

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ANÁLISES CLÍNICAS

CAROLYNA BRITO LOPES LEITÃO

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE TESTAGEM E
ACONSELHAMENTO – DST/AIDS DA CIDADE DE SÃO LUÍS – MA PARA
TESTAGEM HIV**

São Luís
2009

CAROLYNA BRITO LOPES LEITÃO

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE TESTAGEM E
ACONSELHAMENTO – DST/AIDS DA CIDADE DE SÃO LUÍS – MA PARA
TESTAGEM HIV**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Análises Clínicas do Laboro - Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Análises Clínicas.

Orientadora: Profa. Mestre Serlyjane Penha Hermano Nunes

São Luís

2009

CAROLYNA BRITO LOPES LEITÃO

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE TESTAGEM E
ACONSELHAMENTO – DST/AIDS DA CIDADE DE SÃO LUÍS – MA PARA
TESTAGEM HIV**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Análises Clínicas do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Análises Clínicas.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Serlyjane Penha Hermano Nunes (Orientadora)

Mestre em Ciências da Saúde

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Árina Santos Ribeiro

Mestre em Saúde Ambiente

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

A Deus, meus pais, minha avó e meu namorado pelo apoio recebido ao longo de todo o curso.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença em nossas vidas.

Aos meus pais, Dalvany Brito Lopes Leitão e Joaquim Felipe Lemos Leitão e minha avó Rosalva Soares Brito de Souza, por estarem sempre presentes, ajudando em tudo que preciso.

Ao meu namorado Thiago Muniz Couto, pela paciência, dedicação e amor.

Aos meus familiares, pela compreensão e incentivo dispensado no transcorrer dessa trajetória.

Aos meus chefes do Centro de Testagem e Aconselhamento do Lira, Marilene Agra e Tiago Ahid, por permitirem a coleta de dados no setor e pela ajuda em todos os momentos que precisei para tirar minhas dúvidas.

A minha amiga Alicia Valeria e ao Prof. Mestre João Batista Bottentuit Junior, pela colaboração.

A Profa. Mestre Serlyjane Penha Hermano Nunes, minha orientadora, pela dedicação e conhecimento dispensados neste trabalho.

A todos os meus amigos do Centro de Testagem e Aconselhamento do Lira, pela atenção e paciência.

“A felicidade não está no fim da jornada, e sim em cada curva do caminho que percorremos para encontrá-la”.

(autor desconhecido)

RESUMO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) são doenças que passam de uma pessoa para outra através da relação sexual sem o uso de preservativo, independente do tipo de parceiro sexual. Algumas DST's podem ser transmitidas também através do sangue contaminado como: sífilis, hepatites virais e o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Para atender essa população foi criado em São Luís, o Centro de Orientação Anônima – COA, hoje Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS, ou CTA, com objetivo de promover a equidade de acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, hepatites B e C e sífilis e à prevenção dessas e das demais DST. O objetivo do trabalho foi conhecer o perfil dos pacientes atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento – DST/AIDS da Cidade de São Luís – MA para testagem HIV no período de janeiro a dezembro de 2008. Foram atendidos 4142 pacientes dentre os quais, encontrou-se 78 casos positivos em mulheres e 93 casos positivos em homens, 43 casos positivos haviam concluído o Ensino Médio (antigo Segundo Grau), 43,5% encontram-se nas faixas etárias situadas entre 20 a 29 anos de idade, entre o sexo feminino e para o sexo masculino, 38,7% encontram-se entre 30 a 39 anos de idade. A epidemia da AIDS vem crescendo ao longo dos anos, mesmo após a implantação dos CTAs como estratégia de controle da epidemia. Por este motivo e, frente à grande importância epidemiológica das informações, se faz necessário um estudo mais detalhado sobre a prevalência da AIDS em pacientes atendidos no CTA.

Palavras-chave: HIV. Centro de Testagem e Aconselhamento. DST.

ABSTRACT

The Sexually Transmitted Diseases (STD's) are diseases that pass from one person to another through sexual intercourse without using condoms, regardless of the type of sexual partner. Some STD's can also be transmitted through contaminated blood as syphilis, viral hepatitis and human immunodeficiency virus (HIV). To answer this population was established in St. Louis, the Center for Orientation Anonymous - COA today Counseling and Testing Center in STD / HIV / AIDS, or CTA, with the objective of promoting equity of access to counseling, the diagnosis of HIV, hepatitis B and C and syphilis and the prevention of these and other STDs. The objective was to know the profile of patients at the Center for Testing and Counseling - DST/AIDS the city of São Luís - MA for HIV testing in the period January to December of 2008. 4142 patients were seen among them, we found 78 positive cases in women and 93 men in positive cases, 43 positive cases had completed high school (formerly Second Degree), 43.5% are in the age groups are between 20 to 29 years of age between the females and for males, 38.7% are among 30 to 39 years of age. The epidemic of AIDS has grown over the years, even after the deployment of AWCs as a strategy to control the epidemic. For this reason, and against the great importance of epidemiological information, it is necessary a more detailed study on the prevalence of AIDS in patients in CTA.

Key- words: HIV. Center for Testing and Counseling. STD.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	p. 9
2	OBJETIVOS	12
2.1	Geral	12
2.2	Específicos	12
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	16
4.1	Delineamento do estudo	16
4.2	Coleta de dados	16
4.3	Análise de dados	16
5	RESULTADOS	18
6	DISCUSSÃO	24
7	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	29
	ANEXO	32

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) são muito freqüentes em nosso meio, bastando dizer que, de cada dez consultas realizadas no Brasil, duas são relacionadas a esse tipo de doença (SANTA CATARINA, 2006). As DST's são doenças que passam de uma pessoa para outra através da relação sexual sem o uso de preservativo, independente do tipo de parceiro sexual (seja homem com mulher, homem com homem ou mulher com mulher). Algumas DST's podem ser transmitidas também através do sangue contaminado como: sífilis, hepatites virais e o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), podendo ainda ser transmitidas para o feto durante a gravidez, se a mãe estiver contaminada.

Ao contrário do que muitos pensam, as DST's podem ter conseqüências graves como esterilidade, aborto, nascimento de bebês prematuros, deficiência física ou mental em bebês de grávidas contaminadas e alguns tipos de câncer. As DST's são um grupo de enfermidades que tem uma das maiores taxas entre as doenças infecciosas notificáveis em diversos países. Além disso, quando uma pessoa apresenta uma DST tem uma chance maior de pegar outra DST, inclusive o HIV (SANTA CATARINA, 2006).

O Vírus da Imunodeficiência Humana, do inglês *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), teve seus primeiros casos notificados com cinco jovens, do sexo masculino, homossexuais, residentes em Los Angeles nos EUA, e que apresentavam um quadro clínico laboratorial de pneumonia por *Pneumocystis carini*, infecção por citomegalovírus e Sarcoma de *Kaposi*, acompanhada de comprometimento do sistema imune. Todos esses fatores convergiam para a inferência de que se tratava de uma doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível (CAMARGO, PARKER, 2000). Baseado nos dados antecedentes de que ela agredia apenas homossexuais masculinos, o Centro de Controle de Doenças (CDC), no final de 1982, decidiu nomeá-la de *Gay Related Imuno Deficiency* (GRID) – Imunodeficiência ligada aos homossexuais, ou Peste Gay. Posteriormente a doença foi denominada "AIDS" (*Acquired Deficiency Syndrome*) nas línguas anglo-saxônicas e SIDA (Síndrome da

Imunodeficiência Humana) nas línguas neolatinas. No caso particular brasileiro, embora de língua neolatina, foi adotada a sigla inglesa AIDS (RISCADO, 2000).

A AIDS, no que tange ao Sistema de Vigilância Epidemiológica, foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1982, quando sete pacientes homo/bissexuais foram identificados na região centro-oeste. Segundo estudos realizados, presume-se que o HIV entrou no país na década de 1970, e a sua difusão, em um primeiro momento, ocorreu entre as primeiras áreas metropolitanas do Centro-Sul, seguida de um processo de disseminação para as diversas macrorregiões, na década de 1980. Apesar do registro de casos em todos os estados, a epidemia da AIDS não se distribuiu de forma homogênea, observando-se a maior concentração de casos nas regiões Sudeste e Sul, as mais desenvolvidas do Brasil (BRASIL, 2000).

Há alguns anos, a chamada vigilância de segunda geração do HIV vem complementando o sistema clássico de vigilância mediante a conjunção entre o indicador biológico (prevalência da infecção pelo HIV) e a avaliação de comportamentos de risco. Essa vigilância de segunda geração é flexível às necessidades e padrões epidêmicos existentes e oferece uma melhor compreensão das tendências da epidemia, permitindo o melhor planejamento de ações de prevenção e assistência (ARAUJO et al., 2005).

Em São Luís, o Centro de Orientação Anônima – COA, hoje Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS, ou CTA, foi criado em 1995. Em 1998, a Lei Municipal nº 3.705 criou a Coordenação Municipal de DST/AIDS e a Semana Municipal de Prevenção e Controle das doenças Sexualmente Transmissíveis (FILGUEIRAS, [200-?]).

A missão dos CTAs é promover a equidade de acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, hepatites B e C e sífilis e à prevenção dessas e das demais DST, favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, de acordo com as realidades locais, com respeito aos direitos humanos, aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), à voluntariedade do usuário, à demanda espontânea, à integralidade da atenção, sem restrições territoriais. Tem como objetivo ampliar o acesso da população em geral e, principalmente, das populações

mais vulneráveis, ao aconselhamento, às ações de prevenção e ao diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C, realizar ações de aconselhamento com o fim de promover a reflexão sobre as vulnerabilidades, estimular a adoção de medidas de prevenção mais viáveis para cada usuário e reduzir o impacto emocional dos diagnósticos, propiciar a reflexão dos usuários sobre questões relativas à sexualidade e gênero, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, constituir-se como referência para a demanda por testes sorológicos de usuários que chegam aos bancos de sangue, apoiar tecnicamente a rede de atenção básica para a implantação e implementação das ações de aconselhamento, diagnóstico e prevenção das DST, Aids, sífilis e hepatites B e C nos serviços da rede, entre outros (SECRETARIA, 2009).

Os CTAs se constituem hoje em parte da estratégia de informação epidemiológica da AIDS e isto é feito através da facilitação do acesso ao teste anti-HIV de forma sigilosa. Como recurso de avaliação de risco dos usuários foi criado um Sistema de Informação (SI-CTA) que fornece dados sobre os indivíduos que realizam testes anti-HIV nos CTAs. O sistema teve seu início em 2002 e ainda não inclui informações de todos os CTAs do Brasil, mas fornece informações relevantes sobre subgrupos populacionais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis. Requer, entretanto, cautela no uso dessas informações para a elaboração de indicadores de âmbito populacional, já que essas se referem a indivíduos, em geral, mais vulneráveis à infecção pelo HIV (FILGUEIRAS, [200-?]).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Conhecer o perfil dos pacientes atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento – DST/AIDS da Cidade de São Luís – MA para testagem HIV no período de janeiro a dezembro de 2008.

2.2 ESPECÍFICOS

- Investigar os fatores de risco que levam a infecção pelo HIV na população de São Luís;
- Analisar as características socioeconômicas e comportamentais da população que realiza a testagem anti-HIV.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Completadas duas décadas da epidemia no Brasil, todas as 27 Unidades da Federação já registravam notificação de casos de AIDS. Dos 5.507 municípios brasileiros, cerca de 59% já apresentavam pelo menos um caso de AIDS diagnosticado, caracterizando a tendência de 'interiorização' da epidemia (BRASIL, 2007). A velocidade de crescimento da epidemia no país foi de aproximadamente 36% ao ano, no período de 1987/89 a 1990/92, decrescendo para 12%, no período de 1990/92 a 1993/96. Apesar de apresentar as maiores taxas de incidência, a região Sudeste é a que apresenta, atualmente, o menor ritmo de crescimento e a maior tendência à estabilização. Em junho de 2007 o Brasil registrava 474.273 casos de AIDS acumulados desde 1980. Destes, 314.294 eram homens e 159.793 mulheres (BRASIL, 2007).

Entre 1980 e 2007 observa-se que, do total de casos identificados em homens, 78% estão na faixa etária de 25 a 49 anos. Para as mulheres, essa proporção, 71%, corresponde para a mesma faixa etária. Em ambos os sexos, observam-se aumento percentual de casos de AIDS na faixa etária de mais de 50 anos. Com relação às taxas de incidência segundo sexo e faixa etária, no sexo masculino, as maiores taxas estão na faixa etária de 30 a 49 anos e, observa-se ainda, redução das taxas de incidência na faixa etária de 25 a 39 anos. No sexo feminino, as maiores taxas de incidência estão na faixa etária de 30 a 39 anos, com incremento a partir dos 40 anos. Na categoria de exposição transmissão sexual, em 2005, observou-se maior proporção na subcategoria heterossexual, representando 9,2% dos casos. Essa subcategoria vem crescendo proporcionalmente ao longo do período observado. A categoria de exposição transmissão vertical concentra a maioria dos casos, 81,6%. No sexo masculino, em 2005, na categoria de exposição sexual há maior transmissão entre os heterossexuais, e na categoria sanguínea, a transmissão é maior entre os usuários de drogas injetáveis (UDI). Ao longo do período de 1980 a 2007, observa-se tendência ao crescimento proporcional da subcategoria de exposição heterossexual, estabilização entre

homo/bissexuais e redução entre os UDI. No sexo feminino, em 2005, há maior transmissão entre heterossexuais e usuárias de drogas injetáveis (BRASIL, 2007).

O panorama atual da epidemia também apresenta significativas mudanças no perfil dos grupos populacionais atingidos. A escolaridade dos indivíduos com AIDS, se tomada como um indicador socioeconômico aponta tendências de aumento de casos em populações de mais baixa renda. A primeira fase da epidemia – até 1986 – foi caracterizada pelos casos entre homo/bissexuais, em sua maioria, com maior nível de escolaridade. Nos anos subseqüentes, observou-se a tendência do aumento no registro de casos com menor escolaridade. O aumento dos casos por uso de drogas injetáveis e devido à transmissão heterossexual, marca a segunda fase da epidemia, que se deu de 1987 a 1992 (BRASIL, 2000).

O primeiro caso notificado de AIDS em pessoa residente no Estado do Maranhão foi em 1985. Hoje, o Estado é responsável por aproximadamente 8% dos casos da Região Nordeste, com coeficiente de incidência de 2,2 por 100 mil habitantes no ano de 1999. Trata-se da quarta posição em números absolutos de casos entre todos os estados da região. O município de São Luís é responsável por 47,4% dos casos notificados no Estado e, em 1998, tinha coeficiente de 12,6 casos por 100 mil habitantes (ALVESA et al., 2003). Até 2003 foram registrados 2.825 casos de AIDS, os municípios que apresentaram os maiores números de casos de AIDS em 2003 foram: São Luís, Imperatriz, Caxias e Timon, a taxa de mortalidade por AIDS no estado variou de 0,9 a 2,2/100 mil hab. nos anos de 1999 a 2002, respectivamente, até dezembro de 2003 foram registrados 58 casos de transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2005).

A epidemia da AIDS vem crescendo ao longo dos anos, mesmo após a implantação dos CTAs como estratégia de controle da epidemia. São Luís não foi diferente das demais cidades do país. Por este motivo e, frente à grande importância epidemiológica das informações, se faz necessário um estudo mais detalhado sobre a prevalência da AIDS em pacientes atendidos no CTA.

Logo, esta pesquisa se mostra como algo de singular relevância, uma vez que conhecendo o perfil epidemiológico dos portadores de HIV/AIDS atendidos neste serviço contribui-se para sua organização, traçando-se o perfil sorológico da região,

bem com a implementação de medidas preventivas e assistenciais no controle da epidemia.

4 METODOLOGIA

4.1 DELIAMENTO DA PESQUISA

Foi realizado um estudo transversal, a metodologia de ensaio utilizada foi anônima não vinculada, com material coletado na rotina do serviço, excluindo qualquer forma de identificação. Não foi permitido que o resultado fosse relacionado ao paciente fonte. Esta metodologia evita o desvio da participação, isto é, não leva em conta a decisão do paciente em participar do projeto.

4.2 COLETA DE DADOS

As informações foram coletadas no mesmo momento, de cada indivíduo estudado. A população de referência foi representada por toda população atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento do Lira (CTA - Lira) no período de janeiro a dezembro de 2008. Foi utilizada uma ficha de pré-teste e pós-teste, preenchida como parte da rotina do serviço e cujos dados são lançados em um banco de dados chamado de SI-CTA, que contém informações socioeconômicas e comportamentais dos indivíduos.

4.3 ANÁLISE DE DADOS

Os resultados dos testes diagnósticos disponibilizados no banco de dados (SI - CTA) foram obtidos a partir de coleta de sangue periférico. Para tal, foram utilizadas agulhas descartáveis e um tubo do tipo *Vacutainer*[®] com capacidade para 10ml, para sorologia do HIV. O soro foi analisado para detecção de anticorpos anti-HIV, empregando-se *kits* de reagentes imunobiológicos de ELISA, cuja metodologia está baseada na detecção combinada de anticorpos para HIV-1/2 e de antígeno de HIV-1 no soro ou no plasma humano (BIO-RAD). As amostras positivas pelo ELISA para anticorpos anti-HIV foram analisadas por meio de reação de Imunofluorescência Indireta (IFI) para anticorpos anti-HIV-1 (Biomanguinhos – FIOCRUZ) e pela técnica *Enzyme Linked Fluorescent Assay – Elfa*, sendo solicitada uma segunda amostra, em

caso de resultado positivo, para realização do exame confirmatório de diagnóstico, ELISA. As amostras negativas foram liberadas, após aconselhamento.

5 RESULTADOS

A coleta de informações através de um banco de dados criado previamente, como o banco de dados do sistema SI-CTA, impões limitações à pesquisa, as quais podem interferir nos resultados apresentados. Dentre essas, pode-se citar a falta de padronização no preenchimento dos questionários, dados registrados por diferentes profissionais, podendo gerar erros de digitação, dados não coletados para fins de estudo, entre outros. Os resultados encontrados não são representativos da população de São Luis, pois só abrangem os usuários que procuraram os CTAs.

Foram atendidos 4142 pacientes dos quais 2597 eram do sexo feminino com 78 (3,0%) casos positivos para HIV e 1545 do sexo masculino com 93 (6,0%) casos positivos para HIV (Gráfico 1).

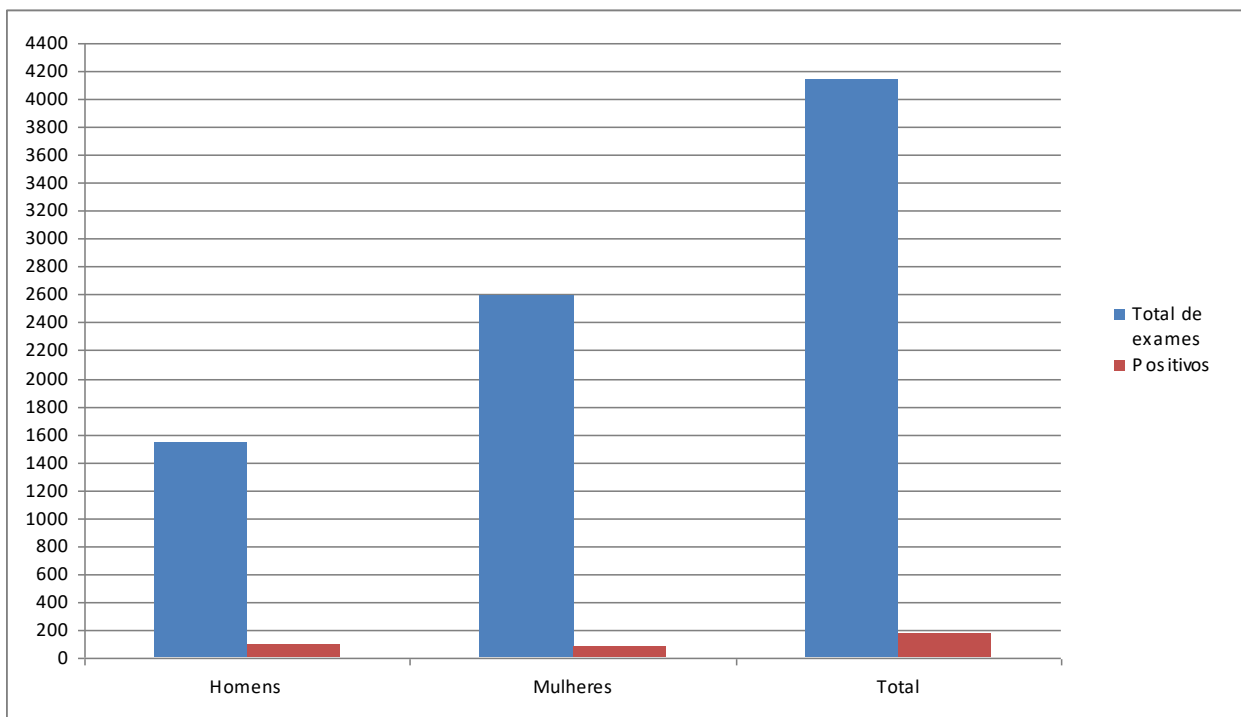


Gráfico 1 - Distribuição percentual de 4142 exames realizados com resultados positivos entre homens e mulheres no CTA, em São Luís – MA, 2008.

Do total de 4142 pacientes, 1569 haviam concluído o Ensino Médio (antigo Segundo Grau), dentre os quais foram encontrados 43 (2,74%) casos positivos e 707 haviam concluído o Ensino Fundamental Maior, com 34 (4,8%) casos positivos. (Gráfico 2).

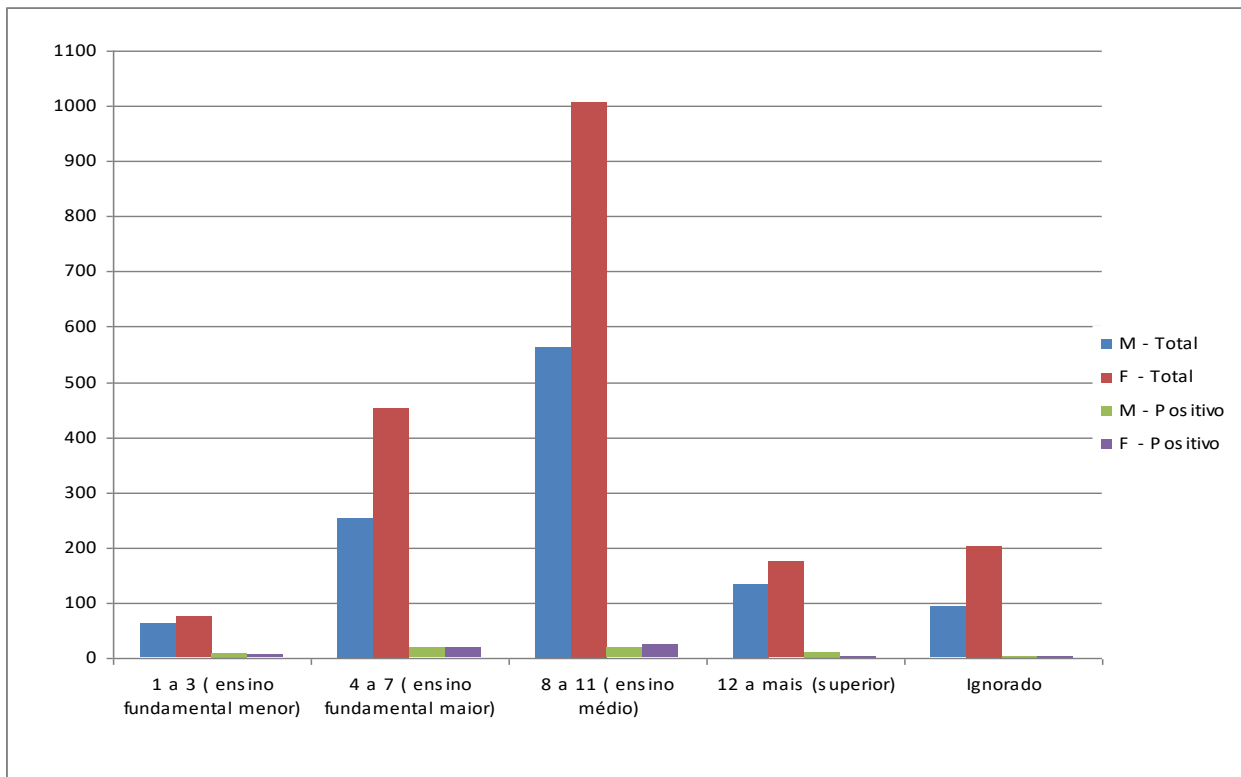


Gráfico 2 - Distribuição percentual de casos positivos por escolaridade no CTA, em São Luís – MA, 2008.

M: indivíduos do sexo masculino; F: indivíduos do sexo feminino.

A idade mínima foi de 1 ano, e a máxima de 99 anos, sendo que das 78 pessoas do sexo feminino com resultado positivo, 43,5% encontram-se nas faixas etárias situadas entre 20 a 29 anos de idade. Para o sexo masculino, dos 93 com resultado positivo, 38,7% encontram-se entre 30 a 39 anos de idade (Gráfico 3).

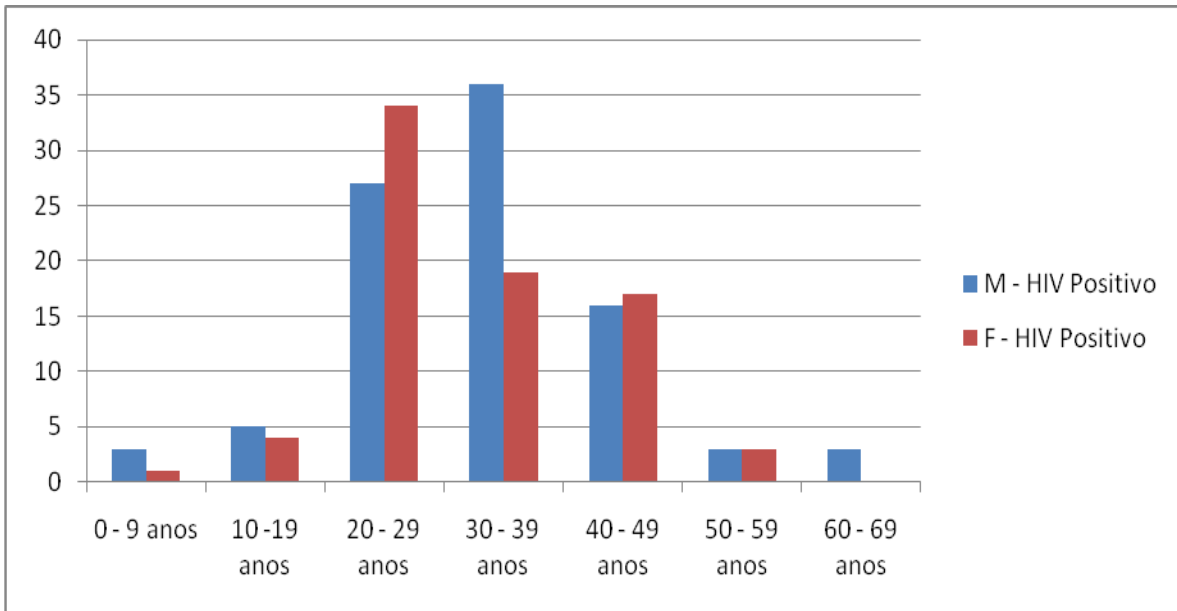


Gráfico 3 - Distribuição percentual de casos positivos entre homens e mulheres de acordo com a faixa etária, em São Luís – MA, 2008. M: indivíduos do sexo masculino; F: indivíduos do sexo feminino

No mês de outubro de 71 pessoas entre homens e mulheres que procuraram o teste por encaminhamento médico, 6 (8,4%) apresentaram resultado positivo. No mês de julho, de 16 pessoas que procuraram o serviço com suspeita de DSTs, não houve resultado confirmado para HIV (Gráficos 4 e 5).

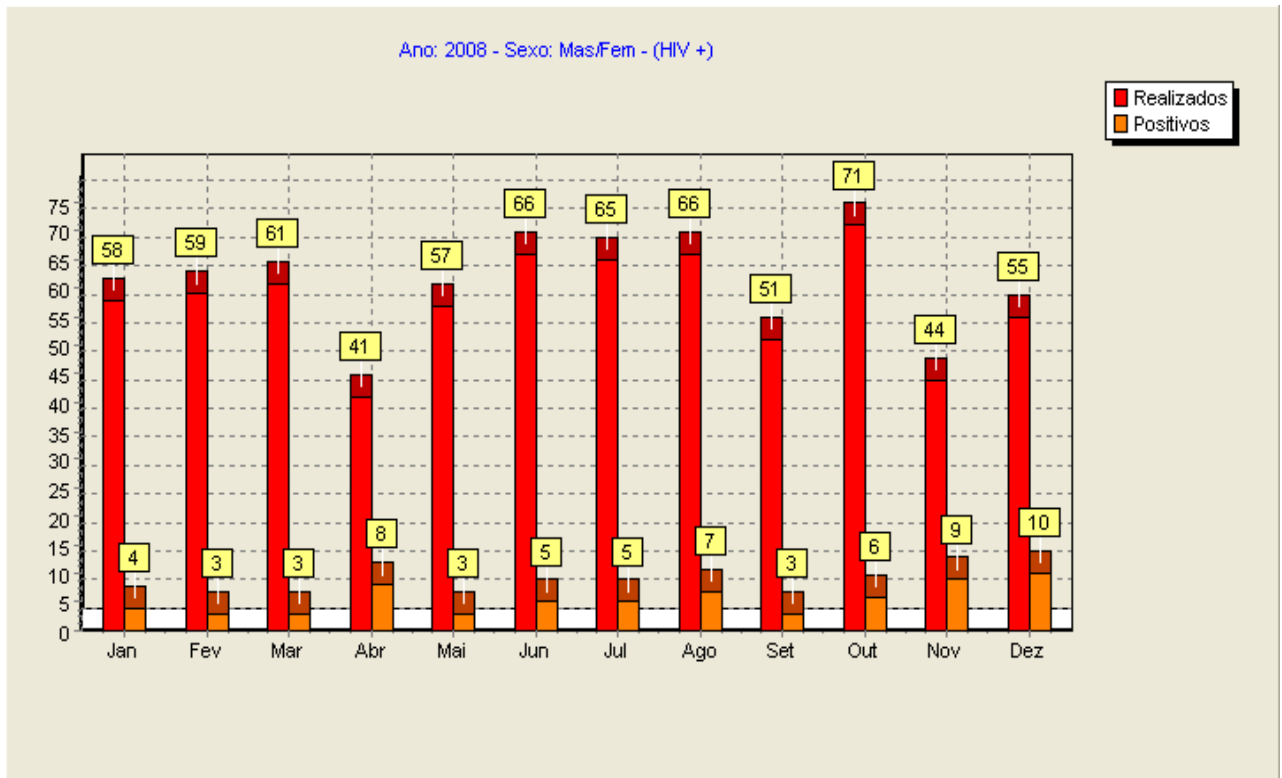


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos casos encaminhados por serviços de saúde em São Luís – MA, 2008.

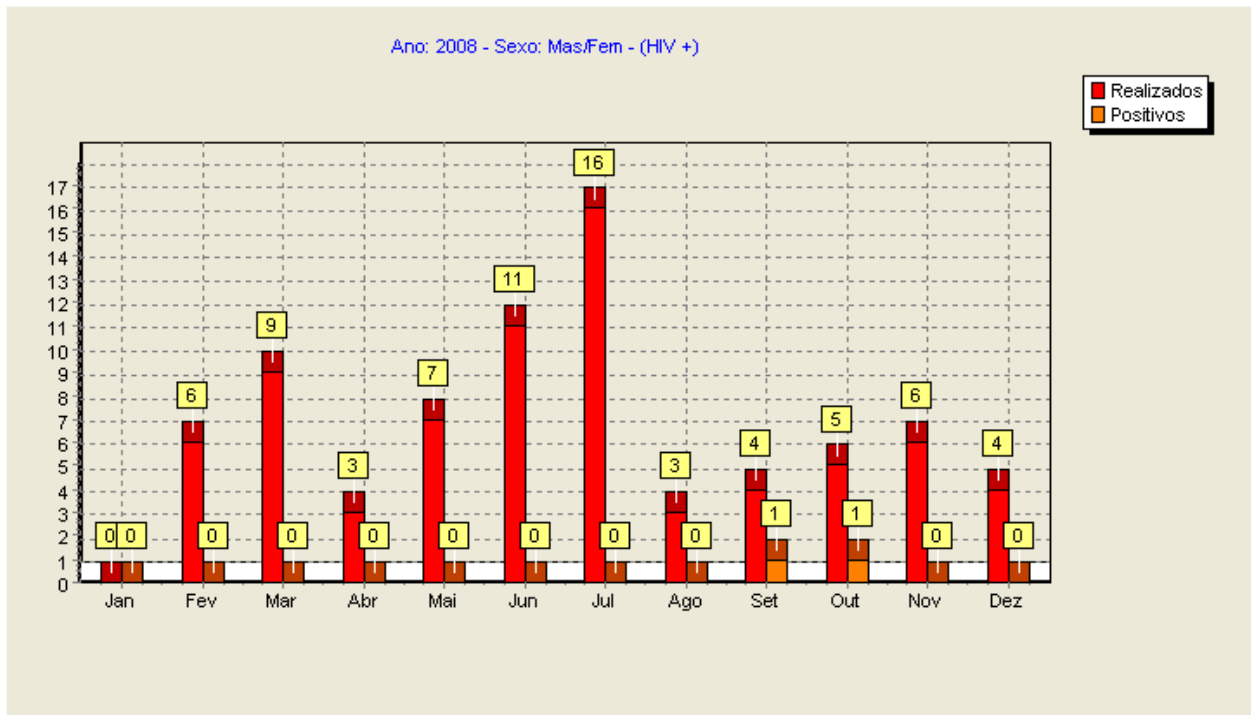


Gráfico 5 - Distribuição percentual dos casos que procuraram o serviço com suspeita de DST's, em São Luís – MA, 2008.

No mês de janeiro de 86 pessoas que procuraram por exposição à situação de risco, das quais apenas 2 (2,3%) tiveram resultado positivo para HIV. O mesmo número de pessoas foram diagnosticadas no mês de dezembro, quando 87 procuraram o serviço por prevenção (2,2%) (Gráficos 6 e 7).

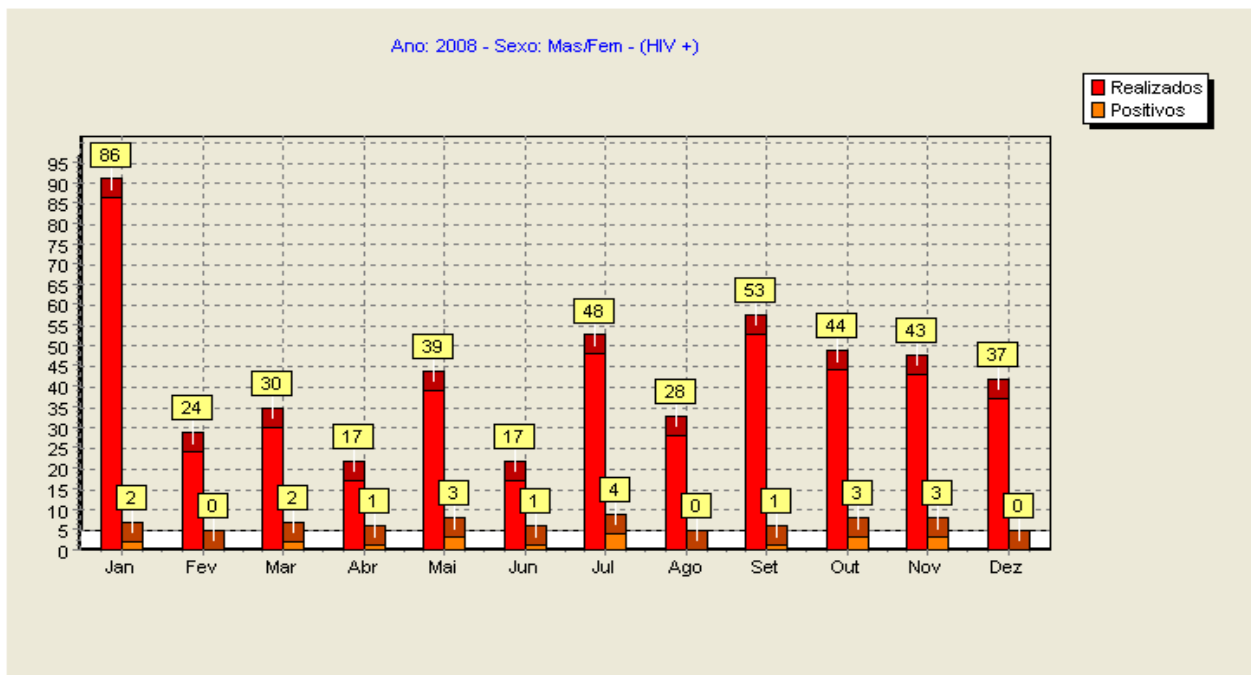


Gráfico 6 - Distribuição percentual dos casos que procuraram o serviço por exposição a situação de risco, em São Luís – MA, 2008.

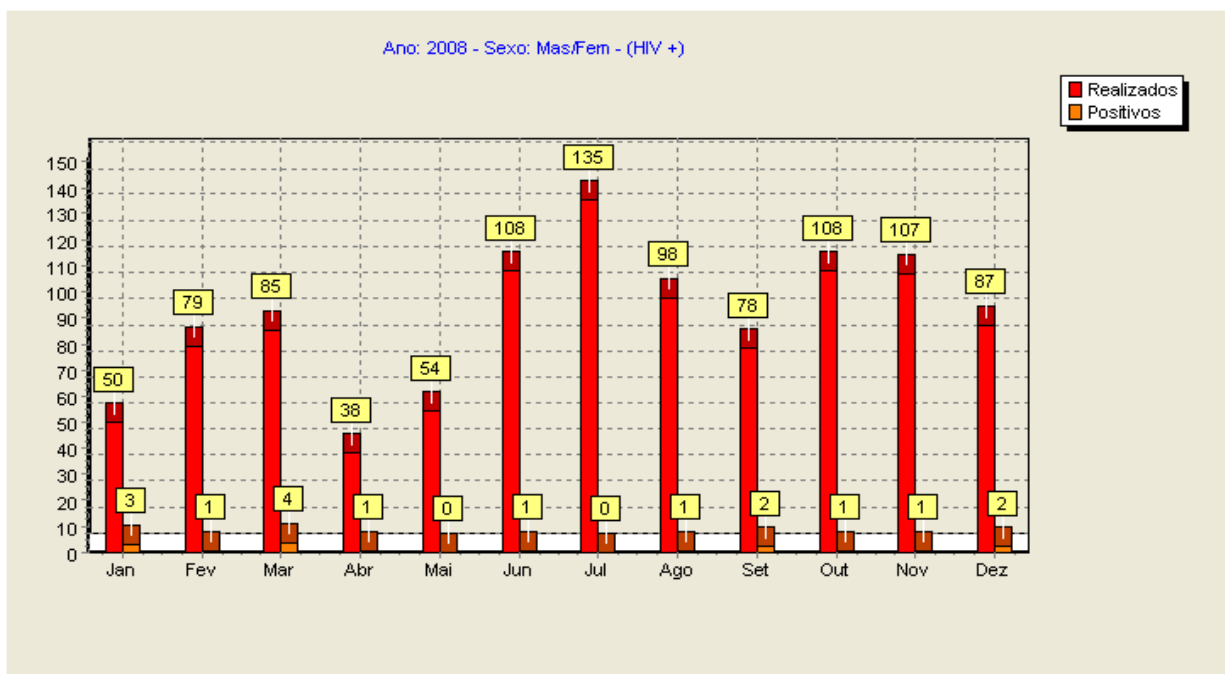


Gráfico 7 - Distribuição percentual dos casos que procuraram o serviço por prevenção, em São Luís – MA, 2008.

6 DISCUSSÃO

No estudo realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento de São Luís, as mulheres apareceram como o grupo que mais procura o centro para fazer exames para DST /AIDS, embora o número de resultados positivos para o HIV tenha sido inferior aos homens. Esse resultado está de acordo com um estudo feito por Rodrigues e Abath (2000), onde foram estudados retrospectivamente 399 pacientes diagnosticados com infecção por HIV, dos quais 75% dos indivíduos infectados pertenciam ao sexo masculino. Resultado que não contraria os dados encontrados pelo Ministério da Saúde no ano de 2007, quando foi divulgado que, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, no ano de 1986 a 2006 foram registrados 1225 casos positivos para homens e 561 para mulheres de um total de 1786 casos (SÃO LUÍS, 2006) (Tabela 1).

Num estudo feito no CTA da cidade de Campos dos Goytacazes, estado do Rio de Janeiro, com pacientes atendidos no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2002 para determinar a prevalência da infecção pelo HIV e analisar suas características sociocomportamentais, foram encontrados casos positivos para infecção pelo HIV, de 0,4% nas mulheres gestantes (n=5.188), 8,1% nas não gestantes (n=1.247) e 12,6% em homens (n=951) (ARAUJO et al., 2005).

Apesar de vários estudos, inclusive este realizado no CTA de São Luís, mostrar a prevalência de casos de HIV no sexo masculino, o fenômeno da feminização vem aumentando. Cada vez mais mulheres vêm se contaminando por meio de práticas heterossexuais, na maioria das vezes, através de parceiros estáveis. As dificuldades de adoção do sexo seguro entre as mulheres estão relacionadas com a dificuldade de negociação do uso do preservativo com seus parceiros, concordando com a idéia que essa dificuldade está relacionada às relações de gênero que determinam as posições sociais a serem ocupadas por homens e mulheres, ou seja, a vulnerabilidade feminina ao HIV remete, necessariamente, às questões sociais e relações patriarcais que ainda existem na atualidade (LIMA, MOREIRA, 2008). A região Sul e Sudeste abrange maior número de casos de HIV, mais atualmente observa-se uma desaceleração do

crescimento da epidemia na população em geral e principalmente na população masculina dessa região, mostrando uma tendência à estabilidade, sendo que no presente estudo mostra que a população do sexo masculino continua sendo a mais afetada, apesar de procurarem menos pelo serviço.

Tabela 1: Distribuição de casos positivos segundo o grupo etário em São Luís, entre 1986 a 2006.

Anos	< de 13 Anos		13 a 49 Anos		> de 50 Anos		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F
1986-2006	33	17	1101	497	91	47	1225	561

Fonte: SÃO LUÍS, 2006.

No presente estudo, a maioria dos casos de HIV positivo entre as mulheres, encontrou-se na faixa etária de 20 a 29 anos de idade e entre os homens de 30 a 39 anos, enquanto o grupo etário predominante de acordo com o Ministério da Saúde no ano de 2007 entre as mulheres foi de 30 a 39 anos e entre os homens de 25 a 49 anos. De acordo com o estudo feito em São Luís no ano de 2006 a faixa etária predominante é de 13 a 49 anos, verificando-se que os dados se mantêm no presente estudo. A intensa atividade sexual nessa fase da vida, aliada ao possível uso de drogas injetáveis, o que também acontece com maior frequência nesse período, poderiam explicar os elevados índices encontrados. Além disso, os adolescentes e jovens são mais propensos a terem múltiplos parceiros sexuais, aumentando o risco de adquirir HIV.

A escolaridade tem sido apontada como importante determinante da situação de saúde do indivíduo por vários autores (LUEPKER et al., 1993; PAPPAS et al., 1993; MACKENBACH et al., 1997; GULLIFORD, MAHABIR, 1998), sendo inclusive a escolaridade da mãe importante preditor da mortalidade de seus filhos (MACHARELLI, OLIVEIRA, 1991). No Brasil, a influência da escolaridade sobre as condições de saúde foi evidenciada pelos resultados da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), realizada em 1996/1997 pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Analisando-se a importância das variáveis sócio-econômicas na percepção do estado de saúde de indivíduos com vinte anos ou mais, como anos de estudo, ocupação e renda mensal, observou-se que a variável “anos de estudo” foi a segunda mais relevante, após a idade (FONSECA et al., 2000). Em São Luís de 1985 a 2006, a totalidade dos casos de AIDS com escolaridade conhecida era de 4 até 11 anos de estudo, como está sendo visto nesse estudo, mas apontando também a positividade dos casos para o nível escolar superior. O presente estudo mostrou que a positividade para infecção do HIV concentra-se no ensino fundamental maior e no ensino médio tanto para o sexo masculino quanto o sexo feminino, dados que estão de acordo com a pesquisa feita em São Luís no ano de 2006 (Tabela 2), indo de encontro aos autores Fonseca et al (2000), os quais avaliaram o grau de escolaridade no Brasil entre o ano de 1986 a 1996, mostrando o primeiro grau (ensino fundamental maior) sendo o mais afetado. É possível que essa diferença se deva ao pequeno número desta amostra.

Tabela 2: Distribuição dos casos positivos segundo o grau de escolaridade em São Luís, entre 1985 a 2006.

Grau de escolaridade	n	%
Nenhuma	114	6,6
De 1 a 3 (1ª a 4ª serie)	200	11,5
De 4 a7 (5ª a 8ª serie)	505	29,1
De 8 a 11 (2ª grau completo)	555	32,0
De 12 a mais(superior)	183	10,5
Ignorado/Branco	178	10,3

Fonte: SÃO LUÍS, 2006.

A procura pelo serviço por encaminhamento médico e por prevenção em relação à procura por suspeita de DST'S e exposição à situação de risco foi maior durante o ano de 2008, e é onde se encontra maior número de casos positivos. Apesar da procura por prevenção ter sido maior que pelo encaminhamento médico, o número de casos positivos foi maior nesse último. Estes dados são concordantes com um estudo feito no CTA do município de Porto Velho, onde a questão do motivo apresentado pelos usuários quando procuram o CTA, no que diz respeito aos encaminhamentos por serviço de saúde, refere-se a uma gama muito grande de fatores

ou possibilidades, como o usuário ter procurado uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e imediatamente ter sido encaminhado ao CTA.

O encaminhamento médico pode ter acontecido devido a alguma suspeita clínica ou DSTs preexistentes, o que é um indicativo de que outras poderiam ser diagnosticadas caso fosse feita uma pesquisa mais minuciosa, como é o caso do teste para HIV.

No que se refere ao motivo “prevenção”, pôde ser verificado nos aconselhamentos que se trata muito mais de uma reação a um comportamento de risco do que um indício de cuidado em si (LEMOS et al., 2009). Com esses dados, verificou-se que a maior procura pelo teste de HIV em se tratando de pacientes encaminhados por serviço de saúde ou devido a suspeita de DST foram nos meses de junho, julho, dezembro e janeiro, que coincide com as férias, período em que muitos procuram médicos para fazer exames de rotina (não há prioridade para a suspeita de HIV). Por outro lado, no caso de procura do serviço por prevenção e exposição de risco verificou-se um aumento nos meses de janeiro, fevereiro, março, julho, outubro e dezembro que coincide com o período de férias e do carnaval, onde muitas pessoas estão vulneráveis e expostas a situações de risco.

Uma pesquisa realizada pela Universidade Federal Fluminense, mostrou que as festas de carnaval não influenciam na incidência de DST, sendo que a ocorrência das DSTs antes e depois do carnaval se mantém praticamente inalterada (UOL, 2009). No presente estudo o período mais procurado foi no mês de outubro, que coincide com o carnaval fora de época da cidade “Mara Folia”, do que os meses do carnaval, período que a campanha de combate a AIDS pelos meios de comunicação é bem maior do que no mês da micareta, logo a população fica mais atenta a se prevenir.

Evidenciando que principal fator que motiva as pessoas a fazerem o teste de HIV é, na maioria das vezes, uma relação sexual de risco. O primeiro exame de HIV decorre de outras ações, como procurar uma instituição de saúde para tratar outras doenças e, assim, o médico encaminha para realização do teste. Há ainda outros interesses, como rotina de exames do pré-natal e para admissão em concursos públicos.

7 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos percebe-se que as mulheres cuidam mais da própria saúde, por isso procuram, com mais frequência o teste de HIV do que os homens. Ao que parece, os homens têm mais dificuldade de procurar ajuda. O número maior de casos positivos para HIV entre os homens indica que podem existir fatores de risco que predominantemente atuam sobre os indivíduos do sexo masculino, como relação sexual sem o uso de preservativo e uso de drogas com compartilhamento de seringas. Mostrou também que uma das faixas etárias atingida, continua sendo a dos adolescentes e jovens, mostrando a necessidade de estímulo à prevenção que ainda deve ser incentivada nessa fase da vida.

Os resultados também evidenciam que embora a AIDS seja um fenômeno preocupante, isto não tem implicado em medidas preventivas por parte da população, que, como se percebe, continua se expondo a comportamentos de risco para só então procurar auxílio médico.

As informações obtidas neste trabalho podem contribuir para o planejamento de intervenções de prevenção e vigilância do HIV.

REFERÊNCIAS

ALVESA, M.T.S.S.B. et al. Tendências da incidência e da mortalidade por Aids no Maranhão, 1985 a 1998. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.2, p.177-82, 2003.

ARAUJO, L.C. et al. Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento da Cidade de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.14, n.2, p. 85-90, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aids. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 4, n.1, p. 12-33, dez. 2007.

_____. Aids e DST. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 3, n.1, p. 3-45, abr. 2007.

_____. A AIDS no Brasil: situação atual e tendências. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v.13, n. 1, p. 3-35, jun. 2000.

_____. Secretária de Vigilância e Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**: relatório de situação do Maranhão, Brasília, DF, 20p., 2005.

BRITO, A.M. et al. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar. / abr. 2000.

CAMARGO JUNIOR, K. R. **As ciências da AIDS & a AIDS das ciências: discurso médico e a construção da AIDS**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS, UERJ, 1994.

CAMARGO JUNIOR, K. R.; PARKER, R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.89-102, 2000.

DUARTE, S.J.H; ANDRADE, S.M.O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande. **Brasil Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.132-139, 2008.

FERREIRA, M.P. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p.213-222, 2003.

FILGUEIRAS, Sandra Lúcia; FERNANDES, Nilo Martinez; GONCALVES, José Eduardo M. **Aconselhamento em DST e HIV/AIDS: diretrizes e procedimentos básicos**, Brasília, [200-?] 21p.

FONSECA, M.G. et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.77-87, 2000.

GULLIFORD, M. C. ; MAHABIR, D. Social inequalities in morbidity from diabetes mellitus in public primary care clinics in Trinidad and Tobago. **Social Science and Medicine**, v. 46, p.137-144, 1998.

LEMONS, L.E.M.; CEDARO, J.J. **A motivação para a testagem sorológica do hiv**. Disponível em <<http://www.pibic.unir.br/pdf/HUMANAS%20E%20SOCIAIS/Landa%20Elaisa%20Monteiro%20Lemos%20RES.pdf>>; Acesso em: 10 mar. 2009.

LIMA, M.L.C.; MOREIRA, A.C.G. AIDS e feminização: os contornos da sexualidade. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. VI, nº 1, p. 103-118, 2008.

LUEPKER, R. V. et al. Socioeconomic status and coronary heart disease risk factor trends. **Circulation The Minnesota Heart Survey**, v.88, p. 2172- 2179, 1993.

MACHARELLI, C. A.; OLIVEIRA, L. R. Perfil do risco de óbito de crianças menores de um ano residentes em localidade do Estado de São Paulo, Brasil, 1987. **Revista de Saúde Pública**, v.25, p.121-128, 1991.

MACKENBACH, J. P. et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. **Lancet**, v. 349, p.1655-1659, 1997.

MELO, M.G.B.A. **Perfil epidemiológico dos portadores Hiv/AIDS atendidos no Centro de Referência de Dst/Hiv/AIDS no município de Sobral-CE, no período de 1989 a 2003**, Fortaleza, 2004.

PAPPAS, G. et al. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. **New England Journal of Medicine**, v. 329, p.103-109, 1993.

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

SÃO LUÍS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. DST /AIDS. **Boletim Epidemiológico**, São Luís, MA, n. 1, p.16 -20, 2006.

RISCADO, J. L. S. **AIDS, prevenção, representações e prontidão profissional**. Maceió: EDUFAL, 2000.

RODRIGUES, E.H.G.; ABATH, F.G.C. Doenças sexualmente transmissíveis em pacientes infectados com HIV/AIDS no Estado de Pernambuco, Brasil, **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.33, n.1, p. 47-52, jan./fev.2000.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina. **Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST**, Florianópolis: SEA/DGAO, 2006. p. 9-24.

SCHNEIDER, I. J. C. et al. Perfil epidemiológico dos usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p.1675-1688, jul.2008.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, Subsecretaria de Atenção à Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Gerência Dst/Aids e Hepatites Virais. **Relatório do Encontro dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro 2008: “Atualização das Diretrizes Organizacionais”**. Disponível em :<<http://www.saude.rj.gov.br/Docs/Dst aids/Relatorio.pdf>>, Acesso em : 23 abr. 2009.

SIGNORINI D.J.H.P. et al. Prevalência da co-infecção HIV-sífilis em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005, **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 40, n.3, p.282-285, mai./jun. 2007.

UOL CIÊNCIA E SAÚDE, Wilma Arze. **Carnaval não aumenta casos de DST, aponta estudo no RJ**. Disponível em : <http://cienciaesaude.uol.com.br/ultnot/2008/01/23/ult4477u296.ihtm>, Acesso em 10 jun. 2009.

ANEXO

