

CARACTERIZAÇÃO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS ACOMPANHADAS EM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO NO RECÔNCAVO DA BAHIA

CHARACTERIZATION OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS ASSISTED IN A SPECIALIZED HEALTH CARE CENTER IN THE RECONCAVO DA BAHIA

Núbia Cristina Rocha Passos
Larissa Rolim Borges-Paluch
Elizabeth Rodrigues da Silva
Liliany Santana da Silva

Este estudo teve como objetivo caracterizar as pessoas vivendo com HIV/AIDS atendidas em Centro de Testagem e Aconselhamento. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa. Foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa, parecer consubstanciado 630.243; o lócus do estudo foi o Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado em Santo Antônio de Jesus - BA. A coleta de dados foi realizada entre maio e julho de 2014, utilizando análise documental em prontuários dos pacientes cadastrados no serviço e os dados foram analisados com estatística descritiva. Os dados revelam que estão cadastrados no serviço 357 indivíduos com idade acima de 13 anos; sendo que o sexo masculino apresenta 196 casos (55%) e o feminino 161(45%). O maior número de usuários é solteiro; faixa etária entre 18 e acima dos 70 anos, com predominância entre 25 e 44 anos; a raça/cor autodeclarada predominante foi parda e preta. Foi observado baixo grau de instrução, baixa escolaridade, subempregos e condições socioeconômicas precárias que resultam na pauperização do grupo e esse panorama reflete diretamente na qualidade de vida desses pacientes. Quanto à prática sexual declarada, a mais citada foi a heterossexual; a exposição sexual foi a principal causa da contaminação e a grande maioria possui o status imunológico para AIDS. O perfil observado reforça a necessidade de articulação e fortalecimento das políticas públicas nesta população.

Palavras-chave: Infecções por HIV. Síndrome de imunodeficiência adquirida. Vulnerabilidade em saúde.

This study aimed to characterize people living with HIV/AIDS treated in a Testing and Counseling Center as well as in a Specialized Health Care Service in the municipality of Santo Antonio de Jesus, Bahia. This was a field research with a qualitative approach. The project was approved by the Ethics Committee of Bahia's State Department of Health (CEP-SESAB 630.243). Data collection was conducted from May 5 to July 30, using patient files for documentary analysis and descriptive statistics. The data show that there were 357 patients over 13 years old registered in the service from which 196 (55%) were males and 161 (45%) females. Most of the patients were single, aged from 18 to over 70, with a predominance of patients between 25 and 44 years; race or self-declared predominant color was brown and black. Poor education, low schooling level, underemployment and poor social and economic conditions affected the life quality of the group. Most of the participants were heterosexual, declared sexual exposure was the main cause of contamination, and had AIDS immune status. This population profile reinforces the need of articulating and strengthening public policies.

Keywords: HIV infections. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Health Vulnerability.

¹Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente (FAMAM), Docente da FAMAM. Bolsista da FAPESB, <http://lattes.cnpq.br/8166818563808510> nubiapassos@gmail.com

²Bióloga, Doutora em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Paraná – UFPR. Docente da FAMAM, <http://lattes.cnpq.br/7311866858164682> larissapaluch@gmail.com

³Graduada em História, Doutora em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo – UFBA. Docente da FAMAM, <http://lattes.cnpq.br/2601540309865179> historiafamam@hotmail.com

⁴Enfermeira Sanitarista, Docente da FAMAM, Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, e-mail: lilaros2@gmail.com

INTRODUÇÃO

Desde a década de 1980, a epidemia de HIV/AIDS representa uma das maiores preocupações no contexto da saúde, ameaçando constantemente o desenvolvimento humano (SOUZA, 2001). O continente africano é o mais afetado pela doença, com 1,1 milhão de mortos em 2013; 1,5 milhão de novas infecções e 24,7 milhões de africanos que vivem com o HIV, principalmente, na África subsaariana (UNAIDS, 2014).

Desde o surgimento do primeiro caso da doença, as proporções de crescimento aumentavam gradativamente fazendo com que se tornasse rapidamente uma questão pandêmica (FERREIRA et al., 2008). Atualmente a AIDS é uma das cinco principais causas de morte e/ou incapacidade no mundo (UNAIDS, 2014). Ferreira et al. (2011) afirmam que, quase trinta anos após o surgimento da doença, ocorrem cerca de 15.000 novos casos de pessoas infectadas pelo vírus diariamente, sendo que a principal via de transmissão é a sexual (60% dos casos) seguida da sanguínea (30%).

O documento mais completo e atual sobre a situação mundial da epidemia é o relatório global sobre a epidemia de AIDS divulgado pelo *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), e cita que o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS mundialmente manteve o crescimento, chegando a estimados 34 milhões, sendo que a partir de 2001 foi registrado um aumento de 17%. Este fato é justificado, em grande parte, pelo aumento da expectativa de vida das pessoas com HIV, o acesso à terapia antirretroviral, favorecendo a sobrevivência das pessoas infectadas e a redução em nível mundial do número de mortes por AIDS (UNAIDS, 2014).

O monitoramento da epidemia, apesar de difícil, vem sendo realizado através de informações das notificações compulsórias dos casos, pelos registros dos serviços de saúde, pela vigilância sanitária ou de inquéritos populacionais periódicos. Esses dados mostram uma diferença na dinâmica do padrão da epidemia no Brasil em relação à de outros países (ALENCAR, 2014).

Em 2012 a estimativa era que aproximadamente 718 mil indivíduos vivam com o HIV/AIDS no Brasil, representando uma taxa de prevalência de 0,4%. Desta estimativa apenas 80% (574 mil) foram diagnosticados e aproximadamente 74% (531 mil) dos indivíduos infectados foram vinculados aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

O mesmo autor relata que, em uma década, observou-se uma diminuição de 18,6% na taxa de detecção na Região Sudeste e 0,3% na Sul,

enquanto nas demais regiões observa-se um aumento, sendo de 92,7% na Região Norte, 62,6% na Nordeste e 6,0% na Centro-Oeste. Dentre as Unidades da Federação destacam-se as maiores taxas de detecção de casos no Rio Grande do Sul (41,4), Santa Catarina (33,5), Amazonas (29,2) e Rio de Janeiro (28,7).

Na Bahia, de 1984 (início da epidemia) até novembro de 2013, foram registrados cerca de 21.000 casos. A razão entre sexos, em 2013, foi de aproximadamente dois homens para cada mulher; porém, nos últimos cinco anos, a média foi de 1,6 homens para cada mulher. Para esse mesmo período, cerca de 80% dos casos está na faixa etária de 20 a 49 anos, ou seja, população em idade reprodutiva e economicamente ativa (BAHIA, 2013).

Dados do Ministério da Saúde apontam que, embora a concentração dos casos da doença ainda esteja nos grandes centros urbanos, a participação proporcional dessas cidades vem diminuindo. Entretanto, em cidades menores e interioranas vêm aumentando a participação proporcional no número de casos notificados (BRASIL, 2007).

O panorama de interiorização da epidemia atinge municípios com menor número de habitantes de forma crescente, porém de forma seletiva, agrupando-se nas regiões urbanas devido ao acesso a transporte e estradas. No processo de expansão da epidemia, modificações importantes têm ocorrido na cadeia de transmissão, levando a sociedade a assumir novas posturas e comportamentos. Neste contexto, os avanços tecnológicos e científicos, como novas tecnologias para o diagnóstico, conhecimento da etiopatogenia, novas propostas terapêuticas e de intervenção contribuem para importantes descobertas sobre a AIDS (ALMEIDA, 2010).

Com base no acima exposto, faz-se necessário conhecer o perfil dos indivíduos vivendo com HIV/AIDS. Dessa maneira, o objetivo do estudo foi caracterizar as pessoas vivendo com HIV/AIDS atendidas em unidade de Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado (CTA/SAE) no município de Santo Antônio de Jesus, localizado no Recôncavo Baiano.

METODOLOGIA

O local da investigação foi o CTA/SAE Viva Vida, situado no município de Santo Antônio de Jesus – BA. Trata-se de um centro de referência para a região do Recôncavo Baiano, no tratamento de DST e Hepatites Virais.

Realizou-se análise documental mediante

consulta aos prontuários e livro ata de cadastro de admissão dos pacientes na instituição de 1º de janeiro de 2007 até 31 de dezembro de 2013. Além disso, recorreu-se ao banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), disponível na Vigilância Epidemiológica (onde são notificados todos os casos de pacientes atendidos no programa) e ao Sistema de Controle Logístico de Medicamento (SICLOM), para analisar o número de casos de AIDS confirmados.

O estudo obedeceu aos aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo o sigilo e anonimato dos indivíduos envolvidos na pesquisa (BRASIL, 2012a). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária de Saúde do Estado da Bahia, sob o parecer 630.243.

Os dados sobre a população atendida pelo serviço foram obtidos em livro ata de cadastro de admissão dos pacientes, analisados, organizados e resumidos por meio de estatística descritiva e utilizados para determinar numericamente as características sociodemográficas dos sujeitos. A utilização da estatística descritiva forneceu um resumo das características gerais deste conjunto de dados, permitindo a apresentação dos resultados em tabelas com frequência absoluta e relativa. Para auxiliar nos cálculos, na organização, na análise e na interpretação dos dados foi utilizada a planilha da Microsoft Excel® versão 2010.

Para descrição da população admitida e/ou acompanhada pelo serviço, foram quantificadas as seguintes variáveis: sexo, estado civil, idade, raça referida, escolaridade, profissão, prática sexual, tipo de exposição, ano do diagnóstico e status imunológico. Após a leitura e interpretação, os dados foram organizados de forma íntegra e em seguida agrupados, categorizados e fundamentados com base em referencial teórico, por meio de análise descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que havia 357 pessoas, com idade acima de 13 anos, vivendo com HIV/AIDS cadastradas no CTA/SAE de 2007 a 2013 (Tabela 1). Nesse contexto, o processo de interiorização da epidemia compreende diversos aspectos, dentre eles a tendência de expansão da epidemia para municípios de médio e pequeno porte (REIS et al., 2008). Os dados apresentados são analisados comparando-se homens e mulheres.

Sexo e Estado Civil

Observa-se uma pequena diferença na variável sexo dos usuários cadastrados (Tabela 1), sendo que o masculino apresenta 196 casos (55%) e o feminino 161 (45%). A razão entre os sexos vem diminuindo ao longo da série histórica da epidemia: em 1989, a razão de sexos era de cerca de seis casos de AIDS no sexo masculino para um caso no sexo feminino. Em 2005 atingiu seu menor valor (1,4) e, desde então, tem apresentado aumento (BRASIL, 2014). Em 2012, a taxa de detecção de casos de AIDS em homens foi de 26,1/100.000 habitantes e de 14,5 em mulheres, com uma razão entre os sexos de 1,7 casos em homens para cada caso em mulheres (BRASIL, 2013).

Analisando os dados no Brasil, entre 1980 e 2014 foram notificados no SINAN, declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exame Laboratoriais (SISCEL) e SICLOM um total de 757.042 casos de AIDS, dos quais 491.747 (65,0%) são do sexo masculino e 261.251 (35,0%) do sexo feminino. Do total de casos registrados neste período, 45,4% estão na Região Sudeste; 20,0% na Sul; 14,3% na Nordeste; 5,8% na Centro-Oeste; e 5,4% na Norte (BRASIL, 2014).

Os dados da Tabela 1 confirmam o panorama atual da epidemia, que evidencia o aumento significativo em mulheres e a diminuição do número de casos em homens, quase se igualando em ambos os sexos. Esse fato reforça o padrão de feminização da epidemia.

Observa-se que neste grupo há no total 186 (52%) usuários solteiros, sendo 127 (68%) homens e 59 (32%) mulheres. O número de indivíduos solteiros pode representar usuários do serviço que, por não estarem casados legalmente, se declaram solteiros. Este fato não diminui a vulnerabilidade de ambos os sexos, pois quando se trata de confiar no parceiro, o que representa a relação de confiança é a ausência do preservativo nas relações sexuais.

Entre os 137 (38%) usuários que se declararam casados, 63 (54%) são homens e 74 (46%) mulheres. Nesse contexto, as relações de confiança e fidelidade estão postas para o relacionamento dos indivíduos casados como algo cultural, sendo evidente a definição da sexualidade masculina como indomável, não devendo negar as oportunidades de contato sexual. Desta maneira, correr risco é um elemento essencial da masculinidade; esse fato reforça que os homens não possuem a capacidade de se proteger e conseqüentemente resguardar seus parceiros sexuais (GOGNA, 1997).

Tabela 1. Proporção por sexo e estado civil de usuários cadastrados nos anos de 2007 a 2013 no Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado em Santo Antônio de Jesus – BA.

Variável	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)
Cadastrados	196 (55%)	161 (45%)	357 (100%)
Estado civil			
Solteiro	127 (68%)	59 (32%)	186 (100%)
Casado	63 (54%)	74 (46%)	137 (100%)
Viúvo	03 (11%)	25 (89%)	28 (100%)
Divorciado	03 (60%)	02 (40%)	05 (100%)
Ignorado	00 (00%)	01 (100%)	01 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Os viúvos totalizam 29 (08%) pessoas, das quais 03 (11%) são homens e 25 (89%) mulheres; os divorciados são 05 (02%) e deles 03 (60%) são homens e 02 (40%) mulheres. Entre os viúvos houve predominância de falecimento dos parceiros em decorrência da AIDS, sendo que o conhecimento da situação sorológica ocorreu após adoecimento ou óbito do parceiro.

Crenças positivas quanto ao status social do casamento condicionando comportamentos, tanto masculino quanto feminino, de não prevenção é reforçado pelo tempo do relacionamento conjugal, pois faz com que as parceiras sintam segurança e deixem de reconhecer os acontecimentos do cotidiano que favorecem a contaminação pelo HIV (OLTRAMARI; OTTO, 2006).

Faixa Etária

Quanto à faixa etária das pessoas vivendo com HIV/AIDS, a tendência nacional nos últimos dez

anos foi de aumento da infecção em jovens em todas as regiões, exceto na Sul, onde ocorreu uma redução de aproximadamente 12,7%. As regiões Norte e Nordeste apresentaram um aumento de 111,0% e 72,3%, respectivamente (BRASIL, 2013).

Analisando-se a faixa etária dos usuários cadastrados no serviço (Tabela 2), ela varia de 18 a mais de 70 anos, com predominância entre 25 a 44 anos (61%). Este dado confirma o descrito na literatura, onde estudos evidenciam que a faixa etária dos infectados concentra-se na população em idade reprodutiva e de sexualidade ativa. Assim, surge a percepção e confirmação de que há juvenização da infecção (BORGES; SHOR, 2005).

A faixa etária dos usuários acompanhados no serviço se mantém similar a encontrada nas demais regiões do Brasil, sendo principalmente de adultos jovens, com predominância do número de casos de HIV/AIDS em ambos os sexos. Aliado a este perfil estão a falta de informação ou de acesso ao diagnóstico, tratamento e aconselhamento

Tabela 2. Proporção por idade de usuários cadastrados nos anos de 2007 a 2013 no Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado em Santo Antônio de Jesus – BA.

Idade	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)
13 a 19	01 (20%)	04 (80%)	05 (100%)
20 a 24	14 (50%)	14 (50%)	28 (100%)
25 a 29	23 (43%)	30 (57%)	53 (100%)
30 a 34	33 (59%)	23 (41%)	56 (100%)
35 a 39	27 (53%)	24 (47%)	51 (100%)
40 a 44	36 (64%)	20 (36%)	56 (100%)
45 a 49	21 (60%)	14 (40%)	35 (100%)
50 a 54	12 (50%)	12 (50%)	24 (100%)
55 a 59	12 (52%)	11 (48%)	23 (100%)
60 a 64	09 (90%)	01 (10%)	10 (100%)
65 a 69	04 (36%)	07 (64%)	11 (100%)
70 e +	04 (80%)	01 (20%)	05 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa 2014.

adequados que pode aumentar ainda mais o número de casos (LEMOS; GURGEL; FABBRO, 2005).

Raça/Cor

Verifica-se no estudo que a raça/cor autodeclarada predominante entre os usuários acompanhados pelo serviço é de indivíduos pardos e pretos, sendo o primeiro grupo composto por 85 (57%) homens e 64 (43%) mulheres; o grupo autodeclarado preto estava formado por 46 (54%) homens e 39 (46%) mulheres, e o de brancos por 11 (42%) homens e 15 (58%) mulheres. Cinquenta e quatro (56%) homens e 43 (44%) mulheres declararam ignorar sua raça (Tabela 3). Esses dados são confirmados por estudo de Santos (2014) que evidencia que os grupos afrodescendentes estão sofrendo uma transição epidemiológica da infecção pelo HIV/AIDS. Em decorrência deste aumento de casos em pessoas autodeclaradas pretas, alguns pesquisadores relatam que há um enegrecimento da epidemia.

Com relação à raça/cor⁵ dos casos notificados no SINAN no ano de 2012, houve predominância da cor branca (47,4%), seguido da cor parda (41,3%), preta (10,4%), amarela (0,5%) e indígena (0,4%). Apesar da concentração dos casos entre os brancos, a maior taxa de detecção dos últimos 10 anos ocorre entre os pretos de ambos os sexos (BRASIL, 2013).

Entendendo o Recôncavo da Bahia como um

território onde a população predominante é de pardos e negros, acredita-se ser salutar discutir questões relacionadas ao processo saúde-doença, considerando os indicadores raça/cor da pele, pois a qualidade de vida dos afrodescendentes é afetada diretamente pela discriminação, o racismo e as desigualdades sociais existentes em nossa sociedade (BATISTA, 2004).

Campos et al. (2011) afirma que a sociedade é profundamente desigual e, por isso, a garantia da universalidade dos diversos serviços, inclusive na área de saúde, é insuficiente para assegurar a equidade na população negra, refletindo no perfil socioeconômico do povo brasileiro. Nos resultados fica evidente o enegrecimento da epidemia na região.

Grau de Escolaridade

Em relação ao grau de escolaridade, observa-se que existe baixo grau de instrução entre os usuários do programa, uma vez que 160 (48%) dos indivíduos não completaram os estudos e 35 (10%) nunca estudaram. Observa-se também que 99 (27%) possuem escolaridade ignorada (Tabela 4).

De acordo com Brasil (2013), em 2012 apenas 76,8% dos indivíduos notificados no SINAN apresentaram informação a respeito do grau de instrução. Dentre esses, o percentual de indivíduos com ensino fundamental II incompleto foi de 23,2%, e ensino médio completo 21,3%.

Tabela 3. Proporção de usuários cadastrados por raça autodeclarada nos anos de 2007 a 2013 no Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado em Santo Antônio de Jesus – BA.

Raça	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)
Parda	85 (57%)	64 (43%)	149 (100%)
Preta	46 (54%)	39 (46%)	85 (100%)
Branca	11 (42%)	15 (58%)	26 (100%)
Ignorada	54 (56%)	43 (44%)	97 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa 2014.

Tabela 4. Proporção de usuários segundo escolaridade cadastrados nos anos de 2007 a 2013 no Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado em Santo Antônio de Jesus – BA.

Escolaridade	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)
Analfabeto	21 (60%)	14 (20%)	35 (100%)
Ensino fund*. 1 incompleto	15 (43%)	20 (57%)	35 (100%)
Ensino fund. 1 completo	15 (52%)	14 (48%)	29 (100%)
Ensino fund. 2 incompleto	06 (50%)	06 (50%)	12 (100%)
Ensino fund. 2 completo	08 (18%)	36 (82%)	44 (100%)
Ensino médio incompleto	35 (87%)	05 (13%)	40 (100%)
Ensino médio completo	34 (67%)	17 (33%)	51 (100%)
Educação superior completa	06 (50%)	06 (50%)	12 (100%)
Ignorado	56 (57%)	43 (43%)	99 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa 2014. fund*. = fundamental

O indicador analisado está diretamente condicionado à qualidade de vida e, como indica a Tabela 4, a epidemia no Recôncavo da Bahia está estratificada socialmente, pois os indivíduos ocupam uma posição na hierarquia social de acordo com a sua ocupação, renda e nível de escolaridade, sendo esse último um dos fatores determinantes da saúde do indivíduo (FONSECA et al., 2000).

Confirmando o perfil regional, estudos realizados no Brasil relatam que 47% dos episódios de AIDS ocorrem entre pessoas analfabetas ou que possuem apenas o primeiro grau; apenas 10% dos casos notificados possuem nível superior (RODRIGUES NETO et al., 2010). Está posto que a qualidade de vida, acesso aos serviços, emprego e moradia são indicadores que possuem relação direta com a escolaridade, assim como a baixa escolaridade tem relação direta com restrições sociais (ALMEIDA, 2010).

Ocupação/Profissão

No presente estudo, as profissões mais declaradas na maioria dos homens foram aquelas que não necessitavam de escolaridade completa ou de alguma escolaridade. Dentre elas, a que destacou para os homens foi pedreiro/ajudante e para mulheres a profissão de dona de casa. Foi observado que 46 (57%) homens e 35 (43%) mulheres possuíam profissão ignorada e uma mulher se declarou profissional do sexo (Tabela 5).

A relação entre os indicadores escolaridade e emprego identificada entre os usuários cadastrados é a mesma observada por diversos autores em relação a pessoas vivendo com HIV e AIDS no Brasil, sendo que o medo do julgamento e da discriminação desencoraja esses indivíduos a buscarem o emprego formal, acarretando repercussões negativas em sua qualidade de vida.

Apesar de apenas uma mulher se declarar profissional do sexo, o universo que cerca esta

profissão apresenta características específicas tais como o estigma, a submissão e a exclusão, que resultam na falta de acesso aos serviços de saúde. No Brasil, de acordo com Gysels, Nalusiba e Women (2002), as profissionais do sexo são um dos subgrupos mais infectados pelo HIV/AIDS, desde o início da epidemia. Este fato decorre da exploração da profissão e o baixo poder de negociação no uso do preservativo com os clientes.

Analisando a epidemia no âmbito da ocupação, os primeiros infectados foram pessoas ligadas a ocupações técnico-científicas e, com o passar dos anos, observou-se um aumento proporcional de pessoas com menor qualificação profissional. A profissão e/ou ocupação é utilizada para mensurar o grau de escolaridade do indivíduo e esta, por sua vez, tem sido bastante utilizada como um indicador do nível socioeconômico e seu impacto sobre a saúde (FONSECA et al., 2000).

O perfil de ocupação revelado na população acompanhada pelo serviço é o mesmo observado por Brumatti (2008), que constatou que as ocupações mais afetadas pela epidemia foram pedreiros/serventes e trabalhadores rurais, entre os homens, e as donas de casa/do lar e empregadas domésticas entre as mulheres. As junções dos indicadores de baixa escolaridade, subemprego e precárias condições socioeconômicas resultam na pauperização da epidemia, e esse panorama reflete diretamente na qualidade de vida dessas pacientes.

Tipo de Prática Sexual

Outro dado analisado foi em relação à proporção de prática sexual declarada, sendo a mais citada, entre os usuários cadastrados, a heterossexual em ambos os sexos. Entre os homens 124 (44%) são heterossexuais, seguido dos homossexuais 38 (100%), bissexuais de 32 (97%) e ignorado 02 (67%). Entre as mulheres 159 (56%) se declararam heterossexuais, seguidas de bissexuais

Tabela 5. Proporção de usuários segundo ocupação cadastrados nos anos de 2007 a 2013 no Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado em Santo Antônio de Jesus- BA.

Ocupação/Profissão	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)
Agricultor(a)/lavrador(a)	14 (56%)	11 (44%)	25 (100%)
Dona de casa	00 (0%)	60 (100%)	60 (100%)
Pedreiro(a)/ajudante	37 (100%)	00 (0%)	37 (100%)
Profissional do sexo	00 (0%)	01 (100%)	01 (100%)
Serviços gerais*	08 (33%)	16 (67%)	24 (100%)
Ignorado	46(57%)	34 (43%)	80 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa 2014. *serviços gerais, diarista ou doméstica

Tabela 6. Proporção de práticas sexuais de usuários cadastrados nos anos de 2007 a 2013 no Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado em Santo Antônio de Jesus – BA.

Prática sexual	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)
Heterossexual	124 (44%)	159 (56%)	283 (100%)
Homossexual	38 (100%)	00 (0%)	38 (100%)
Bissexual	32 (97%)	01 (3%)	33 (100%)
Ignorado	02 (67%)	01 (33%)	03 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa 2014.

02 (67%) e ignorado 01 (33%) (Tabela 6).

Para Mota (1998), as práticas sexuais estão diretamente ligadas ao comportamento que o indivíduo adquire ao longo da vida e da intensidade que ele estabelece para sua atividade sexual. Ao se declarar heterossexual, homossexual ou bissexual, emerge no imaginário do indivíduo o julgamento que a sociedade vai fazer da sua escolha, o que faz com que em muitos casos isso interfira na sua identidade.

Além disso, traçando um paralelo entre o que foi verificado na pesquisa e o observado no país, a relação heterossexual é a forma de transmissão que mais contribuiu para a feminização da epidemia. De acordo com Rachid e Schechter (2001), a incidência de casos entre os heterossexuais no país foi a que apresentou o maior aumento, influenciando de forma decisiva a expansão da epidemia entre as mulheres. Na susceptibilidade ao HIV, os comportamentos heterossexuais determinam, de forma geral, que as pessoas se imaginem como distantes da possibilidade de adquirirem o HIV, o que compromete a adoção de práticas sexuais protegidas.

Ainda ocorrem registros de casos de transmissão de AIDS entre homens por causa ignorada, provavelmente em decorrência de dados epidemiológicos insuficientes ou da complexidade em definir epidemiologicamente o universo homossexual. Podem estar inseridos neste contexto homens com práticas homossexuais esporádicas ou

constantes e com identidades sociais heterossexuais (BRASIL, 2001).

Desvelando a sexualidade, acredita-se que a forma de contaminação por via sexual é a maneira de transmissão que mais contribui para a feminização da epidemia no Brasil, pois a incidência de casos entre os heterossexuais demonstrou maior aumento, influenciando de modo decisivo a expansão da epidemia entre as mulheres (RACHID; SCHECHTER, 2001).

Tipo de Exposição

Observou-se no estudo que a exposição sexual foi a principal causa entre os homens 179 (54%) e mulheres 151 (46%), seguido pelo uso de drogas, entre os homens 07 (64%) e mulheres 04 (36%). Exposição ignorada foi relatada em homens 08 (67%) e mulheres 04 (33%) (Tabela 7).

Diante do exposto, fica claro que o principal tipo de exposição foi a sexual, confirmando dados da literatura mundial. Este fato, historicamente, está atrelado à errônea ideia de que o uso de preservativo está associado à prostituição, promiscuidade e relações extraconjugais. Apesar das pesquisas apontarem um aumento da utilização de preservativos no Brasil, sua adesão é menor entre mulheres, negros, analfabetos e na região Centro-oeste (PAIVA; PUPO; BARBOZA, 2006).

Tabela 7. Proporção por tipo de exposição de usuários cadastrados nos anos de 2007 a 2013 no Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado em Santo Antônio de Jesus – BA.

Tipo de exposição	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)
Sexual	179 (54%)	151 (46%)	330 (100%)
Drogas	07 (64%)	04 (36%)	11 (100%)
Vertical	02 (100%)	00 (0%)	02 (100%)
Acidente de trabalho	00 (0%)	01 (100%)	01 (100%)
Hemotransfusão	00 (0%)	01 (100%)	01 (100%)
Ignorado	08 (67%)	04 (33%)	12 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa 2014.

Considerando os aspectos que envolvem a relação sexual, a confiança estabelecida das mulheres é extremamente alta, pois estas imaginam que a relação as torna imunes, não havendo necessidade de proteção. Além disso, em determinadas regiões, as mulheres não possuem acesso à informação, levando-as a acreditar que não contrairão doenças (PRAÇA; LATORRE; HEARST, 2003).

A exposição ao HIV por uso de drogas injetáveis aparece em segunda posição neste estudo. Estes dados confirmam BRASIL (2012b), que cita que no período de 1980 a 2012 a transmissão entre pessoas com mais de 13 anos de idade, por esta via, correspondeu a 16,3% em homens e 7,0% em mulheres.

Dentre as formas de contágio, a transmissão vertical está diretamente ligada à contaminação feminina, sendo que dois homens cadastrados no serviço foram contaminados por esta via. Essa forma de transmissão ainda é uma realidade no Brasil e, na tentativa de diminuí-la, o MS reforça a importância da utilização das estratégias descritas no manual de acompanhamento de pré-natal de alto risco, na tentativa de evitar ou diminuir o risco dessa contaminação (BRASIL, 2012a).

A transmissão do vírus por acidente de trabalho foi verificada em uma mulher cadastrada no serviço. Entre os acidentes com material biológico, o que apresenta maior índice de notificação entre os profissionais de saúde está relacionado ao uso de material perfuro cortante (CAIXETA; BARBOSA-BRANCO, 2005). Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como emergência médica, uma vez que para atingir maior eficácia, as intervenções para a profilaxia da infecção do HIV necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente.

A contaminação por transfusão sanguínea também é verificada entre os indivíduos cadastrados. No Brasil, a contaminação por esta via é de apenas 0,3% a 0,6% dos casos de HIV entre

homens e mulheres, respectivamente, em maiores de 13 anos de idade, desde o início da epidemia (BRASIL, 2012a). Atualmente, os bancos de sangue possuem triagens criteriosas e exames com alta sensibilidade para análise de sangue doado, sendo ínfimas as chances deste tipo de contaminação.

No total, 12 pessoas constavam com o tipo de exposição ignorado, fato observado também em outras pesquisas. Entretanto, de acordo com a literatura, verifica-se que o número de contaminações com HIV/AIDS ocorre principalmente por meio de uma relação sexual desprotegida, mesmo quando se conhece o risco desta prática.

Status Imunológico

Nas variáveis analisadas quanto ao ano de diagnóstico observa-se grande semelhança entre os sexos, sendo que 05 (83%) homens e 01 (17%) mulher receberam o diagnóstico há mais de duas décadas; o que descobriram a doença entre 2006 e 2010 totalizaram 65 (52%) homens e 60 (48%) mulheres; e os que ficaram cientes da doença entre 2011 a 2013 foram 113 (56%) homens e 87 (44%) mulheres (Tabela 7).

Neste contexto, a introdução da Terapia Antirretroviral (TARV) nos anos de 1990 e sua utilização até os dias atuais têm refletido na redução da mortalidade, progressão da doença e dos distúrbios relacionados ao HIV. O uso cada vez mais precoce desses medicamentos tem causado impacto na clínica e na epidemiologia da infecção e tem aumentado substancialmente o intervalo de tempo entre a infecção e o aparecimento da AIDS (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000).

Observa-se que a grande maioria dos indivíduos cadastrados no serviço possui o status imunológico para AIDS desde a admissão ou evoluíram para tal, totalizando 156 (59%) homens com AIDS, sendo 40 (41%) com HIV; em relação às

Tabela 8. Proporção de ano aproximado de diagnóstico e status imunológico de usuários cadastrados de 2007 a 2013 no Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado em Santo Antônio de Jesus - BA.

Variável	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)
Ano do diagnóstico			
1992 a 1999	05 (83%)	01 (17%)	06 (100%)
2000 a 2005	13 (50%)	13 (50%)	26 (100%)
2006 a 2010	65 (52%)	60 (48%)	125 (100%)
2011 a 2013	113 (56%)	87 (44%)	200 (100%)
Status imunológico			
HIV	40 (41%)	53 (43%)	93 (100%)
AIDS	156 (59%)	108 (57%)	264 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa 2014.

mulheres, 108 (57%) com AIDS e 53 (43%) com HIV (Tabela 8). Estes dados confirmam o que foi anteriormente citado, que a maioria das pessoas que procuram o serviço possui a doença instalada, demonstrando que existe um período longo entre a contaminação e a descoberta da condição sorológica, favorecendo o aumento da contaminação entre parceiros.

Especificamente, a evolução da AIDS pode ser dividida em três fases: a primeira, caracterizada por infecção aguda, pode surgir algumas semanas após a infecção inicial; porém, devido à semelhança com outras infecções virais, não é diagnosticada. Nesta fase ocorre o pico da carga viral (número de vírus HIV circulante no organismo) e o menor nível de células T CD4. Na segunda fase, o indivíduo encontra-se assintomático, podendo a duração variar de meses a alguns anos. Nesta etapa, os níveis de células T CD4 podem estar estáveis ou em declínio. Na terceira fase, ocorrem os sintomas e as manifestações mais graves da AIDS, que evoluem a medida que a pessoa apresenta alterações da imunidade. Além disso, surgem as infecções oportunistas e a diminuição das células de defesa (BRASIL, 2010).

No Brasil, estimava-se que aproximadamente 718 mil indivíduos vivem com o HIV/AIDS, representando uma taxa de prevalência de 0,4% na população em geral, dos quais apenas 574 mil (80%) foram diagnosticados. Aproximadamente 531 mil (74%) indivíduos infectados foram vinculados aos serviços de saúde, que monitoram sua infecção por meio de exames laboratoriais, ou estão em TARV; 436 mil (61%) das pessoas vivendo com HIV e AIDS continuaram em monitoramento laboratorial ou em TARV, dos quais 313 mil (44%) estavam em uso de TARV, sendo que 236 mil (33%) apresentavam a carga viral indetectável (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, fica claro que um fato impactante na vida das pessoas contaminadas é a descoberta da condição de soropositividade. Entretanto, é necessário iniciar o mais precocemente possível o acompanhamento e tratamento, pois pessoas que não se consideram vulneráveis ao HIV podem aumentar significativamente o risco de contaminação e/ou a descoberta tardiamente, o que pode ocasionar morte precoce e evitável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico realizado nos registros dos usuários do serviço confirma a tendência à feminização da epidemia e o perfil de interiorização também no Recôncavo da Bahia. A juvenização

deste grupo também é confirmada, estando muitos indivíduos na fase produtiva e reprodutiva da vida. Neste segundo aspecto, as pessoas vivendo com HIV devem ser acompanhadas e orientadas sobre o desejo de ter filhos, visando o planejamento familiar e a tomada de medidas para evitar a transmissão vertical do HIV.

Outro indicador confirmado diz respeito ao enegrecimento, com predominância das raças autodeclaradas preta e parda. Quanto à escolaridade, a grande maioria dos indivíduos possui baixa escolaridade e ocupação predominante de pedreiros/serventes e trabalhadores rurais entre os homens, e dona de casa (do lar) e empregadas domésticas entre as mulheres. Os indicadores de baixa escolaridade, subemprego e precárias condições socioeconômicas refletem diretamente na qualidade de vida dessas pessoas, reforçando a vulnerabilidade individual e social.

Quanto às práticas sexuais e exposição, a heterossexualização e a transmissão sexual foram expressivas nestes indivíduos, confirmando que a principal via de infecção dos indivíduos cadastrados no serviço foi a sexual. Dentre os principais fatores que podem ter propiciado a infecção estão à falta de adesão ao uso do preservativo e dificuldade de negociação do mesmo entre parceiros e/ou parceiras.

O levantamento do perfil das pessoas acompanhadas pelo CTA/SAE confirmou a feminização, heterossexualização, pauperização, enegrecimento, juvenização e interiorização. Este mesmo perfil foi observado em outros estudos sobre a epidemia do HIV/AIDS e reforça a necessidade de articulação e fortalecimento das políticas públicas nesta população, envolvendo os sujeitos nas ações de prevenção e promoção da saúde, e o empoderamento das pessoas vivendo com HIV na tentativa de redução das vulnerabilidades.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, B.M. Características clínico-demográficas dos usuários de antirretrovirais atendidos na Farmácia Escola de um Hospital Universitário. 2014. 88 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

ALMEIDA, L.C.G. O Que vem depois? Preciso falar disso com alguém!/AIDS e violência interpessoal na vivência de mulheres soropositivas. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva na Área de Ciências Sociais) -

Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 209p. 2010.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Programa de Ações e Metas, 2013. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/Portalces/images/stories/arquivos/Apresentacoes/2013/PAM_2013_14_03_2013.pdf. Acesso em: 26 dez. 2014

BASTOS F.I.; SZWARCOWALD C.L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cad Saúde Pública, v. 16, Supl 1, p.65-76, 2000.

BATISTA, L.E. Mortalidade adulta no estado de São Paulo. In: Primeiro Seminário de Saúde da População Negra, 2004. Disponível em: <http://www.mulheresnegras.org/doc/livro%20ledu/117-128luiseduardo.pdf>. Acesso em 16 de mai. de 2014

BRASIL. Portaria MS/GM nº. 95. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma operacional da assistência à saúde NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União, 29 jan. 2001

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS e outras DST. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br>. Acesso em 14 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes para a Organização e Funcionamento dos CTA no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, p.09,10, 2010.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. [online] 2012a. Disponível: Conselho. Disponível em: saude.gov.br/resolucoes/2012aReso466.doc. Acesso em: 12 de set. de 2013. 2012a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Geração de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BORGES, A.L.V, SHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. Cad Saude Publica, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BRUMATTI, P.A.P. O perfil dos portadores do vírus HIV/AIDS usuários do Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva/SP: retrato de desigualdade. Dissertação – Mestrado – Serviço Social - Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP, 2008.

CAIXETA, R.B.; BARBOSA-BRANCO, A. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. Cad. Saúde Pública [online], v. 21, n. 3, p. 737-746, 2005.

CAMPOS, C.R.A. et al. Saúde da população negra HIV/AIDS: pesquisas e práticas. Campinas, SP: Arte escrita, 2011.134p.

FERREIRA, R.C.S.L. et al. Epidemiológico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida na região da Associação de Municípios da Região de Laguna (AMUREL) de 1987 a 2006. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 37, n. 2, p. 19-24, 2008.

FERREIRA, J. et al. Caracterização do Perfil Epidemiológico dos Usuários do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de DST/AIDS do Município de JI Paraná/RO: Um Relato de Experiência. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, v. 2, n. 1, p. 11-13, 2011.

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

- GOGNA, M. Contribuições para repensar a prevenção das DST. In: 2o Seminário, Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS; 1997 mar 13-15;. Rio de Janeiro, (BR). Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ; 1997. p. 55-60.
- GYSELS, M.; POOL, R.; NALUSIBA, B. Women who sell sex in a Ugandan trading town: Life Histories, Survival Strategies and Risk. *Social-Science-and-Medicine*, v. 54, n. 2, p.179-192, 2002.
- LEMOS, L.M.D.; GURGEL, R.Q.; FABBRO, A.L.D. Prevalência da Infecção por HIV em Parturientes de Maternidades Vinculadas ao SUS. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 27, n.1, p. 32-36, 2005.
- MOTA, M.P. Gênero e sexualidade: fragmentos da identidade masculina nos tempos da AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n.1, p.145-155, 1998.
- OLTRAMARI, L.C.; OTTO, L.S. Conjugalidade e AIDS: um estudo sobre infecção entre casais. *Psicol Soc.*, v. 18, n.3, p.55-61, 2006.
- PAIVA, V.; PUPO, L.R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v.40, p.109-119, 2006.
- PRAÇA, N.S; LATORRE, M.R.D.O.; HEARST, N. Fatores associados à percepção de risco de infecção pelo HIV por puérperas internadas. *Rev. Saúde Pública*, v.37, n. 5, p. 543-551, 2003.
- RACHID, M.; SCHECHTER, M. Manual de HIV/AIDS. 6ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- REIS, C.T.; et al. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. *Cad. saúde pública*, v. 24, n.6, p.1219-1228, 2008.
- RODRIGUES NETO, J.F. et al. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais*, v. 20, n. 1, p. 22-29, 2010.
- SOUZA, C.T.V. Características sócio-demográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do "projeto Rio". [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 50 p.
- UNAIDS. UNAIDS/WHO report on the global AIDS epidemic 2011. Disponível em: <http://www.unAIDS.org/Acesso:14dedez.2014>.