

Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS no alto Vale do Jequitinhonha, 1995-2008

Epidemiological profile of patients with HIV/AIDS in Vale do Jequitinhonha, 1995-2008

Thamara de Souza Campos¹, Liliane da Consolação Campos Ribeiro²

RESUMO

O objetivo deste estudo foi traçar o perfil epidemiológico dos portadores do vírus da imunodeficiência humana e síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) atendidos no Programa Municipal de doenças sexualmente transmissíveis/SIDA/AIDS em Diamantina/MG, de 1995 a 2008, referência do Alto Vale do Jequitinhonha. O método utilizado foi retrospectivo descritivo e exploratório, por meio de análise de prontuários dos 65 pacientes cadastrados, sendo que 58,5% (n=38) eram mulheres, 63,1% (n=41) moravam na zona urbana e 43,1% (n=28) eram solteiros. A ocupação principal das mulheres e dos homens de 50 (n=19) e 66,6% (n=18) como dona de casa e atividade manual, respectivamente. A atividade sexual era mantida por 87,7% (n=57) dos pacientes, sendo que 52,3% (n=34) deles possuíam parceiro fixo, e 83,1% (n=54) eram heterossexuais. Antes do diagnóstico, 66,2% (n=43) nunca usaram preservativo e 76,9% (n=50) nunca fizeram uso de drogas injetáveis. Constituem traços da infecção no Alto Jequitinhonha a interiorização, heterossexualização, feminização e pauperização.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida/epidemiologia; Assistência Ambulatorial; Epidemiologia.

ABSTRACT

This study aimed at determining the epidemiological profile of patients with human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) treated by the Municipal Program of Sexual Transmitted Disease/AIDS in Diamantina, Minas Gerais, from 1995 to 2008, reference of the Alto Vale do Jequitinhonha. A retrospective descriptive and exploratory method was used, analyzing the medical records of 65 registered patients in which 58.5% (n=38) were women and 63.1% (n=41) were living in urban areas and 43.1% (n=28) were single. The main occupation of women 50 (n=19) and men, 66.6% (n=18) was as a housewife and handcraft, respectively. From the total, 87.7% (n=57) of the patients maintained sexual activity, 52.3% (n=34) had a steady partner, and 83.1% (n=54) were heterosexual. Before diagnosed, 66.2% (n=43) had never used condoms and 76.9% (n=50) had never used injected drugs. Internalization, heterosexuals and feminization and pauperization represent traces of infection in Alto Jequitinhonha

Key words: Acquired Immunodeficiency Syndrome/epidemiology; Ambulatory Care; Epidemiology.

Recebido em: 26/04/2009
Aprovado em: 29/09/2010

Instituição:
Programa de DST/HIV/AIDS do Alto Jequitinhonha

Endereço para correspondência:
Thamara de Souza Campos
Rua: Frutal, 197
Bairro: Santa Efigênia
Belo Horizonte, MG – Brasil
Email: thamarasc@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é das mais importantes epidemias de toda a história. Decorre, principalmente, da forma como o vírus da imu-

odeficiência humana (VIH) é transmitido; por sua elevada mutagenicidade; pela inexistência de vacina eficaz; e pelo fato da infecção promover a degradação imunológica.¹ A associação dessas questões a problemas de ordem social e econômica tornou essa epidemia um desafio para a sociedade moderna.

Sua incidência mundial chega a 5 milhões de casos por ano, apesar da disponibilidade de tratamento, perfazendo cerca de 39 milhões de infectados. Deste total, 60% se encontram nos países africanos, onde a epidemia se soma a problemas como a fome, guerras civis, falta de políticas eficazes de saúde e educação. É na Ásia, entretanto, que se espera alta incidência de casos de SIDA, pois em alguns de seus países a incidência superou os 1.000% de 1996-2003.²

O Brasil é, hoje, o único país do Terceiro Mundo a possuir programa adequado de políticas para a SIDA voltado para o tratamento e controle da epidemia, além de garantir legislação especial para o portador do VIH.³ Para que esse programa fosse vitorioso, destacaram-se grandes avanços, como: os programas de distribuição gratuita de medicação antirretroviral e de tratamento de doenças oportunistas; a realização de exames de diagnóstico e acompanhamento clínico; a criação de rede laboratorial para monitoramento de resistência à medicação; a capacitação de profissionais para a atenção de portadores de DST/VIH/SIDA; a quebra de patente de medicamentos e a sua disponibilidade em custos permissivos para a situação de países em desenvolvimento; os programas de educação veiculados na mídia, entre outros. Essas políticas já foram capazes de reduzir de forma sustentada a mortalidade por SIDA e a incidência da doença.⁴

No estado de Minas Gerais, já foram notificados 19.170 casos de SIDA, sendo 70% homens e 30% mulheres. A cada ano tem aumentado a interiorização da epidemia no estado de Minas Gerais.⁵

Apesar da atenção redobrada em relação à SIDA no país, observa-se tendência ao crescimento da epidemia em municípios de menor porte em relação aos grandes centros urbanos.⁶

O conhecimento do perfil epidemiológico da região do Alto Vale do Jequitinhonha em relação à SIDA constitui-se em pressuposto para o desenvolvimento de estratégias adequadas ao seu controle na região, seja em relação à sua prevenção ou à assistência. Este trabalho objetiva estabelecer o perfil epidemiológico da SIDA dos pacientes atendidos pelo Programa Municipal DST/SIDA-AIDS de referência de toda a região do Alto Vale Jequitinhonha.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de estudo retrospectivo descritivo e exploratório, por meio de análise de prontuários de pacientes atendidos no Programa Municipal de DST/SIDA-AIDS, do município de referência do Alto Vale Jequitinhonha.

Para o registro das informações foi construído um instrumento submetido, posteriormente, à validação de aparência e conteúdo, cujo objetivo foi avaliar se os itens do instrumento estavam explicitados adequadamente e se representavam o universo do conteúdo estudado. Dois docentes de universidade pública foram convidados a realizar a validação de aparência e conteúdo, o que facilitou o desenvolvimento da pesquisa.

Foram estudadas todas as pessoas com VIH/SIDA, de 13 anos de idade ou mais, atendidas no Serviço de Referência desde janeiro 1995 a dezembro 2008 e que continuaram em tratamento, ou seja, não foram a óbito nem abandonaram a terapêutica. O instrumento foi preenchido pela própria pesquisadora.

As variáveis socioeconômicas foram faixa etária, local de moradia, cor, anos de estudo, ocupação e estado civil. As variáveis relacionadas à infecção foram atividade sexual, tipo de relação sexual, relação com parceiro fixo, uso de preservativo antes e depois do diagnóstico e uso de drogas injetáveis.

Foi utilizada a classificação das ocupações com base no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dividindo as profissões em “não manual” e “manual”, compreendidos, respectivamente, por: proprietários rurais, profissionais liberais “clássicos” (tais como advogados, médicos e engenheiros), outros profissionais universitários (como enfermeiros, psicólogos e analistas de sistema), empregadores, empresários autônomos, dirigentes (como diretores), ocupações técnicas e artísticas (professores, práticos de enfermagem e dançarinos), ocupações não manuais de rotina (auxiliares administrativos, secretários e comerciários), supervisores do trabalho manual (inspetores gerais e encarregados de obras); e trabalhadores rurais, trabalhadores da indústria moderna (técnicos gráficos e encadernadores e da indústria eletrônica), trabalhadores da indústria tradicional (pedreiros, carpinteiros e costureiros), trabalhadores no comércio ambulante (feirantes e vendedores ambulantes), trabalhadores nos serviços pessoais (cabeleireiros, cozinheiros e manicures), trabalhadores nos serviços gerais (faxineiros, seguranças e

motoristas) e trabalhadores nos serviços domésticos (empregadas domésticas e babás).⁷ Foi acrescentada a categoria Dona de Casa pela quantidade significativa de registros.

Foram respeitados os aspectos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Rio Jequitinhonha e Mucuri, sob número do protocolo definitivo 0626/08.

As informações coletadas pertinentes ao objetivo proposto neste artigo foram digitadas em um banco de dados no *software* SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences for Windows* versão 12.0, a partir do qual foram realizadas as análises de frequência das variáveis categóricas e descritivas das variáveis quantitativas.

RESULTADOS

Foram estudados 65 pacientes portadores de VIH/SIDA distribuídos nas seguintes categorias: mulheres (58,5%; n=38), moradores de zona urbana (63,1%; n=41), faiodermos (60%; n=39), solteiros (43,1%; n=28), com escolaridade informada (54,8%; n=35) de um a três anos e de oito a 11 anos entre as mulheres (40,9%, n=9) e os homens (53,8%, n=7) respectivamente. A principal ocupação foi o trabalho manual em 66,6% dos homens (n=18) e em 50% das mulheres - 50% (n=19) como donas de casa (Tabela 1).

A atividade sexual foi mantida por 87,7% (n=57) dos pacientes. Destes, 52,3% (n=34) tinham parceiro fixo, sendo que entre os homens a proporção era a mesma de ter ou não parceiro fixo; 83,1% (n=54) das relações eram heterossexuais, porcentagem mais alta entre mulheres. A utilização do preservativo antes e após o diagnóstico de SIDA foi declarada como nunca ter sido usado e não há informação em 66,2% (n=43) e 75,4% (n=49) dos casos, respectivamente. O uso de drogas injetáveis nunca foi feito por 76,9% (n=50) dos pacientes (Tabela 2).

DISCUSSÃO

O perfil epidemiológico dos 65 pacientes com VIH/SIDA, no Alto Vale do Jequitinhonha, atendidos no Serviço de Referência DST/SIDA-AIDS de Diaman-

tina/MG, no período de 1995 a 2008, acompanhou a evolução da epidemia no país. A escolaridade e a ocupação foram usadas como marcadores da situação socioeconômica, observando-se o aumento dos casos de VIH/SIDA associado à baixa escolaridade⁸ e à ocupação manual. Representam profissões de baixa remuneração por seu trabalho⁷, o que indica a pauperização da doença. As mulheres, em 40,9% (n=9), estudaram um a três anos, caracterizando a tendência da epidemia a atingir pessoas com níveis de escolaridade mais baixos.⁸ Há significativo aumento de donas de casa neste estudo, sendo de 50% a sua frequência, dado já observado em outros estudos.⁷

Tabela 1 - Análise de frequência das variáveis sociodemográficas por sexo

Sexo/Faixa Etária	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
< 20 anos	0	0,0	2	5,3
21-30	3	11,1	9	23,7
31-40	12	44,4	12	31,6
41-50	8	29,7	14	36,8
acima de 50 anos	4	14,8	1	2,6
Moradia				
Zona Urbana	17	62,9	24	63,1
Zona Rural	10	37,1	14	36,9
Cor				
Branco	4	14,8	9	23,7
Pardo	16	59,3	23	60,5
Negro	6	22,2	4	10,5
Sem informação	1	3,7	2	5,3
Escolaridade				
1 a 3 anos	2	7,4	9	23,7
4 a 7 anos	4	14,8	5	13,2
8 a 11 anos	7	25,9	3	7,8
> 12 anos	0	0,0	5	13,2
Sem informação	14	51,9	16	42,1
Estado Civil				
Solteiro	13	48,2	15	39,5
Casado	12	44,4	13	34,2
Amasiado	2	7,4	3	7,9
Viúvo	0	0,0	7	18,4
Ocupação				
Não-manual	7	25,9	6	15,8
Manual	18	66,6	8	21,1
Donas de casa	00	0,0	19	50,0
Sem informação	2	7,5	5	13,1
TOTAL	27	41,5	38	58,5

Tabela 2 - Análise de frequência das variáveis relacionadas à infecção, por sexo

Sexo/Atividade Sexual	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Sim	24	88,9	33	86,9
Não	0	0,0	4	10,5
Sem informação	3	11,1	1	2,6
Parceiro Fixo				
Sim	9	33,3	25	65,8
Não	9	33,3	12	31,6
Sem informação	9	33,4	1	2,6
Tipo de relação sexual				
Heterossexual	19	70,4	35	92,1
Homossexual	2	7,4	0	0,0
Bissexual	3	11,1	0	0,0
Sem informação	3	11,1	3	7,9
Utilização do preservativo antes do diagnóstico				
Nunca	20	74,1	23	60,5
Às vezes	2	7,4	0	0,0
Sem informação	5	18,5	15	39,5
Utilização do preservativo após o diagnóstico				
Nunca	4	14,8	5	13,2
Sempre	4	14,8	3	7,9
Sem informação	19	70,4	30	78,9
Uso de drogas injetáveis				
Nunca	23	85,2	27	71,1
Sempre	2	7,4	0	0,0
Sem informação	2	7,4	11	28,9
TOTAL	27	41,5	38	58,5

Esses dados são preocupantes, pois, apesar do Brasil ter mais casos notificados em homens, a velocidade de crescimento da epidemia é, como em outros países, mais significativa nas mulheres.⁹

Os homens apresentaram crescimento da ocupação manual de 66,6% (n=18), na sua maioria trabalhadores rurais. Aproximadamente 36,9% (n=24) da população estudada moravam na zona rural. Esses dados são confirmatórios de estudos anteriores, no que diz respeito à razão das taxas crescentes de VIH/SIDA entre trabalhadores rurais e a interiorização da epidemia.⁷

Acredita-se que a falta de informação e de conhecimento sobre a infecção, a transmissão e os métodos de prevenção estejam diretamente ligados à escolaridade e acesso aos meios de comunicação e saúde.^{10,11}

A via sexual é a forma predominante de transmissão do VIH no Brasil, ocorrendo em 92,1% (n=35) das mulheres com indivíduos do sexo oposto. A relação

heterossexual é a forma de transmissão que mais tem contribuído para a feminização da epidemia no Brasil.¹² Vários fatores biossocioculturais estão associados à propagação do VIH/SIDA entre as mulheres pela relação heterossexual.

A transmissão do homem para a mulher ocorre mais efetivamente, devido às condições biológicas (a maior extensão da mucosa vaginal), e pelo fato do vírus se apresentar em quantidade muito maior no líquido seminal, quando comparado ao fluido vaginal.¹³ As questões que envolvem a identidade de gênero determinam os papéis sociais de homens e mulheres, cuja assimetria aumenta a vulnerabilidade das mulheres à infecção.¹⁴ Na subalternidade da relação mulher e homem, quando o relacionamento envolve afeto, é comum passar a sensação ilusória de que o amor garante “proteção” contra a “infecção”.¹⁵

A aceitação das mulheres quanto às relações extraconjugais de seus parceiros como sendo “coisa de homem”, “normal” implica comportamento de risco e vulnerabilidade feminina causada pela submissão, dependência de seus parceiros e o amor como elementos integrantes da identidade feminina, impedindo as ações preventivas.¹² No perfil apresentado, 65,8% (n=25) e 33,3% (n=9) das mulheres e dos homens possuíam parceria fixa, respectivamente, constatando-se mais fidelidade do sexo feminino.

O uso do preservativo (camisinha), masculino ou feminino, constitui-se no único método que impede a propagação do VIH/SIDA por via sexual, além das demais DSTs. Apesar das campanhas incessantes dos programas de saúde, a taxa de uso do preservativo está aquém do esperado.¹⁶ O uso do preservativo entre as mulheres é reduzido com o aumento da sua idade, em casadas ou nas que possuem relacionamento estável, nas de baixa escolaridade e renda, sendo que, destas, 17,1% disseram usar o preservativo para se proteger.¹⁷ Martins *et al.*¹⁸ evidenciaram que os principais motivos para a não utilização do preservativo eram: não gostar de usá-lo, confiança no parceiro e imprevisibilidade das relações sexuais. Neste estudo, a utilização de preservativo antes da descoberta da soropositividade mostrou que 66,2% (n=43) nunca usaram. E após o diagnóstico, 75,4% (n=49) não mencionaram a sua utilização, comportamento que representa grave problema de saúde coletiva.

O uso do preservativo é dever do portador do VIH, em virtude da ampla transmissão mediante a relação sexual, o que reflete a consciência e a responsabilidade da pessoa acometida e seu parceiro.¹⁹ Isso reflete a

importância do uso de preservativo durante todas as relações sexuais e também da orientação de seu uso pelos profissionais de saúde a qualquer pessoa, seja ela adolescente ou idosa.

CONCLUSÃO

Apesar das limitações decorrentes da falta de informações nos prontuários aqui estudados, dados importantes foram revelados sobre a epidemia na região do Alto Vale do Jequitinhonha. Esse perfil é marcado pelos traços da interiorização, heterossexualização, feminização e pauperização.

Em região na qual o VIH evolui em meio às pessoas menos favorecidas, mulheres e menos escolarizados, a epidemia de SIDA representa desafio para a sociedade e profissionais de saúde engajados em seu controle. Esses dados incitam a busca por meios para efetivar as medidas de prevenção, de forma culturalmente sensível, para abranger os diferentes grupos populacionais, com grau de instrução em diversos níveis e, principalmente, levar a informação a todos pelos meios de comunicação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Quiñones-Mateu ME, Arts EJ. HIV-1 Fitness: implications for drug resistance, disease progression, and global epidemic evolution. *Kuiken*. 2001; 6(2):134-70.
2. World Health Organization. Overview of global AIDS epidemic. In: World Health Organization. 2006 Report on the global AIDS Epidemic [Cited 2009 mar 12]. Available from: http://www.who.int/hiv/mediacentre/2006_GR_CH02_en.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Dados da Pesquisa em DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Assistência em DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. AIDS em Minas Gerais 1982-2004. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2004.
6. Packer R, Camargo Júnior KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16(1):89-102.
7. Fonseca MG, Travasso C, Bastos FI, Silva NV, Szwarcwald CL. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(5):1351-63.
8. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16(Supl.1):77-87.
9. Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5(2):286-310.
10. Helena ETS, Mafra ML, Simes M. Fatores associados à sobrevivência de pessoas vivendo com aids no município de Blumenau, Estado de Santa Catarina, Brasil, 1997-2004. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009; 18(1):45-53.
11. Varella, RB. Aspectos da epidemia de Aids em município de médio porte do Rio de Janeiro, 200-2004. *Rev Bras Epidemiol*. 2006; 9(4):447-53.
12. Gabriel R, Barbosa DA, Vianna LAC. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte – município de São Paulo. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(4):509-13.
13. Gir E, Canini SRMS, Prado MA, Carvalho MJ, Duarte G, Reis RK. A feminização da aids: conhecimento de mulheres soropositivas sobre a transmissão e prevenção do HIV-1. *J Bras Doenças Transm*. 2004; 16(3):73-6.
14. Neves LAS, Gir E. Prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS: compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
15. Griep RH, Araújo CLF, Batista SM. Comportamento de risco para infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/aids no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2005; 14(2):119-26.
16. Tamayo A, Lima A, Marques J, Martins, L. Prioridades axiológicas e uso de preservativo. *psicologia: Reflex Crít*. 2001; 14(1):167-75.
17. Carreno I, Costa JSD. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4):720-6.
18. Martins LBM, Paiva LHSC, Osís MJD, Sousa MH, Pinto Neto AM, Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(2):315-23.
19. Felismino HP, Costa SFG, Soares MJGO. Direitos e deveres de pessoas vivendo com HIV/AIDS no âmbito da saúde: um enfoque bioético. *Rev Eletr Enferm*. 2008; 10(1):87-99.