfico de drogas apresentam algumas características comuns. São cidades médias e grandes com população variando de cem a novecentos mil com uma infraestrutura urbana boa com a disponibilidade de universidades, faculdades, bares, boates restaurantes, com atividade econômica significativamente elevada à média nacional, e grande parte da população economicamente ativa. As cidades com mais de um milhão de habitantes também apresentam características comuns, contudo não apresentam uma organização específica para o tráfico de drogas.

A concentração de casos em cidades de maior população e relevância socioeconômica pode ser explicada tanto em função do tamanho e densidade das suas populações, de um modo geral, como, mais particularmente, pela facilitação da intervenção seletiva de pessoas para/por essas localidades devido às rotas comerciais, de transporte, migrações. (BASTOS; BARCELLOS e TELLES, 1995, p.94)

Com todas essas características indicadas por Silva (2006) Londrina faz parte da rota internacional de drogas devido a sua posição que facilita o escoamento para várias regiões do Brasil e do mundo. Segundo Bastos (1995) países que são considerados rotas de tráfico de drogas internacional estão abrindo e abrigando laboratórios de processamento da droga. Conforme a figura 12 mostra o tráfico de drogas na Bacia do Paraná-Paraguai e São Paulo e as cidades próximas a Londrina (em destaque) são consideradas como ponto de trânsito, que são cidades estratégicas para a venda da mercadoria, como Maringá, Cascavel, Guarapuava, Foz do Iguaçu.

Figura 12 - Tráfico de Drogas: Bacia do Paraná-Paraguai e São Paulo.

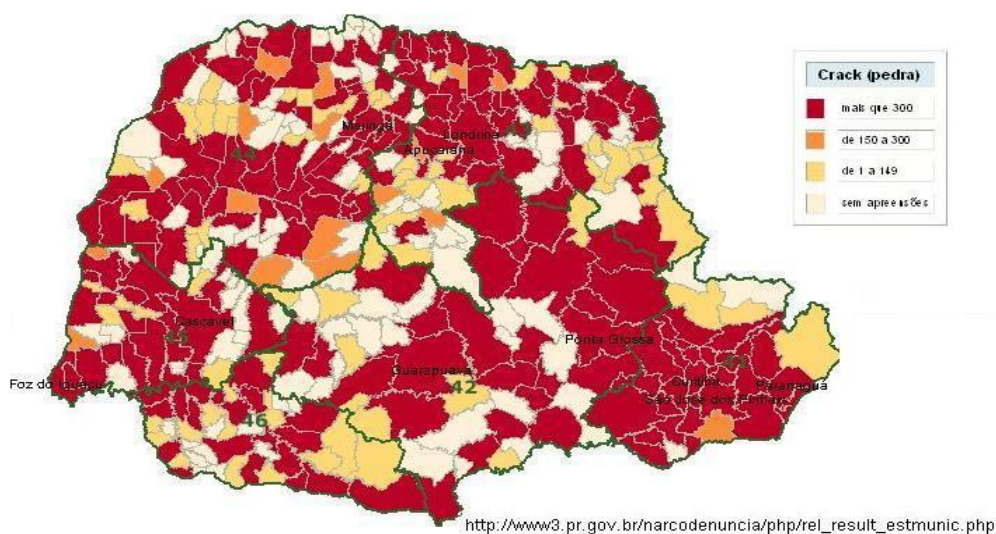


Fonte: Adaptado de <http://acd.ufpr.br/gruporetis/>. **Org:** MARCHETTI

Londrina além de ser um ponto de trânsito também é um centro de processamento da droga dentro do Estado do Paraná e a única cidade considerada como um centro de processamento. Dentro do Estado de São Paulo podemos observar algumas bases de processamento inclusive uma próxima da cidade de Londrina, a cidade de Presidente Prudente. As figuras 13, 14 e 15 confirmam a ideia de Silva (2006) através dos mapas que apresentam as apreensões de drogas realizadas no Estado do Paraná. Conforme os mapas, as apreensões de maconha e crack aconteceram em quase todo o Estado, mas as apreensões de grande quantidade de cocaína estão concentradas nas maiores cidades, dotadas de uma melhor infraestrutura. As cidades que apresentam altos índices de apreensão de cocaína também são as que apresentam os maiores números de AIDS no Estado do Paraná.

Figura 13 - Apreensão de Crack no Estado do Paraná

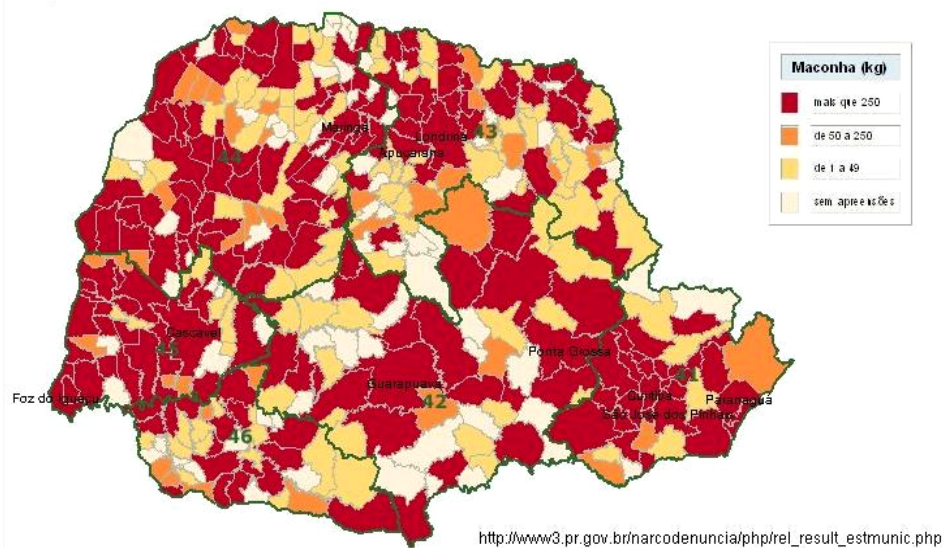
Paraná: Apreensões de Crack - Período de 16/06/2003 até 31/10/2009



Fonte: <http://www3.pr.gov.br/narcodenuncia/resultados.php>

Figura 14 -Apreensão de Maconha no Estado do

Apreensões de Maconha - Período de 16/06/2003 até 31/10/2009



Paraná.

Fonte: <http://www3.pr.gov.br/narcodenuncia/resultados.php>

5 SITUAÇÃO DA AIDS EM LONDRINA

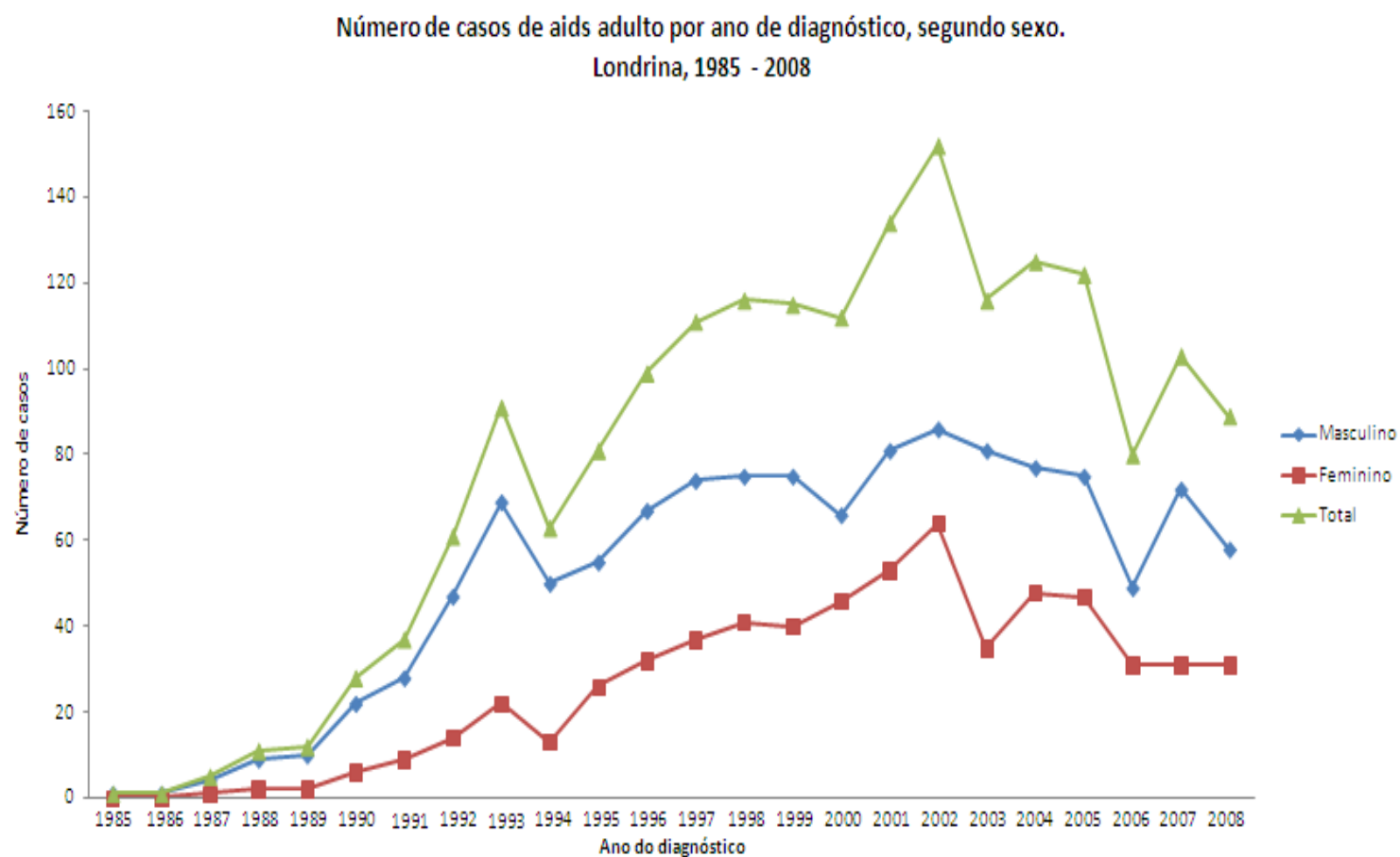
No capítulo anterior, buscou-se fazer uma breve análise do crescimento e da expansão urbana de Londrina bem como mostrar os fatores que auxiliam para o aumento das relações interpessoais e consequentemente o aumento do número de casos de AIDS, caso não haja prevenção. Neste capítulo o objetivo é mostrar o perfil epidemiológico da doença no município de Londrina, apresentar a situação da AIDS durante o período de 2002-2006 e quais as UBS que registraram mais casos, a população mais afetada, a idade mais atingida, os grupos mais vulneráveis entre outros.

5.1 EVOLUÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA AIDS EM LONDRINA

O primeiro caso registrado de HIV/AIDS em Londrina foi diagnosticado no ano de 1985. A partir deste primeiro caso houve uma grande expansão no diagnóstico de novos casos. Até o ano de 2008 a cidade de Londrina contabilizou um total de 1976 casos de AIDS. Seguindo a tendência nacional, o panorama atual da doença em Londrina segue para uma feminilização e heterossexualização da doença, acometendo principalmente pessoas na faixa etária dos 20 aos 49 anos de idade, porém observa-se aumento de casos nas pessoas com mais de 60 anos.

Na primeira década de ocorrência da doença pode-se observar um número significativamente maior entre os homens. O ano de 1993 foi o mais expressivo e apresentou o maior número de diagnósticos de HIV/AIDS no município em pessoas do sexo masculino. Desde então, o diagnóstico em homens vêm apresentando uma diminuição no registro de novos casos, diferente da participação dos casos femininos, que vêm apresentando um crescimento gradativo nos diagnósticos de novos casos, desde 1990. O ano de 2002 foi o que apresentou o maior número de diagnósticos em mulheres e entre os anos 2006 e 2008 os dados apresentam uma estabilização nos novos casos, o que pode ser verificado na Figura 16. Desde os primeiros registros de casos a razão por sexo passou de cinco homens registrados com AIDS para cada mulher – 5:1, em 1989, para apenas dois homens para cada mulher – 2:1, em 2008.

Figura 16- Número de casos de AIDS em adultos por ano de diagnóstico, segundo sexo em Londrina de 1985-2008.



Fonte: Autarquia Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Londrina.

Org. MARCHETTI

O primeiro registro de AIDS no município de Londrina, um homem na faixa etária dos 30 anos de idade, aconteceu em 1985, e desde então novos casos passaram a ser registrados. Desde o início da epidemia até o ano de 2008 os casos de HIV/AIDS em Londrina totalizaram 1976 casos sendo 54 casos em crianças de <1 -12 anos; 1.865 casos na faixa etária de 13 até 59 anos e 57 casos em pessoas acima de 60 anos pertencentes à chamada terceira idade (Figura 17).

A variação na faixa etária acompanhou o avanço da doença na cidade acometendo todas as faixas etárias. Observa-se uma variação bastante grande em relação às idades, contudo foi a faixa etária 20 – 49, que apresentou os maiores números de novos casos diagnosticados.

Os dados mostram que desde 1985 até o ano de 2008, a faixa etária que corresponde às crianças entre 0 a 4 anos de idade apresentou 49 casos correspondendo a 2.4% do total. As que pertenciam à faixa etária dos 5 aos 12 anos registraram 6 casos (0.3%), e para as demais faixas de 13 a 14 e 15 a 19 anos o registro foi, respectivamente, de 3 (0.1%) e 42 (2.1%) casos do total contabilizado em Londrina.

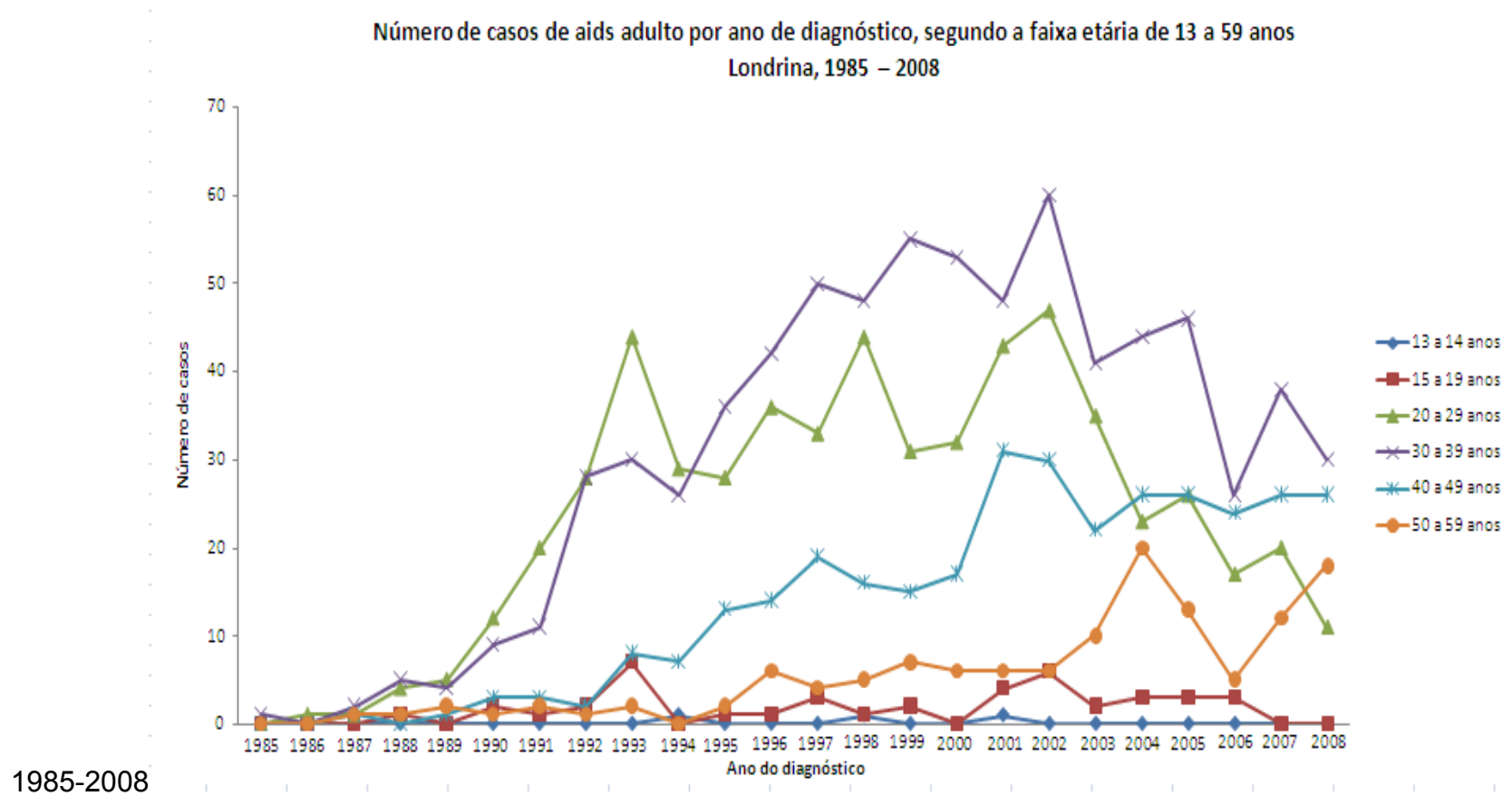
As pessoas com idade entre 20-49 anos foram as que mais contribuíram para o aumento da doença na cidade. Juntas, elas somaram 1.693 casos de AIDS, sendo 85.1% do total diagnosticado. A faixa etária 20-29 somou 584 diagnósticos positivos para o HIV/AIDS representando 29.3%. A classe etária 30-39 anos foi à faixa de idade mais afetada pela doença, que reuniu 755 ocorrências correspondendo a 38% do montante. A última faixa etária que mais contribuiu para os diagnósticos de HIV/AIDS está entre 40-49 com 17.8% com 354 casos.

Na faixa etária de 50-59 anos os registros já demonstravam a ocorrência em Londrina desde 1987 e desde então tem se observado anualmente pelo menos um registro de HIV/AIDS nessa faixa de idade. O ano de 2004 foi o que teve mais casos nesta faixa etária, com 20 casos. Até o ano de 2008, 140 casos haviam sido registrados correspondendo a 7% de todos os casos.

As pessoas que têm mais de 60 anos passaram a registrar um aumento considerável nos novos casos de HIV/AIDS tanto em nível nacional, estadual quanto municipal. Esse fato deve-se a maior longevidade, o desenvolvimento de drogas para ajudar no desempenho sexual, o envolvimento com profissionais do sexo sem proteção e a falta de informação em relação a métodos anticoncepcionais. Para esta classe de idade, o primeiro caso em Londrina foi

diagnosticado em 1990, sendo uma pessoa do sexo masculino. Cinco anos mais tarde, uma mulher teve a confirmação positiva ao HIV e desde então os novos casos vêm aumentando para ambos os sexos. Segundo registros da Secretaria de Saúde de Londrina essa faixa etária corresponde a 59 casos, representando 3% do total registrado (Figura 18).

Figura 17 - Número de casos de AIDS em adultos por ano de diagnóstico, segundo faixa etária de 13-59 anos em Londrina de

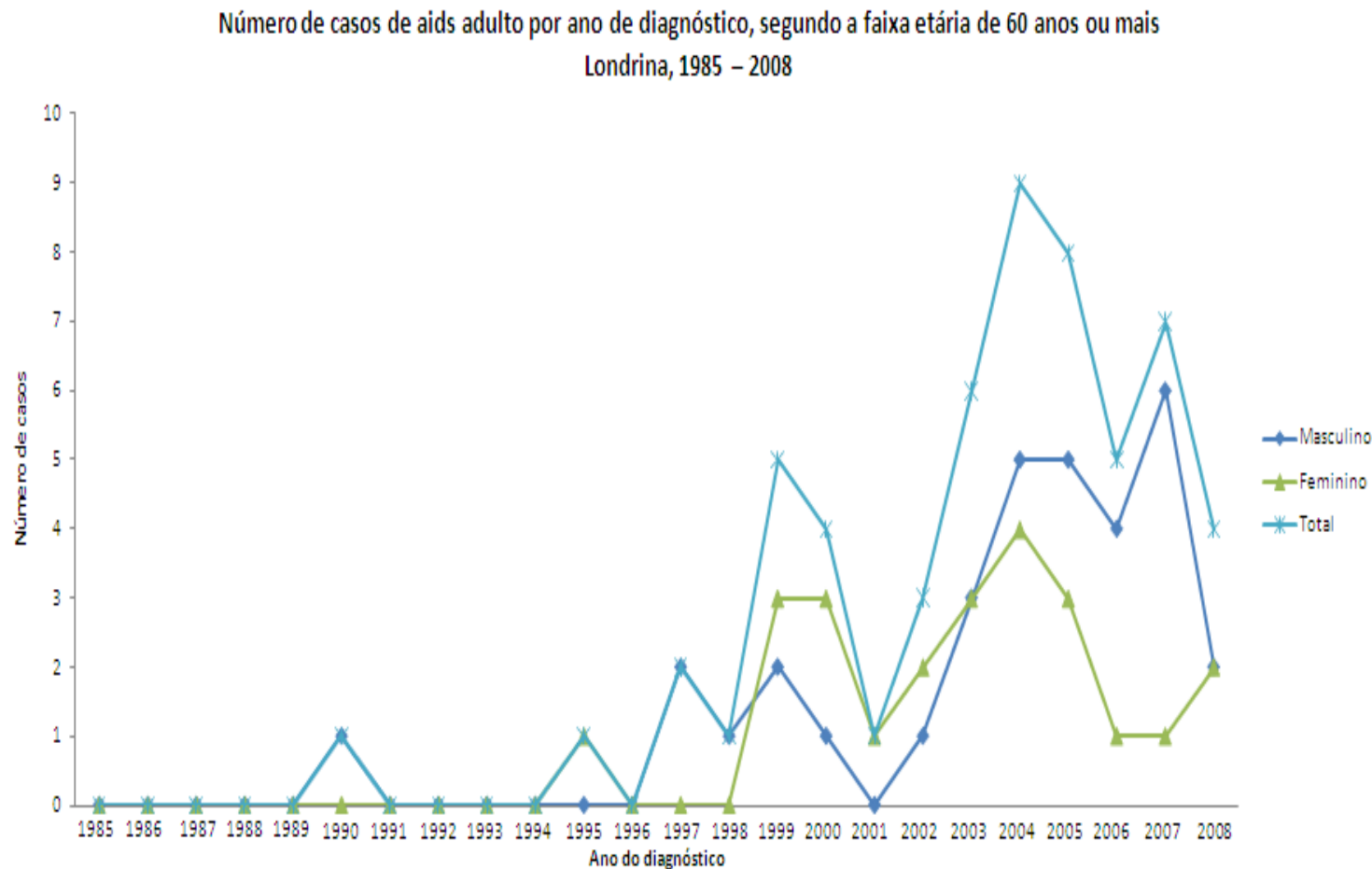


1985-2008

Fonte: Autarquia Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Londrina.

Org. MARCHETTI

Figura 18 - Número de casos de AIDS em adultos por ano de diagnóstico, segundo a faixa etária 60 anos ou mais em Londrina de 1985-2008.



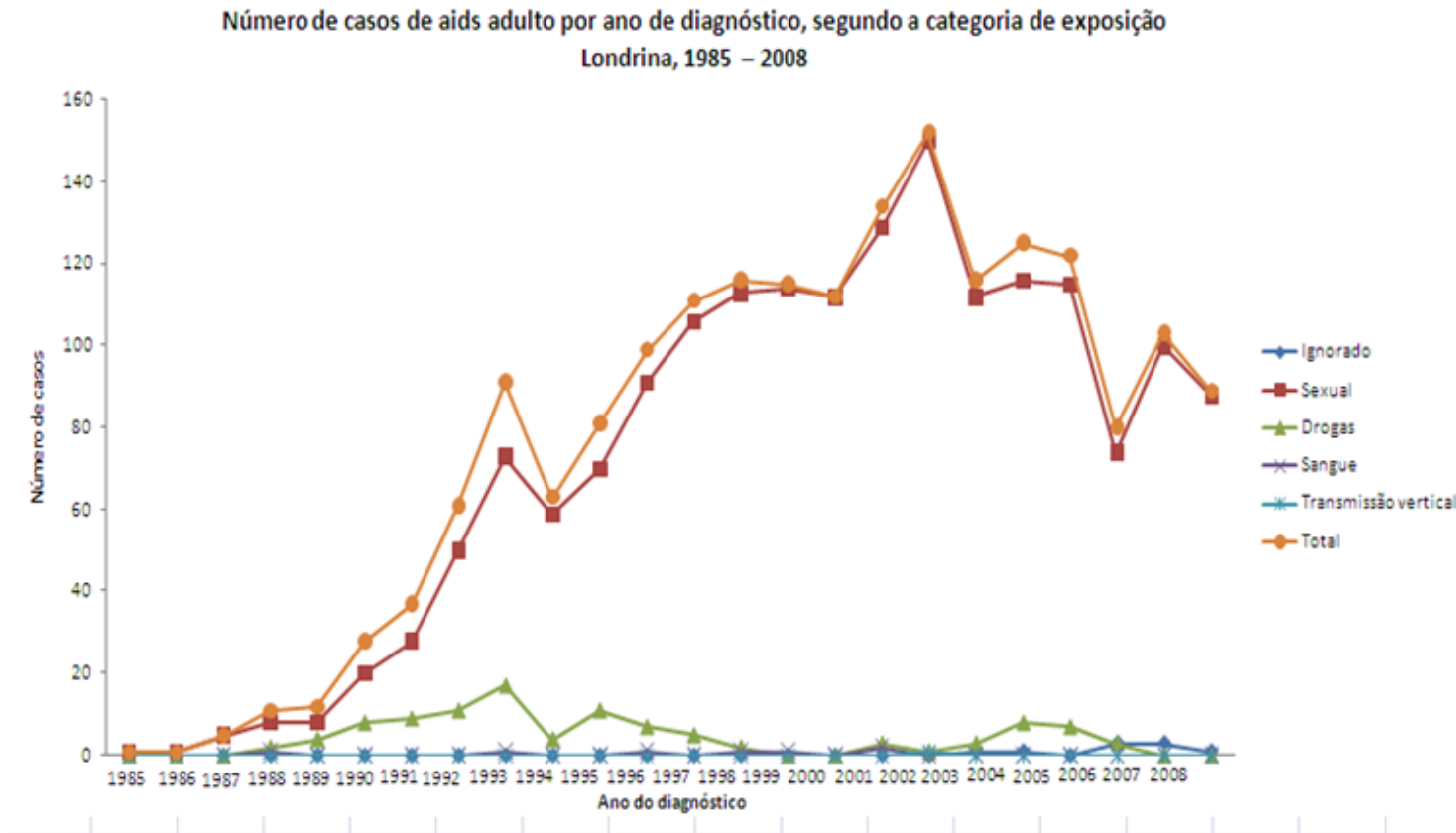
Fonte: Autarquia Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Londrina.
Org. MARCHETTI

Mudanças no curso da epidemia foram observadas através da categoria de exposição. Inicialmente o predomínio do HIV era observado em homens, resultado da transmissão pelo contato sexual entre homens que faziam sexo com outros homens e usuários de drogas injetáveis. A incidência nesta forma de transmissão do HIV/AIDS vem diminuindo assim como a proporção de homens e mulheres, observando-se um aumento significativo na categoria de exposição de transmissão por contato heterossexual.

Segundo dados da Secretaria de Saúde de Londrina de 1985 a 2008 foram diagnosticados 1.865 casos em pessoas de 13-59 anos de idade. Os dados ignorados ou não informados representam 0.5% do total (9 casos).

A categoria de exposição predominante desde os primeiros registros é a transmissão por contato sexual, com 1.743 casos (93.4% do total), seguida pela categoria de exposição usuários de drogas injetáveis com 105 casos, sendo 5.6% do total. A categoria de transmissão por contato sanguíneo e transmissão vertical contribuíram juntas com 0.4% do total sendo 0.3% (7 casos) por contato sanguíneo e 0.1% por transmissão vertical (Figura 19). A última ocorrência de transmissão por contato sanguíneo foi registrado em 2001 e os outros registros foram observados na década de 1990. Esse fato deve-se a falta de conhecimento sobre a procedência do sangue e hemoderivados utilizados nas transfusões de sangue. Atualmente, a utilização de sangue e derivados para tratamentos médicos passam por uma rigorosa análise laboratorial de qualidade do produto.

Figura 19 - Número de casos de AIDS em adultos por ano de diagnóstico, segundo categoria de exposição em Londrina de 1985-2008.



Fonte: Autarquia Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Londrina.
Org. MARCHETTI

Com relação aos casos diagnosticados de AIDS em crianças de 0 – 12 anos de idade em Londrina ocorreu uma variação no tempo. Desde o primeiro caso registrado na cidade em 1989 por transmissão vertical até o ano de 2008, 54 crianças contraíram o vírus do HIV/AIDS (Figura 20).

Do total de crianças com AIDS desde o princípio da doença, 41% foram a óbito representando 22 casos e 59% continuam vivas (32 casos). A evolução nos casos de AIDS nesta faixa etária variou nos anos de 1996 a 2002. Existe uma variação bastante heterogênea no registro de novos casos, sendo que neste período o ano de 1997 foi o que mais apresentou novos casos (8 casos), sendo quatro em crianças menores de 1 ano e quatro em crianças na faixa etária de 01-04 anos. Neste mesmo ano nenhum óbito foi registrado.

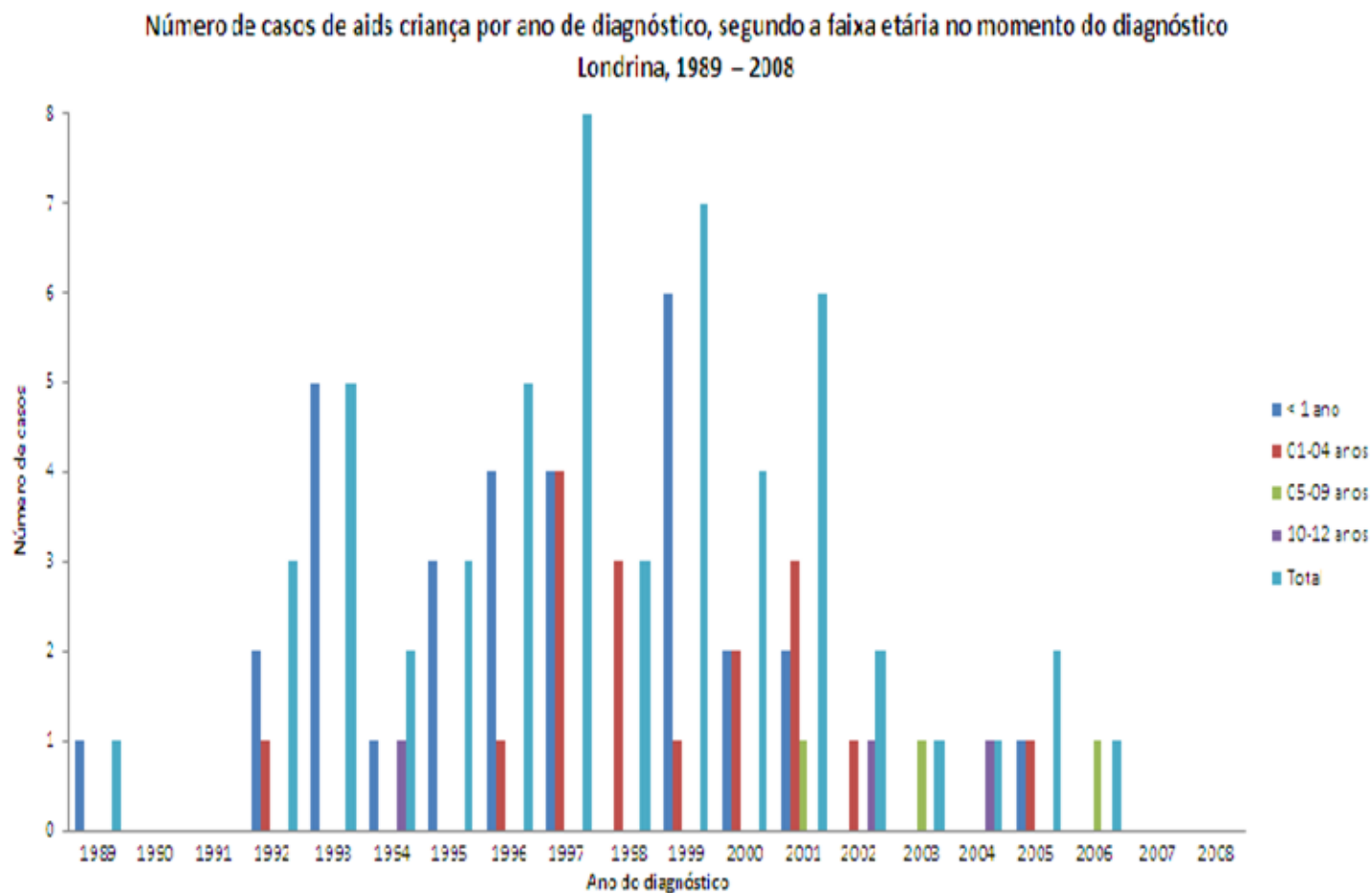
Entre os anos de 2003-2006, quatro casos foram diagnosticados e apenas um óbito registrado no ano de 2005; nos anos de 2007 e 2008 não houve nenhuma confirmação de HIV/AIDS em crianças em Londrina.

Em relação à faixa etária mais atingida, esta se concentrou em menores de 1 ano de idade e em crianças entre 01-04 anos, somando 48 casos. Nas idades entre 05-09 e 10-12 anos foram notificados no período de 1989-2008 três casos em cada faixa etária.

A categoria de exposição predominante é por via de transmissão vertical (da mãe para o filho durante a gestação, aleitamento ou parto), representando 52 casos. As categorias de exposição por relação sexual e por transfusão de sangue contribuíram com 1 ocorrência cada em 1997 e 2000, respectivamente.

A predominância da transmissão da mãe para o filho deveu-se ao fato do aumento significativo de mulheres em idade procriativa. Se descoberto durante o primeiro trimestre de gestação o feto tem grandes chances de não ser infectado pelo vírus do HIV via medicamentos que combatem a transmissão da mãe para o filho.

Figura 20 - Número de casos de AIDS em crianças por ano de diagnóstico, segundo faixa etária no momento do diagnóstico em Londrina de 1985-2008.



Fonte: Autarquia Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Londrina.

Org. MARCHETTI

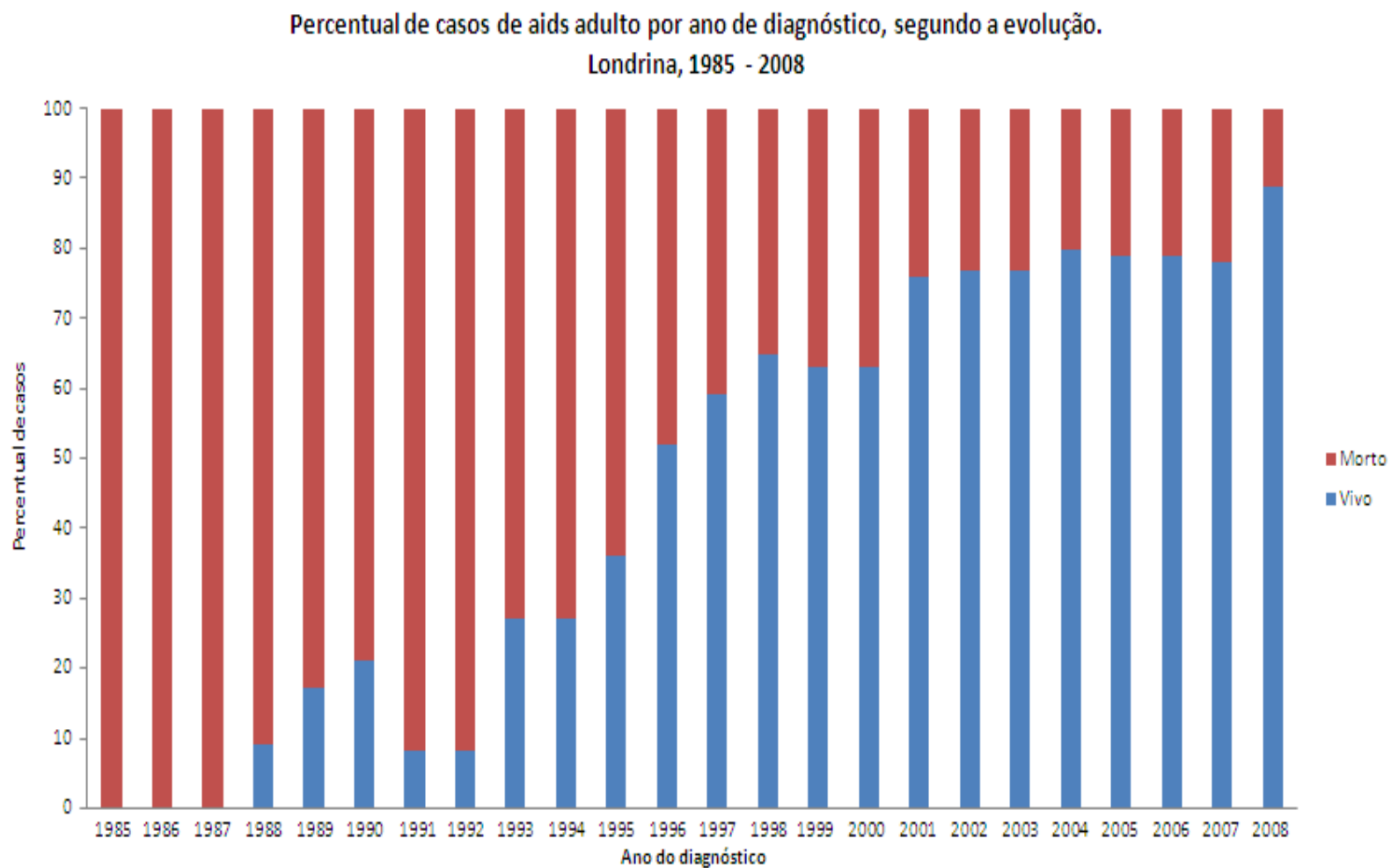
A mortalidade de AIDS é um relevante problema de saúde pública e desde o surgimento da doença na década de 1980 ela atinge de forma heterogênea segmentos populacionais diversos. No início da epidemia de HIV/AIDS o diagnóstico era visto como uma sentença de morte, pois muitas pessoas não viviam mais do que um ano após o resultado positivo. Durante a década de 1980 até a metade da década de 1990 milhares de pessoas morreram em decorrência da AIDS.

A análise da evolução temporal da mortalidade por AIDS em Londrina compreende o período de 1985 a 2008, para o qual foram totalizadas 717 mortes em adultos – pessoas com mais de 13 anos de idade. O estudo desta evolução mostrou que os anos que compreendem o período de 1985-1995 foi a fase com o maior número de mortalidade. Todavia, nos três primeiros anos a taxa de mortalidade em Londrina foi de 100%, e até o ano de 1995 os dados demonstram que o número de pessoas que iam a óbito era maior dos que sobreviviam. A partir de 1996 a 2000 observa-se uma redução na mortalidade e aumento na sobrevivência das pessoas doentes de AIDS, possíveis graças às políticas públicas de distribuição gratuita dos medicamentos anti-retrovirais para o tratamento, iniciado em 1996 (Figura 21).

Os anos de 2001 a 2008 indicam uma estabilidade em relação à mortalidade. A porcentagem durante esses anos ficou em torno de 20% de morte do total de pessoas com AIDS no município.

Nesse panorama, o fato que merece mais destaque é a queda da mortalidade por AIDS em Londrina a partir de 1996 e o aumento da sobrevivência dos portadores de HIV e AIDS. A queda da mortalidade é imputada às ações governamentais de políticas públicas e ações não governamentais de ONGs e da sociedade civil no combate ao HIV/AIDS através de campanhas para intensificar as informações de prevenção e tratamento da doença, pela oferta gratuita e universal de medicamentos para a terapia anti-retroviral e tratamento e prevenção precoce das doenças oportunistas. O Brasil é um dos poucos países que disponibilizam esse tratamento gratuito e universal para todos.

Figura 21 - Percentual de casos de AIDS em adulto por ano de diagnóstico, segundo evolução Londrina de 1985-2008.



Fonte: Autarquia Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Londrina.

Org. MARCHETTI

5.1.1 O HIV/AIDS em Londrina no Ano de 2002

O ano de 2002, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, foi o ano que apresentou o maior número de casos diagnosticados de HIV/AIDS no município com 154 casos. De acordo com Brasil (2002), dentre o total de casos registrados no Estado do Paraná, cerca de 30% foram diagnosticados em Londrina. Os homens apresentam uma porcentagem maior do que as mulheres acometidas pela doença e a razão entre o sexo ficou em 1,3:1 ou seja, a cada 1,3 homem com registro positivo para HIV/AIDS existia uma mulher.

Em relação à faixa etária, as pessoas em idade adulta foram as mais atingidas pela doença, principalmente entre os que pertenciam à faixa etária 30-39 anos com 60 casos notificados, seguidos pelos que tinham idade entre 20-29 somaram-se 47 casos, e 30 casos de pessoas entre 40 e 49 anos. As faixas etárias de 15-19 e 50-59 apresentaram seis casos cada. As pessoas com mais de 60 anos apresentaram três casos em 2002, sendo o maior o número de casos entre as mulheres (2 casos). Vale ainda ressaltar que desde o início da epidemia de HIV/AIDS no município de Londrina, este ano foi o que apresentou um dos maiores índices de infecção pela doença em jovens na idade entre 15-19 anos.

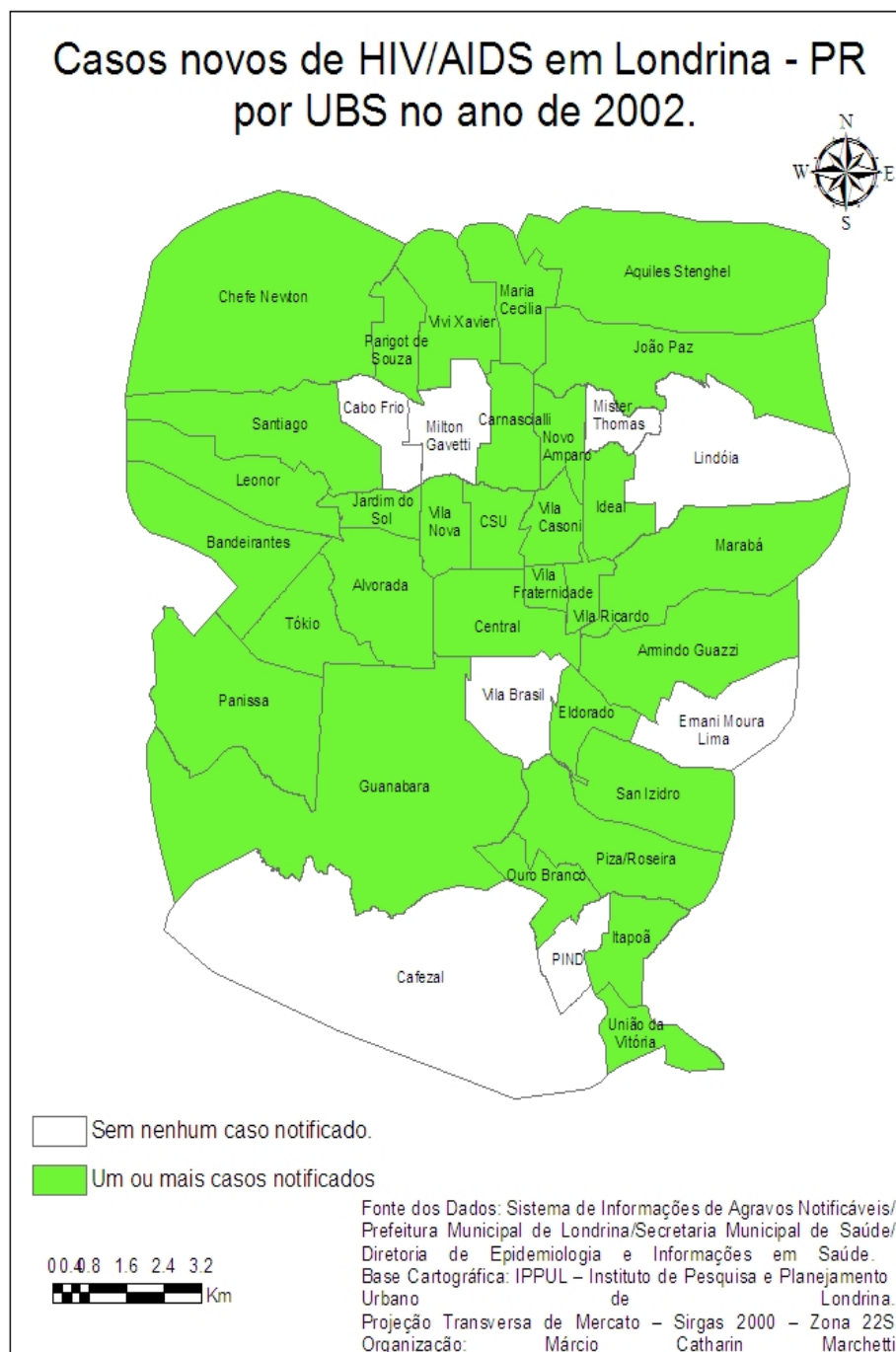
A forma de transmissão predominante foi por via sexual, 150 casos do total. Um registro foi por compartilhamento de agulhas e seringas para uso de drogas endovenosas e três casos por transmissão vertical registrados nesta categoria de exposição.

A porcentagem de mortalidade neste ano foi de 23% do total (35 mortes), apresentando a partir desse ano uma estabilidade e uma queda nos anos subsequentes em relação às mortes relacionadas à AIDS.

Conforme a figura 22 pode-se concluir que a espacialização da doença atingiu o município como um todo. Contudo, algumas unidades básicas de saúde não apresentaram nenhum caso confirmado, tais como Vila Brasil, Cafezal, Mister Thomas, Lindóia, Ernani Moura Lima, Parque das Indústrias, Cabo Frio e Milton Gavetti. Segundo os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do Município de Londrina, existe uma heterogeneidade em relação aos números de casos. A UBS do Centro foi a que apresentou o maior número de casos neste ano, seguida das

UBS Vila Casoni, Maria Cecília, Eldorado, Marabá e Leonor. O distrito de São Luiz pertencente ao município de Londrina registrou um caso em 2002.

Figura 22 - Localização de casos novos de HIV/AIDS em Londrina/PR no ano de 2002.¹⁸



¹⁸ As regiões correspondem às áreas de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde do Município.

5.1.2 O HIV/AIDS em Londrina no Ano de 2003

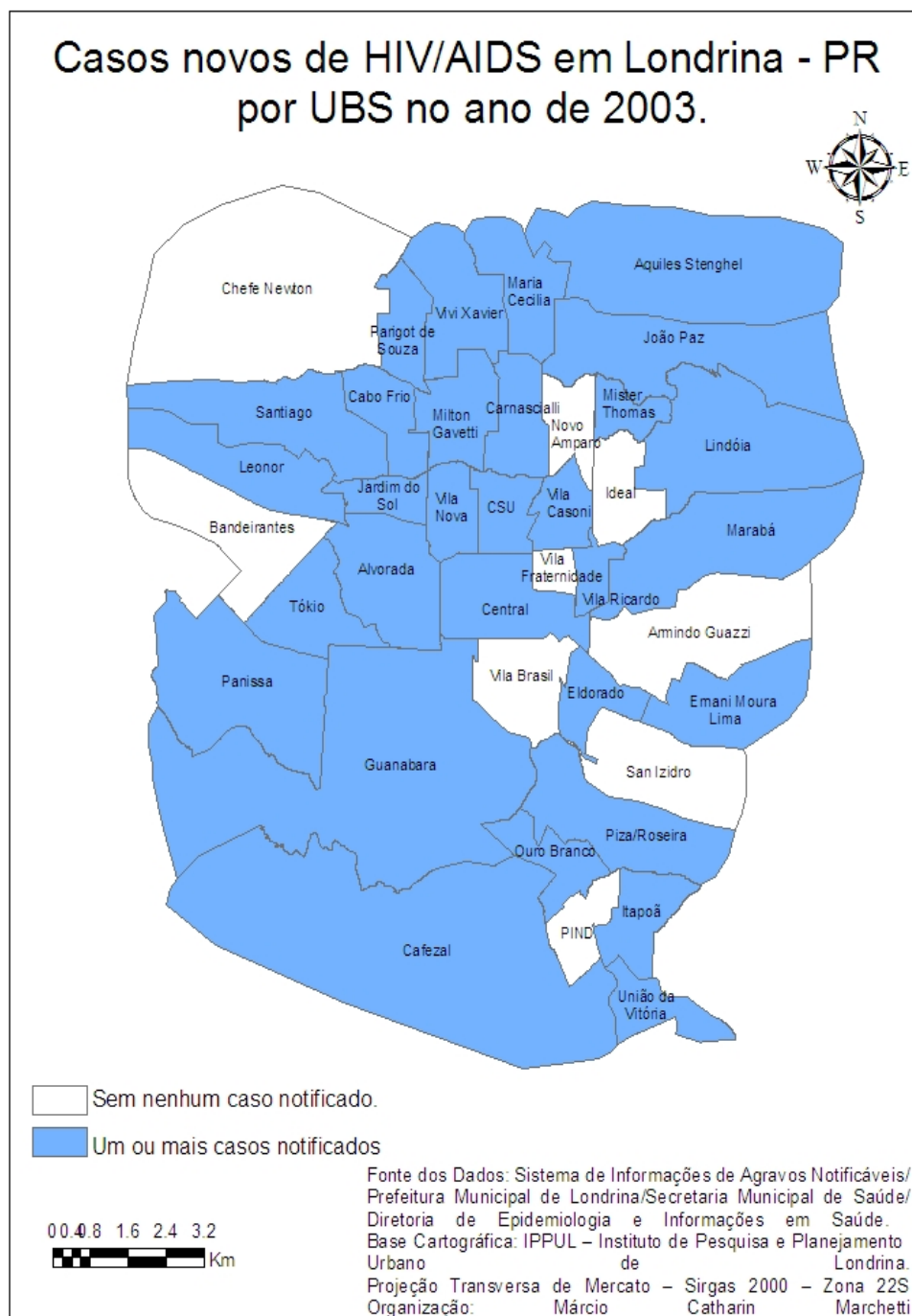
Em relação ao ano de 2003, foram confirmados em Londrina 117 novos casos de HIV/AIDS. Em 2002 os homens foram os que apresentaram maior número no diagnóstico, contribuindo para o aumento na razão por sexo passando para 2,3 pessoas do sexo masculino para uma do sexo feminino, ressaltando que essa realidade não prevaleceu em todas as faixas de idade, pessoas acima de 60 anos apresentaram a razão por sexo 1:1.

Observando os dados de 2003, os adolescentes de 15-19 foram os que apresentaram os menores números em novos casos de HIV/AIDS (2 casos). A faixa etária mais atingida pela doença continuou sendo a de adultos de 30-39 anos (41 casos), seguida pelas faixas de idade de 20-29 anos (35 registros), 40-49 (22 casos) e as pessoas de 50-59 anos e acima de 60 anos (10 e seis casos respectivamente). Em crianças, a Secretaria Municipal informou um caso na faixa de idade de 05-09 anos.

A categoria de exposição sexual, com 112 do total de casos, continuou prevalecendo entre as demais formas de exposição à doença. A categoria de exposição drogas contribuiu com três casos e a categoria de exposição ignorada correspondeu a um caso. Dentre o total, apenas um caso de transmissão de mãe para filho foi registrado neste ano. A porcentagem de mortalidade neste ano foi de 23%, que correspondeu a 27 casos do total e o restante, 77%, correspondeu às pessoas que vivem com a doença.

Em relação à distribuição da doença no município de Londrina foram observadas algumas alterações em relação ao ano anterior, como a diminuição no total de casos registrados no município. As UBS que não tiveram nenhum caso diagnosticado na sua área de abrangência foram: Chefe Newton, Bandeirantes, Vila Brasil, Sanizidro, Armindo Guazzi, Novo Amparo, Ideal, Vila Fraternidade e Parque das Indústrias (figura 23). As UBS que apresentaram os maiores números de casos foram Centro, Centro Social Urbano, Maria Cecília, União da Vitória, Marabá e Panissa. Em relação aos distritos do município de Londrina neste ano foram confirmados dois casos: um no patrimônio Regina e outro no distrito de Guaravera.

Figura 23 - Localização de casos novos de HI V/AIDS em Londrina/PR no ano de 2003



5.1.3 O HIV/AIDS em Londrina no Ano de 2004

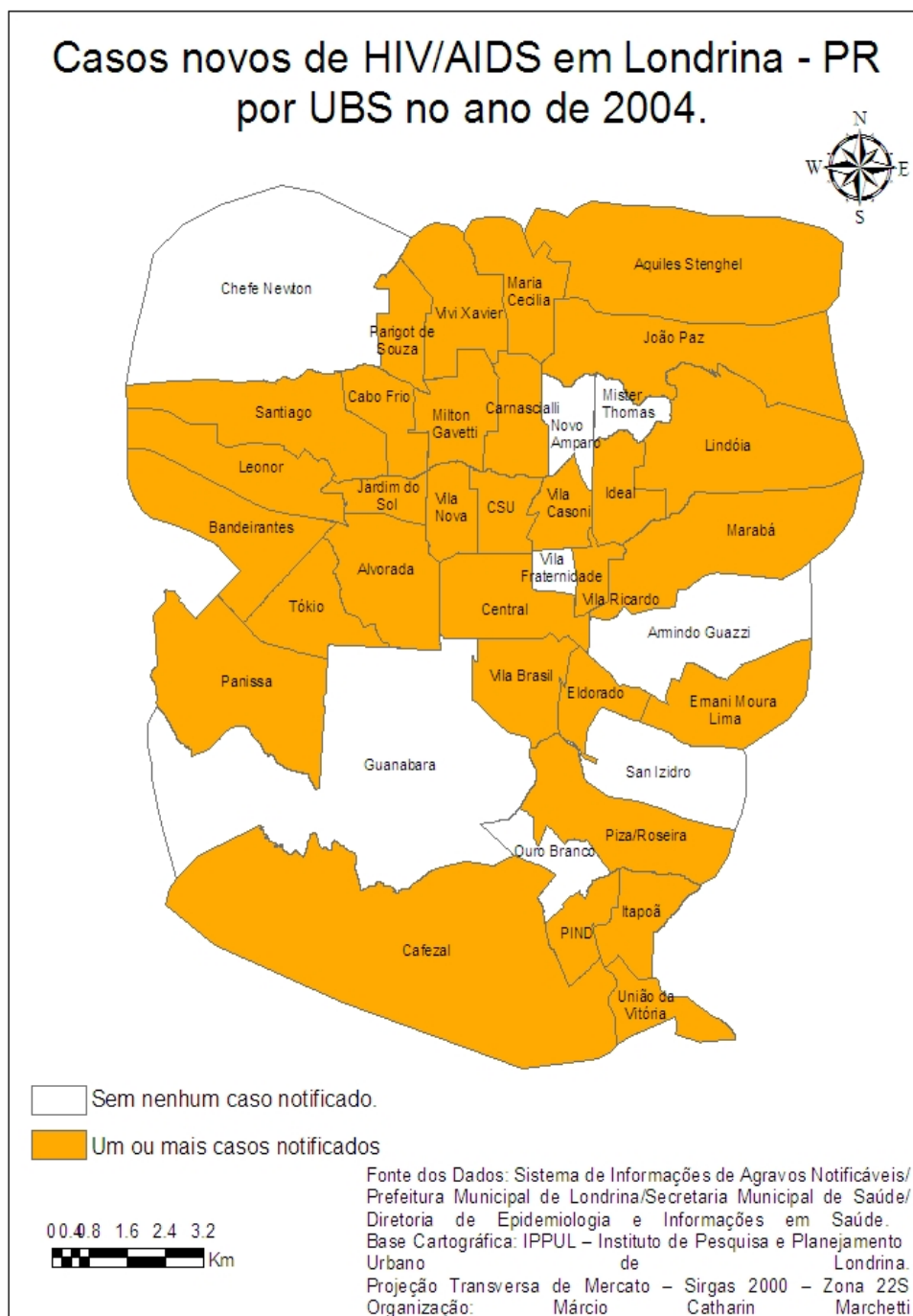
O ano de 2004 foi caracterizado por um aumento nos novos casos em relação ao ano anterior, contabilizando 126 diagnósticos para HIV/AIDS e também foi marcado pela diminuição dos novos casos entre os homens e um aumento entre as mulheres, se comparado aos dados de 2003. A razão entre homens e mulheres caiu de 2,3 no ano anterior para 1,6 homens para cada mulher em 2004.

Em relação às faixas etárias todas apresentaram um aumento nos novos casos, exceto a classe de idade que compreende 20-29 anos, a qual apresentou um declínio de 23 confirmações. Contudo, a faixa etária mais atingida pela doença continua sendo os adultos entre 30-39 anos de idade, com 35% do total (44 novos casos). As pessoas que pertencem a faixa etária 40-49 somaram 26 casos. Na classe de idade 50-59 anos os casos dobraram de 10 em 2003 para 20 em 2004. As pessoas com mais de 60 anos também apresentam um aumento, contribuindo com mais nove registros da doença, sendo cinco em homens e quatro em mulheres. Entre pessoas com 15-19 anos três casos foram notificados.

A categoria de exposição para o contágio do HIV/AIDS continuou com as mesmas características apresentadas nos anos anteriores. Dos 126 casos confirmados em adultos, 92,8% contraíram a doença através do sexo (116 casos), 7% foi por transmissão por drogas (oito casos) e 0,8% (um caso) ignorado. Em relação às crianças, neste mesmo ano um caso foi confirmado: uma criança pertencente à faixa etária dos 10-12 anos de idade. A mortalidade apresentou um declínio, passando de 23% (27 mortes) do ano anterior para 20% (25 mortes) em 2004, em relação ao total de casos em Londrina.

A figura 24 mostra a distribuição dos novos casos da doença no ano de 2004 para a cidade de Londrina. Não ocorreu nenhum caso nas seguintes UBS e suas regiões de abrangência: Chefe Newton, Novo Amparo, Mister Thomas, Vila Fraternidade, Armindo Guazi, Guanabara, San Izidro e Ouro Branco. As UBS que mais apresentaram casos foram Centro, Cafetal, Vivi Xavier, Parigot de Souza, Alvorada, Bandeirantes, Leonor e Panissa. Neste mesmo ano foi registrado um caso no distrito de Guaravera.

Figura 24 - Localização de casos novos de HIV/AIDS em Londrina/PR no ano de 2004.



5.1.4 O HIV/AIDS em Londrina no Ano de 2005

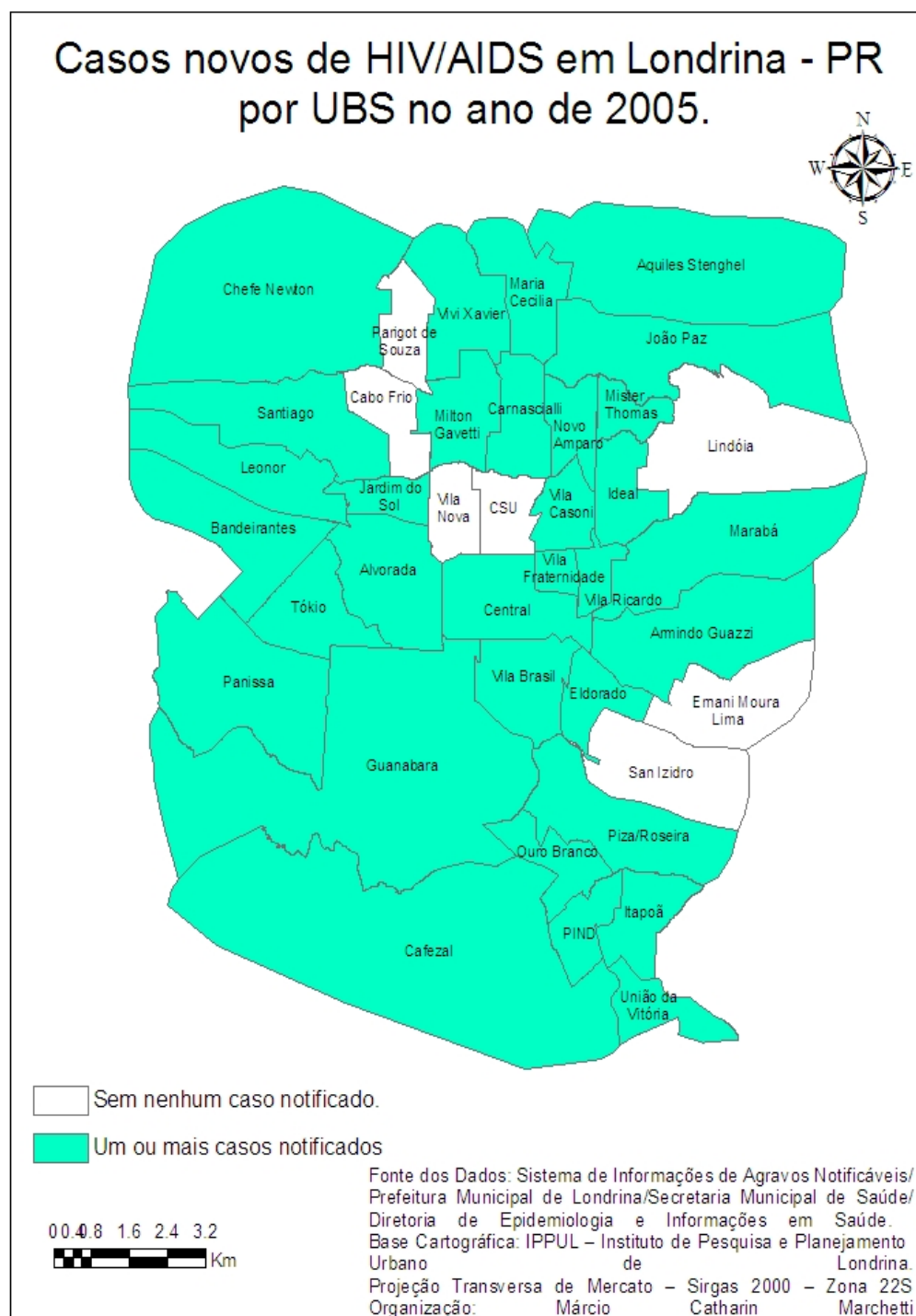
O ano de 2005 apresentou 124 novos casos de HIV/AIDS, uma diminuição de apenas dois casos quando comparado ao ano anterior. Os homens prosseguem sendo os mais afetados pela doença, com 75 notificações contra 47 registros entre as mulheres, mantendo a razão por sexo em 1,6 homens para cada mulher.

A faixa etária 30-39 anos continuou sendo a mais afetada, com 46 casos representando 37% do total, seguida pelas idades que variam entre 20-29 e 40-49 anos, ambas com 21% do total, com 26 casos confirmados. As classes de idade 15-19, 50-59 e pessoas com 60 anos ou mais apresentaram os seguintes dados: 2.4% (três casos), 10% (13 casos) e 6.5% (oito casos), respectivamente. Foram identificados dois casos em Londrina, um caso na faixa etária <1 ano e outro em crianças entre 1-4 anos.

A transmissão através do sexo foi o segmento que obteve maior ocorrência: dos 122 novos casos de HIV/AIDS em 2005, 94.2% (115 casos) foram difundidas através do contato sexual contra 5.8% através do compartilhamento de materiais para consumo de drogas injetáveis (sete casos). Através da transmissão vertical foram identificados dois casos entre as crianças. Em relação à mortalidade ocorreram pequenas oscilações de um ano para o outro, mas vem seguindo uma estabilidade: no ano de 2005, 21% vieram a óbito, correspondendo a 26 mortes.

As UBS que não tiveram nenhum caso registrado durante o ano, na população que faz parte da sua abrangência foram Parigot de Souza, Cabo Frio, Vila Nova, CSU-Centro Social Urbano, Lindóia, Ernani Moura Lima e San Izidro. As UBS que apresentaram mais casos de HIV/AIDS foram Centro, Vila Casoni, Aquilões, Stenguel, Maria Cecília, Piza/Roseira, Marabá, Vila Ricardo, Leonor e Panissa. Foi registrado um caso de HIV/AIDS em cada um dos distritos de Guairacá e Lerroville (figura 25).

Figura 25 - Localização de casos novos de HIV/ AIDS em Londrina/ PR no ano de 2005



5.1.5 O HIV/AIDS em Londrina no Ano de 2006

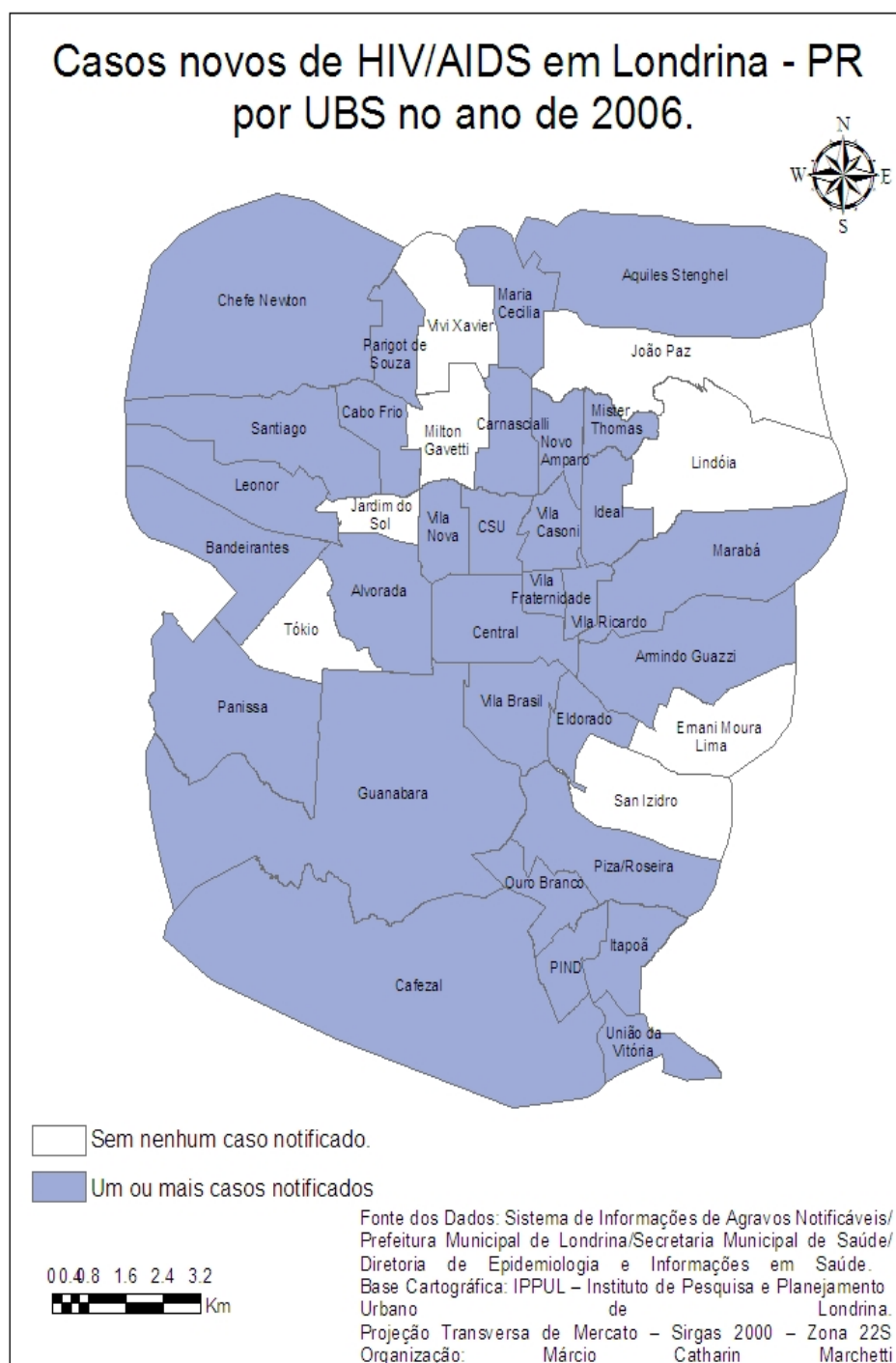
Entre os anos estudados, o ano de 2006 foi o que apresentou o menor número de pessoas vitimadas pelo vírus do HIV. Desde 1995, quando foram registrados 81 casos em Londrina até o ano de 2006, a epidemia mostrou-se em expansão no município. Em pouco mais de uma década observou-se uma queda significativa nos novos casos, sendo confirmado em 2006 o mesmo montante de 11 anos atrás. Os números indicam que os homens apresentaram uma queda maior no número de casos em relação às mulheres, contudo continuam sendo a maioria com 61.2% contra 38.8%. A razão por sexo continua a mesma do ano anterior, 1.6 homens para cada mulher.

Mesmo com a diminuição de novos casos, as pessoas entre 30-39 são as que apresentam os maiores números com 32.5% (26 casos), seguidos pelas faixas entre 40-49 anos com 30% (24 casos) e 20-29 com 21.3% (17 casos). Os que se encontram entre 15-19, 50-59 e 60 anos ou mais apresentaram taxas menores como 3.8% (três casos) para a primeira faixa etária e 6.2% (5 casos) para os outros dois segmentos. Nesse mesmo ano também foi identificado um caso infantil de HIV/AIDS na faixa etária de 05-09 anos.

A principal categoria de exposição observada neste ano foi a via sexual com 92,6% (74 casos), seguida de drogas com 3.7% (três casos) e ignorada somou-se também 3.7% (três casos). A transmissão de mãe para filho foi confirmada em um caso. Em relação à mortalidade, também observou-se uma queda significativa de 26 óbitos no ano anterior para 17.

A distribuição de pelo menos um caso registrado de HIV/AIDS em Londrina mostra estar presente em todas as regiões, no entanto neste ano algumas UBS não apresentaram nenhum caso como Vivi Xavier, João Paz, Milton Gavetti, Ernani Moura Lima, San Izidro, Tókio, Linória e Jardim do Sol. As UBS que tiveram mais casos foram Centro, Cafezal, Aquilões Stenguel e Panissa (ver figura 26). Os distritos de Lerroville, Ribeirão Três Bocas e Paiquere tiveram cada um, um caso confirmado; o distrito de Guaravera registrou dois casos novos de HIV/AIDS.

Figura 26 -Localização de casos novos de HIV/AIDS em Londrina/PR no ano de 2006



Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2010, o município de Londrina encontra-se em 79º lugar entre os cem municípios com maiores números de casos notificados. Foram registrados na cidade, durante a década de 1980, 57 casos de AIDS, sendo que até dezembro de 2008, o município já contava com 1976 casos registrados.

Em relação aos dados analisados, Londrina segue os padrões nacionais em relação ao perfil das pessoas que vivem com HIV/AIDS. O número de homens continua sendo superior aos das mulheres, contudo vem diminuindo a razão por sexo, em relação aos anos estudados. Nos anos analisados (2002-2006) observou-se uma estabilidade em relação à proporção entre homens e mulheres, sendo que nos três últimos anos estudados não ocorreu nenhuma variação, ficando com 1,6 casos de homens para cada mulher. Segundo a Coordenação de DST/AIDS de Londrina, a tendência desta relação é de chegar a 1:1, conforme vem ocorrendo em várias cidades brasileiras.

Entre 2002 e 2006, o município notificou 593 casos de HIV/AIDS em pessoas entre 13 e 60 ou mais de idade, sendo que deste total, 368 eram homens e 225 mulheres, representando 62% e 38%, respectivamente. A faixa etária mais atingida foi a de adultos entre 20-49 anos com 83% do total dos casos. Entre as pessoas com 60 anos ou mais de idade houve um aumento significativo entre 2002-2006, somando 31 casos sendo que desde 1985 até 2001 haviam sido diagnosticados 15 casos nessa mesma faixa etária.

A categoria por transmissão vertical foi observada entre as crianças menores de um ano até 12 anos de idade. Desde 1989 até 2008, o total de crianças com HIV/AIDS somou 54 casos, sendo que do total 48 casos estão entre as faixa etária menor de 1 ano até 4 anos de idade. Durante o período analisado apenas um caso foi registrado por transmissão vertical no ano de 2005. Os casos identificados em crianças na faixa etária menores de 1 ano a 12 anos de idade foram diagnosticados 7 casos esse fato deve-se ao período entre a infecção pelo vírus do HIV até a produção de anticorpos pelo sistema imunológico, período conhecido como janela imunológica, ou fato que pode ter contribuído para infecção nesta faixa etária é a infecção da mãe após a gestação e o parto podendo transmitir o vírus para a criança durante o aleitamento.

A forma de transmissão por via sexual é a mais comum entre os casos de HIV/AIDS em Londrina, seguida por um pequeno número de transmissão

através do uso de seringas compartilhadas no consumo de drogas e um único caso já citado de transmissão vertical. Durante os anos estudados não houve nenhum registro de transmissão de HIV/AIDS por transfusão sanguínea.

Do total de casos de HIV/AIDS em adultos desde o início da epidemia, aproximadamente 38.5% foram a óbito e 61.5% continuam vivos, enquanto que nas crianças foram registrados 40.8% de óbitos e 59.2% de crianças vivendo com HIV/AIDS. A diminuição na taxa de mortalidade pode ser observada a partir dos anos 1995 e 1996, período em que os primeiros coquetéis foram colocados no mercado, aumentando assim a sobrevivência das pessoas com HIV/AIDS.

Segundo dados do Relatório Anual de Gestão da Saúde de Londrina (2010) o Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho realizou em 2010 mais de 1.800 testes rápidos para HIV, além de 7.576 consultas médicas, que somaram, 1.190 atendimentos psicológicos, 288.275 preservativos distribuídos, 766 serviços odontológicos e distribuição de remédios para o tratamento da AIDS e tuberculose que somaram 11.421 durante todo o ano. Segundo a farmacêutica Marisa, responsável pela distribuição dos medicamentos antirretrovirais:

Dados exatamente eu não sei te informar, mas a adesão ao tratamento aqui em Londrina é boa e com uma porcentagem alta de adesão, a farmácia aqui do Centro de Referência disponibiliza todos os medicamentos distribuídos pelo sistema único de saúde tanto os nacionais quanto os importados. Aqui em Londrina nunca aconteceu de falta de remédios para tratamento da AIDS, às vezes acontece do Estado atrasar a entrega, mas faltas nunca acontece, quando acontece de atrasar nós fracionamos a distribuição para que todos continuem o tratamento até chegar o lote de remédios.

Na visão da médica Dra. Susana Lilian Wiechmann a adesão ao tratamento em Londrina:

[...] a adesão ao tratamento da AIDS em Londrina é boa, mas às vezes o paciente larga o tratamento, pois se sente mal ao tomar, interrompendo o tratamento, sendo que muitos não procuram um profissional para conversar e tentar trocar de medicamento. O tratamento tem que ser seguido corretamente com todas as indicações e conselhos do médico para ter um resultado satisfatório.

A adesão ao tratamento da HIV/AIDS pelas PVHA foi um dos fatores que contribuiu para diminuir o número de óbitos em pessoas com HIV/AIDS, aumentando sua sobrevivência e melhorando a qualidade de vida.

Utilizando o mapa síntese de dados sociais, econômicos e ambientais de Londrina realizada pelo grupo IMAP & P, que utilizou as variáveis, taxa de masculinidade, responsáveis pelo domicílio com mais de 15 salários mínimos, responsáveis pelo domicílio com até 2 salários mínimos, domicílios com sete ou mais moradores, domicílio com 1 morador, domicílios alugados, domicílios próprios, apartamentos, casas, domicílios improvisados, domicílios com 4 ou mais banheiros, domicílios sem banheiro, fossa séptica, fossa rudimentar, evangélicos, católicos, pessoas com idade entre 6-18 anos, escolas particulares, escolas públicas e número de pessoas residentes (BARROS; et al.2008, p.162) resultando em 6 classes (C1, C2, C3, C4, C5 e C6) conforme a tabela 2

Tabela 2 – Classificação dos dados sociais, econômicos e ambientais de Londrina.

Classe	Características
C1	Baixa densidade heterogeneidade quanto à renda, média a baixa infraestrutura
C2	Alta densidade demográfica, alta verticalização, maior renda e maior infraestrutura.
C3	Media densidade demográfica, renda e infraestrutura baixa.
C4	Alta densidade, renda e infraestrutura média a baixa.
C5	Média densidade, renda e infraestrutura média e baixa presença de crianças.

C6	Alta densidade populacional, grande número de construções, renda baixa e infraestrutura média
-----------	---

Fonte: Adaptado de BARROS et al (2008, p.162)

Org: Márcio Catharin Marchetti

Observando de uma forma geral a espacialização da doença percebe-se que durante os anos analisados a doença atingiu todas as UBS de todas as regiões da cidade, incluindo pessoas de todos os níveis sociais. Segundo os dados da Secretária Municipal de Saúde, as UBS que mais apresentaram casos no período estudado foram: Centro Social Urbano (CSU), Centro, Maria Cecília, Cafezal, Eldorado, Piza/Roseira, Marabá e Leonor (tabela 3).

Mero de numero áficas E EXPANSÃO Sobrepondo o mapa de área de abrangência das UBS, podem os de uma forma geral, observar as características econômicas, sociais e ambientais de cada UBS. Foram analisadas as UBS que durante o período de 2002-2006 apresentaram dez ou mais casos de HIV/AIDS:

Tabela 3 - Número total de casos por UBS no período de 2002-2006

UBS	Quantidade	Classe
Centro	44	C2
Marabá	23	C1/C3 ¹⁹
Leonor	22	C1/C6
Maria Cecília	21	C4
Panissa	19	C1/C3
Piza/Roseira	16	C5
Cafezal	15	C3
Aquiles Stenghel	14	C4
União da Vitória	14	C3
Vila Ricardo	14	C3
Eldorado	14	C1/C3

¹⁹ A utilização de duas classes para a mesma UBS deve-se ao fato da área de abrangência das UBS não corresponderem aos limites dos bairros, podendo abarcar mais de um bairro.

Alvorada 12		C5
Milton Gavetti	12	C3
Bandeirantes 11		C1/C5
Centro Social Urbano	10	C5
Parigot de Souza	10	C3

Org: MARCHETTI (2011)

Cruzando o mapa re alizando pelo grupo IMAP&P com o mapa das áreas de abrangência das UBS, pode-se inferir que a distribuição geográfica das UBS que apresentaram mais de 10 casos de HIV/AIDS no período estudado estão dispersas por toda malha urbana de Londrina. Quase todas as unidades básicas com mais de 10 casos de HIV/AIDS apresentaram uma homogeneidade e estavam inseridas em apenas uma classe, contudo algumas UBS mostraram-se inseridas em duas classes como é o caso das UBS Marabá, Panissa e Eldorado (C1 e C3) e Bandeirantes (C1 e C5).

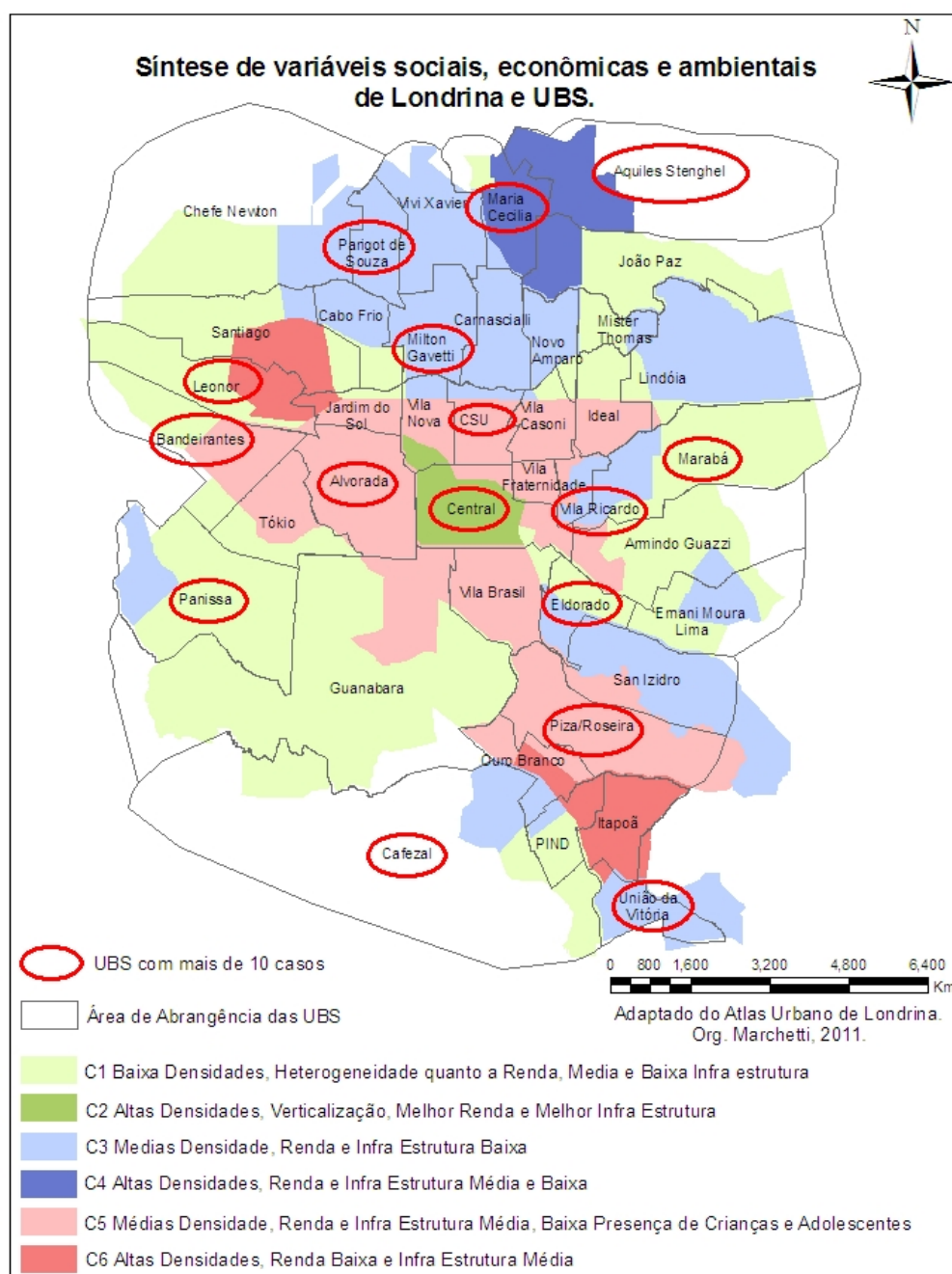
Analisando os dados da AIDS juntamente com a síntese das variáveis econômicas de Londrina, identificou-se que entre as 16 UBS que apresentaram mais de dez casos durante o período estudado, a população atendida na UBS do Centro, é a que apresenta maior número de pessoas atendidas, e que apresenta maior renda e melhor infraestrutura, em relação as pessoas atendidas pelas outras UBS apresentam renda média a baixa, os dados mostram que a maioria tem uma baixa infraestrutura. A maioria das UBS que apresentaram os maiores números de HIV/AIDS no período estudado, atende os bairros onde a população vive com até três salários mínimos:

A geografia dos salários é reveladora das desigualdades socioeconômicas na sede do município de Londrina. Em todas as regiões, encontramos pessoas com rendimento de até três salários mínimos, sendo que no Centro Histórico elas são minoria e em direção às periferias, o percentual dos que ganham menos aumenta. Na periferia sul, 61 a 85% da população apresenta um rendimento de até 3 salários mínimos enquanto na periferia norte este percentual é de 41 a 60%. (BARROS et al, 2008, p.129)

Além de concentrar os maiores percentuais de pessoas vivendo com até três salários mínimos, as regiões norte e sul também apresentam as maiores taxas de analfabetismo do município: entre 10 e 29% da população (BARROS et al.,

2008). Contudo devemos lembrar que a doença atingiu todas as regiões e todas as pessoas, independente do nível social, etnia ou opção sexual; qualquer pessoa pode se tornar HIV positivo sem as medidas necessárias de prevenção. Porém, os dados analisados demonstraram que os maiores números de casos foram em regiões com tais características citadas (figura 27).

Figura 27 - Síntese de variáveis sociais, econômicas e ambientais e UBS com mais de dez casos de AIDS entre os anos de 2002-2006.



5.2 INSTITUIÇÕES LONDRINENSES QUE PRESTAM ATENDIMENTOS PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Londrina conta com diversas modalidades de assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS, tanto instituições públicas como também organizações não governamentais (ONGs). As estruturas públicas são o Ambulatório do Hospital das Clínicas, o Centro de Referência em DST/HIV/AIDS Dr. Bruno Piancastelli Filho (antigo CIDI), Centro de Testagem e Aconselhamento, a Comissão de AIDS, o Hospital Universitário (HU) e Assistência Domiciliar Terapêutica. As ONGs que prestam serviços a pessoas com HIV/AIDS em Londrina são a Associação Londrinense Interdisciplinar de AIDS (ALIA), a Casa de Maria e o Núcleo Londrinense de Redução de Danos.

Hospital das Clínicas

O Hospital das Clínicas (HC) localiza-se no campus da Universidade Estadual de Londrina e, presta serviço ambulatorial às pessoas com HIV/AIDS. Os atendimentos acontecem três vezes por semana para a população adulta e infantil e seus familiares. Conta ainda com reuniões semanais para adesão ao tratamento. A equipe é interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais e fisioterapeutas.

Centro de Referência em DST/HIV/AIDS Dr. Bruno Piancastelli Filho

O Centro de Referência em DST/HIV/AIDS e Tuberculose Dr. Bruno Piancastelli Filho fica situado na Rua Alameda Manoel Ribas, nº 1, centro de Londrina. O Centro de Referência presta serviço ambulatorial de segunda a sexta-feira, das 7h00 às 17h00. Conta com uma equipe multidisciplinar na prevenção, aconselhamento e acompanhamento de pessoas com DST/HIV/AIDS e Tuberculose. A equipe é formada por médicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, auxiliares de enfermagem e assistentes sociais. O Centro conta com a farmácia que disponibiliza os medicamentos anti-retrovirais para toda a população de Londrina doente de AIDS, além da distribuição de cestas básicas e preservativos. A partir de

2007 também foi implantado o serviço de preenchimento fácil com polimetilmetacrilato²⁰ para pacientes em tratamento de AIDS.

Dentro do Centro de Referência encontra-se o CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento que oferece informações sobre DST/HIV e AIDS, palestras que orientam sobre a prevenção, tratamento e aconselhamento a respeito da doença além de exame para detectar o vírus do HIV. O atendimento quanto ao teste rápido pode ser feito de segunda a sexta-feira das 7h00 as 17h00. As palestras podem ser assistidas de segunda, quarta e quintas-feiras as 08h30min e 14h00 e são abertas a toda população.

Todo o processo para o teste do HIV, desde a chegada até o resultado, é acompanhado por profissionais da saúde e consiste nas seguintes etapas:

Antes da realização do teste sorológico é realizada uma palestra educativa em grupo ou individual sobre DST/AIDS e o preenchimento de um prontuário elaborado pelo Ministério da Saúde com as informações do indivíduo. Após o recebimento do resultado, se positivo, os pacientes passam a receber o aconselhamento e acompanhamento pelos profissionais da saúde. Vale ressaltar que a pessoa só tem seu nome revelado no preenchimento do prontuário, após isso ele é identificado por um número de matrícula. A retirada do resultado só é realizada mediante apresentação do cartão de registro do CTA, documento com foto da pessoa que fez o teste.

Além de ser ofertado no CTA o teste rápido pode ser encontrado em todas as maternidades do município e em algumas unidades básicas de saúde como Vila Brasil (Centro), Armindo Guazzi (Leste) Lindóia (Leste), Cabo Frio (Norte), João Paz (Norte), Alvorada (Oeste), Leonor (Oeste), Santiago (Oeste), Tóquio (Oeste), União da Vitória (Sul) e nas UBS rurais dos distritos de Irerê e São Luiz.

Campanhas e oficinas também são desenvolvidas pelos profissionais do CTA para conscientização e prevenção do DST/HIV/AIDS juntamente com as secretarias da mulher, do idoso, da assistência social e da educação.

²⁰ O tratamento à base de polimetilmetacrilato é empregado na medicina estética e reparadora para corrigir deformidades no corpo, como face, que surgem em pacientes que usam o coquetel contra a AIDS. Consiste em preencher áreas do corpo onde o paciente perdeu gordura. Embora ainda não haja cura para a AIDS, a medicina avança no sentido de melhorar a qualidade de vida dos portadores do vírus HIV.

Núcleo Londrinense de Redução de Danos de Londrina

O Núcleo Londrinense de Redução de Danos é uma organização não governamental implantada em 2001 e legitimada pela lei municipal 8.694/02. O núcleo foi instituído como parte da política pública que visa minimizar os danos relativos ao uso de drogas. As ações do núcleo estão voltadas às questões ligadas ao enfrentamento das DST/HIV/AIDS, através da promoção, prevenção e direitos humanos. É formado principalmente por voluntários e alguns profissionais que dão assistência através de ações de capacitações, oficinas interativas abrangendo vários temas como: auto-estima, direito a sexualidade, preconceito e métodos preventivos, atendimento e assessoria jurídica para a defesa dos direitos humanos e integração de política de enfrentamento do estigma, preconceito e discriminação para as PVHA e de mais populações vulneráveis, quando seus direitos forem violados. Há também espaços que propiciam o acolhimento, escuta e avaliação referentes aos temas com debates e sensibilização para reduzir o estigma e o preconceito. O Núcleo de Redução de Danos situa-se na Rua Senador Souza Naves, nº189, 1º andar, salas 12 e 13, e as reuniões são realizadas semanalmente as quartas-feiras às 19h30.

Comissão de AIDS

A Comissão de HIV/AIDS de Londrina tem reuniões mensais, em todas as primeiras segundas-feiras de cada mês que são abertas à toda população. As reuniões têm como objetivo elaborar projetos voltados à prevenção e controle de DST/HIV/AIDS no município de Londrina, através de reivindicações da sociedade em geral, profissionais da saúde, membros das ONGs e que posteriormente são apresentadas para o Conselho Municipal de Saúde para ser discutido e aprovado. As reuniões são feitas no auditório da Vila da Saúde, localizado na Rua Jorge Casoni, 2350, Vila Casoni Londrina.

Hospital Universitário

O Hospital Universitário (HU) é um órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina, identificado como Centro de Referência

Regional para o Sistema Único de Saúde e atende pacientes oriundos de vários municípios paranaenses (cerca de 250 municípios), além de mais de cem cidades de outros Estados como São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia. Todas as especialidades médicas são oferecidas no Hospital Universitário, com algumas seções diferenciadas de outras instituições. A Unidade de Moléstias Infecciosas é uma seção onde existe uma ala específica para cuidados aos doentes com AIDS, sendo considerado um centro de referência nesta especialidade. O hospital oferece serviço de internamento para tratamento de doentes de AIDS, contando com uma equipe interdisciplinar formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas.

Programa de Assistência Domiciliar Terapêutica

O Programa de Assistência Domiciliar Terapêutica é formado por uma equipe multidisciplinar constituída por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, além da equipe de apoio constituída por psicólogo, nutricionista e assistente social. O serviço é realizado por internações domiciliares para promover a humanização do atendimento, diminuir a incidência em infecções hospitalares e diminuir a superlotação nos leitos hospitalares. O tratamento é feito e acompanhado pela equipe dos profissionais através do plano terapêutico que consiste em agendamento das visitas, esclarecimento à família sobre o diagnóstico, tratamento e os cuidados com o doente. A sede do programa localiza-se na Rua Benjamin Constant, nº 500, no centro da cidade, juntamente com o PAM – Pronto Atendimento Municipal.

ALIA

A Associação Londrinense Interdisciplinar de AIDS (ALIA) é uma organização não governamental, fundada em Londrina em 1989. Foi a primeira ONG/AIDS do Estado do Paraná, idealizada pelo médico sanitarista e militante do Movimento Pela Reforma Sanitária, Dr. Bruno Piancastelli Filho (GIL, 2007), com a ajuda de diversas pessoas mostrando em Londrina a luta da sociedade civil pelo direito à política de saúde.

A ALIA situa-se na Rua Leila Diniz, nº 621, bairro Vivi Xavier. Atende de segunda a sexta-feira das 9h00 às 17h00. A associação tem como objetivo trabalhar pela garantia dos direitos humanos, econômicos, sociais e culturais, desenvolver ações culturais, científicas, campanhas educativas referentes à DST/HIV/AIDS, fornecer assistência a diferentes grupos da sociedade, acompanhar a formulação e implementação de políticas públicas nas áreas da saúde, promover a defesa dos direitos e deveres dos cidadãos a respeito das DST/HIV e AIDS, armazenar e interpretar dados pesquisados pela ALIA e outros órgãos.

A associação já desenvolveu mais de 20 projetos relacionadas à DST/HIV e AIDS dentre eles podemos citar o *Saber para Reagir*, destinado a estudantes do ensino fundamental e médio, através de oficinas para conscientização em relação à prevenção das DSTs/HIV e à gravidez não planejada, preparar multiplicadores adolescentes em ambiente escolar e sensibilizar a comunidade escolar sobre as ações preventivas.

Outro projeto desenvolvido pela ALIA é o *Educação Sócio Profissional e Inclusão Produtiva*, que tem por objetivo a inserção de pessoas em situação de vulnerabilidade social e/ou risco social para o mercado de trabalho através de cursos de formação e capacitação em várias áreas para encaminhamento ao mercado de trabalho. Foram realizados cursos nos quais os alunos foram capacitados a preparar currículo, customizar roupas, tecer tapetes de retalho de malha e ainda cursos de culinária e manicure/pedicure.

O *Projeto Ativismo e Cidadania* tem por objetivo promover a capacitação de pessoas que convivem e vivem com HIV/AIDS para práticas de defensoria dos direitos humanos e da cidadania com o estratégia para prevenção, controle e assistência à epidemia de HIV/AIDS, aumento de acesso à adesão ao tratamento anti-retroviral, diminuição da discriminação, preconceito e propagação do HIV no Paraná.

A ALIA é mantida por doações de empresas privadas, doações em espécie e em dinheiro de voluntários e pessoas físicas e/ou jurídicas, da comunidade local e regional, do Fundo Municipal de Assistência Social, cooperação e convênios para execução de projetos com o Programa Nacional de DST e AIDS e promoções da instituição.

Casa de Maria

A Casa de Maria foi fundada em 08 de dezembro de 1990, como um Centro de Apoio a Dependentes de Jogos, Álcool e Drogas e também para crianças em situação de risco encaminhadas pelo Ministério Público e Conselho Tutelar. É uma instituição sem fins lucrativos que conta com profissionais e voluntários de várias áreas, formando uma equipe multiprofissional em conjunto com a rede de serviços do Município de Londrina e Região, que procura garantir o reconhecimento de seus direitos de cidadania. Sua sede assim como o abrigo Arte de Viver unidade 1 e 2 são localizadas em Londrina. A Casa de Maria mantém ainda uma casa de apoio DST /AIDS localizada no município de Jaguaquaitã, PR, chamada Recanto Amigo.

Recanto Amigo é uma casa de apoio aos portadores do vírus do HIV/AIDS, destinado a pessoas de baixa renda e atende crianças, adolescentes, adultos e idosos, garantindo a atenção necessária às PVHA. A instituição tem como objetivo a elaboração de ações conjuntas para ajudar os indivíduos e seus familiares a reencontrar o equilíbrio físico, social e psíquico, além de acompanhamento e acolhimento de pessoas com HIV/AIDS, geralmente marginalizados e excluídos da sociedade. Atualmente atende 70 pessoas. A Casa de Maria em Londrina localiza-se na Rua Capivari, nº 25, Jardim Veraliz e o Recanto Amigo na cidade de Jaguaquaitã, PR, está localizado na Avenida Paraná, nº 1108.

A cidade de Londrina conta com oito instituições que prestam serviços para PVHA, sendo que três são organizações não governamentais e cinco instituições públicas. A distribuição no espaço urbano londrinense configura-se da seguinte forma: quatro instituições estão localizadas no Centro Histórico, sendo três instituições governamentais (o Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho, a sede da Assistência Domiciliar Terapêutica e a Comissão de AIDS) e a ONG Núcleo Londrinense de Redução de Danos.

O Hospital Universitário e o Hospital das Clínicas, instituições públicas, estão localizados nos bairros Ernani Moura Lima e Universidade respectivamente. As ONGs ALIA e Casa de Maria têm sede nos bairros Vivi Xavier e Jardim Veraliz.

Vale a pena ressaltar que a localização do Centro de Referência na região central da cidade é um facilitador, pois a oferta de serviços como

aconselhamento, informação, distribuição dos coquetéis e preservativos, prestação de serviços psicológicos, médicos e dentários, realização do teste rápido entre outros serviços, concentra-se em um único lugar. Outro fator importante é a proximidade do laboratório onde são realizados os exames de carga viral como o Centro de Referência; se for necessária a realização do exame o indivíduo não necessita deslocar grandes distâncias.

Devemos lembrar que a localização da ONG Casa de Maria em Londrina representa apenas a sede administrativa e o abrigo Arte de Viver. Os trabalhos efetivos em relação ao combate e prevenção de HIV/AIDS são realizados no Recanto Amigo No município de Juaguapitã, PR.

Em relação à descentralização dos serviços para os portadores de HIV/AIDS, no município de Londrina, Rosângela Chagas, psicóloga do Centro de Referência, em sua entrevista disse:

Aqui em Londrina o serviço não é descentralizado apenas algumas unidades básicas de saúde oferecem o teste rápido, o restante está concentrado aqui, no Centro de Referência, no HU e no HC. Curitiba é um exemplo de descentralização dos serviços a pessoas com HIV/AIDS, mas parece que há bastante reclamação porque a pessoa procura o serviço próximo a sua casa, mas quando necessita de algum exame, precisa andar muito para a realização do exame, muitos já falaram que preferiam quando era centralizado o serviço.

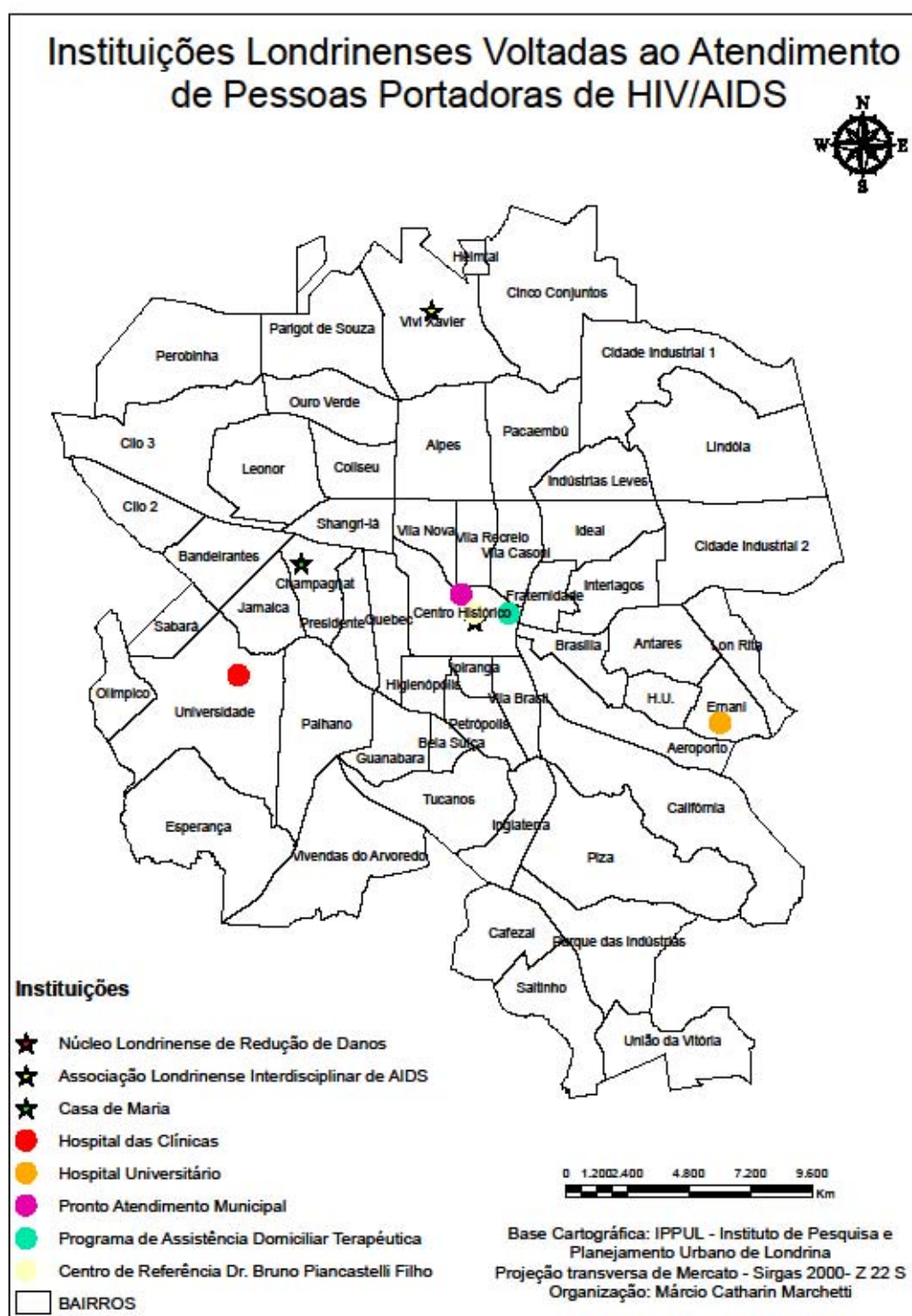
A centralização dos serviços prestados pelas instituições públicas em Londrina parece ser satisfatória para pessoas que a utilizam segundo Rosângela, diferente da experiência vivida por Curitiba, onde muitos usuários reclamam da distância para obtenção dos serviços.

Além dos centros que prestam serviços como o Centro de Referência, o HU e o HC, Londrina ainda conta com a Assistência Domiciliar Terapêutica, onde os profissionais da saúde acompanham e monitoram os indivíduos em sua própria residência, não necessitando de deslocamento para tratamento prestando o atendimento a todas as regiões da cidade.

Já em relação às ONGs, a localização não é um fator determinante para o desenvolvimento das atividades, pois prestam serviços para a comunidade em geral através de palestras educativas, oficinas em escolas, associação de bairros, igrejas dentre outras, além de atendimento e aconselhamento em suas sedes.

Em relação à oferta e prestação de serviços a PVHA, Londrina mostra estar a frente de muitas cidades, além de contar com instituições públicas conhecidas como referência no tratamento do HIV/ AIDS . A cidade de Londrina conta ainda com um grupo de ativistas que desde o início da epidemia luta para garantir todos os direitos aos cidadãos que vivem com HIV/AIDS , fato este que a primeira organização não governamental do Paraná, a ALIA, foi fundada em Londrina e é atuante até hoje.

Figura 28 – Instituições Londrinenses voltadas ao atendimento de pessoas portadoras de HIV/AIDS.



6 ESTIGMA E PRECONCEITO: UMA BARREIRA A SER ENFRENTADA

No capítulo anterior, buscou-se analisar a evolução dos casos de AIDS no município de Londrina/ PR, no período de 2002-2006. O recorte temporal deve-se ao fato de serem os dados mais recentes disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde, apesar disso os dados coletados mostraram o ano que contabilizou o maior número de casos no município, mostrando oscilações de novos casos. Também foram apresentadas as instituições governamentais e não governamentais que prestam serviços para pessoas vivendo com HIV/AIDS em Londrina. O tipo de dados foi definido pela necessidade de não identificação da residência dos pacientes, o que redefiniu a solicitação junto ao Comitê de Ética. O levantamento das instituições que lidavam diretamente com os pacientes possibilitou dimensionar a rede de atendimento e de cuidados. Ambos fazem parte de um contexto que dificulta o acesso direto a eles e seus argumentos tratam diretamente aos direitos de não serem expostos. Ao mesmo tempo em que os protegem acarretam dificuldades aos pesquisadores fora da área da saúde e não se sabe até onde afetam a questão delicada e dolorosa do estigma e do preconceito sobre esses pacientes. Embora poucas, as entrevistas realizadas com os pacientes que aceitaram o convite descrevem situações com pontos de semelhança e diferenças. O estigma e o preconceito são ainda fortes o suficiente para se entendam os motivos da recusa dos tantos outros pacientes. Por isso, a necessidade dele ser incluído.

Este capítulo tem por objetivo mostrar que além da doença, as PVHA sofrem também com o estigma e preconceito acerca da doença. Neste capítulo será apresentado um levantamento bibliográfico sobre o tema, os resultados dos questionários e por fim as entrevistas realizadas com as pessoas vivendo com AIDS.

6.1 ESTIGMA, PRECONCEITO E AIDS

No início da década de 1980 surgiu uma epidemia de uma doença que ficou conhecida como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Esta nova doença veio acompanhada pelo medo do contágio, pelo estigma e pelo preconceito por estar relacionada a comportamentos considerados inadequados, como o homossexualismo, a promiscuidade sexual e o uso de drogas. Devido ao

fato destes comportamentos não serem aceitos pela sociedade ocasionou a estigmatização e o preconceito acerca das pessoas com HIV/AIDS; a doença foi considerada no início como a “peste gay” (MANN, 1994; PAIVA, 2000).

A mídia brasileira corroborou para a estigmatização e preconceito com as pessoas com HIV/AIDS antes mesmo de a doença ser identificada no país, divulgando através da mídia televisiva e escrita a doença como sendo um “câncer gay”, introduzindo na sociedade brasileira ideias discriminatórias em relação à AIDS, muito presente até os dias atuais (RAMOS, 2004).

A palavra estigma, muitas vezes empregada como sinônimo de estereótipo, minoria e exclusão, se estudada de uma forma sistematizada, apresenta características que a distinguem das outras palavras que são utilizadas como sinônimos. Segundo o dicionário Aurélio (2006, p.357) estigma é derivado do grego *stigma*, definido como uma cicatriz, um sinal. Segundo Goffman (1981) os gregos criaram este termo para se referir aos sinais do corpo e para demonstrar algo ruim sobre quem os apresentavam. Essas marcas eram feitas com cortes ou marcas de fogo para distinguir um escravo, criminoso ou traidor que deveriam ser evitados em lugares públicos, pois eram considerados poluídos. Contudo, na Era Cristã, duas novas metáforas foram acrescentadas ao termo: a primeira referia-se a graça divina dos sinais que esta demonstrava sobre a pele e a segunda uma alusão mística em menção a religiosa que se refere a sinais corporais de distúrbio físico. Segundo Goffman (1981, p. 7) existem três tipos diferentes de estigma.

Podem-se mencionar três tipos de estigma nitidamente diferentes. Em primeiro lugar, há as abominações do corpo – as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraaca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comprometimento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família. Em todos esses exemplos de estigma, entretanto, inclusive aqueles que os gregos tinham em mente, encontram-se as mesmas características sociológicas: um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus.

Goffman (1981) definiu estigma como um significativo descrédito atribuído a uma pessoa com uma diferença indesejável e indicou que o estigma é

um poderoso signo de controle social usado para marginalizar e desumanizar indivíduos que apresentam certos traços desvalorizados. Os portadores desses traços podem ser "desacreditados" imediatamente, quando na vida cotidiana essas marcas desvalorizadas estão visíveis; ou "desacreditáveis", quando não estão imediatamente visíveis, mas podem ser denunciadas, reveladas ou descobertas.

O preconceito pode ser entendido como um conceito formado *a priori*, anterior à experiência e composto por atitudes direcionadas pontual ou generalizadamente para algo ou alguém, visando à restrição e a repetição de movimentos; que fala e mostra mais a respeito do preconceituoso do que sobre os seus objetos.

A AIDS no imaginário popular segue um percurso que provoca efeitos mais devastadores do que a infecção pelo vírus HIV, pois junto a este nasce um outro "vírus" ligado ao preconceito e ao pânico, um vírus mais letal, que faz mais vítimas que a própria doença, pois nega a dignidade aos seus portadores. A percepção das pessoas que convivem com o HIV/AIDS por parte da sociedade divide-se, basicamente, em duas categorias: ou eles são vistos como vítimas ou como culpados. A vitimização fortalece o preconceito, pois a vítima é sempre passiva, é aquela pessoa que não é capaz de lutar contra uma realidade que lhe é imposta, a culpabilização também tem efeitos arrasadores, pois se passa a ver essas pessoas como bodes expiatórios, pessoas que pelo seu comportamento, pela vida que levavam, por seus valores ou hábitos, merecem a doença. Ambas as atitudes fortalecem o preconceito e dificultam a vida daqueles que, além da doença, precisam conviver com uma sociedade incapaz de lhes perceber e tratar como seres humanos e que espalha o vírus do desrespeito, do preconceito e da discriminação. (RUSSO, 2003, p.16)

O indivíduo sente-se estigmatizado quando percebe que não preenche as características consideradas "normais", ou não acompanha normas pré-estabelecidas na sociedade, sendo julgado com um ser esquisito, estranho, dando a sensação de ser diferente de outras pessoas, "uma diferença indesejável". Goffman (1981) ressalta que muitas pessoas que são estigmatizadas e/ou se sentem, se auto-isolam, tornando-se pessoas deprimidas, desconfiadas, hostis, confusas e ansiosas. Toda essa situação negativa contribui para grandes consequências em suas vidas sociais, criando o que Herbert Daniel²¹ descreveu como "morte social".

²¹ Herbert Daniel participou como diretor da ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, associação fundada por Herbert de Souza, e foi presidente do grupo pela VIDA, com núcleos atuantes em diversos Estados do país, era portador do vírus da AIDS e morreu em 1992.

Frente à estigmatização que os cerca, não é de surpreender que muitas pessoas com HIV/ AIDS tendam a afastar-se do convívio social como maneira de se proteger. Como acontece em outras formas internalizadas de estigma (como por exemplo, a homofobia internalizada), este auto-isolamento imposto pode resultar na exclusão da vida social e de relacionamentos sexuais e, em circunstâncias extremas, foram relatadas mortes prematuras por meio de suicídio ou de eutanásia. (PARKER; AGGLETON, 2001, p.27)

Segundo Parker e Aggleton (2001), o estigma, o preconceito e a discriminação não são construções individuais, mas sim construções coletivas, onde o indivíduo passa a ser caracterizado por um atributo indesejável na sociedade, resultando na depreciação deste indivíduo, resultado de fenômenos sociais e culturais que num sentido mais amplo tem relação com dominação e poder.

Dentro de tal estrutura, a construção do estigma (ou, de forma mais simples, a estigmatização) envolve a sinalização de diferenças significativas entre categorias de pessoas e, por meio de tal marcação, sua inserção nos sistemas ou estruturas de poder. De fato, o estigma e a estigmatização funcionam, literalmente, no ponto de intersecção entre *cultura*, *poder* e *diferença* – e é somente explorando as relações entre essas categorias diferentes que se torna possível entender o estigma e a estigmatização não simplesmente como fenômenos isolados, ou como expressões de atitudes individuais ou de valores culturais, e sim como centrais para a constituição da ordem social. Este novo entendimento tem implicações importantes sobre a maneira pela qual poderemos investigar e dar resposta às questões específicas envolvidas no estigma, na estigmatização e na discriminação relacionadas ao HIV e à AIDS. (PARKER, AGGLETON, 2001, p.14)

Reforçando a ideia de que o estigma, o preconceito e a discriminação são resultados da intersecção da cultura do poder e da diferença, o HIV/AIDS é encarado por muitas pessoas como uma condenação moral da sociedade. Em alguns países onde foram registrados os primeiros casos de HIV/AIDS, muitos guardiões da moral pública apresentavam-na como uma doença merecida pelos homossexuais, à falência moral, ou castigo divino de uma sociedade que não segue a Deus. A utilização do nome de Deus para explicar a falta de moral, ou a falta de Deus, como explicação da doença chegou até as pessoas leigas que acabaram por reproduzi-la.

A utilização de doenças para causar o medo nas populações é a ideologia das políticas autoritárias para barrar o alienígena (o outro) de entrar em seu território como podemos constatar a seguir:

A epidemia de AIDS constitui uma projeção ideal para a paranóia política do Primeiro Mundo. O chamado vírus da AIDS não apenas é o mais perfeito exemplo de invasor oriundo do terceiro mundo, como também serve para representar qualquer ameaça mítica. (SONTAG, 2007, p.125-126)

A idéia de uma sociedade atrasada econômica e culturalmente que os países do Primeiro Mundo têm em relação aos considerados países de Terceiro Mundo mostra que o “alienígena” e a invasão são decorrentes de imigrantes dos países “atrasados”.

A AIDS se rve com tanta perfeição para alimentar temores que vêm sendo cultivados há várias gerações com o fim de criar consensos – como o medo da subversão- e temores vindos à tona mais recentemente, de uma poluição incontrolável e de um fluxo inexorável de imigrantes do Terceiro Mundo, que nossa sociedade não poderia deixar de encará-la como algo que ameaça toda a civilização. E ao mesmo tempo que se acentua o valor metafórico da AIDS, fomentando-se os temores referentes à sua fatalidade de transmissão, à iminência de sua difusão generalizada, nem por isso é afetada a convicção de que a doença é, acima de tudo uma consequência de atos ilícitos (ou de atraso econômico e cultural). (SONTAG, 2007, p. 126-127)

Para Mann (1987 apud PARKER; A GGLETON, 2001) existem três epidemias de AIDS em qualquer comunidade. Segundo ele, a primeira epidemia é silenciosa e entra em qualquer comunidade sem ser percebida, se desenvolvendo ao longo de vários anos. A segunda etapa da epidemia é propriamente dita a AIDS que seria constituída pelo adoecimento da população em consequência da infecção pelo vírus do HIV, e para finalizar a terceira epidemia, a mais impetuosa que são as respostas e reações sociais, culturais, econômicas e políticas em relação a AIDS, sendo esta marcada por um alto grau de estigma, preconceito e discriminação.

A AIDS ocasionou muitas mudanças nas formas de proteção sexual, além de sua imagem tornar-se mais sombria, pois a forma de transmissão do vírus através do sangue e do sêmen torna-se um risco para a continuidade da vida. No início da epidemia era possível identificar alguns grupos mais suscetíveis, os chamados grupos de risco, que incluíam homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos.

O comportamento perigoso que se produz a AIDS é encarado como algo mais do que a fraqueza. É irresponsabilidade, delinquência – o doente é viciado em substâncias ilegais, ou a sua sexualidade é considerada divergente. (SONTAG, 2007, p.98)

Nessa discussão, a AIDS se mostrou como uma doença que pode ser concebida e entendida pelas pessoas através da criação de representações e de imagens mentais, transformando-se em uma fábula de significados ideológicos e políticos que resultaram na segregação e o preconceito. Para a Sontag (2007), o próprio Estado de estar doente significa ganhar uma nova cidadania, um atestado de exclusão. É ganhar uma outra subjetividade, uma identidade em um mundo em que existem dois grupos; o reino dos sãos e o reino dos doentes. A doença tende a ser vista não apenas como uma entidade física, biológica, mas principalmente como figura de linguagem, como metáfora:

A AIDS ainda é representada como uma condenação moralmente justificada pelos comportamentos de fraqueza e de risco dos doentes censurados pela sociedade. Tudo isso só contribuiu para aumentar o obscurecimento e para a exclusão dos doentes. A AIDS deu origem a fobias e temores de contaminação semelhantes, no seio de uma versão específica da "população geral": heterossexuais brancos que não usam drogas injetáveis nem têm relações sexuais com pessoas que o fazem. Tal como a sífilis, a AIDS é uma doença concebida como um mal que afeta um grupo perigo de pessoas "diferentes" e que por elas é transmitido, e que ataca os já estigmatizados numa proporção ainda maior do que o corria no caso da sífilis. (SONTAG, 2007, p. 99)

Por se tratar de uma doença incurável, a AIDS acaba por despertar medo, ansiedade e pânico na sociedade. As doenças que são consideradas mais graves como a peste, o câncer, a tuberculose, a sífilis assim como a AIDS, são carregadas de simbologias que afetam e geram intensas alterações nas pessoas que vivem com as doenças e as atitudes dos outros em relação à enfermidade (HELMAN, 1994).

Devido ao preconceito e ao estigma que a sociedade impôs sobre a AIDS, há o medo de se fazer exames laboratoriais, pensando estar sentenciado, ou aqueles que já foram confirmados com a doença muitos não procuram um tratamento adequado. Ocultam a doença com um sentimento de vergonha, além de não buscarem tratamento adequado para a manutenção da doença. Segundo Sontag (2007, p. 105)

[...] a AIDS, o mais comum é o paciente não revelar o fato a seus familiares. E tal como se dá com outras doenças graves encaradas como mais do que simples doenças, a AIDS leva muitas pessoas a buscar tratamentos que envolvam todo o organismo e não se dirijam especificamente a doenças em si, que são considerados ineficazes ou demasiadamente perigosos.

Diferente do que ocorre com a AIDS, a ocultação do resultado positivo de câncer perante os enfermos, era uma prática constante sendo comunicado apenas para os familiares a sua enfermidade, pois achava-se melhor poupar as pessoas sentenciadas de morte. Conforme Sontag, (2007, p.14)

A estratégia de tergiversar com os pacientes de câncer acerca da natureza de sua enfermidade reflete a convicção de que é melhor poupar pessoas fadadas à morte da informação de que estão para morrer e a de que a boa morte é a repentina, e também a de que melhor de todas é a que ocorre quando a pessoa se acha inconsciente ou dormindo.

Já as pessoas que recebem o resultado positivo para o HIV/AIDS, na maioria das vezes, oculta o resultado, pois o medo do estigma, da discriminação e do preconceito é imperativo, acarretando em outros problemas como a não adesão ao tratamento, a exclusão social além dos problemas psicológicos como a não aceitação da doença, depressão, sentimento de inferioridade, vergonha, etc. A utilização de metáforas para tratamentos de doenças ou combates de guerra foram e ainda são muito utilizados. O câncer, a sífilis, a lepra são algumas das doenças que metaforicamente foram utilizadas para designar algo não aceitável ou mórbido. Com o advento das tecnologias de informática e com o surgimento da AIDS, a metáfora está em torno da doença como podemos citar um clássico exemplo que é o vírus do computador.

Parker e Aggleton (2001) acreditam que as metáforas em torno da AIDS, criadas socialmente desde o início da epidemia, serviram para legitimar o estigma, o preconceito e a discriminação, tornando-a uma doença do mal.

Elas incluem a AIDS vista como morte (por exemplo, por meio de imagens como a Grande Ceifeira); AIDS como horror (fazendo com que os infectados sejam endiabrados e temidos); AIDS como punição (por exemplo, por comportamento imoral); AIDS como crime (por exemplo, em relação a vítimas inocentes e culpadas); AIDS como guerra (por exemplo, em relação a um vírus que precisa ser combatido); e, talvez mais do que tudo, AIDS como o Outro. (PARKER; AGGLETON, 2001, p.19)

Acompanhando essa ideia, Susan Sontag (2007) em seu livro *Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas*, mostra como uma doença nova pode ser encoberta por mitos e metáforas devido ao pouco conhecimento da epidemiologia. Ela faz um paralelo com o seu primeiro ensaio, *O mito em torno do câncer*, quando ainda era uma doença pouco conhecida, para compreender os principais problemas desta nova doença.

A explicação através da psicologia de algumas doenças é uma preferência da medicina moderna, pois entender a doença a partir do psicológico o para garantir controle sobre experiência e fatos, mas na verdade têm pouco ou nenhum controle. Para Sontag (2007, p.73) este meio interpretativo reflete em duas hipóteses que se complementam. A primeira hipótese baseia-se na readaptação à saúde e a segunda culpa a vítima.

A primeira é que cada forma de desvio social pode ser considerado uma doença. Assim se pode considerar a conduta criminosa uma doença, então não há que condenar ou punir os criminosos, mas compreendê-los (como um médico compreende), tratá-los e curá-los. A segunda é que todas as doenças podem ser avaliadas por um ângulo psicológico. Basicamente, a doença é interpretada como um acontecimento psicológico e as pessoas são estimuladas a acreditar que elas adoecem porque (inconscientemente) querem adoecer, que podem curar-se pela mobilização da vontade, e que podem escolher entre morrer e não morrer da doença.

O pensamento médico moderno utiliza de metáfora militar como uma linguagem na prevenção desses males. Como combate de defesa, esses discursos começaram a tornar-se frequentes na medicina a partir da Segunda Guerra Mundial, quando houve uma campanha de esclarecimento à população com relação à sífilis, e no pós-guerra, contra a tuberculose. A AIDS desponta no século XX, também, como doença “alienígena” que deve ser combatida pela população.

A metáfora mais generalizada sobrevive nas campanhas de saúde pública que rotineiramente apresentam a doença como algo que invade a sociedade, e as tentativas de reduzir a mortalidade causada por determinada doença são chamadas de lutas e guerras (SONTAG, 2007, p. 84)

A diferença temporal de uma década entre os dois livros foi o tempo necessário para ocorrer uma mudança no pensamento que rodeava e estigmatizava certas doenças. Já no final dos anos 1980, os estudos sociais e da saúde se ocupavam mais da AIDS do que com o câncer. A AIDS tornou-se a doença misteriosa com todos os mitos e metáforas que podiam ser ditos.

Segundo Crochik (2006) independentemente das inúmeras características que as pessoas possam ter, o que vai caracterizá-la será o termo que designa o preconceito conforme o autor aponta:

Não vem os a pessoa que é objeto de preconceito a partir dos diversos predicados que possui, mas reduzimos esses diversos predicados ao nome que não permite a nomeação: judeu, negro, louco, etc. Uma pessoa que é portadora do vírus da AIDS, no entanto, não é somente portadora do vírus, mas é, também, homem ou mulher, adulto ou criança, branca ou negra, pobre ou rica, sensível ou insensível, bonita ou feia, culta ou inculta, religiosa ou atea, viciada em toxícos ou não, amigável ou hostil, trabalhadora ou proprietária, casada ou solteira, com ou sem filhos, homossexual ou heterossexual, pacífica ou agressiva etc. (CROCHIK, 2006, p. 20)

A Dra. Susana Lilian Wiechmann, que atua desde 1986 em moléstias infecciosas e professora do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina aponta que o estigma e o preconceito existem desde os primeiros casos de AIDS na cidade conforme a sua fala abaixo:

No início da epidemia o diagnóstico era tardio os pacientes já chegavam em estado bem avançado da doença, e muitos morriam, diariamente. Durante a minha residência eu via pessoas morrerem de AIDS. No início da epidemia as pessoas que tinham AIDS não ficavam internadas junto com os outros pacientes que tinham outras doenças, muitos não aceitavam, achavam que ficar no mesmo quarto poderia contrair a doença. O preconceito era bastante alto principalmente porque achavam que a AIDS acometia usuários de drogas e homossexuais.

Seguindo as ideias de Parker e Aggleton (2001) as causas da discriminação e estigmatização têm diversas origens, diferentes formas e aparecem em diversos contextos. Os autores observaram seis situações que mais afetam as pessoas com HIV e AIDS em relação à estigmatização e discriminação (Figura 29).

Figura 29 - Contextos-chave para a estigmatização e a discriminação relacionada ao HIV/AIDS



Fonte: Parker e Aggleton (2001).

A descoberta da soropositividade causa alguns impactos, desde a ideia de morte, a negação até uma pseudo-aceitação num primeiro momento. A aceitação ocorre depois de algum tempo, com o acompanhamento de profissionais da saúde, porém em alguns casos a negação acompanha o indivíduo até a morte. Neste momento de descoberta da doença a família passa a ser o apoio principal para as pessoas com HIV positivo, mas em muitos casos a família não aceita o fato, não só devido à associação com o estigma que acompanha a doença, mas também por causa da ideia errônea que assombra, em virtude da doença ainda estar ligada ao uso de drogas, à homossexualidade e à promiscuidade.

Em entrevista realizada com a psicóloga Rosângela Chagas, do Centro de Referência para DST/HIV e AIDS, perguntou-se qual é a primeira manifestação das pessoas que recebem o resultado positivo para o HIV:

É muito diversificado, sou eu mesma que dou o resultado, pois estou acompanhando todo o processo, desde a chegada da pessoa quando tem a palestra educativa que pode ser em grupo ou individual antes mesmo de fazer o exame, depois a pessoa faz o teste e por fim a entrega do resultado. Muitas das pessoas que procuram são porque tiveram algum contato de risco e acabaram buscando o Centro. As pessoas agem de forma variada alguns entram em desespero começam a chorar e pensar em morte, alguns agem naturalmente, mas depois de uma semana chegam desesperadas aqui. Posso dizer que se as pessoas não entram em pânico num primeiro momento, depois entram e o nosso papel aqui é acompanhar e aconselhar essas pessoas.

Segundo Ângelo e Bousso (2001) a família é um círculo onde todos os membros estão interconectados e dependentes uns dos outros, se ocorrer qualquer mudança na saúde de um familiar todos serão afetados, da mesma maneira que o funcionamento da família influencia a saúde e o bem estar de seus membros. Muitas vezes as famílias podem passar por um período de difícil aceitação, não tendo capacidade de dar o apoio necessário ao doente. Muitas vezes a família não sabe do comportamento de risco do indivíduo quando são informados; muitas vezes, os familiares, se consideram culpados, agem com hostilidade, negação e abandono.

Com a incapacidade ou dificuldade de se enfrentar a situação, uma consequência provável é a alteração nas relações pessoais e interpessoais na família, provocando dor e sofrimento, existindo uma sensação de impotência, fracasso ou culpa. Em outros casos ainda pode causar revolta, constrangimento, vergonha e até abandono dos familiares do portador do vírus.

Muitas pessoas que ficam internadas aqui no HU com AIDS não apresentam uma estrutura familiar boa, ou não aceitam seus parentes com a doença, muitos moram sozinhos ou com amigos. As famílias às vezes não aceitam, muitas vezes por falta de informação, mas também existem casos que a família nem sabe da doença. (Dra. Susana)

Sendo uma extensão familiar e um local de socialização de crianças e jovens o ambiente escolar é um dos locais mais controversos em relação à estigmatização e discriminação em relação ao HIV/AIDS. Segundo Parker e Aggleton (2001, p.30)

Por um lado, precisamente por não fazerem parte de outros grupos estigmatizados ou populações associadas à infecção por HIV, as crianças soropositivas são retratadas amiúde (num tipo de forma contrária de estigmatização) como “vítimas inocentes” que foram afetadas pela epidemia sem querer. Por outro lado, quando se toma conhecimento que há crianças soropositivas em uma escola, reações histéricas (normalmente motivadas pelo medo ou pela falta de informação) têm levado os pais das outras crianças, e às vezes até os professores ou outros funcionários da escola, a discriminá-las.

Cabe aqui um clássico exemplo brasileiro de discriminação em ambiente escolar, o caso da menina Sheila Caroline Cortopassi de Oliveira, soropositiva desde o nascimento e impedida de frequentar os bancos escolares aos cinco anos de idade. O caso ocorreu em uma escola particular do Estado de São Paulo. Filha de pais adotivos, estes brigaram na justiça pelo direito da filha frequentar a escola. Após alguns meses a garota foi convidada a estudar no Colégio São Luis, onde os professores sensibilizados juntaram-se e pagaram seus estudos (MAIA, 1992).

Perante a realidade do HIV/AIDS, ainda é um desafio fazer com que a escola cumpra seu papel e suas responsabilidades institucionais na sociedade sem se importar com o fato de saber que entre os alunos existe uma criança ou adolescente com HIV positivo. Esse fato deve ser enfrentado com muita informação e respeitando as leis que garantem o sigilo e a matrícula de alunos soropositivos (COTRIM, 2003). Contudo, parece que os atores presentes na escola (diretores, coordenadores, professores e funcionários) não estão preparados, tanto por falta de informação quanto por preconceito e discriminação.

Não é incomum o fato de consultores serem chamados para solucionar problemas quando responsáveis, alunos ou profissionais da escola (incluindo professores, coordenadores, diretores, manipuladores de alimentos e pessoal de limpeza) ficam sabendo da existência de soropositivos no grupo. Há uma variedade de situações envolvendo o preconceito: professores que se recusam a reger turmas, diretores que relutam em matricular alunos (especialmente na rede particular onde a pressão dos responsáveis pagantes é grande), responsáveis que retiram sua criança da escola, temor pela merenda preparada no espaço escolar. (COTRIM, 2003, p.06)

A escola sendo um centro de formação de opiniões deveria ser mais preparada e informada em relação ao HIV/AIDS para que não ocorra comportamentos para estigmas e preconceitos em ambiente escolar, a fim de que ela não seja um local excludente e sim um ponto para informação sobre o assunto.

Historicamente as pessoas que apresentam resultado positivo para o HIV continuam enfrentando discriminação e preconceito que pode ser iniciado no seio da própria família e constantemente estender para outros ambientes, inclusive o de trabalho. A falta de normas específicas para trabalhadores portadores de HIV tem causado alguns prejuízos tanto em se admitir quanto o direito de estabilidade do portador do vírus HIV/AIDS. Muitos empregadores utilizam o “risco de transmissão” para dispensar ou não empregar pessoas vivendo com HIV/AIDS, sendo quase improvável a transmissão na maioria dos locais de trabalho (PARKER; AGGLETON, 2001).

Acerca do acesso ao emprego, podemos afirmar que o fato de a pessoa ser portadora do vírus HIV ou doente de AIDS não a incapacita para o trabalho, razão pela qual não pode ser p reterida no processo de seleção, nem dispensada. Se assim proceder, o empregador estará discriminando por motivo de saúde, o que lhe é vedado (PIMENTA, 2002).

Segundo Panos (1990 apud PARKER ; AGGLETON 2001, p.31) quando pessoas com HIV e AIDS propalam sua sorologia em ambientes de trabalho eles sofrem discriminação com frequência. Por conta disso, esses ambientes têm sido identificados como locais para a disseminação de práticas para prevenção ao HIV e também com enfoque para diminuir o estigma e a discriminação em relação à doença.

A realização do teste anti-HIV ²² é um exemplo claro de prática discriminatória, muitas empresas vem se utilizando destes recursos tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, isso tem sido relatado principalmente em empresas onde os funcionários têm planos de saúde (Parker; Aggleton, 2001). Entretanto mesmo sendo exigido na admissão, na prestação do serviço ou na ocasião da dispensa, o risco de transmissão não se elimina com o teste, sendo que a infecção pode ocorrer depois da admissão e, além do mais, existe a “janela imunológica”, que pode dar resultado negativo no teste.

Um exemplo de discriminação no trabalho foi acompanhado no Centro de Referência para DST/HIV E AIDS e exposto pela psicóloga Rosângela Chagas:

²² O portador do vírus tem o direito de manter em sigilo a sua condição sorológica no ambiente de trabalho, como também em exames admissionais, periódicos ou demissionais. Ninguém é obrigado a contar sua sorologia, senão em virtude da lei. A lei, por sua vez, só obriga a realização do teste nos casos de doação de sangue, órgãos e espermatozoides. A exigência de exame para admissão, permanência ou demissão por razão da sorologia positiva para o HIV é ilegal e constitui ato de discriminação. No caso de discriminação no trabalho, por parte de empresa privada, recomenda-se registrar o ocorrido na Delegacia do Trabalho mais próxima (Ministério da Saúde, 2011).

Tivemos um caso aqui de uma mulher que é empregada doméstica. Quando ela recebeu seu resultado positivo ficou um pouco apreensiva mas depois de um tempo ficou mais tranquila. Teve um dia que ela chegou e falou que iria contar para sua patroa sobre sua sorologia conversei com ela e falei pra ela pensar, porque ela poderia sofrer algum tipo de discriminação caso a patroa não aceitasse. Ela me disse que sua patroa era estudada, que ela era advogada e não tinha preconceito. Depois de um tempo ela voltou a me procurar e disse que ela estava de aviso e que tinha sido mandada embora. Conversei com ela e falei pra ela convidar a patroa para uma palestra educativa aqui, ela veio e falou que já sabia de tudo o que nos apresentamos e disse que não foi porque ficou sabendo que sua funcionária tinha HIV positivo que a dispensou, mas foi por problemas financeiros.

Desde o início da epidemia da AIDS, as pessoas com HIV são estigmatizadas, sofrendo discriminação não só na sociedade, como também em serviços assistenciais de saúde. Tratando-se do Sistema de Saúde e dos profissionais que trabalham com pessoas soropositivas e doentes de AIDS, imagina-se que a discriminação e o estigma não existem, todavia esta não é a realidade, existem muitos relatos de discriminação e preconceito entre os profissionais da saúde para com essas pessoas.

Como explica Helman (1994, p.109), uma boa relação entre médico e paciente não acontece na maioria dos atendimentos, fato esse do profissional ter uma visão diferenciada e particular do mundo se atrelando apenas à enfermidade, esquecendo as características enquanto pessoa, ser humano de seus pacientes.

Parker e Aggleton (2001) destacam que existem muitas informações de recusa ao atendimento e tratamento de pessoas com HIV e AIDS, como por exemplo, recusa no atendimento, realização de testagem do HIV sem autorização, violação de privacidade, negação a médicos, hospitais e medicamentos. Dentre os fatores responsáveis por essas medidas discriminatórias estão: a ignorância, o medo, as crenças, o não conhecimento da cura e o atestado de morte.

A AIDS é muito mais mortal quando acompanhada da falta de solidariedade e discriminação, a recusa de um pedido de hospitalização, o mau atendimento por parte de alguns(as) profissionais, dentre outras coisas, podem ser o ponto de partida para um processo psicológico de autodestruição daqueles que convivem com o HIV/AIDS, por depender de comportamentos preventivos, individuais e de âmbito social representa um difícil desafio a ser enfrentado no campo da saúde pública, pois envolve valores e comportamentos culturais arraigados. (RUSSO, 2003, p.15)

Além de sofrer já com a sombra que rodeia o HIV e a AIDS, o paciente ao procurar tratamento se depara com profissionais da saúde inabilitados e com comportamentos preconceituosos e discriminatórios quando necessita de

hospitalidade, apoio emocional e respeito. O trecho abaixo relatado pela médica infectologista Dra. Susana ajuda a dar idéia da atuação de alguns profissionais da saúde perante as pessoas com HIV e AIDS :

Já presenciei muitos comportamentos preconceituosos entre os profissionais de saúde aqui no hospital, inclusive de colegas de profissão. Muitas pessoas que trabalham com pessoas HIV/AIDS demonstram ainda uma certa crença em relação à doença, acreditam que só usuários de drogas e homossexuais são infectados pelo vírus do HIV, isso pode ser por falta de informação, por valores culturais, religião ou que a carreta em comportamentos preconceituosos. Já ocorreu de um colega de trabalho ter uma cirurgia marcada e ele desmarcar depois que descobriu que a paciente tinha AIDS, não foi essa a desculpa, mas ficou clara a posição dele. (Dra. Suzana)

Contudo não devemos pensar que a prática da discriminação e do preconceito é uma realidade de todos os profissionais da saúde. Espera-se que esses maus profissionais sejam uma pequena parcela de todas as pessoas que escolheram “cuidar de vidas” indistintamente a qual enfermidade a pessoa está acometida, como também a cor, raça, opção sexual, classe social, sexo, idade, credo entre outros.

A circulação de pessoas pelo turismo ou migração e imigração é um fator que caracteriza o vírus do HIV como “andante”, o qual acompanha o indivíduo que a tem. No que se refere à epidemia de HIV/AIDS, Rios Neto (2007) expõe que a circulação internacional das doenças está altamente correlacionada tanto com o comércio internacional, desde o mercantilismo até a sua versão atual globalizada, quanto a circulação de pessoas. Contudo, alguns países adotam políticas que restringem a liberdade de movimento de pessoas com HIV e AIDS. Essas medidas de saúde pública são adotadas como forma de proteger as fronteiras internacionais (PARKER; AGGLETON, 2001).

Segundo os estudos de Kerr-Pontes et al. (2004) e Faria; Ferreira (2002) assumem que o processo de migração e imigração é uma importante condição para dispersão do vírus do HIV, porém para os autores os processos em si não levam diretamente a infecção mas sim os comportamentos e práticas sexuais decorrentes deste processo.

A relação das migrações humanas com a infecção VIH é complexa e dependente de vários fatores, assumindo características diferentes consoante as situações geográficas e populacionais em estudo. Será incorrecto assumir que os imigrantes têm maior probabilidade de se infectarem no país de origem. A exposição ao VIH pode ocorrer em qualquer das etapas do processo migratório – país de origem, locais de trânsito, destino ou retorno à origem. No entanto, a quebra de laços familiares, a falta de recursos económicos, o isolamento e a marginalização, a dificuldade no acesso aos Cuidados de Saúde, são fatores comuns, que, acrescidos de barreiras linguísticas e culturais, tornam as comunidades imigrantes particularmente vulneráveis a esta infecção, no país de acolhimento. (FARIA; FERREIRA, 2002, s/p)

Ainda hoje 49 países ²³ (UNAIDS, 2011) adotam leis para restringir ou barrar a entrada, a permanência e residência de pessoas com HIV/AIDS em seus territórios, pois culpam os estrangeiros pela expansão da infecção no país. Aggleton (2000) em seu estudo expõe que em casos de extrema discriminação nas migrações, migrações e viagens, os estrangeiros são deportados de vários países caso sua soropositividade seja descoberta. Segundo Parker e Aggleton (2001) países como a Índia, a antiga União Soviética e alguns países da Europa Ocidental seus governantes culpam, sobretudo os estudantes estrangeiros, principalmente os africanos tornando-os rapidamente alvos de discriminações nesses países, sendo detidos, isolados ou expulsos das universidades.

Atualmente as organizações ligadas à luta contra a AIDS vêm se esforçando para modificar essa realidade. Segundo a UNAIDS (2011) eles têm como objetivo diminuir pela metade o número de países que impõe restrições de viagem e entrada, permanência e residência de pessoas com HIV/AIDS até 2015; conforme o relatório essas barreiras são discriminatórias e impedem a liberdade de circulação das pessoas vivendo com HIV e AIDS.

A última situação que contribui para o aumento do estigma e preconceito exposta por Parker e Aggleton (2001) a pessoas com HIV e AIDS são as próprias campanhas e programas no combate à doença que contribuem, para a

²³ Países que impõe restrições de viagem e entrada, permanência e residência de pessoas com HIV/AIDS: 1- Andorra, 2- Armênia, 3 - Aruba, 4 -Austrália, 5-Bahrain, 6-Bielorrússia, 7- Belize, 8- Brunei, 9-Comores, 10-Cuba, 11-Chile, 12-República Democrática da Coreia, 13-República Dominicana, 14-Egito, 15 -Fiji, 16-Iraque, 17-Israel, 18-Jordânia, 19-Kuwait, 20-Líbano, 21 -Lituânia, 22- Malásia, 23 -Ilhas Marshall, 24-Maurícia, 25-Mongólia, 26-Nova Zelândia, 27 -Nicarágua, 28 - Omã, 29- Papua Nova Guiné, 30-Paraguai, 31 -Qatar, 32-República da Coreia, 33-República da Moldávia, 34-Federação Russa, 35-Samoa, 36-Arábia Saudita, 37-Cingapura, 38-Eslováquia, 39-Ilhas Salomão, 40- Sudão, 41-República Árabe da Síria, 42- Taiwan, 43- Tadjiquistão, 44-Tonga, 45-Turcomenistão, 46 -Ilhas Turcas e Caicos, 47-Emirados Árabes Unidos, 48-Uzbequistão, 49-Iêmen. (UNAIDS, 2011, p.3)

reprodução de práticas discriminatórias. Fato esse observado no estudo de Parker e Aggleton (2001, p.34):

Não existe melhor exemplo disso do que a tendência da maioria dos programas governamentais para a prevenção e controle do HIV/AIDS de priorizar ações que visam reduzir a infecção de uma parte da chamada “população geral”, frequentemente as custas das populações consideradas de ‘alto risco’, que são vistas como pessoas alheias ou à parte da população como um todo – e cuja vulnerabilidade à contaminação pelo HIV é vista implícita, senão explicitamente, como algo menos importante e de menor prioridade do que a inocente e insuspeita população geral. Enquanto há um esforço para justificar esses atos através de argumentos no sentido de preservar a saúde pública (isto é, a saúde da parcela estatisticamente dominante da população em qualquer sociedade), os efeitos são claramente diferentes, sugerindo implicitamente, por meio do uso de metáfora e eufemismo, que a saúde pública não inclui os setores já marginalizados e estigmatizados da sociedade. É claro que essas metáforas e eufemismos, tal como empregados em quase todas as formas de estigmatização, encobrem as reais pressuposições existentes: o termo ‘população geral’ é de fato um sofisma para ‘mulheres e homens heterossexuais ativos’, o termo ‘grupos de alto risco’ normalmente faz referência à ‘homossexuais ativos’, ‘mulheres trabalhadoras do sexo’, ‘usuários de drogas injetáveis’, e assim por diante.

Corroborando as ideias de Parker e Aggleton (2001) a cidade boliviana de Cochabamba vem adotando medidas discriminatórias contra os estudantes brasileiros residentes na região, através da exigência de apresentar anualmente um teste negativo para HIV para continuar estudando e residindo no país; esta exigência é feita há apenas dois anos, excluindo pessoas de outras nacionalidades.

Na busca para o combate contra a discriminação e o preconceito algumas campanhas acabam apresentando implicitamente essas práticas podendo deixar de não atingir seus objetivos. A elaboração das campanhas devem ser bem pensadas e elaboradas devido às múltiplas interpretações que elas possam passar para os receptores. Fazendo parte da agenda do Estado como estratégia de comunicação para informar, educar e prevenir a AIDS, as campanhas devem ser isentas de qualquer interpretação que ajude a intensificar o processo discriminatório e estigmatizante.

6.2 A AIDS ALÉM DA METÁFORA.

Os fatos explanados até aqui em relação ao estigma, preconceito e discriminação acometido contra pessoas vivendo com HIV e AIDS são alguns dos obstáculos enfrentados pelas PVHA, a complexidade que envolve essas pessoas vai além do enfrentamento da doença. O estigma e o preconceito da sociedade conservadora apresentam-se diretamente relacionados aos valores morais que cercam esta infecção; afastar a pessoa soropositiva do seu convívio social representa uma proteção artificial criando um obstáculo no combate à epidemia, ao adequado apoio à assistência e ao tratamento da AIDS e ao seu diagnóstico.

O acesso às pessoas que colaboraram com esta pesquisa, respondendo ao questionário foi feito por intermédio da ALIA e do Núcleo Londrinense de Redução de Danos, em que onze pessoas aceitaram responder ao questionário, dentre elas 72.8% são do sexo masculino (8 homens) e 27.2% do sexo feminino (3 mulheres).

O perfil dos entrevistados por faixa etária é composto por jovens e adultos, com a predominância deste último grupo. As faixas etárias entre os 30 a 39 anos e 40 a 49 anos foram os segmentos mais expressivos para ambos os sexos. Os homens ainda foram identificados nas faixas etárias entre 20 a 29 anos e 50 a 59 anos (tabela 4).

Tabela 4 - Faixa etária dos entrevistados

Idade	Feminino	Masculino	Total
15 a 19 anos	0 0		0
20 a 29 anos	0 1		1
30 a 39 anos	1 3		4
40 a 49 anos	2 2		4
50 a 59 anos	0 2		2
60 ou mais	0 0		0
Total	3 8		11

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI.

Em relação à escolaridade, todos os homens possuem o segundo grau completo e 37,5% concluíram o terceiro grau. Dentre as mulheres questionadas, 33,3% não completaram o primeiro grau, 33,3% responderam ter completado o segundo grau, e 33,3% cursaram o terceiro grau (tabela 5).

Tabela 5 - Nível de escolaridade dos entrevistados

Escolaridade	Feminino	Masculino	Total
Sem escolaridade	0 0		0
1º grau incompleto	1 0		1
1º grau completo	0 0		0
2º grau incompleto	0 0		0
2º grau completo	1 4		5
3º grau incompleto	0 1		1
3º grau completo	1 3		4
Pós Graduação	0 0		0
Total	3 8		11

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI

Em relação ao estado civil dos entrevistados, nenhuma pessoa declarou ser casado(a), 63,7% responderam ser solteiros(as), seguidos de 18,1% que afirmaram serem viúvos. As pessoas que declararam viver com um companheiro(a) representam 9,1%; os separados ou divorciados somam 9,1% (tabela 6).

Tabela 6 - Civil dos entrevistados

Civil	Feminino	Masculino	Total
Solteiro (a)	1 6		7
Casado (a)	0 0		0
Companheiro (a)	1 0		1
Separado (a) ou Divorciado (a)	0 1		1
Viúvo (a)	1 1		2
Total	3 8		11

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI

A respeito da orientação sexual, 100% das mulheres declararam ser heterossexuais; entre os homens , 62,5% declararam ser homossexuais seguido por 25% heterossexuais e 12,5% bissexuais (tabela 7).

Tabela 7- Orientação sexual dos entrevistados

Escolaridade	Feminino	Masculino	Total
Heterossexual	3 2		5
Bissexual	0 1		1
Homossexual	0 5		5
Total	3 8		11

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI

De acordo com os dados levantados em relação às profissões exercidas pelos entrevistados há uma variedade de profissões; 36,3% declararam trabalhar como auxiliar administrativo . As outras ocupações como: advogado, funcionário público, professor técnico de informática e vendedor representaram 9,1% cada; 9,1% afirmaram ser aposentados e 9,1% disseram estar desempregados durante a aplicação do questionário, como pode ser observado na tabela 8.

Tabela 8 - Profissão exercida pelos entrevistados.

Profissão Feminino		Masculino	Total
Auxiliar Administrativo	2 2 4		
Advogado	0 1 1		
Funcionário Público	0 1 1		
Professor	0 1 1		
Técnico de Informática	0 1 1		
Vendedor	0 1 1		
Aposentado (a)	1 0 1		
Desempregado	0 1 1		
Total	3 8		11

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI

Quando indagados sobre a quantidade de anos vivendo com HIV/AIDS, as respostas dos entrevistados mostram uma heterogeneidade. Existem pessoas que souberam estar há dois anos com HIV/AIDS, mas também há entrevistados vivendo desde o começo da epidemia, ou seja, há mais de vinte e cinco anos. A quantidade de anos pode ser observada na tabela 8.

Tabela 9 - Quantidade de anos vivendo com HIV+.

Anos Feminino		Masculino	Total
1-5 anos	0 2		2
6-10 anos	1 3		4
11-15 anos	1 1		2
16-20 anos	1 0		1
21-25 anos	0 2		2
26-30 anos	0 0		0
Total	3 8		11

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI

Quanto ao comportamento em relação às atividades ou hábitos exercidos antes e depois do resultado da positividade para o HIV, 54,5% das

peçoas responderam que todas as suas atividades foram mantidas. Porém, 36,4% das pessoas deixaram de exercer alguma atividade, como se divertir e ter um relacionamento afetivo e 9,1% disseram ter parado de trabalhar, es tudar, se divertir e ter um relacionamento (tabela 10).

Tabela 10 - Já deixou de realizar alguma atividade devido à discriminação?

Atividade Feminino		Masculino	Total
Trabalhar	0 0		0
Estudar	0 0		0
Se divertir	0 1		1
Ter um relacionamento	1 2		3
Todas as opções acima	0 1		1
Não	2 4		6
Outros	0 0		0
Total	3 8		11

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI

Sobre a qualidade das relações sociais com família, amigos e no ambiente de trabalho, 72,8% responderam que mantêm uma relação boa com as pessoas de seu círculo social, e 27,2% disseram manter uma ótima relação com familiares, amigos e colegas de trabalho (tabela 11).

Tabela 11 - Qualidade das relações sociais.

Qualidade Feminino		Masculino	Total
Ótima	2 1		3
Boa	1 7		8
Regular	0 0		0
Ruim	0 0		0
Péssima	0 0		0
Total	3 8		11

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI

Perguntou-se também aos entrevistados qual foi o primeiro pensamento ao saber que era HIV positivo; 27,2% afirmaram que pensaram estarem já sentenciados de morte; 18,2% responderam “lutar para viver”; 18,2% expuseram agir naturalmente, pois já desconfiavam que estivessem infectados; 18,2% disseram ter ficado em choque pensando em como viveriam com a doença e 9,1% falaram não lembrar (resposta abaixo).

O que você pensou ao saber do resultado?

Lutar para viver	2
Que era minha sentença de morte	3
Pensei em aproveitar minha vida porque iria morrer	1
Agi naturalmente pois já desconfiava	2
Fiquei em choque pensando de como viveria com a doença	2
Não lembro	1
Total 11	

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI

Dentre as 11 pessoas que participaram da aplicação dos questionários, 72,8% revelaram não afirmar sua sorologia para qualquer pessoa devido ao preconceito, 27,2% responderam que revelam sua sorologia, porém dentre estes 66,6% disseram revelar apenas para familiares e amigos; 33,3% comunicaram revelar a sua soropositividade para mostrar que não existe diferença entre uma pessoa soropositiva das outras pessoas (resposta abaixo).

Você revela sua sorologia a qualquer pessoa? Por quê?

Sim, para que todos saibam que somos todos iguais	1
Sim, mas só para familiares e amigos devido ao preconceito	2
Não, porque já revelei e sofri preconceito	1
Não, porque ainda existe muito preconceito	7
Total 11	

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI

Em relação à revelação da soropositividade, as respostas foram quase que unânimes: 90,9% afirmaram revelar ser HIV positivo e apenas um entrevistado (9,1%) respondeu não ter revelado. Em relação às pessoas que sabem sobre a sua sorologia, existe uma concordância quase comum: 54,6% declararam

revelar para familiares e amigos; 18,1% dos entrevistados revelaram apenas para a família; já 9,1% declararam falar apenas para amigos. 9,1% dos entrevistados responderam que não revelaram sua sorologia para ninguém, e, 9,1% responderam outros (tabela 12).

Tabela 12 - Para quem você revelou sua sorologia?

	Anos Feminino	Masculino	Total
Família	0 2		2
Família e Amigos	1 5		6
Amigos	0 1		1
Não revelo	1 0		1
Outros	1 0		1
Total	3 8		11

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI

Outro questionamento realizado foi relacionado ao preconceito. Procuramos saber qual era a percepção dos entrevistados sobre o significado desta palavra, sendo que 36,4% das pessoas afirmaram que o preconceito é a exclusão por falta de informação; 27,3% responderam apenas que o preconceito é fruto da ignorância das pessoas; 18,1% percebem o preconceito como discriminação sem conhecimento algum sobre o assunto; 9,1% declararam que o preconceito é uma atitude ridícula e outros 9,1% disseram perceber o preconceito como uma coisa horrível, humilhante e desanimadora (resposta a seguir).

Para você o que é Preconceito?

Ignorância	3
É uma atitude ridícula	1
Preconceito é a exclusão por falta de informação	4
É uma coisa horrível, humilhante e desanimadora	1
É a discriminação sem conhecimento algum sobre o assunto	2
Total 11	

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI

Quando questionado se já haviam sofrido algum tipo de discriminação ou preconceito e onde este teria ocorrido, há um consenso unânime,

pois 100% dos entrevistados relatam que já sofreram algum ato discriminatório ou passaram por uma situação preconceituosa. 18,1% responderam apenas sim, sem indicar a localidade da ocorrência; 27,3% relataram ter sofrido esses atos em locais públicos; 18,1% afirmaram ter sido vítimas de preconceito e discriminação em hospitais, por meio de profissionais de saúde, outros 18,1% disseram ter sido vítima na própria casa por membros familiares, e as pessoas que sofreram preconceito/discriminação com pretendentes e com amigos correspondem a 9,1% cada um (resposta abaixo).

Já sofreu algum tipo de preconceito/discriminação? Se sim, onde?

Sim	2
Sim, com pretendentes	1
Sim, no meu círculo de amizade	1
Sim, em casa pelos familiares	2
Sim, em locais públicos	3
Sim, em hospitais por profissionais da saúde	2
Total	11

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI

Em relação ao afastamento de familiares e amigos, foi indagado se ocorreu distanciamento após ter apresentado a confirmação do HIV se isso acarretou em algum tipo de agressão moral ou física. Para 27,2% nunca sofreram afastamento, rejeição ou abandono; 27,2% afirmaram receber apoio familiar, por isso, não se afastaram ou sofreram algum tipo de agressão e 9,1% disseram nunca ter sofrido nada pelo fato de nunca terem revelado sua sorologia. Entre os que alegaram ocorrer afastamento de familiares e amigos, 9,1% disseram ter sido agredidos moralmente por amigos e 27,2% por familiares e amigos (resposta abaixo).

Família, amigos afastaram-se de você quando souberam do resultado positivo? Se sim, houve rejeição, abandono familiar ou algum tipo de agressão moral ou física? Qual?

Sim, pelos amigos, mas só agressão moral	1
Sim, pela família e amigos, mas só com agressão moral	3
Não	3
Não, meus familiares me apoiam	3
Não, nunca revelei minha sorologia para ninguém	1
Total	11

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI

Analisando as respostas obtidas através dos questionários de uma forma geral pode-se dizer que os entrevistados expressaram-se de forma semelhante quanto à maneira de pensar sobre alguns questionamentos relacionados à doença. A percentagem maior de respostas, quando indagados sobre o recebimento positivo para o HIV, concentrou-se na ideia de sentença da morte. No que diz respeito à revelação da sorologia muitos disseram que não a fazem, pois ainda existe muito preconceito; os que expuseram a sua sorologia disseram ter revelado principalmente para familiares e amigos.

Todos os entrevistados afirmaram ter sofrido algum tipo de discriminação ou preconceito. Estes atos puderam ser observados em diversos lugares como no próprio lar, em hospitais, em locais públicos, dentre outros. A grande maioria dos entrevistados não deixou de realizar qualquer atividade devido a sua sorologia, levando a vida normalmente. A exclusão e a falta de informação foram mencionadas como definição de preconceito entre os pesquisados. Em relação ao questionamento que abarca o afastamento, o abandono, a rejeição e a agressão física ou moral, as respostas mostraram-se variadas e concentraram em três frentes de resposta: (1) não; (2) não, meus pais me apoiam e (3) sim, pelos familiares e amigos. A qualidade no relacionamento com familiares, amigos, colegas de trabalho, entre outras, é boa segundo os entrevistados.

Em síntese, pode-se dizer que o HIV/AIDS ainda está marcado e carregado por mitos. A ligação entre o vírus e a morte é um exemplo, mesmo com a possibilidade de tratamento disponível hoje em dia. Percebeu-se também que a população questionada é acompanhada por medo, vergonha, exclusão e todos os sentimentos decorrentes do preconceito e da discriminação (tabela 13).

Tabela 13 - Síntese das perguntas avaliadas nos questionários.

Pergunta Resposta	mais abalizada	Porcentagem
O que você pensou ao saber do resultado?	Que era minha sentença de morte	27,2%
Você revela sua sorologia a qualquer pessoa? Por quê?	Não, porque ainda existe muito preconceito.	63.6%
Para quem você revelou sua sorologia?	Família e Amigos	54,6%
Para você o que é Preconceito?	Preconceito é a exclusão por falta de informação	36.3%
Já sofreu algum tipo de preconceito/discriminação? Se sim, onde?	Sim em todas as respostas, mas ocorreu em lugares diferentes.	100%
Já deixou de realizar alguma atividade devido à discriminação	Não 54,6%	
Família, amigos afastaram-se de você quando souberam do resultado positivo? Se sim, houve rejeição, abandono familiar ou algum tipo de agressão moral ou Física? Qual?	Sim, pela família e amigos, mas só com agressão moral. Não Não, meus familiares me apoiam.	27,2% para cada resposta.
Qual a qualidade das relações sociais?	Boa 72,8%	

Fonte: Dados questionário (2010/2011)

Org: MARCHETTI

6.3 R ELATOS DAS PESSOAS VIVENDO COM AIDS

Além das informações colhidas por meio de questionários com uma parcela da população de PVHA, realizar am-se entrevistas também com essa população. É importante salient ar que estas entrevistas foram realiz adas com um grupo de cinco pessoas, sendo três mulher es e dois homens, todos residentes no município de Londrina. Com as entrevistas buscou-se adquirir um pouco a forma da representação do HIV/AIDS para essas pessoas que convivem com a doença, podendo, assim, nos auxiliar na interpretação e no conhecimento do atual problema em Londrina.

A partir de agora serão apresentados os relatos e opiniões acerca do HIV/AIDS, do preconceito, da discriminação e da qualidade do se rviço ofertado pelo município segundo a percepção das pessoas vivendo com a doença na cidade de Londrina. Será apresentado um quadro com algumas informações sobre as pessoas

entrevistadas como s exo, idade, quanto tempo convive com a AIDS, a forma de contágio, dentre outros (tabela 14)

Tabela 14 - Perfil dos entrevistados.

Entrevistado (a)	Sexo	Idade	Estado Civil	Filhos	Contraiu de que forma o HIV/AIDS.	Quantos anos convivem com AIDS
Entrevistada I	F	46	Viúva	1	Através de relação heterossexual - marido	18
Entrevistada II	F 37		Casada	2	Através de relação heterossexual – marido (1º marido)	15
Entrevistada III	F 49		Separada	2	Através de relação heterossexual – ex marido	6
Entrevistado IV	M 48		Separado	1	Através de compartilhamento de seringas	26
Entrevistado V	M 42		Solteiro	0	Através de relação homossexual Parceiro (morto)	22/23 ano s, não lemb ra exatamente.

Fonte: Dados entrevistas (2011)

Org: MARCHETTI

As histórias de vida de cada entrevistado mostram de maneiras diferentes a descoberta do HIV /AIDS e sua reação perante este novo estado . A descoberta de alguma doença é acompanhada por incertezas, medo e ansiedade,

causando um momento de transição na vida da pessoa, alterando suas relações de vida em sociedade, principalmente as pessoas mais próximas como família, colegas de trabalho, amigos, lazer e paixões. E é em função dessa nova realidade que as pessoas passam a viver outros momentos. As histórias de vida de cada entrevistado mostram de diferentes maneiras a descoberta do HIV/AIDS e sua reação perante este novo estado.

A descoberta do resultado positivo para o HIV e as suas manifestações ocorreram de forma diferente entre os entrevistados. A ideia da morte emergiu também no conteúdo das entrevistas; o medo perante o limite da vida apareceu com a descoberta da sorologia positiva para o HIV e os sonhos e planos futuros passam a ser adiados.

A minha história começa em 93 e em 94 com a morte do meu marido, então nos recebemos um diagnóstico de sorologia pra HIV positivo, junto com esse diagnóstico um limite de tempo pra viver o meu limite era de um ano e o meu marido morreu em seis meses, então como ele morreu muito rápido eu acreditei mesmo que eu iria morrer em um ano, eu acho que foi essa a época mais difícil da minha vida como pessoa, por que na época eu ia fazer anos então assim eu adiava tudo pra amanhã e de repente eu fiquei sem nenhum tempo... (entrevistada I)

Eu descobri que era portadora do vírus num corredor de hospital o médico chegou e falou que meu marido tinha AIDS e provavelmente eu também tinha e minha filha também [...] foi como se tivesse tirado meu chão não sei te explicar é uma coisa muito estranha tinha muito medo... (entrevistada II)
[...] Pela doença eu pensei que estava doente e que eu ia morrer, eu costumo dizer que sou da 1ª geração a partir de 1985 eles falavam que eu iria morrer. Após os anos isso foi melhorando principalmente com o pessoal depois de 1990 e com os remédios [...] (entrevistado IV)

A negação é o sentimento que resulta do mecanismo de defesa do ser humano. Negar e não aceitar, rejeitar esse sentimento também foi observado nas entrevistas, de forma diferenciada. O entrevistado IV, negou a soropositividade, alegando que a doença não era uma realidade de Londrina, acreditando que a doença não estava presente na cidade, que a doença era uma realidade “daqueles povo lá”.

Eu descobri em 87 quando acontece a epidemia a UEL fez teste compulsório em 80 pessoas na cadeia pública de Londrina. Desses 80,8 foram premiados, um desses foi eu. Ninguém conhecia a AIDS no Paraná, no Brasil. No mundo a AIDS tava pegando lá naqueles povo lá 85-83 tava pegando lá! Em 87 em Londrina? Não era bem distante de mim isso Falei: - Moça em Londrina, eu com AIDS? [...] Pra mim não foi tão baque de pegar um resultado com AIDS... (entrevistado IV)

O entrevistado abaixo mostrou na sua fala aspectos contraditórios em relação a sua reação perante a notícia positiva para o HIV. Em um primeiro momento ele fala que agiu normalmente quando confirmou ser HIV positivo, contudo diz ter sido um “soro resistente” para aceitar a AIDS.

Foi normal, pois eu já sabia isso apenas confirmou. [...] a certeza mesmo que eu tinha HIV/AIDS foi uma semana antes de eu ficar internado lá no HU que eu descobri. Fui no CIDI para fazer o teste eu já tinha quase certeza já tinha emagrecido bastante, tinha as sudoreses noturnas, começou aparecer alguns machucados na minha boca [...] Eu fui um dos sororesistentes para aceitar a AIDS, estava esperando ela se manifestar com uma oportunista... (entrevistado V)

Sobre as reações perante o resultado laboratorial positivo para o HIV, a entrevistada III foi a única a não apresentar uma reação de negação ou um pensamento de morte. Segundo seu relato, ela ficou feliz ao receber o resultado. Essa reação pode ser consequência do seu estado emocional decorrente dos problemas com seu ex-marido, como ela mesma relata.

Minha história começa no Rio de Janeiro, eu morava lá era casada e descobri que tinha HIV no dia internacional da Mulher em 2005 [...] voltando pra casa e me ligaram do laboratório para colher sangue novamente, eu estava num momento tão ruim da minha vida eu só estava esperando meus filhos crescerem mais pra eu largar do pai deles. À tarde me ligaram do laboratório falando que tinha dado positivo o meu exame de HIV, fiquei feliz porque positivo é coisa boa, quando da gravidez positivo é felicidade, eu falei toda feliz pra minha filha sem transtorno, sem problema. Minha filha me pediu pra ir conversar com a médica né, aí cheguei em casa e liguei pra médica e falei que o exame anti-HIV tinha dado positivo ela mandou eu ir no outro dia no consultório dela pra ela me informar, esclarecer as coisas pra mim mas ela falou que encarei de uma forma legal, eu estava bem mal nessa época com os problemas com o meu ex-marido (entrevistada III)

Em se tratando da AIDS ela comporta um julgamento moral, pois é conhecida como uma doença que atinge segmentos populacionais que tem comportamentos considerados transgressores, como homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Neste momento a sociedade estava perante de uma nova doença contagiosa, incurável e mortal. A maneira como a AIDS originou-se marcou consideravelmente o imaginário das pessoas.

Em relação à revelação da soropositividade, percebe-se uma preocupação com os pais; a ocultação parece ser uma maneira de poupá-los, sendo muitas vezes revelado apenas para irmãos e amigos. Uma característica peculiar entre dois entrevistados é o fato deles não revelarem para a família a sorologia, pois

são descendentes de italianos, um caracterizando e justificando a família como “super protetora” e o outro como preconceituosa.

A minha sorologia só revelei pro meu marido, meus filhos e poucos amigos. Resolvi não contar pra ninguém da minha família porque minha família, família italiana que tudo pra eles é uma tragédia não iam deixar eu viver iam me tratar como um bibelô, não ia pode fazer nada com medo de eu ficar doente, preconceito, minha mãe, meu pai mas não contei porque eles iam me sufocar, porque pra ele AIDS é morte, eles nem desconfiam porque eu engordei ao invés de emagrecer. (entrevistada II)

A minha mãe não sabe até hoje, preferi esconder dela abre aspas “a minha mãe não é nada burra, ela já pegou meus frascos de medicação deve ter lido, ela espera que eu fale e eu fico esperando que ela me pergunte”. Meus amigos sabem, meus irmãos sabem são os únicos da família que sabem até porque família numerosa italiana o preconceito é imperativo. (entrevistado V)

Preconceito, estigma e discriminação foram temas recorrentes nas entrevistas com as PVHA em Londrina. Os estigmas existentes relacionam a AIDS com prostituição, a homoafetividade, usuários de drogas e desvio sexual, comportamentos considerados pela grande parte da sociedade como desviantes e promíscuos. A respeito do preconceito dois entrevistados enfatizaram que o preconceito é a ignorância por falta de conhecimento em relação a algo ou alguém

Novos e eficazes tratamentos e terapias destinados às pessoas que vivem com a doença têm alcançado um grande avanço, em relação ao HIV/AIDS; por outro lado, a tentativa de superar a violência causada pelo estigma e pela discriminação na vida dos indivíduos afetados pela epidemia apresenta poucos resultados satisfatórios.

O medo da rejeição e o sofrimento causado pelo preconceito e a possibilidade de discriminação afetam de forma contínuo os entrevistados. As formas de discriminação e preconceito foram vivenciadas em diversos lugares. O depoimento do entrevistado IV expõe de forma clara o preconceito e a discriminação desde o início da epidemia de AIDS, sendo considerados impróprios para o convívio no mundo dos “sãos”. O próprio Estado, responsável pelo bem estar da população adotou medidas discriminatórias para “limpar” e barrar a disseminação da AIDS conforme o relato abaixo:

Eu fui preso em 87 por trafico de droga [...] susto maior foi depois daquilo [confirmação do HIV] o que aconteceu, a gente foi banido da cidade jogado dentro de uma viatura. A gente tava preso né? Jogaro a gente dentro da viatura à noite com tudo as nossas coisas dentro da viatura, jogô os oito dentro levo a gente com o “bonde” [ônibus]pro Estado[Curitiba]. Chegô lá no Estado, no manicômio com a placa desse tamanho escrito assim isolamento. Todo mundo do Paraná com AIDS era jogado nesse depósito. Lá fui tratado como um bicho, ninguém falava nada, não tinha medicamento. Porque a gente tava lá? O pessoal ficava vendo nossa mutação. Eu ia ficar na cadeia só usava maconha e pra mim parar de usar droga foi um trata....1 ano na cadeia por trafico de entorpecente mas eu fiquei oito anos, eu só não sofri agressão física, porque a tortura psicológica sim, uns tinha preconceito outros policiais queria fritar. O tratamento foi brabo, né? Com o tempo pensei se sair da cadeia com vida vou parar de usar droga injetável. Foi dito e feito. Fiquei 8 anos e 2 meses e depois que sai não usei mais drogas.(entrevistado IV)

O preconceito e a discriminação mostraram-se presentes também entre os profissionais da saúde. Nas entrevistas, os médicos foram os mais citados como reprodutores destas práticas. Os relatos abaixo mostram como foram vítimas do preconceito e da discriminação em ambientes de cuidado a saúde.

[...] já percebi preconceito no nível do serviço de saúde através de um médico. A historia foi a seguinte: um dia estava andando na rua e fui atropelado por uma moto fiquei esperando porque minha perna precisava ser imobilizada. Chamaram o SIATE e depois fui encaminhado para o Hospital Evangélico. Cheguei lá no hospital e estava numa, esperando. Meu médico infectologista mandou eu relatar pro médico que tava me atendendo que eu era soropositivo. Fiz o que ele mandou. Aí, o medico que me atendia falou que precisava sair um pouco, ele me deixou na sala onde ia fazer os curativos e colocar tala na perna. Depois de um tempo ele voltou todo paramentado com aquelas roupas que eles usam em cirurgia. Aí perguntei para ele porque ele tava daquele jeito. Ele me respondeu que depois ele tinha uma cirurgia. Aí eu tive que falar: Como que você vai fazer uma cirurgia com essa roupa que já vai ta infectada?(entrevistado V)

Eu já sofri preconceito sim, uma vez estava morrendo de dor de dente, cheguei na dentista com muita dor mesmo. A dentista que me atendia já era antiga, ela sabia da minha sorologia. Mas nesse dia, não sei o que estava acontecendo com ela, ela falou que não ia atender uma pessoa com AIDS. Não deixei barato. Na hora falei pra ela se o pai dos meus filhos recusasse atender um paciente com HIV ele podia ser processado e perdia o registro no Conselho de Medicina, na hora ela falou (risos: Não! Vem cá que agente já resolve seu problema! Você acha que eu ia dar dinheiro praquela mulher? Você ta doido! Pagar pra ser discriminada?! (entrevistada III)

[...] eu sofri preconceito por um médico. Eu tive um mioma. Aí procurei um médico, fui num ginecologista cirurgião. Aí ele disse que eu precisava fazer uma cirurgia com um pouco de urgência. Fui lá no CISMEPAR na Leste/Oeste agendar a cirurgia. O médico que me atendeu lá me encaminhou de volta pro HU com uma carta falando que só o HU poderia fazer a cirurgia porque eu tinha AIDS e só lá tinha estrutura porque eu não podia usar o mesmo banheiro, não podia ficar no mesmo quarto que outras pessoas, usar o centro cirúrgico. Voltei com a carta e entreguei pra médica infectologista do HU, ela falou um monte pra ele deu uma boa lição de moral e ela também processou ele... Outro preconceito que sofri foi uma vez

que fui na igreja que minha ex-sogra que não é a mesma que a minha. Lá na igreja já tinha um comentário que eu tinha AIDS porque meu marido era usuário de drogas e todos os amigos dele morreu de AIDS e ele também teve os mesmos problemas de saúde que os amigos. Aí o pessoal da igreja ligou e falavam que eu também tinha. Então, nesse dia que cheguei na igreja tinha apenas um lugar no banco pra eu sentar, fui lá e sentei. Todas as pessoas que estavam no banco saiu e ficou o culto inteiro em pé só pra não ficar do meu lado. (entrevistada II)

[...] na questão do preconceito na área da saúde aconteceu muito existia muito médico charlatão que queria fazer pesquisas com nós como se a gente fosse cobaia de laboratório. Percebia isso e achava preconceituoso... (entrevistado IV)

Foram narrados também casos de preconceito sofridos no convívio social, como o preconceito e o abandono familiar. Os casos descritos abaixo demonstram alguns exemplos vividos pelas PVHA. O entrevistado IV relatou o abandono por parte da esposa, de seus enteados e perda da vida social:

[...] eu tinha mulher e ela tinha dois filhos e vida social foi tudo embora, eu fiquei sozinho... (entrevistado IV)

Já a entrevistada III disse sofrer com o preconceito por parte de seus irmãos através de palavras e atitudes, mas minimiza o fato dizendo que prefere saber que a pessoa é preconceituosa, que isso para ela é melhor. O entrevistado V diz não existir entre os membros familiares um preconceito declarado, assumido, mas diz pressentir esse sentimento:

Na família também tem um pouco por parte dos meus irmãos, minha família verbaliza legal, agora nasceu uma sobrinha neta e deu uns probleminhas na parte respiratória dela. Meu irmão pediu pra eu ir e não ficar perto dela. Vou ser honesta com você. Prefiro que fale que tem preconceito, que tem medo. É melhor. (entrevistada III)

Com meus irmãos não existe nenhum preconceito, não existe uma declaração verbal, mas você sente. (entrevistado IV)

Mesmo sendo alvos, ainda, de preconceito e discriminação conforme a fala da segunda entrevistada [...] *o preconceito está sempre presente nas nossas vidas...* os entrevistados transpuseram a ideia de terem superado esses atos. Eles demonstram uma superioridade em relação aos atos discriminatórios e preconceituosos. Nas entrelinhas pode-se perceber que eles apenas querem viver em paz, sem rótulos ou marcas, ou seja, sem estigma conforme as transcrições abaixo.

Consigo levar de uma forma mais branda porque convivo com pessoas com AIDS há tempos. Tenho amigos que há tempos convivem com o estigma e o preconceito. Consigo ficar mais sossegado com essas coisas... (entrevistado V)

[...] mas não ligo não, eu vivo a minha vida sem ligar pro que os outros acham. Eu sou feliz, é isso que importa. (entrevistada III)

Hoje eu aprendi, não fico quieta, eu me imponho, não deixo ficar com esse tipo de coisa, não deixo ficar me humilhando. Assim afasto essas pessoas de perto de mim. (entrevistada II)

O HIV/AIDS ainda não teve a sua cura descoberta, mas com os avanços terapêuticos como a descoberta do AZT, o primeiro medicamento antirretroviral, marcaram não só um avanço na medicina, mas um aumento na sobrevivência das pessoas com AIDS. Junto com os coquetéis a esperança de continuar vivendo reapareceu na vida dessas pessoas.

[...] em 1996 quando David Julian lançou o coquetel para AIDS, o salva-vidas, eu falei – Jesus toma conta eu não vou mais morrer, olha tem remédio... (entrevistada I)

Contudo, a vida das pessoas com HIV/AIDS naquele momento estava “capitalizada” e pagar por ela não era barato. A seguir, vamos acompanhar a luta de uma mulher simples, que na busca de garantir a sua vida, acabou tornando-se uma das protagonistas no ativismo e militância dos direitos das PVHA em Londres.

[...] na época o vidro de Saquinir custava R\$ 1.250,00 reais e eu era diarista, ganhava dez reais por dia, mas a minha vida valia mais que aquilo, eu acreditei, mas não tinha noção de direito, não tinha noção de nada. Então o que eu fiz, eu fiz quinhentas pizzas e vendi tudo adiantado, e de repente eu era a única pobre que tinha dois vidros de Saquinavir em casa. Foi uma luta conseguir a receita médica porque a médica disse que eu não tinha condições de comprar. Junto com a receita veio o cd4, um exame que nos tínhamos que fazer pra poder tomar o remédio, custava R\$ 600,00 reais que eu também não tinha pra fazer esse exame [...] só pra você não tem como, mas se tiver mais pessoas nos damos um jeito de baratear este custo, então eu parei na porta da médica e cada pessoa que entrava eu pedia. No final da manhã nós tínhamos catorze pedidos, com o meu eram quinze, então ali eu aprendi que juntos nós éramos mais fortes do que sozinho...

(entrevistada I)

Na citação supracitada, os índices de ativismo e militância podem ser observados na locução, porém a luta começa após o conhecimento dos direitos dos cidadãos assegurados pela Constituição Federal. Essa batalha fomentou a criação de um grupo de PVHAs atendidas pelo Centro de Referência, iniciativa dos

próprios usuários do serviço com apoio do setor da psicologia se mobilizou contra o risco de terem os seus direitos desrespeitados.

[...] eu estava saindo da Prefeitura e esqueceram uma constituição de bolso em cima da mesa e eu peguei aquela constituição e levei comigo, e no ônibus eu abri no capítulo da saúde lá estava escrito Saúde, direito do cidadão e dever do Estado. Dentro desta briga nos construímos um grupo de pessoas vivendo com HIV e AIDS chamado Reagir nós lutamos, nós trancamos 11 conselheiros de saúde dentro de uma sala e eu falei para eles – enquanto vocês não entenderem o que nós estamos fazendo aqui, eu não vou soltar vocês – e naquela noite o município de Londrina repassou para nós o que hoje nós entendemos e na época nós não entendia, o nosso direito, se fez cumprir o nosso direito de sobreviver, então 150 pessoas naquela noite adquiriram, o direito de ter o medicamento [...] Londrina se tornou a segunda cidade a comprar o medicamento das pessoas vivendo com HIV e AIDS. (entrevistada I)

Neste sentido, a luta pelo direito de garantir que o Estado cumpra seu papel constituiu as bases das políticas e ações na prevenção e tratamento da AIDS em Londrina. A cidade de Londrina se teve na vanguarda na criação de ONGs relacionada às PVHA no Estado do Paraná, com a criação da ALIA. A respeito dos serviços oferecidos pelo município para as PVHA segundo os entrevistados podem ser observados abaixo:

O tratamento em Londrina é bom, o que não é bom aqui em Londrina é o pronto atendimento, não é bom... (entrevistada II)

Os serviços prestados aqui em Londrina é perfeito. Quando vim do Rio para cá há 2 anos, lá vivia faltando remédios para o tratamento, aqui nunca aconteceu de faltar. (entrevistada III)

O atendimento em Londrina é bom, ele dá garantia para o usuário, não é negado o direito de tratamento desde que a pessoa procure o tratamento, a gente vive no paraíso aqui. (entrevistado IV)

Londrina é o paraíso perante o resto do país apesar de todos os problemas existentes no CIDI, falta de funcionários, equipamentos estrutura do prédio entre outras aqui não tem falta de remédios, as vezes a gente tem que levar fracionado mas nunca falta. (entrevistado V)

Observando a fala dos entrevistados podemos perceber que há um consenso em relação ao tratamento disponível em Londrina, todos se mostraram satisfeitos com os serviços prestados. O principal fato citado por quase todos foi à questão da disponibilidade dos remédios e de que o tratamento nunca foi interrompido devido a falta dos medicamentos. Dois entrevistados disseram “viver no paraíso” devido ao serviço disponível na cidade. O fato de falarem que “vivem no paraíso” deve-se às diferenças de qualidade e de serviços ofertados nas diferentes

cidades brasileiras, muitas ainda carentes de um serviço satisfatório, como o oferecido por Londrina.

Ao discorrer sobre a banalização da AIDS, os entrevistados foram unânimes em dizer que isso deve-se ao fato das pessoas acreditarem que tomando os coquetéis a vida continua normal. Contudo, como aponta uma entrevistada, os efeitos dos coquetéis apresentam reações diferentes entre as pessoas; já outra entrevistada pergunta “se é normal tomar 35 comprimidos por dia”. Abaixo o relato dos entrevistados

Claro que a AIDS tá banalizada, o povo acha que tem remédio e tá tudo bem. Não é bem assim. Você acha que tomando 35 comprimidos por dia você pode considerar ter uma vida normal? Eu tomo tudo isso de remédio por dia, a cabeceira da minha cama tá lotada de remédios. (entrevistada I)
Por certo lado sim, o cara pensa que se pegar AIDS hoje tem remédios e tudo bem, mas cada pessoa responde uma forma ao tratamento, além de dar gastos pro governo, a banalização pelo jovem, mais ainda pelo pessoal da 3ª idade ele acham que não vão pegar, eles não usam camisinha, acham que a AIDS está distante da vida deles. (entrevistada II)

A AIDS está banalizada porque as pessoas têm a noção da doença do outro, do veado, da prostituta, do drogado; a pessoa pensa que se infecta e toma remédio tá tudo bom, tá tudo certo. As pessoas têm que se conscientizar sobre a doença. (entrevistado IV)

Quando perguntado se ocorreu alguma mudança na vida após a descoberta do HIV/AIDS, dentre os entrevistados que responderam, a maioria dos entrevistados disseram ter ocorrido mudanças para melhor após a soropositividade.

É um universo engraçado do HIV positivo, a gente vive bem, a minha vida mudou para melhor depois do HIV, foi uma libertação a soropositividade. A minha vida tornou-se melhor (entrevistada III)

No meu caso mudou muita coisa, melhorou muita coisa... (entrevistado IV)

Mudou um pouco, mas acho que foi pra melhor. Hoje ajudo as pessoas, entrei no ativismo que me realiza como pessoa e ser humano, as informações que distribuo salva pessoas não infectadas e salva as pessoas infectadas através das informações que dou sobre as doenças... (entrevistado V)

CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS

Após a sua identificação, a AIDS, continua sendo apresentada como uma das doenças mais fatais a incidir sobre a humanidade devido a sua gravidade e a escala de impacto que ela causa como o grande número de mortes, o sofrimento causado ao longo da evolução da doença no organismo humano e a magnitude da doença no mundo, além dos impactos nos campos sociais, econômicos e político dos países. Contudo com os conhecimentos adquiridos ao longo dos anos e em relação ao HIV/AIDS, observou-se uma melhora na qualidade de vida dos portadores, pelo menos em parte, com o desenvolvimento de medicamentos e tratamentos.

A circulação do vírus do HIV pode ser observada por todo globo terrestre atingindo pessoas e grupos populacionais extremamente distantes, esse fato deve-se a grande circulação de pessoas e mercadorias entre os países, estados e cidades, favorecidos pelo desenvolvimento dos meios de transporte e comunicação.

Atualmente, a distribuição geográfica da AIDS pode ser observada em todo o mundo, em nível mundial, o número de pessoas com HIV/AIDS é de 33.4 milhões. A epidemia não é homogênea em relação à proporção ou força dentro das regiões, alguns países apresentam uma estabilidade ou uma diminuição do número de casos, outros continuam apresentando aumento nos novos casos de AIDS, essa variação também ocorre em escalas menores como estados e cidades.

A AIDS, no início, era considerada uma doença dos gays e UDIs, contudo essa ideia com o passar dos anos foi refutada e hoje, a doença atinge todas as pessoas que se expõem a práticas de risco como sexo sem proteção, compartilhamento de materiais cirúrgicos, transfusões de sangue e hemoderivados, independente de sexo, idade, cor, classe social, etc.

Brasil corresponde a um terço dos casos de AIDS na América Latina, os primeiros casos foram registrados nas principais metrópoles brasileiras São Paulo e Rio de Janeiro, posteriormente foram diagnosticados casos da doença em outras capitais. Após esse processo de introdução da doença no país, a AIDS passou a disseminar-se por todo o território nacional principalmente em cidades de médio e pequeno porte, hoje a AIDS pode ser observada em quase todos os municípios brasileiros.

As ações do programa brasileiro de luta contra a AIDS, fundamentado na prevenção e na disponibilidade gratuita de medicamentos para o tratamento da doença tem ajudado a diminuir a disseminação da AIDS no país e também a diminuição das mortes por AIDS. A partir de 1996 as PVHAs passaram a ter distribuição gratuita dos anti-retrovirais isso contribuiu muito para melhorar a qualidade de vida e a sobrevivência dessas pessoas, já que muitas pessoas com AIDS não viviam mais que um ou dois anos. A política brasileira em relação ao tratamento do HIV/AIDS foi considerada pela ONU como um modelo a ser seguido por outros países, contudo para que se tenha um resultado satisfatório, as pessoas doentes de AIDS devem aderir e seguir o tratamento corretamente para que o resultado seja satisfatório.

Julgo importante salientar que o desenvolvimento de medicamentos e a distribuição gratuita no Brasil foi um grande avanço no tratamento e na melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, por outro lado a banalização da doença contribuiu para o aumento de novos, pois muitas pessoas acham que não há necessidade de se preocupar em contrair o vírus, já que existe remédios para controlar a ação do vírus no organismo humano permitindo uma vida saudável. Tudo colabora para que a AIDS, até então vista como fatal, seja vista como uma doença crônica, que pode ser tratada como qualquer outra doença, porém a realidade é bem diferente, apesar da revolução que os coquetéis causaram no tratamento das pessoas com AIDS como melhorar a qualidade de vida e aumento da sobrevivência. O tratamento ainda não traz a cura mas sim uma medida paliativa para que as pessoas possam viver mais tempo e com uma melhor qualidade de vida apesar da doença.

Londrina é uma cidade onde a presença da doença é datada desde 1985, desde o referido ano até 2008 contabilizou-se em Londrina 1976 casos de AIDS, sendo que o ano de 2002, foi o que registrou o maior número de casos de AIDS no município. Segundo o Ministério da Saúde os gastos com remédios para o tratamento da AIDS custam em média R\$ 7.500 por pessoa/ano, fora os atendimentos médicos, acompanhamento psicológico internações etc., isso significa que a prevenção da doença além de não gerar gastos para o poder público isenta a população do risco de contrair a doença.

A distribuição dos casos de AIDS em Londrina não se restringe apenas a uma porção da cidade, ela está presente em todas as regiões da cidade

com realidades socioeconômicas distintas corroborando com a ideia de que todas as pessoas estão sujeitas a adquirir a doença, verificou-se a ocorrência de muitos casos da doença em UBSs onde a população atendida tem um baixo poder aquisitivo, contudo a região central que apresenta uma realidade socioeconômica diferente com melhor renda, foi a que apresentou o maior número de novos casos durante o período estudado.

Ao levantar os dados do município de Londrina foi constatado que os mesmos seguem as tendências do Estado e do Brasil. O perfil da população com AIDS em Londrina são pessoas na faixa etária de 20-49 anos, vale pontuar o aumento em novos casos de AIDS entre pessoas acima de 60 anos de idade para ambos os sexos, a proporção entre homens e mulheres vem diminuindo a partir da década de 1990, e a categoria de exposição que predomina são o contato sexual e os usuários de drogas injetáveis. Os dados referentes às crianças demonstram uma diminuição gradual de novos casos, consequência das políticas e acompanhamentos de mulheres grávidas ou com filhos recém-nascidos. A taxa de mortalidade na cidade no início da epidemia que era de 100% passou a 10% em 2008, devido ao fato das pessoas aderirem e seguirem corretamente o tratamento, aumentando a sobrevivência das pessoas do HIV/AIDS.

A AIDS abarca outros aspectos, não restritos apenas ao bem estar físico das pessoas soropositivas e doentes. Infelizmente a doença traz consigo o preconceito, a discriminação e o estigma, pelo fato da mesma, diferentemente de outras doenças, estar associada a grupos já estigmatizados pela sociedade, tais como homossexuais, as profissionais do sexo e usuários de drogas. A AIDS não é mais uma doença restrita a um grupo ou orientação sexual mas é uma presença real em qualquer ambiente.

A maior barreira enfrentada pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS segundo os entrevistados é o estigma e o preconceito que ronda a doença, medo de sofrer, de ser discriminado, estigmatizado faz com que as pessoas que vivem com HIV/AIDS escondam sua sorologia e passam a viver na penumbra da sociedade as vezes deixando de seguir um tratamento devido a práticas discriminatórias da sociedade. A marginalização e a estigmatização das pessoas com HIV/AIDS é uma questão pessoal e está ligada a questões culturais podendo ocorrer em qualquer local como escola, ambiente de trabalho, em casa entre outros.

Contudo os ambientes mais citados como fontes de preconceito foram os ambientes que prestam serviços de saúde como hospitais, postos de saúde, clínicas odontológicas, através dos profissionais que atuam nestes locais, mesmo tendo todo conhecimento em relação à doença, essas práticas mostram-se presentes.

Em relação ao serviço disponibilizado em Londrina os entrevistados disseram estar satisfeitos, com a qualidade do atendimento, a disponibilidade dos remédios para o tratamento e as políticas públicas direcionadas para o enfrentamento da AIDS, com isso pode-se perceber que em relação as práticas discriminatórias ocorridas dentro de prestadoras de serviços ligadas a saúde é minoria e a qualidade do serviço é boa. Entretanto devemos lembrar, que a conquista da oferta e a qualidade do serviço em Londrina deve-se em grande parte a sociedade civil que desde o início da epidemia lutou para que os direitos das pessoas com HIV e AIDS fossem cumpridos.

Mesmo com um serviço de qualidade em relação ao tratamento do HIV/AIDS, a diminuição dos novos casos depende unicamente da conscientização das pessoas através de práticas seguras, como sexo com proteção, não compartilhar instrumentos para o uso de drogas injetáveis, utilizar materiais cirúrgicos descartáveis, acompanhamento e medidas preventivas da gestante HIV+ para evitar a transmissão vertical, e através de testes de qualidade para saber a qualidade de produtos hemoderivados.

Todavia é importante ressaltar o papel das campanhas preventivas vinculadas pelos órgãos governamentais que auxiliam na conscientização da população, contudo além das campanhas a nível federal, os estados e municípios devem fazer campanhas direcionadas para a realidade local, oferecendo palestras, oficinas com a finalidade de conscientizar toda a população a respeito da AIDS, esse trabalho pode ser feito juntamente com secretarias como a da educação, da saúde e as associações de bairros para atingir toda os cidadãos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. Movelpar e ExpoLondrina 2011 movimentam turismo de negócios em Londrina. **Folha de Londrina**, Londrina, 03.mar.2011. Folha Notícia. p.7.
- ALMEIDA, R . Ajudar o próximo: esta é a missão de Regina Almeida. **Máxima Comunicação**, Londrina. Entrevista concedida a Marina Ferezin. Disponível em: <<http://www.planetasercomtel.com.br/cont/contFull.asp?categoria=110&nrseq=104861>> Acesso em 08. Jun. 2011.
- ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. **Fundamentos da assistência à família em saúde**. Disponível em: <<http://idssaude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto3> >. Acesso em: 10 jun. 2010.
- BARROS, O.N.F. et al. Disparidades Socioeconômicas. In: ARCHELA. R.S.; BARROS, M.V.F.(orgs). **Atlas Urbano de Londrina**. Londrina: 2008, p.153-163.
- BARCELLOS, C.; BASTOS, F.I. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. **Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana**. v.121, n.1: 11-24, 1996.
- BARCELLOS, C. et al. A Geografia da AIDS nas Fronteiras do Brasil, in **Diagnóstico Estratégico da Situação da AIDS e das DST nas Fronteiras do Brasil**. Convênio Ministério da Saúde/CN DST/AIDS; PopulationCouncil e USAID. Campinas, agosto de 2001.
- BASTOS, F.I.; BARCELLOS, C. A Geografia Social da AIDS no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.29, p.52-62, 1995.
- BASTOS, F.I. **Ruína & Reconstrução: AIDS e Drogas Injetáveis na Cena Contemporânea**. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ. Relume-Dumará. 1995
- BASTOS, F.I.; BARCELLOS, C.; TELLES, P.R. **AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI) no Brasil: correlação entre casos e rotas de trafico de cocaína**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Drogas, AIDS e Sociedade. Brasília: Programa Nacional de DST/AIDS, 1995.
- BENATTI, A.P. **O centro e as margens: Prostituição e vida boêmia em Londrina (1930-1960)**. Curitiba: Aos 4 Ventos, 1996.
- BONOLO, P. F.; GOMES, R.F.M.; GUIMARAES, M. D.C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas da adesão*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16, n.4, p.261-278, out-dez, 2007.
- BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9313.htm> acesso em 10/jun/2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação**. 2011. Disponível em <<http://www.AIDS.gov.br/>> Acesso em 05. Jun.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano XII. Nº03.Semana Epidemiológica 22/98 a 34/98.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano XIII. Nº03.Semana Epidemiológica Out/00 a Dez/00.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano XV. Nº01.Semana Epidemiológica Out/01 a Marco/02.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Brasília-DF, Ano III, nº 1, Jan a Jun/ 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano VII. Nº01.Semana Epidemiológica Jul/09 a Jun/10.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Relatório de Situação**: Paraná. 2009. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/004_pr_relatorio_de_situacao.pdf. Acesso em 10/03/2011.

BRITO, A.M.; CASTILHO, E., A; SZWARCOWALDS, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Soc. Brasileira de Medicina Tropical**. v.34, p.207-217, mar/abr, 2001.

CAMARGO JR. KENNETH. R. de. **As ciências da AIDS & a AIDS das Ciências** : discurso Médico e a Construção da AIDS. Rio de Janeiro. Relume-Dumará: ABIA:IMS, UERJ, 1994.

CARVALHO, M. de. **Apresentação do Projeto Refúgio**.2006. Disponível em http://www.bomlider.com.br/artigos_ver.php?tp=5&cod=92>. Acesso em 07 maio 2010.

CASARIL, C.C. **Meio século de verticalização urbana em Londrina – PR e sua distribuição espacial: 1950-2000**. Dissertação (Mestrado em Geografia, MeioAmbiente e Desenvolvimento). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

CASTILHO, E. at al. AIDS no Brasil: uma epidemia em mutação. Editorial. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, p.4-5, 2000.

CECCATO, M. G. B. et al. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5 p.1388-1397, set-out, 2004.

COLASANTE, T. **O Patrimônio Histórico-Cultural como atrativo turístico na cidade de Londrina-PR**. 2011. No prelo.

CORRÊA, R. L. **O Espaço Urbano**. São Paulo. Editora Ática, 1989.

COTRIM, S. Crianças soropositivas e escolas. **Boletim Internacional sobre Prevenção e assistência à AIDS**. ABIA. Rio de Janeiro, 2003, n.49, p.6.

CROCHÍK, J.L. **Preconceito**: indivíduo e cultura. São Paulo. Casa do Psicólogo. 2006. 171 p.

ESTIGMA. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2004. p.377.

FARIA, D.; FERREIRA, H. Infecção VIH e Imigração em Portugal. In: III Congresso Virtual HIV/AIDS: O HIV no Mundo Lusófono. 2002, Portugal. **Anais...** OnLine, 2002, s/p. Disponível em <<http://www.AIDScongress.net/Home@1.aspx>> Acesso em 01/06/2011

FONSECA, M. G. P. et al. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e *status* sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. **Cadernos de Saúde Pública**. v.19, p.1351-1363.2003.

FRESCA, T. M. Mudanças recentes na expansão físico-territorial de Londrina. **Geografia**. Londrina, 2002, n.2, v. 11, jul./dez. 2002, p. 241-264.

_____. A área central de Londrina: uma análise geográfica. **Geografia**. Londrina, 2007a, n.2, v. 16, jul./dez. 2007, p. 143-166.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro. ABIA, 2000.

GIL, M. C. R. A Construção da Cidadania: Reflexão Sobre a Experiência do Ativismo Soropositivo no Estado do Paraná. In: LIMA, R.; JEOLÁS, L. S.(Org.). **O Ativismo em HIV/AIDS no Paraná**: Política em Construção. 1.ed. Londrina: Alia, 2007.p.27-55.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro.Guanabara, 1981. 124 p.

GOUVEIA, M. G. S. M. de. **Análise Molecular da Transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana Tipo 1 entre Casais**. 2009. Dissertação (Mestrado em Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: da Prevenção à Terapêutica – Faculdade de Medicina de Coimbra. Coimbra.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre. Artes Médicas, 2ed. 1994, 309 p.

IBGE. **Cidades**. Contagem da população 2010. Londrina-PR.. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 05 abr. 2011.

KERR PONTES, L. R. S. et al. O papel da migração na prevenção da infecção pelo HIV no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.320-328, Fev 2004.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A.**Fundamentos de Metodologia Científica**. 3ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LEÃO, I.Z.C.C. **O Paraná nos anos setenta**. Curitiba: IPARDES/CONCITEC, 1989.

LIMA, H. M.M. Educação e saúde: as campanhas massivas de DST/AIDS do Governo Federal como veículo de produção de sentidos – articulação com a história da epidemia de AIDS no Brasil. **JBA**, São Paulo, v.3, n.3, jul/set.2002.

LINARDI, M. C. **Pioneirismo e Modernidade**: A urbanização de Londrina. Tese (Doutorado em Geografia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

LONDRINA, Prefeitura Municipal de Londrina. **Perfil do Município de Londrina ano 2010**. Londrina, 2011. 289 p. Disponível em:<http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_rsform&Itemid=560>. Acesso em 12.fev.2011.

_____, Prefeitura Municipal de Londrina. Autarquia Municipal de Saúde. **Dados referentes ao número de casos de AIDS no município de Londrina no período de 2002-2006**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <gerubs@asms.londrina.pr.gov.br> em Ago.2010.

_____, Prefeitura Municipal de Londrina. Autarquia Municipal de Saúde. **Relatório Anual de gestão da Saúde**. Londrina, 2008.

LUCÍRIO, I. **AIDS**: veja a que distância estamos da cura. São Paulo.Terceiro Nome, 2005.

MACHADO, L. O. **Geografia das Drogas Ilícitas**. Disponível em:<<http://acd.ufrrj.br/gruporetis/>> Acesso em 23. Abr. 2011.

MECHIOR, R. et al. M. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.41, p.87-93.2007.

MAIA, A.P. **Escola e AIDS**: Rejeição ou educação. São Paulo. Loyola, 1992. 102 p.

MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. **A AIDS no Mundo**. Rio de Janeiro. Relume-Dumará, 1994.

Mapa de Transporte. Guia Geográfico. 2011. Disponível em <<http://www.guiageo-parana.com/mapa-rodoviario.htm>>. Acesso em 15.jun.2011.

MENDES, L. F. **O perfil Epidemiológico (Demográfico e Laboratorial) da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana na cidade de Belém, Pará, Brasil**. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas) – Universidade Federal do Pará. Pará.

MENDONCA, F.de A. **O Clima e o Planejamento Urbano de cidades de porte médio e pequeno: Proposição metodológica para estudo e sua aplicação à cidade de Londrina/PR**. Tese (Doutorado em Geografia). Universidade de São Paulo. São Paulo, 1994.

NAVARRO, M. B. M. A. et al. Doenças Emergentes e Reemergentes, Saúde e Ambiente. In: MINAYO, M. C. de S.; MIRANDA, A. C. de. **Saúde e Ambiente Sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 37-50.

NAKAGAWARA, Y. Desenvolvimento urbano de Londrina. In: **Jornal Folha de Londrina**. Londrina: Edição Especial de Cinquentenário, dez. 1984A.

OLIVEIRA, M. M. F. de. **Condicionantes socioambientais urbanos da incidência da Dengue na cidade de Londrina/PR**. Dissertação (Mestrado em Geografia), Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2006.

OLIVEIRA, M. V. A. de. Turismo sexual *no Ceará*. **Associação Cearense do Ministério Público**. Disponível em <http://www.acmpce.org.br/docs/turismosexualnoceara.doc>. Acesso em 28.mar.2011.

ONUSIDA. **Informe sobre la Epidemia mundial de SIDA**: Resumen Analítico. Ginebra. 2004.

ONUSIDA. **Situación de la epidemia de SIDA**. Ginebra. 2009.

PAIVA, M. S. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV**. Tese (Doutora em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, 2000.

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. AIDS, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.175-184, abr 2005.

PARANÁ. **Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania. 2011**. Disponível em http://www3.pr.gov.br/narcodenuncia/php/rel_result_estmunic.php . Acesso em 23.jun.2011.

PARKER, R. G. . **A construção da solidariedade**: AIDS, sexualidade e política no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relume-Dumará, 1994.

PARKER, R. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA. São Paulo. Editora 34. 2000.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, Discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro. ABIA, 2001.

PRADINI, N. Aspectos da geografia urbana de Londrina. IN: FRESCA, T. M; CARVALHO, M. S. de. (Org). **Geografia e Norte do Paraná**: um resgate histórico. Londrina: Humanidades, 2007. 2v. p. 87-114.

PRADO, R. R. **Análise Temporal dos Casos de AIDS no Estado de São Paulo 1990 -2004**. 2008. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de São Paulo. São Paulo.

POLIDORO, M. **Impactos ambientais urbanos em áreas de expansão**: desafios ao planejamento metropolitano. Relatório de Pesquisa. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. 133p. 2011.

PEITER, P. C. **A Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. 2005. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

PIEROTE, A. B. **Dengue em Londrina/PR: Políticas Públicas de controle e prevenção a dengue a partir da população e dos agentes de saúde.**

Dissertação (Mestrado em Geografia). Universidade Estadual de Londrina. Londrina.2009.

PIMENTA, M. C. **HIV/AIDS no mundo do trabalho:** as ações e a legislação brasileira. Organização Internacional do Trabalho. – Brasília : OIT, 2002.100 p.

Disponível em <<http://www.higieneocupacional.com.br/download/hiv-AIDS-oit.pdf>> Acesso em 07/06/2011

RAMOS, S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a AIDS, a saúde da mulher e a saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 1067-1078, 2004.

RAMOS FILHO, C. F. et al. **Medicina Tropical**. São Paulo: Atheneu; 2003. V. 1 p.387-395.

RIOS NETO, E. L. G. **Pobreza, Migrações e Pandemias**. (Texto para discussão 301). Belo Horizonte, UFMG/CEDEPLAR, 2007, 26p.

RODRIGUES JUNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil.1991-2000:descrição espaço-temporal. **Rev.Soc.Bras.Med.Trop**. Belo Horizonte. v.37, n.4, p.312-317.2004.

RODRIGUES JUNIOR A. L.; CASTILHO E. A. A AIDS nas regiões de fronteira no Brasil de 1990 a 2003. **Revista Panamericana de Salud Publica**. V.25, n.1, p.31-38.2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro : MEDSI, 2003.

RUSSO, G. H. A. AIDS:convivendo com um filme de terror?. **Expressão**, Mossoró, v.34, n.1, p.9-23, jan/dez 2003.

SANTOS, A. O. de. Vulnerabilidade ao HIV: turismo e uso de álcool e outras drogas. **Rev. Saúde Publica**. São Paulo. v.41, n.2, p.80-86, 2007.

SANTOS, A.R. dos. **A feira livre da Avenida Saul Elkind**. Monografia (Bacharelado emGeografia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina.2004

SANTOS, M. **A Urbanização Brasileira**. São Paulo. Hucitec. 1993.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Impacto Psicossocial da AIDS:** Enfrentando perdas...Ressignificando a vida. São Paulo. 2008.

SHILTS, R. **O prazer com risco de vida**. Rio de Janeiro. Record. 1990

SILVA, N. C. da. Turismo de Eventos. **Revista Turismo**, maio 2003. Disponível em: <<http://www.revistaturismo.com/artigos/eventos.html>> . Acesso em 10.maio. 2011.

SILVA, M. A. da. **Drogas, AIDS e Redução de Danos em Londrina: Uma avaliação em Curso**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social). Universidade Estadual de Londrina. Londrina. 2006.

SONTAG, S. **Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas**. São Paulo. Companhia de Bolso. 2007.

SOUZA, H. **Direitos humanos e AIDS**. [22 de Outubro, 1987]. São Paulo. Palestra concedida aos alunos da Faculdade de Direito da USP.

SZWARCWALD, C. L. et al. Mapa ecológico do Brasil, 1982-1994. In: Coordenação de DST e AIDS. **A epidemia de AIDS no Brasil: Situação e Tendências**. Brasília, Ministério da Saúde, p.27-44, 1997.

SZWARCWALD, C.L.; et al. A disseminação da epidemia de AIDS no Brasil no período de 1987-1996: Uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 7-19, 2000.

SZWARCWALD, C. L.; BASTOS, F.I.; BARCELLOS, C.; ESTEVES, M. A. P.; CASTILHO, E. A. Dinâmica da epidemia de AIDS no Município do Rio de Janeiro, no período de 1988-1996: uma aplicação de análise estatística espaço-temporal. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, p.1123-40, 2001.

TAKEDA, M. **As transformações da área central de Londrina: uma outra centralidade**. Monografia (Bacharelado em Geografia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.

UNAIDS. **Population Mobility and AIDS**: UNAIDS technical Update. UNAIDS Best Practice Collection. Genebra. Fev. 2001.

UNAIDS. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. HIV-related restrictions on entry, stay and residence. 2011. Genebra.
Disponível em <<http://www.unaids.org/es/strategygoalsby2015/hiv-relatedtravelrestrictions/>> Acesso em 10 Jun 2011.

VERA, M. H.; FERREIRA, Y. N. Das raízes rurais à Londrina-Tecnópolis 2010. In: **Anais. XV ENG – Encontro Nacional de Geógrafos**. 2008. São Paulo, 2008.

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R. H. S.; NOGUEIRA, S. A. Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. **Cadernos de Saúde Pública**. v 15, p. 369-379, 1999.


ZANON, E. Taxa de ocupação média preocupa hoteleiros locais. **Folha de Londrina**, Londrina, 05.maio. 2007. Folha Economia, p. 1.

ZEQUIM, Maria. A. **Territórios da Ilegalidade e Muros Invisíveis em Londrina/PR: homicídios resultantes da violência urbana 2000/2002**. 2004. 117 f. Dissertação (Mestrado em Geografia), Departamento de Geociências. Universidade Estadual de Londrina. Londrina/PR.

APÊNDICES

APÊNDICE A


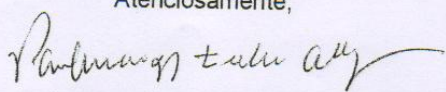
Folha de rosto para pesquisas envolvendo seres humanos

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP				FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS		FR - 334862	
Projeto de Pesquisa O perfil da população e a espacialização dos casos notificados de AIDS em Londrina: uma contribuição da Geografia da Saúde							
Área de Conhecimento 7.00 - Ciências Humanas - 7.06 - Geografia					Grupo Grupo III		Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s)						Fase Não se Aplica	
Unitermos Aids, Londrina, Geografia da Saúde, Maps Temáticos							
Sujeitos na Pesquisa							
Nº de Sujeitos no Centro 800		Total Brasil 800		Nº de Sujeitos Total 800		Grupos Especiais Criança e ou menores de 18 anos, Portadores de incapacidade mental, Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc	
Placebo NAO		Medicamentos HIV / AIDS NAO		Wash-out NAO		Sem Tratamento Específico NAO	
Banco de Materiais Biológicos NAO							
Pesquisador Responsável							
Pesquisador Responsável Márcio Catharin Marchetti				CPF 344.270.458-80		Identidade 12727303SSPPR	
Área de Especialização GEOGRAFIA				Maior Titulação GRADUAÇÃO		Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA: PARANAGUÁ, 1065 APTO 301				Bairro CENTRO		Cidade LONDRINA - PR	
Código Postal		Telefone 43-88116268 / 43-33046270		Fax		Email marciocatharin@hotmail.com	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. _____ Data: ____/____/____ Assinatura							
Instituição Onde Será Realizado							
Nome Prefeitura do Município de Londrina - PR				CNPJ 75.771.477/0001-70		Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Gerência de Informações em Saúde /Autarquia Municipal de Saúde				Participação Estrangeira NÃO		Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Av. Duque de Caxias, 635				Bairro JD Mazzei		Cidade Londrina - PR	
Código Postal 86015-901		Telefone 043- 33724000		Fax 43- 33724088		Email	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: _____ Data: ____/____/____ Assinatura							
Vinculada							
Nome Universidade Estadual de Londrina e Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná - UEL				CNPJ 78.640.489/0001-53		Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão CCE/ Mestrado em Geografia, Dinâmica Espaço Ambiental				Participação Estrangeira NÃO		Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Rodovia Celso Garcia Cid				Bairro BR 445 Km 380		Cidade Londrina - PR	
Código Postal 86051-990		Telefone 43-3371-4000		Fax 43-33284440		Email www.uel.br	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Nome: _____ Data: ____/____/____ Assinatura							

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 26/04/2010. Não ocorrendo a entrega

APÊNDICE B

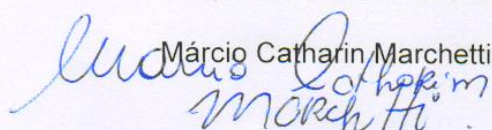
Parecer de aprovação do comitê de Ética.

 Universidade Estadual de Londrina COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná Registro CONEP 268	
Parecer de Aprovação Nº 103/10 CAAE Nº 2668.0.268.000-10 FOLHA DE ROSTO Nº 334862	Londrina, 21 de junho de 2010.
PESQUISADOR: MARCIO CATHARIN MARCHETTI CCE/MESTRADO EM GEOGRAFIA	
Prezado Senhor: O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto: "O PERFIL DA POPULAÇÃO E A ESPACIALIZAÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS DE AIDS EM LONDRINA: UMA CONTRIBUIÇÃO DA GEOGRAFIA DA SAÚDE"	
Situação do Projeto: APROVADO Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
Atenciosamente,  Profª. Dra. Paula Mariza Zedu Alliprandini Vice-Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL	
<small> Campus Universitário: Rodovia Celso Garcia Cid (PR 445), km 380 - Fone (043) 371-4000 FAX - Fax 328-4440 - Caixa Postal 6.001 - CEP 86051-990 - Internet http://www.uel.br Hospital Universitário/Centro de Ciências da Saúde: Av. Robert Koch, 60 - Vila Operária - Fone (043) 381-2900 FAX - Fax 337-4041 e 337-7495 - Caixa Postal 791 - CEP 86038-440 LONDRINA - PARANÁ - BRASIL </small>	

APÊNDICE C**Termo de Sigilo e Confidencialidade.**

Pelo presente instrumento, Márcio Catharin Marchetti, RG: 12727730-3 –SSP/PR, CPF: 344.270.458-80, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: estudante, residente à Rua: Paranaguá, nº 1065, Apto 301, bairro: Centro, na cidade de Londrina – Paraná, discente regularmente matriculado do curso de Mestrado em Geografia da Universidade Estadual de Londrina (UEL), obriga-se a manter o mais absoluto sigilo com relação a toda e qualquer informação a que tiver acesso em função das atividades desempenhadas na pesquisa “O perfil da população e a espacialização dos casos notificados de AIDS em Londrina: uma contribuição da Geografia da Saúde”, entendendo-se como “informação confidencial”, toda informação relativa às pesquisas desenvolvidas na Universidade Estadual de Londrina a que tenha acesso, sob forma escrita, verbal, ou qualquer outro meio de comunicação. As informações serão utilizadas apenas para a pesquisa e elaboração da dissertação sendo de responsabilidade do autor a garantia de sigilo dos dados.

Londrina, 11 de Maio de 2010.


Márcio Catharin Marchetti
MORCHETTI

APÊNDICE D

Ofício de requerimento dos dados.

Londrina, 01 de Abril de 2009

À

Secretaria Municipal de Saúde

AT. Sra. Maria Luiza Iwakura

Prezado,

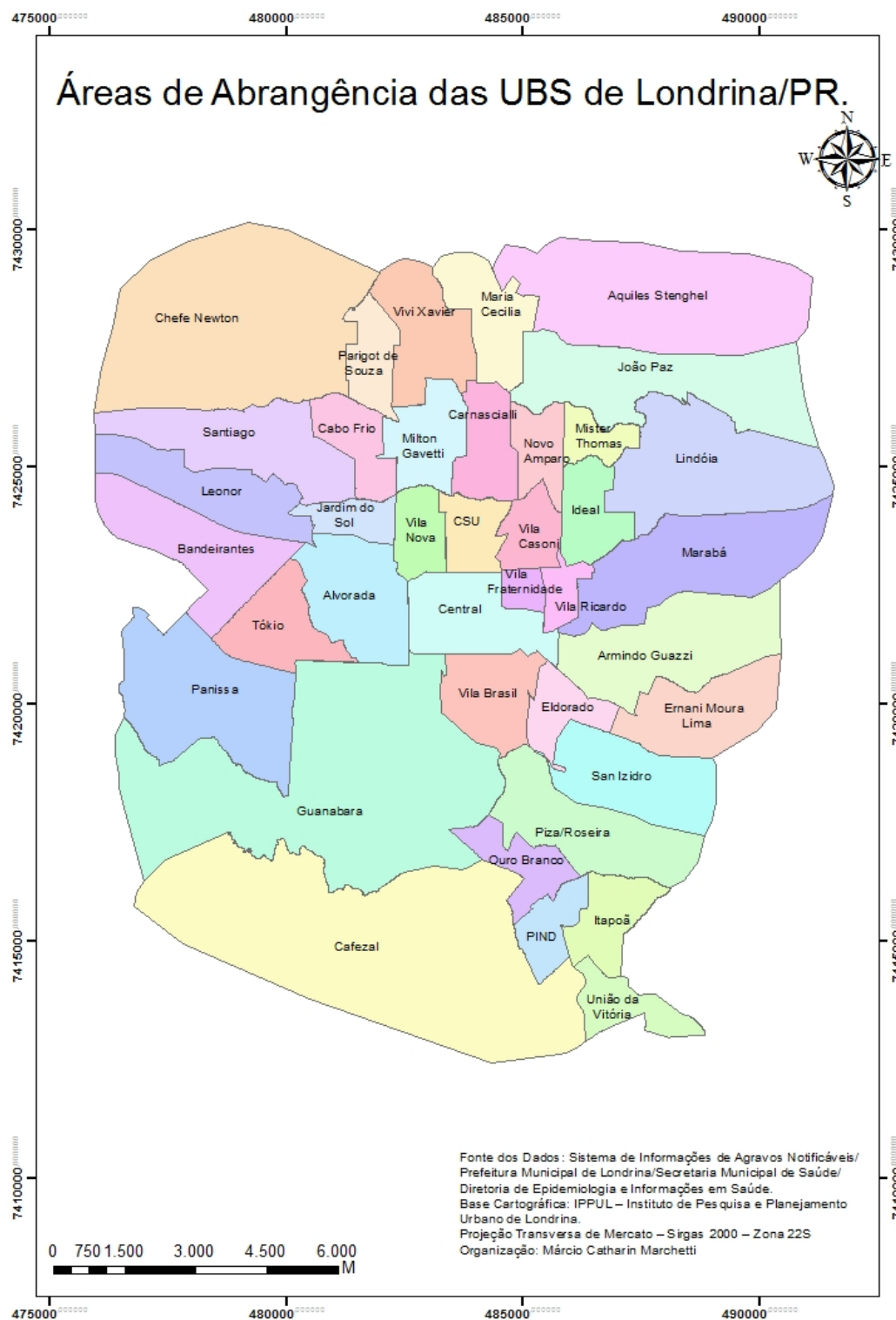
A fim de viabilizar a confecção do Trabalho de conclusão de Curso, solicito dados estatísticos sobre a AIDS em Londrina nos anos de 2002,2003,2004,2005,2006 e 2007, o número de casos confirmados, por sexo, de residentes em cada UBS, por faixa etária. Sou aluno do curso de Geografia da Universidade Estadual de Londrina e serei orientado pela Professora Dra. Márcia Siqueira de Carvalho.

Desde já agradeço.

Márcio CatharinMarchetti

APÊNDICE E

Mapa das áreas de abrangências das UBS de Londrina.



APÊNDICE F

Roteiro da entrevista feita com as pessoas que vivem com HIV/ AIDS.

1-Idade:

2-Forma de Contagio:

3-Filhos:

4-Quanto tempo vive com HIV/AIDS?

5-Onde e como você ficou sabendo da positividade para o HIV?

6-Qual foi a sua reação ao saber do resultado?

7-Você revela a sua sorologia? Pra quem?

8-Já sofreu algum tipo de preconceito?Onde?

9-Pra você o que é o preconceito?

10-Na sua opinião, qual a qualidade do serviço disponível as pessoas vivendo com HIV/AIDS em Londrina?

11-Em relação à banalização da doença, qual a sua opinião?

12- Como esta sua vida após a AIDS?

APÊNDICE G

Roteiro do questionário aplicado as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

QUESTIONÁRIO

1. Sexo: Masc. () Fem. ()

2. Idade: _____

3. Estado civil:

() Solteiro/a

() Casado/a

() Companheiro/a

() Separado/a ou Divorciado/a

() Viúvo/a

4. Orientação Sexual: () Homossexual () Bissexual () Heterossexual

5. É usuário de drogas? () Sim () Não Qual droga? _____

6. Tem filhos/as: Sim () Não () Quantos? _____

7. Profissão: _____

8. Escolaridade:

Fundamental () completo () incompleto ()

Médio () completo () incompleto ()

Universitário: () completo () incompleto ()

Qual curso _____

Pós-Graduação: _____

9. Há quanto tempo você vive com HIV+?

10. O que você pensou ao saber do resultado?

11. Pra você o que é Preconceito?

12. Já sofreu algum tipo de preconceito/discriminação? Se sim, onde?

13. Você revelou sua sorologia para:

- () Família
- () Amigos
- () Ninguém
- () Outros _____

14. Você revela sua sorologia a qualquer pessoa? Por quê?

15. Família, amigos afastaram-se de você quando souberam do resultado positivo? Se sim, houve rejeição, abandono familiar ou algum tipo de agressão moral ou física? Qual?

16. Devido a discriminação fez com que você deixasse de realizar alguma atividade em seu dia-a-dia como:

- () Trabalhar;
- () Estudar;
- () Se divertir;
- () Ter um relacionamento;
- () Outras; _____

17. Como está sua vida nas relações sociais (família, amigos, trabalho, etc)

- () Ótima
- () Boa
- () Regular
- () Ruim
- () Péssima