

Abreu, S. R. et al.



PESQUISA

Estudo epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (hiv/aids), Caxias-MA
Epidemiological study of patients with infection by human immunodeficiency virus / acquired immunodeficiency syndrome (hiv / aids), Caxias-MA
Pacientes epidemiologico estudio infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida (vih / sida), Caxias-MA

Selma Rocha de Abreu¹, Beatriz Mourão Pereira², Natália Mendes da Silva³, Leonidas Reis Pinheiro Moura⁴, Cleidiane Maria Sales de Brito⁵, Joseneide Teixeira Câmara⁶

RESUMO

A infecção pelo HIV/AIDS apresenta-se como problema de grande preocupação para a saúde pública mundial, em virtude do contínuo crescimento da infecção na população. O objetivo deste estudo é caracterizar os casos de HIV/AIDS atendidos em Centros de Referência no município de Caxias, Maranhão. Trata-se de um estudo descritivo-retrospectivo através de uma abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados no Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado - CTA/SAE e Vigilância Epidemiológica. Foram analisados 472 prontuários. Observou-se que 54,8% eram do sexo masculino, com faixa etária de 30-39 anos (34,5%), cor parda (56,1%), escolaridade <7 anos (56,1%), solteiros (55,8%) ocupação lavrador (30,0%), categoria de exposição heterossexuais (72,5), residentes da zona urbana (88,8%). O perfil da população estudada confere com as características nacionais, sugerindo um processo de feminização, heterossexualização, interiorização e pauperização. **Descritores:** Perfil Epidemiológico. HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

ABSTRACT

SUMMARY

HIV / AIDS infection is a major public health concern because of the continuing growth of infection in the population. The objective of this study is to characterize the cases of HIV / AIDS treated at Reference Centers in the city of Caxias, Maranhão. It is a descriptive-retrospective study through a quantitative approach, whose data were collected at the Center for Testing and Counseling and Specialized Attention Service - CTA / SAE and Epidemiological Surveillance. A total of 472 medical records were analyzed. It was observed that 54.8% were male, with age range of 30-39 years (34.5%), brown color (56.1%), schooling <7 years (56.1%), single 55.8%) occupier (30.0%), heterosexual exposure category (72.5), urban residents (88.8%). The profile of the studied population confers on the national characteristics, suggesting a process of feminization, heterosexualization, internalization and pauperization. **Descriptors:** Epidemiological profile. HIV. Acquired immunodeficiency syndrome.

RESUMEN

El VIH / SIDA constituye un problema de gran preocupación para la salud pública mundial, debido al continuo crecimiento de la infección en la población. El objetivo de este estudio es caracterizar los casos de VIH / SIDA tratados en centros de referencia en la ciudad de Caxias, Maranhão. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, con un enfoque cuantitativo, cuyos datos fueron recolectados en el centro de pruebas y asesoramiento y servicio de atención especializada - CTA / SAE y vigilancia epidemiológica. Se analizaron 472 registros. Se observó que el 54,8% eran varones, con edades entre 30-39 años (34,5%), Moreno (56,1%), la educación <7 años (56,1%), solo (55,8%) de ocupación agricultor (30,0%), categoría de exposición heterosexual (72,5), los residentes de la zona urbana (88,8%). El perfil de la población de estudio se reúne con las características nacionales, lo que sugiere un proceso de feminización, heterosexual, internalización y pauperización. **Descriptores:** Perfil epidemiológico. VIH. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

¹Graduanda do curso de Ciências Biológicas Licenciatura da Universidade Estadual do Maranhão- UEMA - Caxias. Email: selmahcx@gmail.com; ²Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Caxias. Email: beatrizmouraopereira@gmail.com; ³Graduanda do curso de Ciências Biológicas Licenciatura da Universidade Estadual do Maranhão- UEMA - Caxias. Email: nathalya-ms@hotmail.com; ⁴ Mestre em Saúde da Família. Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Caxias. Email: leoreimos@hotmail.com; ⁵ Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual do Piauí-UESPI. Panaíba. Email: cleideenf@hotmail.com; ⁶Doutora de Medicina Tropical e Saúde Pública. Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Email: josaeneide.tc@gmail.com.

Abreu, S. R. et al.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma manifestação clínica avançada da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Geralmente a infecção pelo HIV, sem tratamento, leva a uma imunossupressão progressiva, especialmente da imunidade celular, e a uma desregulação imunitária e estas acabam por resultar em infecções oportunistas e/ou manifestações que são condições definidoras da AIDS quando em presença da infecção pelo HIV (VERONESI; FOCACCIA, 2010). A infecção pelo HIV/AIDS, apresenta-se como problema de grande preocupação para a esfera da saúde pública mundial, em virtude do contínuo crescimento da infecção na população. Apesar de muitas conquistas e avanços alcançados, o enfrentamento da Síndrome continua sendo um desafio tanto à complexidade clínica quanto às questões que envolvem preconceito (FERREIRA et al., 2015).

A AIDS foi descrita em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados ao *Center for Disease Control (CDC)*, Atlanta, EUA, instituição responsável pela vigilância epidemiológica naquele país, grupos de pacientes jovens, homossexuais masculinos, com um complexo de sintomas, incluindo pneumonia severa, sarcoma de Kaposi (forma rara de câncer), perda de peso súbita, linfadenopatia e supressão geral da função imune. Esse conjunto de sinais e sintomas associados à doença levou à conclusão de que se tratava de uma doença, ainda não classificada, de etiologia infecciosa e transmissível (STROHL et al., 2004; RACHID; SCHERCHTER, 2005).

Os primeiros casos conhecidos da AIDS ocorreram nos Estados Unidos da América, Haiti e África Central, entre os anos de 1977 e 1978. Naquela ocasião, os segmentos da população atingidos se concentravam nos grandes centros

urbanos e eram constituídos principalmente de homossexuais (BRASIL, 2005).

A origem do HIV ainda é discutida. Estudos de filogenia molecular revelaram que o HIV-1 teve origem a partir do *Vírus da Imunodeficiência Símia (SIV)* que infecta a subespécie de chimpanzé *Pan troglodytes troglodytes* (SIVcpz), enquanto que o HIV-2 deriva de uma cepa de SIV que infecta o primata *Sooty mangabey* (SIVsm) (PAPATHANASOPOULOS et al., 2003). Neste contexto, é sugerido que a rota de infecção humana com o SIV se deu pela exposição ao sangue de macacos durante o processo de caça e abatimento desses animais e não pela ingestão da carne desses primatas (GAO et al., 1999).

No Brasil, os primeiros casos de AIDS, notificados, aconteceram em 1982, a ocorrência de pacientes diagnosticados com este agravo, nesse momento, estava restrita ao eixo Rio - São Paulo, sugerindo ter sido o Sudeste o foco inicial de disseminação dessa epidemia (BARBOSA, 2001). Novos números atualizados de casos de AIDS, de 1980 a junho de 2016, notificam para o país 842.710 casos, anualmente, uma média de 41,1 mil casos de aids nos últimos cinco anos. Já no Maranhão o primeiro caso notificado foi no ano de 1985, em paciente do sexo masculino. Nesse mesmo ano foram notificados mais quatro novos casos sendo todos, também, pacientes do sexo masculino (MARANHÃO, 2009). Desde então, apresenta tendências crescentes, onde segundo dados epidemiológicos do Programa Estadual DST/AIDS do Maranhão de 1985 a junho de 2011, no Maranhão, foram notificados 5.443 casos de aids, sendo 3.502 (64%) no sexo masculino e 1.941 (35%) no sexo feminino (MARANHÃO, 2011).

A distribuição proporcional dos casos de aids identificados de 1980 até junho de 2016 mostra uma concentração nas regiões Sudeste e

Abreu, S. R. et al.
Sul, correspondendo cada qual a 53,0% e 20,1% do total de casos; as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem a 15,1%, 6,0% e 5,9% do total dos casos, respectivamente. Nos últimos cinco anos (2011 a 2015), a região Norte apresentou uma média de 3,9 mil casos ao ano; o Nordeste, 8,6 mil; o Sudeste, 16,8 mil; o Sul, 8,7 mil; e o Centro- Oeste, 2,8 mil. A região Sudeste apresenta tendência importante de queda nos últimos dez anos; em 2006, a taxa de detecção foi de 23,5, passando para 18,0 casos/100 mil hab. em 2015, o que corresponde a uma queda de 23,4%. As regiões Norte e Nordeste apresentam uma tendência linear de crescimento da taxa de detecção; em 2006 a taxa registrada foi de 14,9 (Norte) e 11,2 (Nordeste) casos/100 mil hab., enquanto no último ano a taxa foi de 24,0 (Norte) e 15,3 (Nordeste), representando um aumento de 61,4% (Norte) e 37,2% (Nordeste). A região Sul apresentou uma leve tendência de queda de 7,4%, passando de 30,1 casos/100 mil hab., em 2006 para 27,9 em 2015 (BRASIL, 2016).

Como resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV no País revela epidemia de múltiplas dimensões que vem, ao longo do tempo, sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico. De epidemia inicialmente restrita a alguns círculos cosmopolitas das denominadas metrópoles nacionais – São Paulo e Rio de Janeiro – e marcadamente masculina, que atingia prioritariamente homens com prática sexual homossexual e indivíduos hemofílicos, depara-se, hoje, com quadro marcado pelos processos da *heterossexualização*, da *feminização*, da *interiorização* e da *pauperização* (BRITO, 2000).

Muitas transformações no perfil da epidemia foram evidenciadas e o termo grupos de risco perdeu seu caráter restritivo e expandiu a possibilidade de contágio pelo vírus a todas as pessoas. O conhecimento deste perfil e sua

comparação com os outros municípios proporcionará um melhor entendimento sobre as situações que possam estar envolvidas no aumento e/ou diminuição de casos a cada ano, contribui ainda para implementação de políticas públicas de saúde, o mapeamento de áreas da cidade com maior prevalência da infecção/doença, assim, espera-se estimular o planejamento de medidas educativas de prevenção e controle da infecção/doença, com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi caracterizar os casos de HIV/AIDS atendidos em Centros de Referência no município de Caxias, Maranhão.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-retrospectivo através de uma abordagem quantitativa, realizado na cidade de Caxias, MA, localizada ao norte do estado com população estimada em 2016 em 161.926 (IBGE, 2016), cujos dados foram coletados no Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado CTA/SAE, e Vigilância Epidemiológica. Foram incluídos no estudo os pacientes infectados pelo HIV ou doentes de AIDS registrados no CTA/SAE, e Vigilância Epidemiológica, de ambos os sexos, e todas as faixas etárias, entre o ano de 1989 a 2016*. Foram excluídos os pacientes transferidos e/ou pertencentes a outros municípios. O diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pessoas com HIV/AIDS é realizado no CTA/SAE, este oferece serviços gratuitos entre eles: realização de sorologias, acompanhamento médico com infectologista, psicologia, consultas de enfermagem, serviço social entre outros.

Foi utilizada ficha criada de acordo com dados presentes nos prontuários dos pacientes. As

Abreu, S. R. et al.
variáveis utilizadas para análise dos dados foram: gênero, faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade, uso de TARV, categoria de exposição, carga viral, taxa CD4+, evolução do caso e zona residente. Após a coleta os dados foram digitados em banco de dados específico gerado no programa Epi-Info 3.5.3™ versão 2011, foi realizada ainda uma análise exploratória e descritiva dos dados clínicos e epidemiológicos por frequência simples, que para uma melhor visualização dos resultados, foram construídos gráficos e tabelas.

O presente estudo foi realizado considerando as determinações da resolução de número 466/2012 do conselho nacional de saúde, que regulamenta os aspectos éticos de pesquisas científicas envolvendo seres humanos no Brasil. Para a viabilização da pesquisa, foi realizada inicialmente, uma solicitação oficial de autorização para a realização da coleta de dados, com ofício encaminhado a Coordenadora do CTA/SAE, assim como a Coordenadora da do Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Caxias. Após a autorização nas referidas instituições o projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão - (CEP/UEMA), sob o número de parecer 1.872.610 (CAAE 62157416.7.0000.5554).

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Foram analisados 472 prontuários de indivíduos infectados pelo HIV ou doentes de aids registrados no CTA/SAE e Vigilância Epidemiológica, de ambos os sexos, e todas as idades, de 1989 a agosto de 2016. Quanto ao sexo observou-se que (54,8%) eram do sexo masculino e (45,2%) sexo feminino, com predominância a faixa etária de 30-39 anos, de raça/cor parda (56,1%). Quanto ao estado civil e escolaridade houve predominância de indivíduos solteiros(as) e nível

de escolaridade <7 anos. A ocupação de lavrador foi predominante (30,0%), principalmente entre os homens, enquanto a maioria das mulheres eram de donas de casa (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos indivíduos com HIV/AIDS no município de Caxias - MA, 1989 a agosto de 2016.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
Idade/Faixa etária (em anos) n=472	N (%)		N (%)		N (%)	
0 - 19	6	27,3	16	72,7	22	4,6
20 - 29	56	43,4	73	56,6	129	27,3
30 - 39	92	56,5	71	43,5	163	34,5
40 - 49	59	62,8	35	37,2	94	20,0
50 - 59	34	73,9	12	26,1	46	9,8
≥ 60	11	64,7	6	35,3	17	3,6
N. Informado	1	100,0	0	0,0	1	0,2
Raça/Cor (n=472)						
Branca	28	51,9	26	48,1	54	11,4
Parda	131	49,4	134	50,6	265	56,1
Negra	50	72,5	19	27,5	69	14,6
Ignorada	50	59,5	34	40,5	84	17,9
Escolaridade (em anos) n=472						
< 7 anos	139	52,5	126	47,5	265	56,1
>8 anos	64	50,8	62	49,2	126	26,7
Indígena	1	50,0	1	50,0	2	0,5
Nenhuma	30	75,0	10	25,0	40	8,5
Não se aplica/Ignorado	25	64,1	14	35,9	39	8,2
Estado Civil						
Casado(a)	89	53,3	78	46,7	167	35,3
Solteiro(a)	148	56,3	115	43,7	263	55,8
Viúvo(a)	4	26,3	11	73,7	15	3,2
Divorciado(a)	4	50,0	4	50,0	8	1,7
Não se aplica/Ignorado	14	73,7	5	26,3	19	4,0
Ocupação						
Autônomo	23	92,0	2	8,0	25	5,4
Do Lar	0	0,0	65	100,0	65	13,7
Doméstica	1	2,9	33	97,1	34	7,2
Estudante	10	45,5	12	54,5	22	4,7
Fun. Público	8	80,0	2	20,0	10	2,1
Lavrador	81	57,0	61	43,0	142	30,0
Outros	130	79,3	34	20,7	164	34,8
Não se aplica/Ignorado	6	60,0	4	40,0	10	2,1
Total	259	54,8	213	45,2	472	100%

Fonte: pesquisa direta, 2016.

Atualmente a epidemiologia da Aids no Brasil caracteriza-se pela heterossexualização, feminização, faixa etária jovem, baixo nível de escolaridade e interiorização. Neste estudo, o perfil sócio-demográfico dos pacientes com HIV/AIDS acompanha a evolução das características da população atingida pela doença no Brasil.

Abreu, S. R. et al.

Neste estudo, o perfil sócio-demográfico dos pacientes com HIV/AIDS acompanha a evolução das características da população atingida pela doença no Brasil. Segundo Carneiro e Coelho (2010), apesar de ainda haver mais casos de AIDS entre os homens do que entre as mulheres, essa diferença tem diminuído ao longo dos anos, indicando o avanço do processo de feminização, no qual o número de mulheres infectadas aumenta rapidamente entre as heterossexuais casadas, com parceiro único e não-usuárias de drogas, sendo a relação sexual a principal via de transmissão do HIV para essas mulheres. Segundo Brito et al. (2014), estudos realizados com mulheres brasileiras casadas e portadoras do vírus revelaram que a maioria considerava a convivência prolongada com o parceiro como uma forma de segurança contra o HIV. Aliado a estes fatores, está a maior vulnerabilidade feminina a nível morfológico que se relaciona a maior área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos seminais, podendo ocorrer microfissuras no tecido vaginal e retal no ato da penetração sexual e a maior quantidade de vírus nos fluidos sexuais masculinos.

A faixa etária mais acometida pelo HIV/AIDS está compreendida entre o intervalo entre 30 - 39 anos; dados concordantes ao Boletim Epidemiológico disponibilizado pelo Ministério da saúde onde, entre os anos 1980 a junho de 2016, houve o registro de 548.850 (65,1%) casos de AIDS em homens e 293.685 (34,9%) em mulheres, com a maior concentração dos casos de aids nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, (BRASIL, 2016), assim como em outros estudos como, (CARVALHO et al., 2013; BRITO et al., 2014; SILVA et al., 2016), o que mostra que a faixa etária mais acometida está entre jovens adultos.

O percentual de indivíduos HIV positivo com grau de escolaridade <7 anos está entre a maioria assim como a prevalência de pacientes com ocupação menos favorecidas, entre elas estão

os lavradores, para mulheres, a maioria do lar ou empregada doméstica, o que está de acordo com outros estudos (BRITO et al., 2014; SILVA et al., 2014; SILVA et al., 2016;).

O aumento na proporção de casos de aids naqueles indivíduos com menor escolaridade tem sido denominado pauperização, nesse contexto a escolaridade é utilizada como marcador da situação socioeconômica. De acordo com Costa e Zago (2009), a baixa escolaridade pode implicar em prejuízos à adesão, interferindo inclusive na compreensão da terapêutica, devido às dificuldades na interpretação das informações oferecidas pela equipe de saúde e no reconhecimento da importância de realizar o tratamento corretamente. O trabalho remunerado e as condições sócio-econômicas são primordiais para a manutenção da adesão ao tratamento para HIV/AIDS. As dimensões sócio-econômicas interferem no viver com HIV/aids, pois as medicações exigem alimentação de boa qualidade, ir às consultas de rotina demanda tempo, bem como recursos financeiros para transporte, medicações extras.

A distribuição racial dos pacientes soropositivos analisados é constituída por um alto índice de indivíduos autodeclarados pardos, seguido de negra, dados que corroboram com achados de (FERREIRA et al., 201; SILVA et al., 2016). Em 2015, 10,2% dos casos de aids notificados no Sinan eram de homens pretos, enquanto que em mulheres pretas esse percentual foi de 11,9%. No ano de 2015 as proporções das raças de cor parda concentram 45,6% dos casos de aids no Brasil, somando-se a eles 43,1% de brancos, 0,4% e 0,3% de raças amarela e indígenas. Segundo o Ministério da Saúde tem-se observado um aumento na proporção de casos entre indivíduos autodeclarados pardos e uma queda na proporção de casos em brancos (BRASIL, 2016). O percentual descrito no presente estudo

Abreu, S. R. et al.
deve-se ao fato de a maioria da população Caxiense ser composta por indivíduos parda.

Ao contrário da maior frequência de pessoas em união estável observada em outros estudos realizados por (PIERI; LAURENTI, 2012; BRITO et al., 2014), no presente estudo (55,7%) dos infectados eram solteiros, somando a maioria, estudo concordante ao de (CARVALHO et al., 2013; FERREIRA et al., 2015; SILVA et al., 2016). Estudos relacionados a esses dados ainda são escassos, no entanto, segundo (SERRA; ROSS, 2012), o aparecimento da coinfeção é maior entre os solteiros, provavelmente devido à promiscuidade e falta de cuidados com a saúde, já que estes têm que cuidar sozinhos de si mesmo.

Neste estudo a maioria da população contraiu a infecção através de contatos heterossexuais (72,5%), dado condizente ao estudo de (REIS et al., 2011; FIGUEIREDO et al., 2000) e dados nacionais, onde a maioria foi infectado por relações heterossexuais. Porém observa-se para este estudo um número expressivo na proporção de casos de homens que fazem sexo com homens (HSH) com 21(4,4%). Segundo o Boletim epidemiológico, há uma tendência de aumento na proporção de casos em homens que fazem sexo com homens (HSH) nos últimos dez anos, a qual passou de 35,3% em 2006 para 45,4% em 2015 (BRASIL, 2016). De acordo com Santos et al. (2009), o crescente aumento no número de mulheres portadoras pode estar relacionado ao envolvimento destas com parceiros de maior experiência sexual anterior e o reduzido poder de negociação das mulheres para o uso de preservativo, principalmente na união conjugal estável.

O quadro clínico dos pacientes foi avaliado segundo dois parâmetros laboratoriais: carga viral e contagem de linfócitos CD4+, onde a maioria 133 (40,5%) tinham carga viral indetectável ou <1.000 cópias/mm³ (Tabela 2).

Tabela 2 - Características relativas ao HIV/Aids - clientes do CTA/SAE, 1989-2016.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
Categoria de Exposição	N	(%)	N	(%)	N	(%)
n=472						
Heterossexual	178	52,0	164	48,0	342	72,5
Homossexual	21	95,5	1	5,0	22	4,7
Bissexual	1	50,0	1	50,0	2	0,4
Transmissão Vertical	4	40,0	6	60,0	10	2,1
Ignorada	55	57,3	41	42,7	96	20,3
Uso de TARV ^a						
n=328						
Sim	129	50,2	128	49,8	257	78,3
Não	37	52,2	34	47,8	71	21,7
Carga viral n=328						
Indetectável- < 1.000	64	41,2	69	51,8	133	40,5
1.000 - < 10.000	13	42,0	18	58,0	31	9,5
10.000 - < 100.000	25	64,1	14	35,9	39	11,9
100.000 ou mais	7	46,4	8	53,3	15	4,6
Desconhecida	61	55,5	49	44,5	110	33,5
T - CD4+ (em cel./mm ³)						
n=328						
≥ 350	56	56,0	44	44,0	100	30,5
< 350	56	46,2	65	53,8	121	36,9
Desconhecida	58	54,2	49	45,8	107	32,6
Total						
	170	51,8	158	48,2	328	100%

Fonte: pesquisa direta, 2016.

O presente estudo mostra que o uso de terapia antirretroviral não necessariamente associou-se positivamente a níveis baixos de carga viral, e a contagem de células CD4 superior. Os dados apresentados estão relacionados principalmente a má adesão ao tratamento. Segundo Felix e Ceolim (2012), apesar do grande benefício gerado por esta terapêutica e reconhecido pelas pessoas com HIV, restam ainda muitas dificuldades a serem superadas, entre elas, o número de medicamentos prescritos, sua forma de ingestão e horários, e ainda reações adversas ao tratamento. A melhoria das condições clínicas e imunológicas, além da redução da carga viral, provocada pela TARV já nos seus primeiros três meses é esperada, entretanto, nesse mesmo período problemas como coinfeções, Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (SIR) e reações adversas às medicações podem surgir, dificultando a adesão ao esquema terapêutico. Ainda, segundo o Ministério da Saúde, quanto à

Abreu, S. R. et al.
periodicidade das consultas médicas, recomenda-se que as pessoas no início da TARV ou na troca do esquema retornem de sete a quinze dias; em seguida, retornos mensais são indicados até a adaptação por completo. Alcançando um quadro clínico estável, o intervalo das consultas passa para seis meses (BRASIL, 2013).

O novo protocolo de tratamento aos portadores de HIV/AIDS preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) enfatiza que a contagem de linfócitos TCD4+ para valores abaixo de 350 células/mm3 deixam os pacientes mais vulneráveis às infecções oportunistas. Também se observa que pessoas com reconstituição imune, em uso de TARV, que mantêm contagens de LT-CD4+ acima de 500 células/mm³ e carga viral indetectável atingem expectativa de vida semelhante à da população geral (Brasil, 2013). Ressalta-se que, quando o tratamento é iniciado precocemente,

aumentam-se as chances de se alcançar níveis elevados de LT-CD4+. Além do impacto clínico favorável, o início mais precoce da TARV vem sendo demonstrado como ferramenta importante na redução da transmissão o do HIV.

Analizando os casos segundo ano de diagnósticos, percebe-se que de 1989 - 2009 os casos notificados são semelhantes para ambos os sexos, excluídos aqueles de 2004 com número significativo de casos entre sexo masculino. Nota-se ainda que 2010 e 2011 foram notificados casos principalmente de sexo feminino, no entanto a partir de 2012 houve uma transição, sendo pacientes de sexo os principais casos notificados (Gráfico 1).

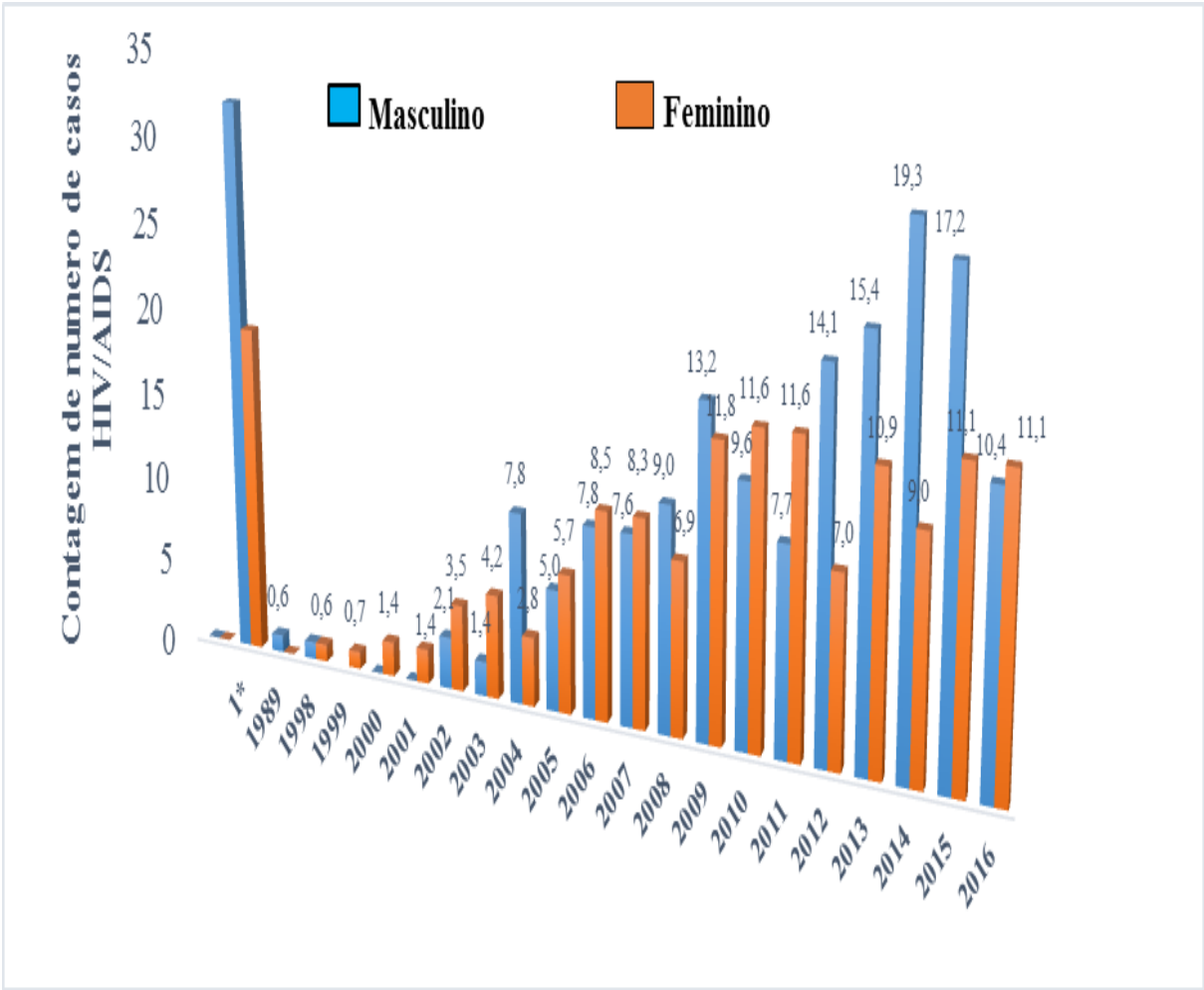


Gráfico 1 - Distribuição de casos de HIV/AIDS segundo sexo e ano de diagnóstico (/100 mil habitantes) para o município de Caxias - MA, entre os anos de 1989 a Agosto de 2016. Fonte: pesquisa direta, 2016.

Abreu, S. R. et al.

Em relação À evolução dos casos, observa-se que 328 (69,5 %) dos indivíduos são de indivíduos vivos e acompanhamento, 119 (25,2%) da população estudada evoluíram a óbito e 25(5,3%) abandonaram o tratamento (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de casos dos indivíduos com HIV/AIDS segundo tipo de evolução e sexo - CTA/SAE e Vigilância epidemiológica, Caxias - MA, 1989-2016*.

Tipo de evolução	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Vivo	168	51,2	160	48,3	328	69,5
Óbito	78	65,5	41	34,5	119	25,2
Abandono	13	52,0	12	48,0	25	5,3
Total	259	54,8	213	45,2	472	100%

Fonte: pesquisa direta, 2016.



Gráfico 2 - Taxa de detecção de mortalidade por AIDS (/100 mil habitantes) segundo ano do óbito, Caxias-MA, 2005 a 2016*. Fonte: pesquisa direta, 2016.

Há predomínio do número de óbitos e abandono entre os homens dados corroborativos ao estudo de Pieri e Laurenti (2012) que mostra o número de óbitos por aids superior para homens em relação as mulheres e dados nacionais, do total de óbitos por aids registrados no Brasil, 215.212 (70,9%) ocorreram entre homens e 88.016 (29,1%) entre mulheres (BRASIL, 2016), sendo 2014 o ano com maior número de registro (12,2/100 habitantes), ultrapassando o coeficiente nacional de 5,9 óbitos/100 mil habitantes.

Analizando a distribuição de casos segundo zona residente, a maioria cerca de 88,8% dos casos são residentes da zona urbana, com predomínio

Estudo epidemiológico de pacientes com...

casos entre indivíduos de sexo masculino (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição de casos de HIV/AIDS - segundo zona residente para o município de Caxias- MA.

Moradia (Zona)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Urbana	235	56,1	184	43,9	419	88,8
Rural	24	45,3	29	54,7	53	11,2
Total	259	54,8	213	45,2	472	100%

Fonte: pesquisa direta, 2016.

A maioria dos casos notificados para este estudo residem na zona urbana, desde o surgimento da AIDS no Brasil, a procedência iniciou nos grandes centros urbanos, primeiramente em São Paulo e Rio de Janeiro, no entanto, a epidemiologia da AIDS vem interiorizando para outros municípios de outras regiões.

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico de pacientes com infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), Caxias-MA está para indivíduos do sexo masculino, embora o número de mulheres tenha sido significativo, ocorrendo maior prevalência de indivíduos com idade entre 30 - 39 anos, raça/cor parda, com nível de escolaridade baixa, inferior a sete anos de estudos, sendo 2015 o ano com maior número de notificações.

Houve predomínio da categoria heterossexual como padrão de infecção para ambos os sexos, o que indica a heterossexualização da epidemia, além de maior frequência entre os solteiros. Portanto, o perfil da população estudada confere com as características nacionais, sugerindo um processo de feminização, heterossexualização, interiorização e pauperização.

Entre as limitações do presente estudo destacam-se a falta de preenchimento de em diversos campos dos prontuários, o que dificulta o

Abreu, S. R. et al.
real conhecimento da situação epidemiológica da aids e posterior planejamento das ações de prevenção e controle pelos serviços de saúde.

Observa-se uma grande necessidade de ações de saúde voltadas para casais heterossexuais, e principalmente entre jovens solteiros, ações que incentivem o uso de preservativos, que essas ações sejam feitas sempre, de forma que a população entenda sobre sua importância, enquadrando-se como vulneráveis a contrair o HIV. Contudo, esse trabalho permite comparar a realidade encontrada na região com levantamentos epidemiológicos feitos em outras cidades brasileiras no que tange o perfil epidemiológico dos casos de infecção pelo HIV/aids, podendo contribuir para a determinação de medidas preventivas e de melhoria da qualidade de assistência à referida população.

Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/52934/_p_vers_atilde_o_preliminar_do_protocolo_cl_iacute_26118.pdf>. Acesso em:Jan.2017.

BRITO, F. G. et al. Perfil epidemiológico de portadores do vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida no estado de Sergipe, 2007-2012. **Interfaces Científicas**, Aracaju, v.2, n.2, p. 59 - 71, fev., 2014.

CARVALHO, F. L. et al. Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfecção HIV-Leishmania em um serviço de referência em São Luís, MA, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 1305-1312, 2013.

COSTA D.A.M.; ZAGO, M.M.F.; MEDEIROS, M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 631-7, 2009.

FERREIRA, T. C. R. et al. Perfil Clínico e Epidemiológico dos Portadores do HIV/AIDS com Coinfecção de uma Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas Parasitárias Especiais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 419-431, 2015.

FELIX, G.; CEOLIM, M.F. O perfil da mulher portadora de hiv/aids e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Rev Esc Enferm USP**, Campinas, v.46, n. 4, p. 884-91, 2012.

GAO, F. et al. Origin of HIV-1 in the chimpanzee pan troglodytes troglodytes. **Nature**, v. 4, n. 397, p. 436-41, fev., 1999.

PAPATHANASOPOULOS, M. A.; HUNT, G. M.; TIEMESSEN, C. T. Evolution and diversity of HIV-1 in África- a review. **Virus Genes**, v. 26, n. 2, p. 151-63, 2003.

PIERI, F.M.; LAURENTI, R. HIV/AIDS: perfil epidemiológico de adultos internados em hospital universitário. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. sup, p. 144-52, 2012. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17069/pdf_2015_web_pdf_19105.pdf. Acesso em: jan. 2016.

REIS, R. K. et al. Qualidade de Vida, Aspectos Sociodemográficos e de Sexualidade de Pessoas Vivendo Com HIV/AIDS. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 565-75, jul.-set, 2011.

REFERÊNCIA

BARBOSA, L. M. **Perfis de vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV/AIDS nas regiões Nordeste e Sudeste brasileiras: aspectos individuais e da comunidade.** 2001. Tese (Doutorado em Demografia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2001.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Adjunta Assistência à saúde. **Boletim Epidemiológico/SINAN** - Programa Estadual de DST/aids. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica.** Brasília, DF: Programa Nacional de DST/AIDS, 2005. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf>. Acesso em: fev.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.** Boletim Epidemiológico Aids/DST. Brasília: MS, 2016. Disponível em:<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes**

Abreu, S. R. et al.
SANTOS, N. J. S.; BARBOSA, R. M.; PINHO, A. A.;
VILLELA, W. V.; AIDAR, T.; FILIPE, E. M. **Contexto de Vulnerabilidade Para o HIV entre Mulheres Brasileiras. Cad Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. sup, p. 321-333, 2009.**

SERRA, L.C.; ROSS, J.R. Estudo clínicoepidemiológico da co-infecção de tuberculose/HIV em uma cidade do interior maranhense. **Journal Management Primary Health Care, v. 3, n. 2, p.122-125, 2012.**

SILVA, R.A.R. et al. Perfil clínico-epidemiológico de adultos hiv-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN. **Rev Fund Care Online, v. 8, n. 3, p. 4689-4696, jul/set, 2016.**

STROHL, W. A.; ROUSE, H; FISHER, B. D. **Microbiologia ilustrada. Porto Alegre: Artmed, 2004.**

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.**

Submissão: 05/09/2016

Aprovação: 30/09/2016