



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS
ATENDIDOS EM UM CENTRO DE TESTAGEM
E ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS DO
ESTADO DA BAHIA**

Dissertação de Mestrado

Joselina Soeiro de Jesus

Salvador

2006

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS
ATENDIDOS EM UM CENTRO DE TESTAGEM E
ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS DO ESTADO DA
BAHIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia.

Aluna: Joselina Soeiro de Jesus

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Inês Costa Dourado

Salvador

2006

JOSELINA SOEIRO DE JESUS

**Perfil Epidemiológico dos Usuários Atendidos em um
Centro de Testagem e Aconselhamento em HIV/Aids do
Estado da Bahia**

Defesa: 29 de abril de 2006.

Banca Examinadora:

Prof^{ca} Dr^a Lígia Regina Sansigolo Kerr Pontes

Prof^o Dr^o Eduardo Mota

Prof^{ca} Dr^a Maria Inês Costa Dourado
Orientadora

Dedicatória

*À minha querida mãe **Adélia**, meu referencial de mãe, mulher e pessoa. Que me ensinou os princípios éticos da vida e a como lidar com sabedoria frente às adversidades e que sempre esteve presente em minha caminhada. **Aquela** a quem eu devo todo o respeito e dedicação às minhas conquistas.*

*Ao meu esposo **Mário** minha admiração pela paciência, companheirismo e que me apoiou nos momentos mais importantes e decisivos desta minha trajetória.*

*À minha irmã **Íris** meu agradecimento. Que sempre torceu por mim, me apoiou e participou diretamente desta minha conquista e a quem tenho como referencial de competência profissional.*

Agradecimentos

*Agradeço a Deus e ao Santo Expedito que me deram fortaleza para que eu prosseguisse nesta caminhada e testemunho de que com **fé, nada é impossível.***

Agradecimentos

À professora *Inês Dourado* a minha gratidão, pelo acolhimento, competência e por ter acreditado em meu potencial. Com quem dividi grandes momentos nesta caminhada, e aprendi a trilhar o caminho da epidemiologia. A quem sempre esteve ao meu lado, nos momentos mais críticos, estimulando-me a prosseguir.

Aos meus afilhados e sobrinhos *Tháise, Hugo e Felipe* que torceram por mim e participaram diretamente desta conquista. E a toda minha família que é o meu alicerce.

À Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e à Direção do Centro de Referência em DST/CTA, que autorizou utilização dos dados para esta pesquisa.

À *Iolanda Farias e Luciana Buente* colegas de trabalho que reconheceram a importância desta pesquisa para o Centro e empreenderam esforços para que a mesma fosse concretizada.

Ao professor *Eduardo Mota* e ao professor *Jorge Iriart* pelas contribuições no exame de qualificação.

À professora *Conceição Costa* pelo carinho a mim prestado, amizade e com a qual aprendi muito a arte de ensinar.

A todas e todos meus colegas do CTA / C.DST que torceram por mim, em especial, *Patrícia, Heloíse, Iza Mariana, Jerusa, Tânia, Emília, Carlinda, Iraildes, Anamaria Rizzato e Maria Goret*.

Às minhas colegas de Mestrado, *Sheila Alvim, Silvana D’Inocenzo, Márcia Santos e ao colega Djanilson Barbosa* pela amizade, companheirismo e disponibilidade. Em especial à *Maria Angélica Riccio e Iracema Viterbos*, com as quais dividi grandes momentos nesta caminhada e pela sincera amizade.

À *Anunciação, Clinger, Néa e Moisés*, que foram além das suas obrigações e se tornaram grandes companheiros nesta trajetória. À *Diorlene e Conceição* pelas orientações no manejo do programa estatístico.

A todos os colegas do mestrado e professores do *Instituto de Saúde Coletiva*.

Aos *usuários* do CTA sem os quais esta pesquisa não teria sido realizada e por ter contribuído para o meu amadurecimento profissional e pessoal.

Sumário

	PAG.
Apresentação	
Introdução	01
Bibliografia	08
Artigo – 1	11
Abstract	12
Resumo	13
Introdução	14
Metodologia	17
Resultados	20
Discussão	24
Referência bibliográficas	31
Gráfico e tabelas	36
Anexo	
Fluxograma da População Final de Estudo	
Artigo – 2	39
Abstract	40
Resumo	41
Introdução	42
Metodologia	44
Resultados	47
Discussão	47
Referência bibliográficas	49
Tabelas	51
Considerações finais	58
Anexos	
Fluxograma da População Final de Estudo	
Projeto de Dissertação	
Questionário	

Apresentação

Este trabalho estrutura-se a partir de reflexões oriundas da vivência da autora, ao longo de dez anos, enquanto profissional da área de saúde em um dos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/Aids – CTA, sediado em Salvador e pioneiro no Estado da Bahia, tendo participado de sua implantação.

Com a perspectiva de possibilitar ao leitor uma melhor compreensão do tema do ponto de vista epidemiológico, inicialmente, este trabalho consta de uma parte introdutória, onde é contextualizada a epidemia de Aids no mundo e no Brasil, enquanto um importante problema de saúde pública e com grande impacto social, circunscrevendo-se, neste contexto, os CTA como uma nova modalidade de serviço de saúde e um espaço que integra a prevenção e assistência, e enquanto uma das respostas de enfrentamento à epidemia por parte de instâncias governamentais, após mobilização de diversos atores sociais.

Segue-se a essa introdução, o desenvolvimento de dois artigos que se embasam no método epidemiológico de investigação científica, e foram estruturados de modo a responder a pergunta de investigação que norteou este trabalho: Qual o perfil epidemiológico dos usuários atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento?

No Artigo 1 intitulado “ Perfil sócio-demográfico, comportamental e sorológico de homens e mulheres atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento em HIV/Aids do Estado da Bahia, busca-se caracterizar a população de estudo no que concerne a variáveis selecionadas, seguida da descrição do padrão de ocorrência da soropositividade para o HIV.

No Artigo 2 intitulado “Escolaridade e a Infecção pelo HIV – Um Estudo entre os Usuários Atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento em HIV/Aids do

estado da Bahia, investiga-se, especificamente, a associação entre o nível de escolaridade e a soropositividade para o HIV, buscando situar a importância do grau de instrução no contexto de disseminação da epidemia de Aids.

Cada artigo consta de uma introdução, metodologia e apresentação dos resultados, os quais são posteriormente confrontados com a literatura já existente entorno da temática. A dissertação é finalizada com algumas considerações gerais e apresenta como perspectiva contribuir para realimentar as ações desenvolvidas em CTA, tendo em vista atender de forma mais conseqüente a sua população alvo e oferecer subsídios para a implementação de políticas públicas mais eficiente no enfrentamento de questões decorrentes da Aids.

Introdução

Aspectos epidemiológicos

A epidemia de AIDS desde seu início no final da década de 70 trouxe repercussões em nível psicossocial e econômico dos indivíduos e sociedades, tornando-se um importante problema de saúde pública. Além do estigma social gerado e custos elevados decorrentes das ações para seu combate e controle, ela abrange questões de ordem subjetiva e intrínseca ao comportamento humano, como valores, sentimentos, percepção, representações simbólicas e relações de poder (Merchan-Hamann, 1999), o que a torna complexa e dificulta a adoção de medidas efetivas de controle.

Estudos têm revelado que a epidemia se faz presente em todos os continentes, no entanto, com distribuição populacional não homogênea. Em 2005, a estimativa mundial de crianças e adultos vivendo com HIV/Aids foi de 40,1 milhões, sendo a África Subsaariana a região mais afetada com 2/3 da população de doentes. Estimaram para o ano de 2005 3,2 milhões de casos novos e 2,4 milhões de óbitos por Aids, mantendo a África Subsaariana os percentuais mais elevados, respectivamente, 74% e 75% dos casos no mundo. Cabe destacar que no ano de 2003, os jovens de 15-24 anos representaram a metade de casos novos de HIV no mundo, e que as mulheres constituíram cerca de 50% de todas as pessoas com a infecção. Para o continente Latino Americano, a estimativa foi de 1,8 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids, 200 mil casos novos em 2005, e 95 mil óbitos desde seu início (UNAIDS, 2004).

Ressalta-se que, desde o começo da epidemia, o ano de 2003 foi o que apresentou maior incidência de casos de AIDS com quase cinco milhões de novas infecções, e que o crescimento mais rápido foi notado nas regiões da Ásia oriental, com aumento de 50% entre 2002 e 2004, sendo a China o país mais atingido. Verificou-se, também, um crescimento de 40% na Europa oriental e Ásia central em 2002, (UNAIDS, 2004).

No que se refere ao perfil de indivíduos infectados, este vem se alterando ao longo do tempo nos diversos continentes, guardando, no entanto, características regionais e culturais. Entretanto, a via sexual apresenta-se como principal forma de transmissão da infecção pelo HIV (Szwarcwald, 2000). Neste contexto, verifica-se na África o predomínio da transmissão sexual entre heterossexuais. Na Ásia, dissemina-se pelo uso de drogas intravenosas, relações entre homossexuais, e entre profissionais do sexo e parceiros. Na Europa oriental e Ásia central a AIDS propaga-se principalmente pelo uso de drogas intravenosas.

Na América Latina, a transmissão concentra-se entre os homossexuais e entre os usuários de drogas intravenosas; predominando na América Central as relações sexuais entre heterossexuais e homossexuais. No Caribe, que tem a segunda maior prevalência de HIV do mundo (2,3%), os heterossexuais e profissionais do sexo representam a população mais vulnerável à infecção pelo HIV (UNAIDS, 2004). No Brasil, atualmente, o maior número de casos é representado pela categoria de heterossexuais, com crescente disseminação entre as mulheres (Brasil, MS 2004).

A epidemia de AIDS no Brasil teve seu início nos primeiros anos da década de 80, nas duas maiores metrópoles do país, São Paulo e Rio de Janeiro, ambas da região Sudeste, (Bastos et al, 1995). A disseminação para outras regiões deu-se a partir do final dos anos 80 e ocorreu de forma heterogênea (Bastos et al 1995; Brasil, 1999 e 2000). Para o período entre 1980 a junho de 2005 foram notificados 371.827 casos de AIDS, com desaceleração da taxa de incidência a partir de 1999. Porém, esse decréscimo não tem ocorrido de forma homogênea, guardando diferenciais tanto entre os segmentos da população, como entre as regiões do país. No primeiro semestre de 2005, a taxa de incidência por 100.000 habitantes correspondeu a 17,2. O Sul e Sudeste mantêm as taxas mais elevadas, respectivamente, $23,1 \times 10^{-5}$ e $21,7 \times 10^{-5}$ hab. O Nordeste do país apresenta taxa de $8,7 \times 10^{-5}$ hab. e tem no estado do

Maranhão a maior taxa de incidência ($11,0 \times 10^{-5}$). A Bahia apresenta a 4ª maior incidência de AIDS da região com taxa de $8,6 \times 10^{-5}$ hab. Neste mesmo período, este estado apresentou a maior incidência, com 436 casos novos. Ressalta-se que em Salvador entre 1984 a 2004 foram notificados 3995 casos de Aids em residentes deste município, (Brasil, 2004 e 2005; Salvador, 2004).

No Brasil, a Aids atingiu inicialmente pessoas pertencentes aos estratos sócio-econômicos mais privilegiados da sociedade, do sexo masculino, entre hemofílicos e homossexuais e restrita aos grandes centros urbanos. Ao longo de sua evolução, passou por profundas modificações no que se refere a sua distribuição espacial, quanto ao sexo, idade, escolaridade, e categoria de exposição; de restrita a determinados grupos populacionais para os diversos segmentos da sociedade. Atualmente, caracteriza-se como uma epidemia que vem atingindo os indivíduos com nível de escolaridade mais baixo, os mais jovens, aqueles em idade produtiva e reprodutiva, e as mulheres, evidenciando uma tendência à pauperização, à heterossexualização e à feminização (Bastos 1995; Szwarcwald 2000; Guimarães, 2000; Parker & Camargo Jr. 2000, Castilho 2001; Fonseca 2000, 2002). Ressalta-se que a razão homem-mulher passou de 18,5 em 1983 por 100.000 hab. para 1,4 em 2005, apresentando sinais de inversão entre os menores de 13 a 19 anos no período de 2001 e 2002. Observa-se, também, a expansão de casos de Aids para o litoral e norte do país, com redução proporcional da participação dos municípios de grande e médio porte, não obstante, ainda caracteriza-se como uma epidemia com concentração nas grandes cidades (Szwarcwald et al, 2000; Brasil, 2002, 2005).

No período entre 1980 e 2005 a exposição sexual representou a principal via de transmissão do HIV, com predomínio da categoria homossexual até 1993 e a partir daí, da heterossexual, que em 2005 correspondeu, respectivamente, entre homens e mulheres a 44,9% e 99,4%. No que tange à faixa etária até 2001, predominou a situada entre 30 e 34 anos para

ambos os sexos. A partir deste ano, a faixa que apresentou maior taxa de incidência por 100.000 habitantes, foi a de 35 a 39 anos ($56,4 \times 10^{-5}$) para o sexo masculino, e a de 30 e 34 anos ($31,7 \times 10^{-5}$) para o sexo feminino. Em relação ao nível de escolaridade, as maiores taxas foram para o ensino fundamental, tanto para o sexo masculino como para o feminino, correspondendo, respectivamente, $46,4$ e $51,2 \times 10^{-5}$ habitantes (Brasil, 2004). E no que tange à raça e cor em ambos os sexos predominou a cor branca, (Fonseca et al 2002; Guimarães 2000; Ferreira 2001; Bassicheto 2004; Brasil, 2004 e 2005).

Aspectos relacionados à prevenção do HIV e o Centro de Testagem e Aconselhamento

Com a crescente disseminação da epidemia de AIDS a partir da década de 80 e o impacto social gerado, com repercussões no âmbito das famílias e sociedades, veio a mobilização de diversos atores sociais que pressionaram os poderes públicos por medidas para a melhoria da assistência prestada aos portadores e controle da doença. Neste contexto e nos primeiros anos da epidemia, alguns países como os Estados Unidos e Inglaterra dispunham de serviços de aconselhamento voltados para a prevenção e para alguns grupos sociais. Em 1987, a França implantou o Centro de Testagem Anônima para HIV, objetivando através de ações de aconselhamento pré e pós - teste, estimular as pessoas à identificação de seu status sorológico para este vírus (Brasil, 1999, Derancourt et al, 2004).

O cenário brasileiro no início da epidemia de Aids foi marcado por pressões sociais, tendo em vista o estabelecimento de políticas públicas para o enfrentamento do problema social, causado pela epidemia. Neste contexto, as organizações não-governamentais (ONG) no final da década de 80, desempenharam um importante papel junto aos movimentos sociais e instâncias governamentais na implementação de ações relacionadas à assistência aos portadores e família, à prevenção e direitos humanos, desencadeando importantes conquistas, (Brasil, 1999).

Nessa conjuntura, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, adota importantes medidas, que resultaram na sistematização de ações e criação de um arcabouço legal, consubstanciando o estabelecimento de uma política pública para o controle da epidemia. Em 1985, o MS estabelece as primeiras diretrizes para o enfrentamento da epidemia de Aids, ao implantar o Programa Nacional de DST/Aids (PN - DST/Aids) através da portaria nº 236. Em 1986, a portaria MS nº 542 caracterizou a Aids como uma doença de notificação compulsória. A partir de 1988, como parte da política de prevenção, valorizando as ações de cunho educativo e visando traçar um perfil dos indivíduos infectados, criou os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), atualmente denominado de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). E em 1996, é promulgada a Lei Federal nº 999.313, de 13/11/96 que dispõe sobre a obrigatoriedade do acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais no sistema público de saúde.

Os CTAs são unidades de assistência básica à saúde, estruturados a partir de parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde. Estes Centros foram idealizados para a oferta do diagnóstico sorológico para o HIV, aos usuários com demanda voluntária, de forma anônima, dentro de princípios éticos do sigilo e confidencialidade, tendo como estratégia metodológica o aconselhamento pré e pós-teste e a educação à saúde com vistas à mudança de comportamento de risco. O primeiro CTA foi implantado em 1988 na cidade de Porto Alegre (RS), (Brasil, 1999; Ferreira et al 2001; Bassicheto et al 2004). Em 1999, o MS cria o Manual de Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento, no qual são ampliados os seus objetivos, e reflete um processo de amadurecimento frente às novas demandas, contribuindo para solidificar a importância destes Centros no contexto da prevenção em HIV/Aids.

No Brasil foram implantados até 2005, 329 CTA distribuídos nas diversas regiões. A região Sudeste tem a maior concentração com 105 unidades. No Nordeste do país localizam-se 60, no Sul 62, no Centro-Oeste 57 e no Norte 45 CTA. O estado da Bahia, conta

atualmente com 12 CTA, sendo que dois localizam-se na capital e os demais no interior do estado. O primeiro está sediado em Salvador, foi implantado em 1994 em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde - SESAB e funciona conjuntamente com o Centro Referência Estadual de Prevenção, Controle e Tratamento de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis).

Os CTAs têm participado na construção do perfil dos indivíduos infectados pelo HIV e, enquanto uma nova prática de educação em saúde se tornaram-se espaço estratégico de prevenção, pois além de articular informações, possibilita interlocução direta com os usuários, contribuindo para estabelecimento de estratégias direcionadas a populações vulneráveis. E sendo a porta de entrada do sistema de prevenção e controle da epidemia, têm assumido a responsabilidade pela detecção precoce da infecção, tornando-se um serviço mediador entre a prevenção e assistência (Kegeles et al, 1990; Minayo et al, 1996; Szapiro, 2004).

Ressalta-se que no contexto da epidemia de Aids, as ações de prevenção se apresentam como ferramentas fundamentais, constituindo-se no pilar para o seu controle, tanto no sentido de evitar a ocorrência de novas infecções, como para a melhoria da qualidade de vida dos já acometidos. A importância destas ações é evidenciada no relatório da UNAIDS de 2004, onde é enfatizado que a prevenção integral pode evitar a ocorrência de 29 milhões dos 45 milhões de casos esperados para este decênio. No entanto, para que se constituam em ações efetivas, faz-se necessário, além de investimentos financeiros e outras medidas, que o planejamento e práticas no âmbito dos serviços, levem em conta as características sócio-cultural e epidemiológica da região, propiciando o desenvolvimento de programas especiais direcionados às populações vulneráveis e mecanismos facilitadores de acesso.

Estudos têm revelado como respostas efetivas de enfrentamento da epidemia, o aumento do financiamento para as ações, o monitoramento de casos e de infectados, o progresso terapêutico, assim como, a melhoria dos serviços básicos de prevenção e atenção.

Contudo, a cobertura ainda é extremamente desigual entre as diversas regiões do mundo, principalmente naquelas mais pobres, ficando alijado um contingente significativo de pessoas vulneráveis à infecção, (UNAIDS 2004). Esse quadro demanda ações para revertê-lo, exigindo um esforço de todos os atores sociais e principalmente uma conscientização e vontade política por parte dos gestores, além da necessidade dos serviços, repensarem suas práticas e discutirem conceitos presentes no processo de prevenção.

Bibliografia

- 1 - BASSICHETO, K. C. et al. Epidemiological profile of HIV positive individuals from a HIV/STD Counseling and Testing Center (CTA) in the city of São Paulo, Brazil. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, v. 7, n. 3, p. 303-310, set/ 2004.
- 2 - BASTOS, F. I. et al “A epidemia de AIDS no Brasil”. In: MINAYO, M. C. DE S. *Os muitos Brasis: Saúde e população na década de 80*, São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1995, 356 p.
- 3 - BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS and pauperization: principal concepts and empirical evidence. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v 16, supl. 1, p. 65-76, 2000.
- 4 - BRASIL. *Boletim epidemiológico AIDST*. Brasília, ano XVIII, n. 1, 01^a à 26^a semanas epidemiológicas, jun.2004. 44p.
- 5 - BRASIL. *Boletim Epidemiológico – AIDST*, Ano II n. 1, 1 à 26 semanas epidemiológicas, junho 2005. 43p.
- 6 - _____. ano XIII, n. 01, 48^a/99 à 22^a/00 semanas epidemiológicas, dez. 1999 a jun. 2000. 17 p.
- 7 - _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996.
- 13 - _____. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)*. MS, Brasília, 1999. 32 p.
- 8- _____. *Política nacional de DST/AIDS: princípios, diretrizes e estratégia*. MS, Secretaria de Política e Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS, Brasília, 1999. 90 p.
- 9 - _____. Ministério da Saúde. Portaria 59/03 (GM), 28/01/2002. Disponível em: <www.aids.gov.br/fiquesabendo/potaria.htm>
- 10 - CASTILHO, E. A. et al. A AIDS no Brasil. In: ROUQUAYROL. M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, P. 271-284, 2002.

- 11 - DERANCOURT, C. et al. Clinical assessment of the risk of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in the population consulting an anonymous and free screening center. *Ann. Dermatol Venereol. France*, v.1 (1pt1), p.11-5, jan. 2004
- 12 - FERREIRA, M. de P. S, et al. HIV testing and the importance of Testing and Counseling Center's (CTA) – results from a research in the municipality of Rio de Janeiro. *Ciências & Saúde Coletiva*, v.6(2). P. 481-490, 2001.
- 13 - FONSECA, M. G. P. et al. A sociodemographic analysis of the AIDS epidemia in Brazil, 1980-1999. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.36, n. 6, p. 678-685,2002.
- 14 - _____. AIDS and level of education in Brazil: temporal evolution from 1986- to 1996. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16 supl. 1, p.77-82, 2000.
- 15 - GUIMARÃES, M. D. C. Temporal trends in AIDS- associated opportunistic infections in Brazil, 1980-1999. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 21-36, 2002.
- 16 - KEGELES, S. M. et al. Many people who seek anonymous HIV-antibody testing would avoid it under on their circumstances. *United States: AIDS*. V.4, n. 6, p.585-588, jun.1990.
- 17 - LUBISCO, N. M. L; VIEIRA, S. C. Manual de estilo acadêmico: monografias, dissertações e teses. Revisão: Inaiá Veiga Santana. 2 ed. Ver. Ampl. Salvador: EDUFBA, 2003.
- 18 - MERCHAND-HAMANN, E. Os ensaios da educação para a saúde na prevenção de uma práxis integral. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 85-92. 1999.
- 19 - MINAYO, M.C et al. *Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) da Região Nordeste*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996. 80 p.
- 20 - PARKER, R., CAMARGO JR, H. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v16, supl.1, p. 89-102, 2000.
- 21 - SALVADOR. Secretaria Municipal de Salvador. 2004. Boletim Epidemiológico *DST/AIDS*. Ano I (1), SE 1 – 52.

22- SZWARCOWALD, C. L. et al. The spread of the AIDS epidemic in Brazil from 1987 to 1996: a spatial analysis. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16 supl. 1, p. 7-19, 2000.

28 - UNAIDS. Situacion de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2004. Disponible em: <www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004.html_sp/>. Acesso em 6 dez. 2004.

23 - _____. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Resumen analítico. Disponível em: <[www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004.html_sp / ExecSummary](http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004.html_sp/ExecSummary)> Acesso em: 9 dez. 2004

24 - _____. AIDS epidemic update. December 2004. Disponível em <www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004.html> Acesso em 06 dez. 2004.

Perfil sócio-demográfico, comportamental e sorológico de homens e mulheres atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento em HIV/Aids do Estado da Bahia ¹

Joselina Soeiro de Jesus ², Inês Dourado ³

¹*CTA vinculado à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia*

²*Assistente Social, técnica em aconselhamento do CTA-BA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia*

³*Programa de DST/Aids. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia*

Abstract

The Aids epidemic has reached almost 30 years of existence and much was achieved in many areas. One of the actions to control the epidemic in Brazil is the existence and expansion of the Counseling Testing Centers (CTC) in many Regions of the country. These centers in many instances represent the entry door of the HIV infected individual in the health system. Using data from the CTC information system located in Salvador, Northeast Brazil, this paper intended to describe the social, demographic, behavioral and biological profile of the users from 2003-2005. The cross sectional design identify 8026 users during this period with a mean age of 31 years old. The HIV prevalence was 7.2% and varies in men and women. Despite the limitations of the study, the finding are important to Salvador once this CTC is a major center for HIV test in this large city.

Key words: Profile, CTC, HIV.

Resumo

A epidemia de Aids atinge seus quase 30 anos de existência e no decorrer destes muitas conquistas foram alcançadas em diversas áreas. Uma das ações de controle da epidemia no Brasil é a existência e expansão dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) por várias regiões do país. Estes centros representam a porta de entrada do indivíduo infectado no sistema de saúde. Utilizando-se os dados do Sistema de Informação do CTA localizado em Salvador, Nordeste do Brasil, este artigo objetivou-se estudar o perfil sócio-demográfico, comportamental e sorológico entre homens e mulheres atendidos em um dos Centros do Estado da Bahia no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2005. Realizou-se um estudo exploratório de corte transversal, com 8026 usuários admitidos neste período, apresentando a idade média de 31 anos. Encontrou-se uma prevalência da infecção pelo HIV de 7,2% variando entre homens e mulheres. Apesar das limitações deste estudo, os achados são importantes para Salvador, uma vez que este CTA é o maior centro de testagem para o HIV desta importante metrópole.

Palavras Chaves: Perfil, CTA, HIV.

Introdução

A epidemia de Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) desde o seu início no final da década de 70 trouxe repercussões micro e macro social, estando seu processo de disseminação intrinsecamente relacionado ao contexto social no qual os indivíduos encontram-se inseridos e a questões de ordem subjetiva do comportamento humano, revestindo-a de uma complexa ainda maior, constituindo-se em um importante problema de saúde pública e que demanda ações efetivas de controle. Ao longo dos anos, o perfil dos indivíduos vulneráveis à infecção pelo HIV vem se alterando em seus aspectos sócio-demográficos e comportamentais, guardando, contudo, diferenças culturais e regionais importantes.

O Brasil acumulou 371 827 casos de Aids até 30/06/2005, e uma taxa de incidência de 17,2 casos por 100.000 habitantes em 2004 (Brasil, 2005). As estimativas do número de infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) realizadas em diferentes momentos, indicam 600 mil indivíduos (Szwarcwald & Carvalho, 2001; Szwarcwald & Castilho, 2000; Souza-Júnior et al, 2004). Aproximadamente 60% dos casos notificados estão associados a alguma forma de contato sexual, sendo que quase a metade (42,9%) do total de casos é decorrente de relações sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens. Este grupo populacional concentrou a maior parte dos casos nos primeiros anos da epidemia. A partir de meados dos anos 90, a Aids se espalha entre os heterossexuais, que constitui atualmente a subcategoria de exposição sexual com o maior número de casos notificados da doença. Como uma das conseqüências, a incidência de Aids aumentou rapidamente nas mulheres e a razão de casos homem/mulher decresceu de 18,9: 1, em 1984, para 1,5: 1, em 2004, (Brasil, 2004 e 2005).

Nessas quase três décadas de epidemia, respostas de enfrentamento vêm sendo empreendidas no campo da assistência, tratamento e prevenção por parte de organizações governamentais e não governamentais (ONG), sendo inegáveis os avanços alcançados, principalmente, em decorrência das ações de prevenção que contribuem para evitar a ocorrência de novas infecções, como para a melhoria da qualidade de vida dos já acometidos e do progresso terapêutico com o advento do AZT e da terapia anti-retroviral de alta potência (TARV).

As ações de prevenção através da prática de aconselhamento começaram a ser desenvolvidas logo no início da epidemia, em países como a Inglaterra e Estados Unidos, entretanto, estavam apenas voltadas para as minorias tidas como vulneráveis na época. No Brasil, estas ações iniciaram-se com as ONG e ainda na década de 80 passam a ser incorporadas às organizações governamentais, após a implantação em 1985 do Programa Nacional de Aids (PN-DST/Aids), através da portaria nº. 236 do Ministério da Saúde (MS), que estabelece as primeiras diretrizes para o enfrentamento da epidemia. A partir desta data, importantes medidas são adotadas pelo MS, como a inclusão da Aids como doença de notificação compulsória em 1986, a criação em 1988 dos Centros de Orientação e Apoio sorológico (COAS), e a Lei Federal nº 3 promulgada em 13/11/1996, que dispõe sobre o acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais no sistema público de saúde. (Brasil, 1999; Silva & Barros, 2004).

O COAS, que atualmente são denominados de CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) se apresenta como uma das modalidades básicas de atenção à saúde, estruturadas em parceria com secretarias de estados e municípios, de demanda voluntária, com testagem anônima e gratuita (Brasil, 1999; Silva & Barros, 2004).

Os CTAs constituem-se em um espaço estratégico de enfrentamento da epidemia, enquanto a porta de entrada do indivíduo infectado no sistema de prevenção e controle do

HIV/Aids, uma vez que possibilita a identificação precoce do HIV e desenvolve ações de educação à saúde, através da prática de aconselhamento que privilegia a escuta, considera as particularidades dos indivíduos e situa-os enquanto sujeitos no processo de seu cuidado. Deste modo, tornou-se uma importante ferramenta na implantação de ações de prevenção dirigidas à população geral e aos segmentos mais vulneráveis (Brasil, 1999; Silva & Barros, 2004). No Brasil já foram implantados 329 CTA até 2005, destes 60 estão na Região Nordeste. O estado da Bahia conta 12, sendo que dois sediados em Salvador.

Os CTAs dispõem de dados sócio-demográficas, comportamentais e sorológicas dos usuários e, com a implantação em 2000 do Sistema de Informatização do CTA (SI-CTA) têm permitido a produção de indicadores do perfil da população usuária, contribuindo para a vigilância epidemiológica do HIV.

O CTA-BA campo de análise deste estudo, ao longo de seus quase 12 anos de implantação, solidificou a sua importância junto à comunidade, necessitando, contudo, de uma maior visibilidade do perfil da população que assiste. É nesta lógica, que se desenvolve este artigo, que objetiva estudar o perfil sócio-demográfico, comportamental e sorológico de homens e mulheres atendidos no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2005, com a perspectiva de oferecer subsídios para a implantação e implementação de ações mais efetivas de controle do HIV.

Metodologia

Esta pesquisa tem como população de estudo, os usuários que de forma espontânea ou referenciada procuraram o CTA da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (CTA-BA), para realizar o teste sorológico para HIV entre janeiro de 2003 e dezembro de 2005.

O desenho de estudo foi o de corte transversal com dados secundários extraídos do Sistema de Informatização do CTA (SI-CTA), que é alimentado com dados coletados durante o aconselhamento pré e pós-teste para HIV, por profissionais de nível superior, após aplicação de um questionário padronizado que faz parte da rotina do serviço.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram admitidos 11.661 usuários no período investigado, entretanto, foram incluídos no estudo apenas aqueles que realizaram pela primeira vez o teste anti-HIV no CTA-BA, e cujos resultados foram concluídos e exportados para o SI-CTA e aqueles com idade inferior a 13 anos e superior a 74 anos, considerando-se a divisão de idade trabalhada pelo Ministério da Saúde e a não existência de caso com idade inferior e a existência de apenas um caso acima de 74 anos. Foram excluídas as gestantes por se tratar de uma demanda diferenciada do CTA em relação aos demais usuários e aqueles usuários com duplicidade de registro. Após a crítica dos dados, a população final de estudo correspondeu a 8026 usuários (Fluxograma em anexo).

Variáveis de estudo

Sócio-demográficas

Sexo, idade, procedência, situação ocupacional e estado civil.

Comportamentais

Motivo de procura do Centro, tipo de exposição de risco, número de parceiros sexuais no último ano, uso de preservativo com parceiro fixo, uso de preservativo com parceiro não fixo, motivo para a não utilização de preservativo, história pregressa de doença sexualmente transmissível (DST). As variáveis, *tipo de parceria sexual no dia do atendimento* (codificada

como fixa e múltipla) e *orientação sexual* (codificada como heterossexual, homossexual e bissexual) foram criadas a partir de duas outras variáveis.

Sorológicas

A sorologia positiva para o HIV foi definida conforme protocolo estabelecido na portaria do Ministério da Saúde de 29/03(GM) de 28 de janeiro de 2003. Um teste é considerado positivo quando na 1ª amostra de sangue os dois testes sorológicos de triagem ELISA (ensaio imuno-enzimático) com princípios ativos diferentes, são positivos ou discordantes. Essa amostra é submetida a um dos testes de maior especificidade (Imunofluorescência Indireta ou o Western Blot) para confirmar a positividade. Concluída esta etapa, realiza-se uma 2ª amostra sanguínea onde é feito um novo teste ELISA, que apresentando resultado positivo, a amostra é considerada *positiva*. O resultado negativo é concluído na primeira amostra de sangue quando os dois testes de ELISA são negativos. Foram utilizados os *kits* comerciais licenciados no Brasil, Bio Rad (Genscreen plus) Ag-Ab, HIV Combi EIA, Abbott-Axym, HIV Murex, HIV Western Blot, e Biomanguinhos (IF).

Para a identificação da sífilis utilizou-se o Kit comercial VDRL Bioclin.

Análise dos dados

Foram considerados como dados perdidos as opções: “não se aplica”, “não informado” e “outros”, que são estratos de algumas variáveis. Os dados foram exportados para o programa estatístico Stata versão 7.0 para os procedimentos analíticos. Utilizou-se a prevalência do HIV, como medida de ocorrência e o teste Qui-quadrado de Pearson para avaliar a significância estatística. Realizou-se uma análise exploratória das variáveis sócio-demográficas, comportamentais e sorológicas selecionadas, descrevendo-se a distribuição da frequência entre homens e mulheres e a soropositividade do HIV.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sendo preservado o anonimato dos sujeitos objetos desta pesquisa.

Resultados

Características sócio-demográficas, comportamentais e sorológicas.

Verificou-se neste estudo que a maioria dos 8026 usuários é procedente do município de Salvador (88,5%), da zona urbana (99,9%) e foi referenciada ao CTA-BA, predominantemente, por amigos/usuários e serviço/profissional de saúde, respectivamente, 56,0% e 38,9%. Relatou como principais motivos de procura ao Centro, conhecer o seu status sorológico para HIV (56,6%) e por medidas de prevenção (27,0%), (dados não apresentados em tabela). Para os três anos estudados encontrou-se uma positividade de 3,8% para sífilis (Tabela 1) e de 7,2 % para o HIV, sendo que esta variou de 9,6% em 2003, 6,5% em 2004 a 6,2% em 2005, (Gráfico 1).

No que tange às variáveis sociodemográficas, observou-se que as mulheres procuraram mais o Centro (50,6%), embora a diferença não chegue a 1% em relação aos homens. A média de idade foi de 31 anos variando de 13 a 74 anos (dados não apresentados em tabela), predominando, em ambos os sexos os usuários com idade menor ou igual a 31 anos, assim como, os com nível de escolaridade mais elevado (maior ou igual a oito anos de estudo) e aqueles que se declararam como solteiros (48,7%), seguidos dos casados/amigados (43,4%). Em relação à situação ocupacional, a maioria dos usuários dispõe de algum tipo de renda (53,1%), seja, como empregado, autônomo ou aposentado. Contudo, verificaram-se diferenças entre os sexos, com maior proporção (64,5%) daqueles com renda entre os homens (Tabela 1).

Todavia, quando analisadas essas variáveis em relação à infecção pelo HIV o inverso ocorreu, observando-se maior prevalência entre os usuários do sexo masculino (8,4%), embora a razão encontrada entre os sexos tenha sido de 1,4: 1, ou seja, menos de dois homens para cada mulher infectada. Com predomínio da infecção tanto entre as mulheres (6,9%), como entre os homens (21,2%) dos usuários com idade igual ou superior a 31 anos,

sendo que para estes a prevalência foi seis vezes maior neste estrato ($p < 0,01$; Tabela 2). Ressalta-se que a média de idade entre os soropositivos foi de 34 anos, e a maior prevalência por faixa etária concentrou-se entre os maiores de 40 anos ($p < 0,01$; dado não apresentado em tabela).

Verificou-se, também, maior proporção de usuários HIV positivo entre os que apresentaram até 3 anos de estudo, correspondendo, respectivamente, entre os homens e mulheres a 11,9% e 13,5% ($p < 0,01$), assim como predominou, entre aqueles que se declararam como viúvos e sem renda, entretanto, com diferenças estatisticamente significantes apenas para as mulheres, sendo 1.4 vezes maior naquelas com situação ocupacional sem renda ($p < 0,05$); correspondendo entre as viúvas a 12,9 % ($p < 0,01$; Tabela 2).

No que se refere às variáveis de cunho comportamental, observou-se que a maioria das mulheres e dos homens declarou-se como heterossexual, respectivamente, 95,0% e 78,7%; relatou história de 1 parceria sexual no último ano (71,8% e 44,4%) e parceria fixa no dia de atendimento (92,1% e 80,6%), diferentemente dos resultados quando analisadas em relação à infecção pelo HIV, cuja maior proporção de homens HIV positivo concentrou-se entre os que se declararam como bissexuais (20,7%) e que referiram não ter tido parceria sexual no último ano (21,2%), com valor de $p < 0,01$. Entre as mulheres, a maior soropositividade foi para aquelas que referiram ter tido mais que 5 parceiros sexuais (11%; $p = 0,02$), não sendo observadas diferenças estatisticamente significantes entre as mulheres quanto a orientação sexual, cuja maior prevalência ocorreu entre as heterossexuais (6,0%). Já no que tange ao tipo de parceria sexual no dia do atendimento, e embora a maior prevalência tenha ocorrido entre os usuários de ambos os sexos com história de parceria múltipla, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes (Tabelas 1 e 2).

Ainda com relação às variáveis comportamentais, este estudo encontrou que a maioria dos homens (56,1%) e das mulheres (50,0%) não fez uso de preservativo com parceria fixa. Em se tratando de parceria não fixa, enquanto para as mulheres a maior proporção, também, foi para aquelas que não usavam preservativos (38,0%), para os homens concentrou-se entre aqueles com história de uso eventual (41,8%). Já com relação à soropositividade para HIV, entre as mulheres a maior prevalência manteve-se entre aquelas que nunca fizeram uso (7,0%; $p < 0,01$), ao passo que, entre os homens concentrou-se nos que referiram uso freqüente, entretanto, não foram observadas diferenças estatisticamente significante entre os estratos desta variável. (Tabela 1 e 2). Ressalta-se que, embora tenha sido encontrada maior soropositividade entre os usuários (mulheres e homens) que referiram nunca ter feito uso de preservativo com parceria não fixa, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes (Tabelas 2).

Quanto aos motivos para o não uso de preservativo, dentre doze estratos analisados, destacaram-se entre os usuários de ambos os sexos com parceria fixa, a “confiança no parceiro” (50,6%), “parceiro não aceita” (16,6%) e quando o próprio usuário “não gosta” (13,7%). Já entre os com parceria não fixa, predominou “confiança no parceiro” (19,6%), “não dispunha no momento” (17,9%), “não tinha consciência” (15,0%) e quando o próprio usuário “não gosta” (14,3%). Contudo, as três maiores prevalências da infecção pelo HIV foram encontradas naqueles que referiram “uso de drogas/álcool”, “não tinha consciência” e “achou que o outro não tinha”, respectivamente, 23,1%, 12,8% e 12,0%, ($p < 0,05$; dados não apresentados em tabelas).

No que se refere à história de DST no último ano, praticamente toda a população estudada não fez referência (99,7%) a essas doenças e apesar de ser encontrada maior prevalência do HIV entre os usuários com história pregressa de DST, os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significantes. Já no que tange à sorologia para sífilis,

a positividade entre os homens correspondeu a 4,1% e entre as mulheres a 3,3%. Entretanto, observou-se que, tanto nas mulheres (14,8%), como nos homens (27,1%) a maior prevalência da infecção pelo HIV ocorreu entre aqueles com resultados positivo para sífilis, embora a diferença entre os estratos tenha sido ainda maior entre os homens ($p < 0,01$; Tabelas 1 e 2).

Discussão

A análise descritiva dos dados do CTA-BA possibilitou, não somente, caracterizar a população deste estudo, fornecendo elementos para o redimensionamento das ações em serviço, mas também, o conhecimento da epidemia a nível local, contribuindo, deste modo, para a vigilância epidemiológica do HIV.

Observou-se neste estudo, que a localização geográfica do CTA-BA em área central da cidade, onde tem um comércio atuante, com concentração de escolas e com grande cobertura do sistema de transporte coletivo, somando-se à comunicação informal e formal de divulgação do serviço através dos próprios usuários e profissionais de saúde, apresentaram-se como mecanismos facilitadores de acesso, não apenas para os residentes da região metropolitana de Salvador, mas também, de municípios circunvizinhos e outros do estado da Bahia.

As demandas apresentadas pelos usuários com relação à necessidade de conhecer o status sorológico para o HIV e para adoção de medidas de prevenção refletem, provavelmente, um processo de amadurecimento das pessoas frente à epidemia de Aids e sinaliza, talvez, o cuidado com a saúde. O que pode também, estar relacionado com o seu grau de instrução, cuja maior frequência foi para o nível de escolaridade maior que 8 anos de estudo. Perfil este de escolaridade também identificado por Ferreira et al (2001) entre os usuários de três CTA do Rio de Janeiro.

As mulheres, indivíduos mais jovens e aqueles usuários com algum tipo de renda foram os que mais frequentemente procuraram o CTA-BA. Características também presentes na população usuária de outros Centros de Testagem, como os estudados por Minayo et al (1999), Levi et al, (2001) e Di Meo et al, (2004), permitindo-se pensar que estes segmentos

apresentam uma melhor percepção quanto à importância do cuidado com a saúde. Cabe destacar que, assim como, no CTA-BA, o estudo realizado no CTA HESFA por Griep et al (2004), identificou o predomínio dos usuários com renda entre os homens, chegando a representar mais da metade em relação às mulheres. O que traz subjacente, questões de desigualdades entre os gêneros fortemente presentes na cultura brasileira.

Foi verificado, também, que os usuários que se declararam como solteiros, heterossexuais, sem prática da prevenção com parceria fixa e uso eventual de preservativo com parceria não fixa, predominaram neste estudo, assim como, nos desenvolvidos por Minayo et al (1999), nos de Griep et al, (2004) e no recente estudo com população geral, realizado por Szwarcwald et al (2004). Estes últimos aspectos estão intrinsecamente relacionados a questões de ordem subjetiva, que envolve relação de poder e afeto entre os gêneros, interferindo na adoção de práticas sexuais protegidas. As quais se expressam nas justificativas apresentadas para o não uso preservativo, revelando um ilusório sentimento de proteção, segurança e de invulnerabilidade, (Griep et al, 2005).

Observou-se o predomínio dos usuários com história de parceria sexual única, tanto no último ano, como na ocasião do atendimento, contudo, ressalta-se que à medida que cresce o número de parceiros sexuais, esse comportamento ocorre principalmente entre os homens, o que pode relacionar-se a valores culturais que favorecem a este tipo de atitude. O que difere do estudo realizado por Griep et al (2005) que identificou que os jovens de 13 a 19 anos tinham história de 3 a 4 parceiros sexuais nos últimos 12 meses.

Quanto ao comportamento dos usuários em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST) verificou-se que a grande maioria não refere história passada de DST, encontrando-se uma prevalência menor que meio por cento para ambos os sexos, o que coaduna com os achados de Ferreira et al 2001. Ressalta-se que a prevalência da infecção do

entre os usuários do CTA-BA ocupa nível intermediário entre os CTA comparados. Está muito próxima à encontrada no CTA de Santos (Alves et al, 2003) para o período de 1996 a 1999, que foi de 7,1% e, inferior à encontrada no CTA-HESFA (Griep et al, 2004) para o ano de 2001 e a de três CTA do Rio de Janeiro no ano de 1997 (Ferreira et al, 2001), as quais corresponderam, respectivamente, a 9,3% e 12,5%. Entretanto, foi superior à encontrada no CTA-Henfil (Bassichetto et al, 2004), para o período de janeiro de 2001 a dezembro de 2002, que foi de 4,4%.

Quando analisado o perfil de homens e mulheres freqüentadores do CTA-BA em relação à soropositividade para o HIV, os achados revelaram que estes possuem alguns atributos e comportamentos que contribuíram para aumentar a sua vulnerabilidade. Os quais estão relacionados a questões de ordem individual, como a percepção de risco, poder para adotar comportamentos protetores e capacidade de negociar práticas sexuais seguras. O que somado aos aspectos contextual e social, como o acesso a recursos, a programas voltados à educação, aos serviços sociais em saúde, cultura (valores, crenças religiosas), às relações de poder entre gêneros e à própria pobreza, contribuem para os diferentes graus de suscetibilidade à infecção pelo HIV (Mann et al, 1996; Ayres et al, 1999).

Nesse contexto, verificou-se que a maior prevalência do HIV entre os indivíduos em idade adulta, pode estar relacionada a um tempo mais prolongado de exposição sexual, assim como, a uma maior dificuldade para incorporar e negociar com a parceria práticas sexuais seguras. Neste âmbito, estudos vêm apontando o crescimento da faixa etária que compreendem as pessoas mais velhas, no total de casos de Aids, sugerindo “certo envelhecimento da epidemia”, (Brasil, 2002 e 2005).

Embora neste estudo os homens tenham se apresentado como os mais vulneráveis à infecção pelo HIV, observou-se uma tendência à igualdade entre os sexos, uma vez que, a

razão entre estes correspondeu a menos de 2 homens para cada mulher infectada. Vulnerabilidade feminina esta, que vem sendo sinalizada no contexto de CTA desde 1996 por Minayo et al (1999), confirmada nos estudos de Alves et al, (2003), Bassichetto et al (2004) e no desenvolvido por Araújo et al, (2005).

Cabe destacar que essa tendência a que denominam de feminização da epidemia (Bastos & Szwarcwald, 2000), vem sendo observada a partir do final da década de 80, também, no que tange a casos de Aids, (Brasil, 1998, 2004). A qual traz subjacente, questões culturais, como as crenças e representações, que influenciam o comportamento humano e interferem no campo da sexualidade e gênero, repercutindo ao nível do cuidado individual, colocando, deste modo, as mulheres em desvantagem em relação a sua autoproteção, (Kerr Pontes, 2004; Merchán-Hamann, 1999; Vieira et al, 2000).

O nível de escolaridade dos indivíduos tem sido utilizado como uma variável “proxy” da situação sócio-econômica dos indivíduos (Fonseca et al, 2002; Brasil, 2001, 2002). Deste modo, os achados do CTA-BA sugerem que os usuários mais vulneráveis à infecção do HIV pertencem aos segmentos mais desprivilegiados da sociedade, visto que, a maior proporção de usuários HIV positivo concentrou-se entre aqueles com menor nível de escolaridade, principalmente entre as mulheres. O que somado à maior prevalência entre aqueles sem renda, conforma a tendência que vem sendo chamada de “pauperização” da epidemia de Aids, (Grangeiro,1994; Bastos, 1995; Bastos & Szwarcwald, 2000; Parker & Camargo Jr 2000; Brasil, MS, 2001 e 2002). Estes achados foram consistentes com estudos realizados em CTA, (Alves et al, 2003; Griep et al, 2004, 2005 e Araújo et al, 2005).

Os usuários de ambos os sexos que se declaram como viúvos obtiveram, neste estudo, a maior prevalência da infecção pelo HIV, quando comparados, aos casados/amigados, separados e solteiros. Resultados semelhantes, também, foram descritos

por Griep et al, 2004 e no por Araújo et al, 2005. Ressalta-se como possível justificativa para este achado a busca de usuários cujo motivo foi o falecimento do parceiro em decorrência do HIV. Entretanto, diferentemente, no CTA de Santos (Alves et al, 2002) a maior soropositividade foi para os casados e no CTA-Henfil (Bassicheto et al, 2004), concentrou-se entre os solteiros.

No início da epidemia de Aids, os indivíduos que se declararam como homossexuais foram os mais atingidos (Brasil, 2001 e 2002), e estudos em CTA como o de Alves et al (2003), Bassichetto et al (2004) e Griep et al (2004), ainda mostram maior soropositividade neste segmento. Entretanto, entre os usuários do CTA-BA a maior prevalência do HIV foi encontrada naqueles que se declararam com bissexuais e marcadamente entre os usuários do sexo masculino, embora os que se consideraram como homossexuais tenham obtido a segunda maior prevalência. Neste contexto, salienta Griep et al (2004), que as práticas anais-genitais que ocasionam traumas na mucosa anal, aumentam o risco de transmissão pelo HIV.

Diferentemente dos resultados encontrados entre os homens, observou-se uma maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre as mulheres que se declaram como heterossexuais, o que segundo Vieira et al (2000) constitui atualmente o modo dominante de transmissão deste segmento, reforçando a tendência de heterossexualização da epidemia. Ressalta-se que as orientações de bissexual e homossexual referidas não chegaram a 5%. Entretanto, a possibilidade de um viés de informação por parte das entrevistadas pode ter ocorrido, em função, talvez, de uma maior dificuldade das mulheres de aceitação e de revelar a sua orientação sexual quando esta não é heterossexual.

Alguns estudos, como os desenvolvidos por Griep et al (2004) e de Bassichetto et al (2004) apontam para uma vulnerabilidade aumentada ao HIV entre os indivíduos com maior número de parceiros sexuais, o que também foi encontrado entre as mulheres do CTA-BA,

contudo, entre os homens a maior soropositividade foi para aqueles que referiram não ter tido parceria no último ano. Embora este resultado não tenha sido esperado, uma possível justificativa pode estar relacionada à qualidade dos dados, uma vez que, a pesquisa utilizou dados secundários podendo ter ocorrido, também, o viés de informação e de memória por parte dos usuários, ou a infecção ter ocorrido antes do período de investigação deste estudo. Ressalta-se que embora não se tenha encontrado resultados com diferenças estatisticamente significantes para o tipo de parceria sexual no dia do atendimento, aqueles com parceria múltipla apresentaram-se com os mais vulneráveis à infecção pelo HIV.

Os achados desta pesquisa revelaram que os usuários do CTA-BA que não fizeram uso do preservativo foram os mais vulneráveis ao HIV, principalmente entre aqueles com parceria fixa, o que coaduna com estudos descritos por Araújo et al, (2005). Muito embora, seja observado um conhecimento amplamente difundido sobre a prática sexual desprotegida como uma das formas de transmissão do HIV (Brasil, 2005). Neste contexto, as questões culturais e de sentimento e afeto se fazem presentes inferindo no autocuidado,(Merchán-Hamann, 1999; Kerr Pontes, 2004; Griep et al, 2005).

No que se refere à história passada de DST e diagnóstico sorológico para sífilis no dia do atendimento, os usuários do Centro quando acometidos por este tipo de doença foram os mais vulneráveis à infecção pelo HIV, confirmando a influência das DST no contexto de disseminação da epidemia de Aids (Bastos & Szwarcwald, 2000). Em CTA resultados semelhantes, também, foram encontrados por Bassichetto et al 2004 e Alves et al 2005.

Diante do exposto e apesar das limitações inerentes à pesquisa com dados secundários e decorrentes da estrutura do desenho de estudo que podem ter interferido nos resultados, (Almeida Filho & Rouquayrol, 2003; Klein & Bloch, 2004) este estudo propiciou o conhecimento do perfil sócio demográfico e comportamental e sorológico dos usuários

freqüentadores do CTA-BA, com achados consistentes aos de outros CTA e, embora, não possam ser extrapolados à população geral, por estarem restritos ao âmbito de um serviço, os mesmos guardam similaridades com a atual tendência da epidemia de Aids. Forneceu elementos para uma melhor adequação do SI-CTA à realidade destes Centros e para o desenvolvimento de estudos com novas metodologias de investigação científica.

Referências bibliográficas

- 1- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro, p. 161-164.
- 2- ALVES, K. Z.; SHAFER, K.; CASEIRO, M.; RUTHERFORD, G.; FALCÃO, M. E.; SUCUPIRA, M. C.; BUACH, M. P.; RAWAL, B. O.; DIAZ, R. S. 2003. Risk Factors for incident HIV Infection among Anonymous HIV Testing Site Clients in Santos, Brazil: 1996-1999. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 32: 551-559.
- 3 - ARAÚJO, L. C.; FERNANDES, R. C. S. C.; COELHO, M. C. P.; MEDINA-COSTA, E. 2005. Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento da Cidade de Campos de Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 14(2): 85-90.
- 4 - AYRES, J. R. C. M.; FRANCA JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALLETI FILHO, H.C.;1999. Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de Aids. In: BARBOSA. R. M. PARKER, R. (Org). *Sexualidades pelo Avesso – Direitos, Identidades e Poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: São Paulo: Ed. 34, p. 49-72.
- 5- BASSICHETO, K. C.; MESQUITA, F.; ZACARO, C.; SANTOS, E. A.; OLIVEIRA, S. M.; VERAS, M. A. S. M.; BERGAMASCHI, D. P. 2004. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da Rede Municipal de São Paulo, com sorologia positiva para HIV. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7(3): 302-310.
- 6 - BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. 2000. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1): 65-76.

- 7 - BASTOS, F. I. et al “A epidemia de AIDS no Brasil”. In: MINAYO, M. C. DE S. 1995. *Os muitos Brasis: Saúde e população na década de 80*, São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 356 p.
- 8 - BRASIL. *Diretrizes dos Centros de Testagem E Aconselhamento (CTA)*. 1999. Ministério da Saúde. 32 P.
- 9 – BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2002. *Boletim Epidemiológico – DST/AIDS*, Ano XVI(1), SE 48/01-13/02.
- 10 - BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2004. *Boletim Epidemiológico – AIDST*, Ano II(1), SE 1-26/04.
- 11 - BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2005. *Boletim Epidemiológico – AIDST*, Ano II(1), SE 1-26/05.
- 12 - DI MEO, M.; GRANGE, F.; MULBERG, C.; GUILLAUME, J. C. 2004. Caractéristiques et évolution dès consultants, des facteurs de risque et des comportements,dans um Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH. *Ann Dermatol Venereol*, 131: 165-70.
- 13 - FERREIRA, M. P. S.; SILVA, C. M. S. P.; GOMES, M. C. F.; SILVA, S. M. B. 2001. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – resultados de uma pesquisa no rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 481-490.
- 14 - FONSECA, M. G.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. 2002. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Revista de Saúde Pública*, 36(6): 678-685.

- 15 - GRIEP, R. H.; PAULA, L. R.; ALMEIDA, A.; QUADRA, M. C. D. 2004. Perfil de usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento a partir dos dados de SI-CTA. In: SZAPIRO, A. M. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Integrando Prevenção e Assistência*. Coleção DST/Aids – Série Estudos, Pesquisas e Avaliação. Ministério da Saúde, 8: 56-67.
- 16 - GRIEP, R. H.; ARAÚJO, C. L. F.; BATISTA, C. M. 2005. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescente atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids no Município do rio de Janeiro, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 14(2): 119-126.
- 17 - GRANGEIRO, A. 1994. O perfil sócio-econômico dos casos de AIDS da cidade de São Paulo. In: PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. AIDS no Brasil. Rio de Janeiro. ABIA/UERJ, p. 91-125.
- 18 - KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. 2004. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. (Org). *Epidemiologia*. São Paulo. Atheneu, p. 125-150.
- 19 – KERR-PONTES, L. R. S; GONZALÉZ, F; KENDALL, C; LEÃO, E. M. A; TÁVORA, F. R; CAMINHA, I; CARMO, A. M do; FRANÇA, M. M; AGUIAR, M. H. Prevention of HIV infection among migrant population groups Northeast in Brazil. 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.320-328, jan/fev.
- 20 - LEVI, I.; MODAN, B.; BLUMSTEIN, T.; LUXENBURG, O.; YEHUDA-CONHEN, T.; SHASHA, B.; LOTAN, A.; BUNDSTEIN, A.; BARZILAI, A.; RUBINSTEIN, E. 2001. Characteristics of Clients Attending Confidential versus anonymous Testing Clinics for Human Immunodeficiency Virus. *Isr Med Assoc J*, 3: 184-7.
- 21 - MANN, J.; TARANTOLA, J. M.; NETTER, T. W. 1996. Aids in the world II. Cambridge, Harvard University Press, p. 441-476.

- 22 - MERCHAND-HAMANN, E. 1999. Os ensaios da educação para a saúde na prevenção de uma práxis integral. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, (2): 85-92.
- 23 - MINAYO, M. C. S.; NETO, O. C.; DESMANDES S. F.; SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K.; SILVA, C. M. F. P.; CELETINO, J.G. 1999. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) da Região Nordeste. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, (2): 355-367.
- 23 - PARKER, R., CAMARGO JR, H. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v16, supl.1, p. 89-102, 2000.
- 24 - ROUQUAYROL, M.; BARRETO, M. 2003. Abordagem Descritiva em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*, p. 183-121.
- 25 - SILVA, S. M. B.; BARROS, S. R. 2004. CTA contextualizando sua história. In: SZAPIRO, A. M. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Integrando Prevenção e Assistência*. Coleção DST/Aids – Série Estudos, Pesquisas e Avaliação. Ministério da Saúde, 8: 56-67.
- 26 - SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L.; BARBOSA-JÚNIOR, A.; CARVALHO, M. F.; CASTILHO, E. A. 2004. Detecção da infecção pelo HIV durante a gestação: resultados do Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. *Revista de Saúde Pública*, 38(6): 764-772.
- 27 - SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. 2000. A Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. *Cadernos Saúde Pública*, 16 (1): 135-41.
- 28 - SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I.; ESTEVES, M. A. P.; ANDRADE, C.L.T. 2000. A disseminação da epidemia de AIDS no Brasil, no período de 1987- 1996: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (1): 7-19.

29 - SZWARCOWALD C.L.; CARVALHO M. F.; 2001. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2000. *Boletim Epidemiológico – AIDS*. 2001, ano XIV (1), SE 1/01 –13/01.

30 - SZWARCOWALD, C. L.; BARBOSA JUNIOR, A.; PASCOM, A. R.; SOUZA JUNIOR, P. R.; 2004. Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004. In: *Boletim Epidemiológico*. 2004 – AIDST, Ano II(1), SE 1-26/04.

31 - VIEIRA, E. M.; VILLELA, W. V.; RÉA, M. F.; FERNANDES, M. E. L.; FRANCO, E.; RIBEIRO, G. 2000. Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (4): 997-1009.

Gráfico e Tabelas

Gráfico 1- Prevalência (PREV) da infecção pelo HIV do período e ano de investigação. Salvador. CTA-BA. 2003-2005

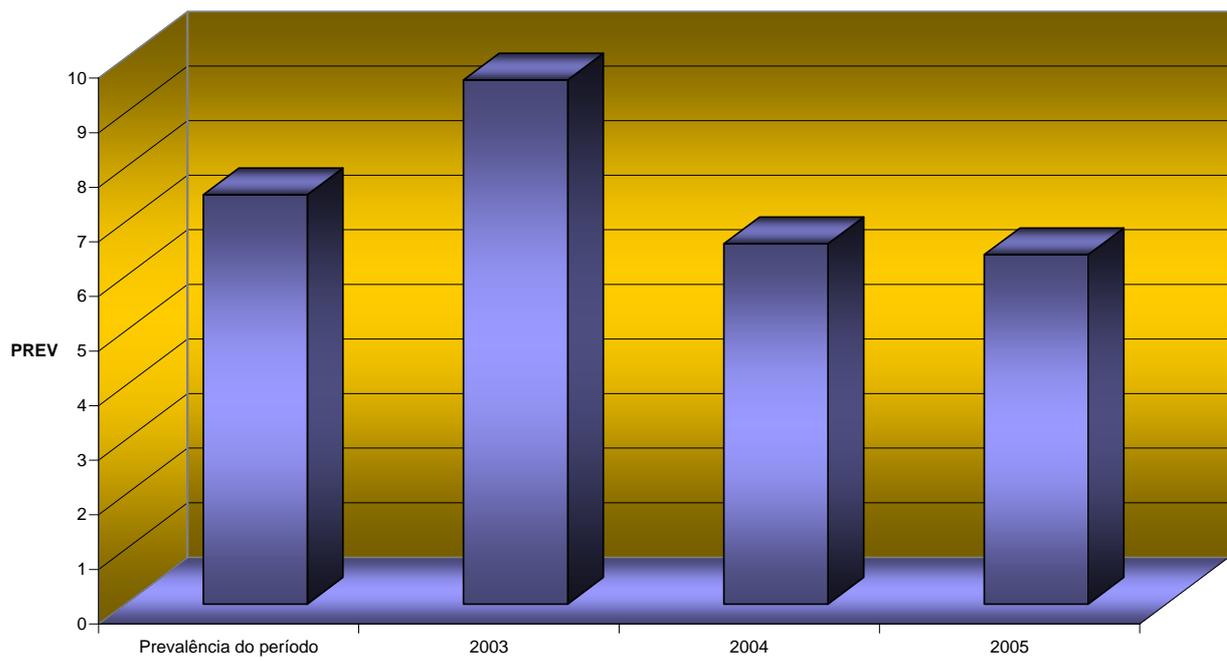


Tabela 1 - Características da população de estudo, segundo variáveis sociodemográficas,

VARIÁVEL	FEMININO			MASCULINO		
	N	% POS	valor de p	N	% POS	valor de p
VARIÁVEIS						
Idade (anos)	N	%T	FEMININO	SEXO	MASCULINO	
Idade (anos)			N	%	N	%
< 31	4892	59,8	0,0542353	57258	24690	61,80
> =31	3366	60,2	1709	42405	15252	38,2
Escolaridade (anos de estudo)*						
≤3	7986	11,0,4	413	10,655	3855	10,1
4 a 7	2534	7,3,0	0,0001297	331460	12975	32,000
≥8	4026	3,9,6	2171	56031	21647	57,3
Situação ocupacional*						
Situação ocupacional*	1507	4,5		2296	8,0	
Com renda	4066	6,5,1	0,0061608	41850	24586	61,571
Estado civil*	3595	46,9	2241	58,2	1354	35,5
Estado civil*						
Casado	1599	7,1		1555	7,7	
Casado/amigado	3444	4,3,4	1737	43,849	17096	43,6
Separado	3860	5,4,7	1883	46,974	19072	50,5
Separado	4793	12,9,0	0,000 290	7,243	1876	0,072
Orientação sexual*	152	1,9	106	2,6	46	1,2
Orientação sexual**	3577	6,0		2908	6,3	
Heterossexual	6985	4,97,0	3865	95,810	31203	78,7
Bissexual	8569	10,7	0,452 175	4,345	6817	17,000
Nº parceiros sexuais no último ano	185	2,3	22	0,5	163	4,1
Nº parceiros sexuais no último ano						
Nenhum	305	6,6		170	21,2	
Nenhum	2667	6,4,5	331	8,397	1854	4,7
1 a 4	4632	3,5,3	2875	71,890	17369	44,4
≥ 5	2286	11,07,9	0,021 708	17,457	14984	38,000
Tipo de parceria sexual no dia de atendimento**	581	7,3	89	2,2	492	12,6
Tipo de parceria sexual no dia de atendimento**						
Parceria fixa/múltipla	2446	6,0		2060	6,8	
Parceria fixa/múltipla	4789	5,8,5	0,9342599	92,445	21813	80,274
Uso de preservativo com parceiro	746	13,5	222	7,9	524	19,4
Uso de preservativo com parceiro						
Sempre	364	5,0		305	8,2	
Sempre	7940	4,2,0	396	12,885	3293	11,3
Eventual	1008	7,02,0	0,019 996	31,471	9433	32,476
Uso de preservativo com parceiro	3395	56,0	1770	56,0	1623	56,1
Uso de preservativo com parceiro						
Sempre	67	4,5		148	9,5	
Sempre	2582	4,29,7	74	28,223	1841	30,2
Eventual	3483	8,3,3	0,448 86	33,343	2558	41,826
História de DST*	269	31,0	98	38,0	171	28,0
História de DST (último ano) *						
Negativa	3747	6,0		3657	8,3	
Negativa	11	9,0	0,667	6	16,7	0,461
Sorologia para sífilis ¹	8002	99,7	4051	99,7	3951	99,7
Sorologia para sífilis ¹						
Negativa	3619	5,7,3	11	0,311	136	0,3
Sorologia par sífilis¹	128	14,8	0,000	144	27,1	0,000
Sorologia par sífilis¹						
Negativa	7700	96,2	3907	96,5	3793	95,9
Positiva	305	3,8	144	3,5	161	4,1

comportamentais e sorológica selecionadas por sexo. Salvador. CTA-BA, 2003-2005.

TABELA 2 – Prevalência do HIV, segundo variáveis sociodemográficas e comportamentais, por sexo. Salvador. CTA-BA, 2003-2005.

Artigo - 2

Escolaridade e infecção pelo HIV – Um Estudo entre os Usuários Atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento em HIV/Aids do estado da Bahia¹

Joselina Soeiro de Jesus², Inês Dourado³

¹*Este CTA encontra-se vinculado à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia*

²*Assistente Social, técnica em aconselhamento do CTA-BA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia*

³*Programa de DST/Aids. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia*

N* variado em função dos estratos não se aplica e/ou não informado; %POS - proporção de soropositivos.

* excluído o extrato não informado; ** excluído o extrato excluído o extrato; ¹incluídos apenas os resultados conclusivos

Abstract

The Aids epidemic is associated with a complex network of many factors. In Brazil, the epidemic profile varies in different Regions. Therefore it is necessary to evaluate determinants of the infection in different setting. This paper has the objective to investigate the association of levels of education and HIV infection among users of a major Counseling Testing Center in Salvador, Bahia, Northeast Brazil. It is cross sectional design analyzing data collected from 2003-2005 from 6498 users. The mean age was 31 years old and the prevalence of HIV was 6,9%. A positive and statistically significant association was estimated between levels of education and HIV infection (RP=1.8). Important effect modifiers of the main association such as age, sex, income and sexual identity were identified. Despite some of the limitations of using health service data, the findings of this study were very consistent with exiting hypothesis regarding education levels and HIV infection.

Key words: Levels of education, HIV, CTC.

Resumo

A epidemia de Aids está associada a uma complexa rede de múltiplos fatores. No Brasil, o perfil epidemiológico varia entre as diferentes regiões. Deste modo, faz-se necessário avaliar os determinantes da infecção nos diferentes lugares. Neste contexto, o presente artigo objetivou investigar a associação entre o nível de escolaridade e a infecção pelo HIV, entre usuários atendidos no mais antigo Centro Testagem e Aconselhamento (CTA) de Salvador, Bahia, Nordeste do Brasil. Foi realizado um estudo de corte transversal, sendo analisados os dados coletados no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2005 referentes a 6498 usuários. A idade média entre estes correspondeu a 31 anos, encontrando-se uma prevalência da infecção pelo HIV de 6,9%. A associação entre nível de escolaridade e a infecção pelo HIV foi positiva e estatisticamente significativa. As variáveis, idade, sexo, renda e orientação sexual comportaram-se como importantes modificadores de efeito da associação principal. Apesar de algumas limitações decorrentes da utilização de dados provenientes de serviços de saúde, os achados deste estudo foram muito consistentes com a hipótese de que o nível de escolaridade dos indivíduos está relacionado à infecção pelo HIV.

Palavras-Chaves: Escolaridade, HIV, CTA.

Introdução

Entender o processo saúde–doença implica contextualizá-lo no âmbito das relações que se estabelecem na sociedade, as quais acarretam diferentes vulnerabilidades, aos diferentes grupos que a compõe (Ayres et al, 1999), logo não pode ser analisado sem considerar como estes grupos estão inseridos no processo de reprodução social, que abarca dentre outros aspectos, as relações econômicas (Castellanos, 1987). Estas repercutem nas condições de vida da população, e ao longo do tempo, têm acentuado as desigualdades sociais nas diversas sociedades, as quais no âmbito da saúde conformam padrões de morbimortalidade diferenciados entre os diferentes grupos sociais (Granda & Breilh, 1989; Parker & Cmargo Jr, 2000; Bastos & Szwarcwald, 2000).

O Brasil caracteriza-se por ser um país marcado por profundas desigualdades sócio-econômicas, as quais exercem influência no curso da epidemia da Aids, acarretando significativas alterações em seu perfil epidemiológico, tanto no que se refere aos aspectos sóciodemográfico, quanto a sua distribuição geográfica (Szwarcwald et al 2000^{a,b} 2001; Castilho et al 2002; MS 2002). Em anos mais recentes, a epidemia dissemina-se de forma crescente entre os indivíduos com nível socioeconômico mais baixo, tendência esta denominada de *pauperização* da epidemia (Grangeiro, 1994; Fonseca 2002). O que a reveste de uma complexidade ainda maior, por estar fortemente atrelada a aspectos de ordem estrutural, dificultando, deste modo, a adoção de medidas de controle mais efetivas.

Nesse contexto, o nível de escolaridade tem sido considerado uma variável “proxy” da situação sócio econômica dos indivíduos com HIV/Aids. A mais baixa escolaridade entre os

casos notificados começa a ter uma maior visibilidade para ambos os sexos a partir da década de 90. Embora, desde o início da epidemia já se observava esta tendência, principalmente entre as mulheres (Castilho et al, 2002; Fonseca et al, 2000 e 2002; Brasil, 2000 e 2004).

Diante do exposto, estudos em serviços de prevenção, que levem em conta o nível de escolaridade e a infecção pelo HIV, são necessários não somente para que se possa conhecer que rumo a infecção vem percorrendo, e quais os indivíduos mais vulneráveis, mas, sobretudo para confirmar importantes determinantes da infecção e melhor orientar a prática profissional. É neste sentido, que o presente artigo objetiva investigar a associação entre o nível de escolaridade e a infecção pelo HIV entre usuários do CTA-BA.

Metodologia

Trata-se de um estudo de corte transversal com a população de usuários atendidos em um dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado Bahia (CTA-BA) e que realizaram o teste sorológico para HIV entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005. O CTA-BA é o pioneiro e foi implantado em outubro de 1994 em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado.

Os dados são de fonte secundária e foram extraídos do Sistema de Informatização do CTA (SI-CTA), que é alimentado pelas informações coletadas durante o atendimento individual pré e pós-teste para HIV, por profissionais de nível superior. Tem como instrumento de coleta de dados um questionário padronizado.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos 11.637 usuários, cujos resultados foram concluídos e exportados para o SI-CTA. Excluíram-se usuários que já haviam realizado o teste no CTA-BA; usuários com idade inferior a 13 anos e superior a 74 anos; gestantes e usuários com número de registro repetido, perfazendo um total de 8026 usuários. Devido ao estudo ser do tipo analítico, posteriormente à crítica do banco de dados, foi feita a padronização do número total das variáveis estudadas, resultando na população final de estudo de 6498 usuários (Fluxograma em anexo).

Definição das variáveis de estudo

Dependente

A variável de desfecho é a infecção pelo HIV, definida conforme protocolo estabelecido na portaria do Ministério da Saúde de 29/03(GM) de 28 de janeiro de 2003. Um

teste é considerado positivo quando na 1ª amostra de sangue os dois testes sorológicos de triagem ELISA (ensaio imuno-enzimático) com princípios ativos diferentes, são positivos ou discordantes e confirmado com um dos testes de maior especificidade (Imunofluorescência Indireta ou o Western Blot), seguido da realização na 2ª amostra sanguínea de novo teste ELISA com resultado positivo. O resultado negativo é concluído na primeira amostra de sangue quando os dois testes de ELISA são negativos. Foram utilizados os kits comerciais licenciados no Brasil, Bio Rad (Genscreen plus) Ag-Ab, HIV Combi EIA, Abbott-Axym, HIV Murex, HIV Western Blot, e Biomanguinhos (IF).

Independente principal

A escolaridade foi definida como a variável de exposição principal de estudo e para fins desta análise foi categorizada em: nenhum a 7 anos de estudo e ≥ 8 anos (estrato referente), considerando-se a padronização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Co-variáveis

As co-variáveis *idade e tipo de parceiros sexuais no dia do atendimento* foram consideradas como potenciais confundidores, entendendo-se por variáveis de confusão aquelas que simultaneamente se associam à exposição e são fatores de risco para o desfecho (Medronho et al, 2004). A variável idade foi analisada de forma contínua e dicotomizada em < 31 anos e ≥ 31 (referente). E a variável *tipo de parceria* foi criada a partir de duas outras variáveis e codificada como parceria fixa e parceria múltipla.

Foram consideradas como possíveis variáveis modificadoras de efeito, *sexo, situação ocupacional, orientação sexual e sorologia para sífilis*, entendendo-se por modificador de efeito a heterogeneidade do estimador da associação principal nos estratos específicos da variável analisada (Medronho et al, 2004). A variável *orientação sexual* foi criada a partir de duas outras variáveis e codificada como heterossexual (referente) e homossexual/bissexual.

Estes estratos foram analisados em conjunto devido ao pequeno número de usuários que referiram ser bissexuais.

Análise dos dados

Foram consideradas como valores perdidos as opções “não se aplica”, “não informado” e “outros” encontradas em algumas variáveis. Para análise deste estudo foi utilizado o software Stata versão 7.0. E para estimar as associações entre o nível de escolaridade e a infecção pelo HIV, utilizou-se a razão de prevalência (RP), e a inferência estatística através do intervalo de confiança (IC) de 95%.

Inicialmente foi realizada a análise descritiva univariada, analisando-se a distribuição das co-variáveis em função da variável de desfecho. Seguida da análise estratificada para avaliação das possíveis variáveis confundidoras e modificadoras de efeito. Considerou-se como variáveis de confusão, aquelas cuja diferença percentual entre a RP bruta e a RP ajustada sobre a RP bruta foi \geq a 10% e como modificadoras de efeito aquelas cuja RP de um estrato estiver fora do IC do outro estrato, observando-se, também, o valor de p do teste de homogeneidade de Mantel-Haenszel.

Após a análise estratificada, realizou-se a análise de regressão logística, utilizando-se o procedimento *backward* para a retirada de variáveis e definição do modelo final. As associações foram estimadas pela odds ratio (OR) e considerou-se como variável modificadora de efeito aquela cujo *valor de p* expresso no teste da razão de máxima verossimilhança (*likelihood-ratio test*) foi \leq 0,05. Para a análise de confundimento, observou-se o percentual de mudança da OR da associação principal do modelo completo e a OR do modelo reduzido.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sendo preservado o anonimato dos sujeitos objetos desta pesquisa.

Resultados

A população final de estudo correspondeu a 6498 usuários, com idade média de 31 anos, encontrando-se uma prevalência (operacional) do HIV de 6,9%. À exceção da variável situação ocupacional, observou-se que o nível de escolaridade, sexo, idade, orientação sexual, tipo de parceria sexual no dia do atendimento e sorologia para sífilis mostraram-se associadas com a infecção pelo HIV, apresentado resultados com diferenças estatisticamente significantes e com valor de $p < 0,05$ (Tabela 1).

Estimou-se uma associação positiva e estatisticamente significativa entre nível de escolaridade e a infecção pelo HIV ($RP = 1,8$; $IC_{95\%} 1,5 - 2,2$). Após ajuste da associação principal por cada co-variável, a associação manteve-se positiva e com níveis de significância estatística. Com exceção do tipo de parceria sexual no dia do atendimento e sorologia para sífilis, as variáveis sexo, idade, situação ocupacional e orientação sexual comportaram-se como possíveis modificadoras de efeito. A idade representou uma mudança percentual de 5,5% na RP da associação principal não sendo considerada importante variável de confusão (Tabela 2).

Na análise de regressão logística as variáveis: sexo, idade, situação ocupacional e orientação sexual, confirmaram-se como modificadoras de efeito da associação entre escolaridade e a infecção pelo HIV, apresentando no teste de razão da máxima verossimilhança *valor de $p < 0,05$* . Após esta análise avaliou-se a associação principal em

cada grupo específico, verificando-se que nas mulheres com nível de escolaridade até 7 anos de estudo, a chance de infecção pelo HIV foi 2,5 (IC_{95%} 1,8 – 3,4) vezes maior em comparação com aquelas com nível de escolaridade mais elevado. Entre os homens e apesar da magnitude da associação ter sido menor, alcançou níveis de significância estatística (OR 1,6; IC 1,2 – 2,0) (Tabela 3).

Observou-se que entre os usuários mais jovens a associação entre escolaridade e o HIV foi de maior magnitude 2,3 vezes (IC_{95%} 1,7 – 3,0), diferentemente dos mais velhos, cuja magnitude de associação foi pequena (OR 1,4; 1,03 – 1,8). Entre os usuários que referiram ser heterossexual a associação principal foi também de maior magnitude (OR 2,2; IC_{95%} 1,8 – 2,8), enquanto que entre os homossexuais/bissexuais essa associação foi fraca (OR 1,3) e não atingiu níveis de significância estatística (IC_{95%} 0,85 – 1,9) (Tabela 3).

Já entre os usuários com situação ocupacional sem renda, verificou-se que a chance de infecção pelo HIV foi quase três vezes maior naqueles com menor escolaridade e com diferenças estatisticamente significantes (IC_{95%} 2,0 – 3,7). Enquanto que naqueles com renda a magnitude da associação foi pequena (OR 1,4; IC_{95%} 1,05 – 1,9) (Tabela 3).

Discussão

Os resultados deste estudo apontam para a confirmação da associação entre o baixo nível de escolaridade e a infecção pelo HIV entre os usuários do CTA-BA, o que também, foi observado nos estudos descritos por Fonseca et al, (2000 e 2002). Ressalta-se que até 1982 a totalidade dos casos diagnosticados no Brasil, correspondia a indivíduos que possuíam 11 anos ou mais de estudo (Brasil, 2000; Castilho, 2002). Ao longo dos anos a epidemia de Aids vem atingindo os indivíduos com nível de escolaridade mais baixo, e de forma crescente os segmentos sociais da população mais pobres, conformando a tendência que denominam de pauperização (Grangeiro, 1994; Parker & Camargo Junior, 2000; Castilho et al, 2002).

Observou-se, independentemente do sexo, mas principalmente entre as mulheres usuárias do Centro um risco aumentado à infecção pelo HIV quando possuíam nível de escolaridade mais baixo. Este resultado é consistente com o encontrado por Fonseca et al (2002) ao realizar análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil. Entre usuários de CTA, também, vem sendo observado desde 1996 por Minayo et al (1999), e confirmado em estudos mais recentes como o de Ferreira et al (2001), Alves et al (2003), Griep et al, (2004 e 2005), Bassicheto et al (2004) e Araújo et al, 2005.

Cabe destacar que desde o início da epidemia, as mulheres mais atingidas tinham escolaridade mais baixa o que só foi observado entre os homens anos depois (Castilho et al, 2002; Guimarães, 2002; Brasil, 2004). Neste contexto, verifica-se que a incidência de Aids

aumentou rapidamente nas mulheres e a razão de casos homem/mulher decresceu de 18,9: 1, em 1984, para 1,5: 1, em 2004 (Brasil, 2004 e 2005). O que traz subjacente, além, das questões biológicas, as que permeiam as relações de desigualdades entre os gêneros que interferem no campo da sexualidade deixando as mulheres em desvantagem em relação a sua autoproteção (Kerr Pontes, 2004; Merchán-Hamann, 1999; Vieira et al, 2000).

A crescente tendência de heterossexualização da epidemia vem sendo sinalizada em vários estudos, sendo hoje o modo dominante de transmissão entre as mulheres (Vieira et al, 2000). Esta tendência também se fez presente entre os usuários do CTA-BA, visto que se observou uma maior chance de infecção pelo HIV entre aqueles que se declaram como heterossexual e com nível de escolaridade até 7 anos de estudo. Estes achados foram consistentes com os encontrados por Fonseca et al (2002) e Szwarcwald et al (2000), onde a transmissão heterossexual mostrou-se relacionada a uma escolaridade mais baixa. Acrescenta Fonseca et al (2002) que a redução da proporção de casos com escolaridade mais elevada foi menos pronunciada na categoria de homossexual/bissexual.

A situação ocupacional se constitui em um importante indicador do nível sócioeconômico e encontra-se associado à situação de saúde dos indivíduos. Neste sentido, Szwarcwald et al (1999) em estudo realizado sobre desigualdade, renda e situação de saúde no Rio de Janeiro, salientam que a situação de saúde de uma população é mais adversa quanto maior for a concentração da distribuição de renda. Entre os usuários do CTA-BA, isto pôde ser verificado uma vez que aqueles com situação ocupacional sem renda e com escolaridade mais baixa apresentaram maior chance de infecção pelo HIV.

Estudos como os de Parker & Camargo Junior (2000) destacam que os padrões diferenciados de adoecimento em uma população são reflexos das desigualdades sociais. Neste contexto e, embora presentes a limitações impostas a estudos com dados secundários e de estrutura transversal, os achados do presente estudo mostram com maior visibilidade o forte

gradiente social a que está atrelada a infecção pelo HIV entre os usuários do CTA-BA, expresso através do nível de escolaridade, confirmando a direção da infecção aos segmentos menos favorecidos. Além de oferecer elementos para uma melhor orientação à prática profissional, com a implementação de ações mais efetivas e direcionadas aos segmentos que se mostraram mais vulneráveis.

Referências bibliográficas

- 1- ALVES, K. Z.; SHAFER, K.; CASEIRO, M.; RUTHERFORD, G.; FALCÃO, M. E.; SUCUPIRA, M. C.; BUACH, M. P.; RAWAL, B. O.; DIAZ, R. S. 2003. Risk Factors for incident HIV Infection among Anonymous HIV Testing Site Clients in Santos, Brazil: 1996-1999. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 32: 551-559.
- 2 - ARAÚJO, L. C.; FERNANDES, R. C. S. C.; COELHO, M. C. P.; MEDINA-COSTA, E. Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento da Cidade de Campos de Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 14(2): 85-90.
- 3 - AYRES, J. R. C. M.; FRANCA JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALLETI FILHO, H.C.;1999. Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de Aids. In: BARBOSA. R. M. PARKER, R. (Org). *Sexualidades pelo Avesso – Direitos, Identidades e Poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: São Paulo: Ed. 34, p. 49-72.
- 4 - BASSICHETO, K. C.; MESQUITA, F.; ZACARO, C.; SANTOS, E. A.; OLIVEIRA, S. M.; VERAS, M. A. S. M.; BERGAMASCHI, D. P. 2004. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da Rede Municipal de São Paulo, com sorologia positiva para HIV. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7(3): 302-310.
- 5 - BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. 2000. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1): 65-76.

-
- 6 - BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. 1999/ 2000. *Boletim Epidemiológico – AIDS*, Ano XIII (1), SE 48/99-22/00.
- 7 - BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2004. *Boletim Epidemiológico – AIDST*, Ano II(1), SE 1-26/04.
- 8 - BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2004. *Boletim Epidemiológico – AIDST*, Ano II(1), SE 1-26/04.
- CASTILHO, E. A.; CHEQUER, P.; SZWARCOWALD, C. L. 2002. A AIDS no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro, p.271-284.
- 9 - CASTELLANOS, P. L. 1987. Sobre el concepto de Salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. *Cuadernos Médico Sociales*, 42: 15-24.
- 10 - FERREIRA, M. P. S.; SILVA, C. M. S. P.; GOMES, M. C. F.; SILVA, S. M. B. 2001. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – resultados de uma pesquisa no rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 481-490.
- 11 - FONSECA, M. G.; BASTOS, F. I.; DERRICO, M.; ANDRADE, C. L. T.; TRAVASSOS, C.; SZWARCOWALD, C. L. 2000. Aids e o grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986-1996. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1): 77-82.
- 12 - FONSECA, M. G.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. 2002. Análise sócio-demográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Revista de Saúde Pública*, 36(6): 678-685.
- 13 - GRANDA, E.; BREILH, J. 1989. Saúde na Sociedade. São Paulo: CORTEZ/ABRASCOS, p. 35-41.

- 14 - GRIEP, R. H.; PAULA, L. R.; ALMEIDA, A.; QUADRA, M. C. D. 2004. Perfil de usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento a partir dos dados de SI-CTA. In: SZAPIRO, A. M. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Integrando Prevenção e Assistência*. Coleção DST/Aids – Série Estudos, Pesquisas e Avaliação. Ministério da Saúde, 8: 56-67.
- 15 - GRIEP, R. H.; ARAÚJO, C. L. F.; BATISTA, C. M. 2005. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescente atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids no Município do rio de Janeiro, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 14(2): 119-126.
- 16 - GRANGEIRO, A. 1994. O perfil sócio-econômico dos casos de AIDS da cidade de São Paulo. In: PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. *AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro. ABIA/UERJ, p. 91-125.
- 17 - KERR-PONTES, L. R. S; GONZALÉZ, F; KENDALL, C; LEÃO, E. M. A; TÁVORA, F. R; CAMINHA, I; CARMO, A. M do; FRANÇA, M. M; AGUIAR, M. H. Prevention of HIV infection among migrant population groups Northeast in Brazil. 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.320-328, jan/fev.
- 19 - MANN, J.; TARANTOLA, J. M.; NETTER, T. W. 1996. *Aids in the world II*. Cambridge, Harvard University Press, p. 441-476.
- 20 - MERCHAND-HAMANN, E. 1999. Os ensaios da educação para a saúde na prevenção e uma práxis integral. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, (2): 85-92.
- 21 - MINAYO, M. C. S.; NETO, O. C.; DESMANDES S. F.; SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K.; SILVA, C. M. F. P.; CELETINO, J.G. 1999. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) da Região Nordeste. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, (2): 355-367.

- 22 - SALVADOR. Secretaria Municipal de Salvador. 2004. Boletim Epidemiológico *DST/AIDS*. Ano I (1), SE 1 – 52.
- 23 - SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. 2000. A Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. *Cadernos Saúde Pública*, 16 (1): 135-41.
- 24 - SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I.; ESTEVES, M. A. P.; ANDRADE, C.L.T. 2000. A disseminação da epidemia de AIDS no Brasil, no período de 1987- 1996: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (1): 7-19.
- 25 - VIEIRA, E. M.; VILLELA, W. V.; RÉA, M. F.; FERNANDES, M. E. L.; FRANCO, E.; RIBEIRO, G. 2000. Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (4): 997-1009.

Tabelas

TABELA 1 – Características da população de estudo. CTA-BA, 2003-2005

Variáveis	Infecção pelo HIV				Valor de p*
	Infectado (N = 448)		Não Infectado (N = 6050)		
Escolaridade					0,0001
>= 8 anos	186	41,5	3474	57,4	
Nenhum a 7anos	262	58,5	2576	42,6	
Sexo					0,001
Feminino	188	42,0	3054	50,5	
Masculino	260	58,0	2996	49,5	
Idade					0,0001
>= 31	231	51,6	2357	39,0	
<31	217	48,4	3693	61,0	
Situação ocupacional					0,531
Com renda	233	52,0	3239	53,5	
Sem renda	215	48,0	2811	46,5	
Orientação sexual					0,0001
Heterossexual	340	75,9	5364	88,7	
Homo/Bissexual	108	24,1	686	11,3	
Tipo de parceria na ocasião do atendimento					0,002
Parceiro fixo	267	59,6	4039	66,8	
Parceria múltipla	181	40,4	2011	33,2	
Sorologia para sífilis					0,0001
Negativa	402	89,7	5862	96,9	
Positiva	46	10,3	188	3,1	

N = Número de indivíduos

*valor de p do teste de Pearson

TABELA 2 – Razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95% da associação entre escolaridade e infecção pelo HIV, de acordo com os estratos específicos das co-variáveis. CTA-BA, 2003-2005

Variáveis	N	RP	IC _{95%}	valor de p*
Associação principal (bruta)	6498	1,8	(1,5 – 2,2)	
Sexo				
Feminino	3242	2,4	(1,7 – 3,1)	0,026**
Masculino	3256	1,5	(1,2 – 1,9)	
RPajust		1,8	(1,5 – 2,2)	
Idade				
>= 31	2588	1,3	(1,0 – 1,7)	0,007**
<31	3910	2,2	(1,7 – 2,8)	
RPajust		1,7	(1,4 – 2,0)	
Situação ocupacional				
Com renda	3472	1,3	(1,0 – 1,7)	0,000**
Sem renda	3026	2,6	(1,9 – 3,4)	
RPajust		1,8	(1,5 – 2,1)	
Orientação sexual				
Heterossexual	5704	2,1	(1,7 – 2,6)	0,009**
Homo/Bissexual	794	1,2	(0,86 – 1,7)	
RPajust		1,8	(1,5 – 2,2)	
Tipo de parceria na ocasião do atendimento				
Parceiro fixo	4306	1,8	(1,4 – 2,3)	0,799
Parceria múltipla	2192	1,7	(1,3 – 2,5)	
RPajust		1,8	(1,5 – 2,2)	
Sorologia para sífilis				
Negativa	6264	1,8	(1,4 – 2,1)	0,548
Positiva	234	1,5	(0,9 – 2,6)	
RPajust		1,7	(1,4 – 1,1)	

N = Número de indivíduos; RP = Razão de Prevalência; RPajust = Razão de Prevalência Ajustada
 IC 95% = Intervalo de confiança; *p valor do teste de homogeneidade de Mantel Haenszel
 ** Modificadores de efeito.

TABELA 3 – Odds ratio da associação entre escolaridade e HIV em grupos específicos. CTA-BA, 2003-2005.

Grupos específicos	N	OR	IC95%
Mulheres	3242	2,4	(1,8 – 3,4)
Homens	3256	1,6	(1,2 – 2,0)
>= 31	2588	1,4	(1,03 – 1,8)
<31	3910	2,3	(1,7 – 3,0)
Com renda	3472	1,3	(1,05 – 1,8)
Sem renda	3026	2,8	(2,0 – 3,7)
Heterossexual	5704	2,2	(1,7 – 2,8)
Homo/Bissexual	794	1,2	(0,84 – 1,9)

N = Número de indivíduos; OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalo de confiança de 95%

Considerações finais

Nesses quase trinta anos de epidemia de Aids, muito já se conquistou no campo científico, da assistência e prevenção, mas ainda há muito que se fazer para seu controle, visto que a mesma dissemina-se e se faz presente em todos os continentes. Verifica-se neste contexto, como respostas efetivas de enfrentamento da epidemia, o aumento do financiamento para as ações, o monitoramento de casos e de infectados, o progresso terapêutico, assim como, a melhoria dos serviços básicos de prevenção e atenção. Contudo, a cobertura ainda é extremamente desigual entre as diversas regiões do mundo, principalmente naquelas mais pobres, ficando aliado um contingente significativo de pessoas vulneráveis à infecção, (UNAIDS 2004). O que constitui um quadro que demanda ações para revertê-lo, exigindo um esforço de todos os atores sociais e principalmente uma conscientização e vontade política por parte dos gestores.

No campo da prevenção várias ações foram implantadas, dentre estas os serviços de testagem sorológica para o HIV, que têm desempenhado importante papel na identificação precoce dos indivíduos HIV positivos e na prevenção, contribuindo para a vigilância epidemiológica do HIV.

Esta pesquisa é pioneira no CTA-BA e avaliou um significativo número de variáveis que permitiu uma maior visibilidade do perfil sócio-demográfico e comportamental dos usuários atendidos, além de sinalizar caminhos para o redimensionamento das ações em serviços e para a realização de novos estudos.

Os achados desta pesquisa são consistentes com outros realizados em CTA do Brasil e em alguns aspectos com Centros de testagem anônima de outros países. É importante sinalizar, que

apesar desta pesquisa ter trazido contribuições para a compreensão da temática, não pode se furtar de um olhar crítico acerca de algumas limitações que se fizeram presentes, como as inerentes ao próprio desenho de estudo que não possibilita investigar a antecedência temporal de causa e efeito, mas que por outro lado, possibilita descrever características de uma população e oferece subsídios para o campo do planejamento e administração de ações voltadas para a prevenção, tratamento e reabilitação, além gerar hipóteses científicas.

Esta pesquisa tornou-se possível, face uma importante medida do Programa Nacional de DST/Aids que foi a criação em 2000 do Sistema de informatização do CTA (SI-CTA), contudo, carece de algumas adequações como a inclusão no questionário da variável etnia que é uma grande reveladora das desigualdades em saúde de uma população. Acresce-se a necessidade de um sistema com codificação mais simplificada, que permita o resgate aos prontuários, elaboração de relatórios e cálculos de indicadores epidemiológicos.

Somam-se as estas limitações, possíveis vieses de informação, que pode estar relacionado à capacidade do profissional e qualidade no preenchimento do questionário, falta de padronização de conduta dos profissionais, assim como, por parte das informações prestadas pelos usuários. Por outro lado, cabe destacar a qualidade na digitação dos dados no CTA-BA, uma vez que não foi encontrado duplicidade de registro de usuários, contudo, merece um investimento no treinamento da equipe, no que concerne à digitação do questionário como um todo, tendo em vista reduzir o número de dados perdidos.

No CTA-BA um importante ator solidifica a sua prática no contexto da prevenção em HIV/Aids, o qual recebe a denominação de “aconselhadores”. Estes têm papel impar na viabilização dos objetivos de CTA, além de ocupar um espaço privilegiado de interlocução com os usuários possibilitando a reflexão e a construção de estratégias voltadas para o auto-cuidado. Esta aproximação traz consigo questões que precisam ser problematizadas no âmbito do serviço para uma ação mais efetiva, propondo-se aqui a criação de núcleo interdisciplinar de estudos em

serviços; núcleo de estudos local, inter-regional em CTA e núcleo de estudos que abranja os diversos CTA do Brasil.

Ressalta-se que apesar das limitações acima aludidas, e embora, os resultados desta pesquisa não possam ser extrapolados à população em geral, por ter sido desenvolvida restritamente ao âmbito de um Serviço, este estudo possibilitou reflexões importantes acerca do tema e guardam similaridades com atual tendência da epidemia de Aids. Novos estudos em CTA das diversas regiões do Brasil se fazem necessários para que se possa melhor conhecer o perfil da população usuária, as diferenças regionais e compará-los. Assim como, estudos com outras metodologias da investigação científica.



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Mestrado em Saúde Coletiva

Projeto de Pesquisa

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS ATENDIDOS EM UMA
UNIDADE DE PREVENÇÃO EM HIV / AIDS**

Mestranda

Joselina Soeiro de Jesus

Orientadora

Inês Dourado

INTRODUÇÃO

Aspectos epidemiológicos

A epidemia de AIDS, desde seu início no final da década de 70, trouxe repercussões em nível psicosocial e econômico dos indivíduos e das sociedades, constituindo-se em um importante problema de saúde pública. Além do estigma social gerado e custos elevados decorrentes das ações para seu combate e controle, ela abrange questões de ordem subjetivas e intrínsecas ao comportamento humano, como valores, sentimentos, percepção, representações simbólicas e relações de poder (Merchan-Hamann, 1999), o que a torna complexa e dificulta a adoção de medidas efetivas de controle.

Estudos têm revelado que a epidemia se faz presente em todos os continentes, no entanto, com distribuição populacional não homogênea e, estima-se que existem no mundo 39,4 milhões de crianças e adultos vivendo com HIV/Aids, sendo a África Subsaariana a região mais afetada com 2/3 da população de doentes. Estimou-se para o ano de 2004, 4,9 milhões de casos novos e 3,1 milhões de óbitos por Aids, mantendo a África Subsaariana os percentuais mais elevados, respectivamente, 74% e 75% dos casos no mundo. Cabe destacar que no ano de 2003, os jovens de 15-24 anos representaram a metade de casos novos de HIV no mundo, e que as mulheres constituíram cerca de 50% de todas as pessoas com a infecção, sendo que 57% estão concentrados na África Subsaariana, (UNAIDS,2004). Para o continente Latino Americano, a estimativa é de 1,7 milhão de pessoas vivendo com HIV/Aids, 240 mil casos novos em 2004 e 95 mil óbitos desde seu início. (UNAIDS, 2004).

Ressalta-se que o ano de 2003 foi o que apresentou maior incidência de casos de AIDS, desde o começo da epidemia com quase 5 milhões de novas infecções, e que o crescimento mais rápido foi notado nas regiões da Ásia oriental, com aumento de 50% entre 2002 e 2004, sendo a China o país mais atingido. Verificou-se, também, um crescimento de 40% na Europa oriental e Ásia central em 2002, (UNAIDS, 2004).

No que se refere ao perfil de indivíduos infectados, este vem se alterando ao longo do tempo nos diversos continentes, guardando, no entanto, características regionais. Entretanto, a via sexual apresenta-se como principal forma de transmissão da infecção pelo HIV, (Szwarcwald, 2000). Neste contexto, verifica-se na África o predomínio da transmissão sexual entre heterossexuais. Na Ásia, dissemina-se pelo uso de drogas intravenosas, relações sexuais homossexuais, e entre profissionais do sexo e parceiros. Na Europa oriental e Ásia central a AIDS propaga-se principalmente pelo uso de drogas intravenosas. Na América Latina, a transmissão concentra-se entre os homossexuais e entre os usuários de drogas intravenosas; predominando na América central as relações sexuais entre heterossexuais e homossexuais. No Caribe que tem a segunda maior prevalência de HIV do mundo (2,3%), os heterossexuais e profissionais do sexo representam a população mais vulnerável à infecção pelo HIV. (UNAIDS, 2004). No Brasil, o predomínio está entre os heterossexuais, com crescente disseminação entre as mulheres (Brasil, MS 2004).

A epidemia de AIDS no Brasil teve seu início nos primeiros anos da década de 80, nas duas maiores metrópoles do país, São Paulo e Rio de Janeiro, ambas da região Sudeste, (Bastos, 1995). A disseminação para outras regiões deu-se a partir do final dos anos 80 e ocorreu de forma heterogênea (Bastos et al 1995; Brasil, Ministério da Saúde (MS), 1999, 2000). Para o período entre 1980 e 2004 foram notificados 362.364 casos de AIDS, com desaceleração da taxa de incidência a partir de 1999. Porém, esse decréscimo não tem ocorrido de forma homogênea, guardando diferenciais tanto entre os segmentos da população, como entre as regiões do país. Em de 2003, a taxa de incidência por 100.000 habitantes correspondeu a 18,2. O Sul e Sudeste mantêm as taxas mais elevadas, respectivamente, $26,6 \times 10^{-5}$ e $24,3 \times 10^{-5}$ hab. O Nordeste do país apresenta taxa de $6,8 \times 10^{-5}$ hab. e tem no estado da Bahia a 2ª maior incidência de AIDS da região com 596 casos novos e taxa de $4,4 \times 10^{-5}$ hab. Salvador ocupa a 10ª posição entre os 100 municípios do Brasil com maior número de casos notificados, (3.307 casos), (Brasil, MS 2003 e 2004).

No Brasil a Aids atingiu inicialmente pessoas pertencentes aos estratos sócio-econômicos mais privilegiados da sociedade, do sexo masculino, entre hemofílicos e homossexuais e restrita aos grandes centros urbanos. Ao longo de sua evolução, passou por profundas modificações no que se refere a sua distribuição espacial, quanto ao sexo,

idade, escolaridade, e categoria de exposição. De restrita a determinados grupos populacionais aos diversos segmentos da sociedade. Atualmente, caracteriza-se como uma epidemia que vem atingindo cada vez mais os segmentos mais pobres da população, indivíduos mais jovens em idade produtiva e reprodutiva, as mulheres e os com nível de escolaridade mais baixo, evidenciando uma tendência à pauperização, a heterossexualização, a feminização e interiorização, (Bastos 1995, Brasil MS 1999, 2002; Szwarcwald 2000; Guimarães, 2000; Parker & Camargo Jr 2000, Castilho 2001; Fonseca 2000, 2002 e 2003). Ressalta-se que a razão homem-mulher passou de 18,5 em 1983 por 100.000 hab. para 1,4 em 2004, apresentando sinais de inversão entre os menores de 13 a 19 anos nos anos de 2001 e 2002. Observa-se, também, a expansão de casos de aids para o litoral e norte do país, com redução proporcional da participação dos municípios de grande e médio porte, não obstante, ainda caracteriza-se como uma epidemia com concentração nas grandes cidades (Szwarcwald 2000; Brasil, MS 2002 e 2003).

Para o período de 1980 a 2004 a exposição sexual representou a primeira via de transmissão, com predomínio da categoria homossexual até 1993 e a partir deste ano da heterossexual, assim como, da faixa etária entre 30 e 34 anos para ambos os sexos. Contudo, no ano de 2003 a faixa etária com maior taxa de incidência por 100.000 habitantes para o sexo masculino, foi a situada entre 35 a 39 anos ($65,1 \times 10^{-5}$), já para o sexo feminino predominou a entre 30 e 34 anos ($33,1 \times 10^{-5}$). No que se refere ao nível de escolaridade as maiores taxas foram para o nível médio e superior, tanto para o sexo masculino como para o feminino, correspondendo, respectivamente, $56,5$ e $52,8 \times 10^{-5}$ habitantes, (Brasil, MS 2004). E no que tange à raça e cor em ambos os sexos predominou a cor branca, (Fonseca 2000 e 2002; Guimarães 2000; Ferreira 2001; Bassicheto 2004; Brasil, MS 2004).

Aspectos relacionados à prevenção do HIV e o Centro de Testagem Anônima

Com a crescente disseminação da AIDS e diante das repercussões no âmbito das famílias e sociedades, veio a mobilização de diversos atores sociais, os quais pressionaram os poderes públicos, por medidas para a melhoria da assistência prestada aos portadores e controle da doença. Neste contexto e nos primeiros anos da epidemia, alguns países como os Estados Unidos e Inglaterra dispunham de serviços de aconselhamento para alguns grupos sociais e em 1987 a França implantou o Centro de Testagem Anônima para HIV, objetivando através de ações de pré e pós- teste, estimular

as pessoas à identificação de seu status sorológico para este vírus, (Brasil MS 1999, Derancourt 2004).

No Brasil, as ações de aconselhamento em HIV/AIDS iniciaram-se através das Organizações Não-governamentais (ONG'S) no final da década de 80. Paralelamente, o Ministério da Saúde (MS) a partir de 1988, valorizando as ações de cunho educativo e visando traçar um perfil dos indivíduos infectados, criou os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), que trouxeram em seu escopo a testagem anônima, dentro de princípios éticos do sigilo e confidencialidade, atualmente denominados de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). O primeiro foi implantado na cidade de Porto Alegre (RS). Estes Centros apresentam-se como uma das modalidades de assistência básica de saúde, promovendo o aconselhamento pré e pós-teste, a identificação precoce do status sorológico dos indivíduos infectados e ações de cunho educativo e de prevenção, (Brasil MS 1999; Ferreira 2001; Bassicheto 2004).

No Brasil foram implantados até o momento 303 CTA distribuídos nas diversas regiões. A região Sudeste tem a maior concentração com 99 unidades. No Nordeste do país localizam-se 53, no Sul 56, 49 no Centro-Oeste e no Norte 42 CTA. Os CTA têm participado na construção do perfil dos indivíduos infectados pelo HIV e, enquanto uma nova prática de educação em saúde, têm se tornado em espaço estratégico de prevenção, que além de articular informações, possibilita interlocução direta com os usuários, contribuindo para estabelecimento de estratégias direcionadas a populações vulneráveis (Kegeles 1990, Minayo 1996; Guimarães, 2000; Ferreira, 2001; Bassicheto 2004; Brasil MS 2004). O estado da Bahia, conta atualmente com 8 CTA, sendo que dois localizam-se na capital e os demais no interior do estado. O primeiro está sediado em Salvador, foi implantado em 1994 e, funciona conjuntamente com o Centro Referência Estadual de Prevenção, Controle e Tratamento de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis).

Ressalta-se que no contexto da epidemia de Aids, as ações de prevenção se apresentam como ferramentas fundamentais, constituindo-se no pilar para o seu controle, tanto no sentido de evitar a ocorrência de novas infecções, como para a melhoria da qualidade de vida dos já acometidos. A importância destas ações é evidenciada no relatório da UNAIDS de 2004, onde é enfatizado que a prevenção integral pode evitar a ocorrência de 29 milhões dos 45 milhões de casos esperados para este decênio. No

entanto, para que se constituam em ações efetivas, faz-se necessário, além de investimentos financeiros e outras medidas, que o planejamento e práticas no âmbito dos serviços, levem em conta as características sócio-cultural e epidemiológica da região, propiciando o desenvolvimento de programas especiais direcionados às populações vulneráveis e mecanismos facilitadores de acesso.

Estudos têm revelado como respostas efetivas de enfrentamento da epidemia, o aumento do financiamento para as ações, o monitoramento de casos e de infectados, o progresso terapêutico, assim como, a melhoria dos serviços básicos de prevenção e atenção. Contudo, a cobertura ainda é extremamente desigual entre as diversas regiões do mundo, principalmente naquelas mais pobres, ficando alijado um contingente significativo de pessoas vulneráveis à infecção, (UNAIDS 2004). O que constitui um quadro que demanda ações para revertê-lo, exigindo um esforço de todos atores sociais e principalmente uma conscientização e vontade política por parte dos gestores.

Diante do exposto e considerando-se a relevância que os serviços de prevenção têm adquirido no contexto da epidemia, com a perspectiva de melhoria da assistência prestada e, de contribuir para o preenchimento de possíveis lacunas ao nível do conhecimento é que se propõe o desenvolvimento do presente projeto de pesquisa.

REFERENCIAL TEÓRICO

Ao longo do tempo a epidemia de Aids vem revelando suas múltiplas faces, circunscrevendo-se num contexto de múltiplos fatores. Ressalta-se, contudo, que este pressuposto, ganhou enfoque principalmente, após o reconhecimento de que mesmo com os avanços tecnológicos decorrentes do isolamento do agente viral, não significou um efetivo controle da doença (Ayres et al, 2003), suscitando o desenvolvimento de novos estudos interdisciplinares para sua melhor compreensão e a busca de respostas mais efetivas para seu controle.

No início da epidemia, predominava no cerne das ações de controle e prevenção a noção de individualização do risco. Neste sentido, salienta Ayres (1999), que em ambos os períodos (1981-1984 e 1985-1988) quando se destacavam, respectivamente, os conceitos de grupo de risco e de comportamento de risco, centrados em um modelo

biomédico de individualização e com as ações de prevenção voltadas para o indivíduo, resultaram no isolamento das pessoas e trouxeram consigo implicações morais, estigmatização, preconceito, assim como seu insucesso, revelando-se como idéias com grandes limitações para explicação do fenômeno e, com forte tendência à culpabilização individual. Acrescenta este autor, que é a partir de 1989 que ganha ênfase, a compreensão de que a disseminação da Aids extrapola o conhecimento em torno do agente patogênico, estando intrinsecamente relacionada não somente aos aspectos biológicos e individuais, mas também, aos contextos sociais onde os indivíduos estão inseridos.

Nesse contexto, a evolução da epidemia de Aids abre espaço para sua explicação à luz do referencial teórico de determinação social, circunscrevendo-a no cenário da reprodução social. Neste sentido, entender o processo saúde–doença, implica contextualizá-lo no âmbito das relações que se estabelecem na sociedade, as quais acarretam diferentes vulnerabilidades, aos diferentes grupos que a compõe. A este respeito, Castellanos (1987) enfatiza, que o processo saúde–doença deve ser concebido como dinâmico e que reflete as condições de vida dos diferentes grupos sociais, conforme sua inserção no processo de reprodução social.

Granda & Breilh (1989), destacam que o processo saúde–doença resulta de um conjunto de determinações que se desenvolve na sociedade, as quais vão configurar os padrões típicos de saúde–doença entre os diferentes grupos sociais. E que este conjunto agrega uma dimensão estrutural, que se caracteriza pela capacidade produtiva e pelas relações sociais, assim como, uma dimensão particular formada pelo processo de reprodução social, entendendo-se por esta, como espaço que envolve os aspectos relacionados à produção e consumo dos diferentes grupos sócio-econômicos, além, dos fenômenos de ordem biológica. Neste particular, acrescenta Castellanos (1987), que a reprodução social, abarca além do momento de reprodução biológica e das relações econômicas, os momentos das relações do homem com a natureza (momento de reprodução ecológica) e o das formas de reprodução da consciência e conduta dos indivíduos e grupos sociais. Ao que é denominado por San Martín, 1981 apud Rouquayrol & Almeida Filho, 2003, como sistema epidemiológico-social, o qual é composto pelo ambiente, população, economia e cultura. Rouquayrol & Goldbaum (2003) complementam, que os padrões culturais de comportamento, incluindo nestes os hábitos

culturais, as credences e os valores – que determinam o modo de fazer e pensar das pessoas - influenciam de forma quase direta na difusão da doença. E que também se fazem presentes nesse processo os fatores políticos.

Nesse contexto, Marsiglia et al (1995), chamam a atenção que a determinação social no âmbito do processo epidêmico, não deve ser entendida como uma relação linear entre o contexto social e o aparecimento de epidemias. Enfatizam que nessa relação além das condições sociais gerais (econômicas, políticas e sociais) em que se desenvolve a doença, operam os aspectos relacionados às respostas adotadas ao nível prático para enfrentamento do problema, ou seja, as que envolvem o planejamento de ações e as práticas em saúde, (Ayres, 2002).

Farmer (1993) apud Parker & Camargo (2000) ao analisar especificamente, a ecologia das doenças infecciosas dentro de uma dimensão da ecologia social, enfoca que a emergência, re-emergência, assim como, a disseminação dos agentes nos grupos sociais mais pobres, são fenômenos que extrapolam os conhecimentos da biologia evolucionista e da ecologia dos agentes infecciosos, sendo problematizados como desigualdades em saúde e violência estrutural. Deste modo, os indivíduos pertencentes aos estratos mais desfavorecidos da sociedade, estão simultaneamente vulneráveis, aos fatores de ordem social e biológica.

Bastos & Szwarcwald (2000), ao discutirem as transformações econômicas no contexto do processo saúde–doença, e como repercutem nas condições de vida da população, apontam que ao longo do tempo, têm acentuado as desigualdades sociais nas diversas sociedades, mesmo naquelas ditas desenvolvidas (Parker & Camargo Jr., 2000), as quais no âmbito da saúde vão conformar padrões de morbimortalidade diferenciados entre os diferentes grupos sociais (Syme & Berkman, 1979 apud Fonseca 2003; Villerme, 1981 apud Rouquayrol & Almeida Filho, 2003; Marmot, 1987 apud Szwarcwald 1999; Granda & Breilh, 1989; Parker & Camargo Jr, 2000).

No contexto da epidemia de Aids, estudos têm apontado que as questões relacionadas à determinação social do processo saúde-doença interferem grandemente em sua evolução. A este respeito, Parker & Camargo Jr. (2000) fazendo alusão ao fenômeno da globalização - que acentuou o processo de diferenciação social e das relações de distribuição e consumo, com a crescente exclusão social- sinalizam que as desigualdades sócio-econômicas decorrentes desse processo têm levado à maior

severidade da epidemia nos países em desenvolvimento. E que nos países ocidentais a epidemia inicialmente atingiu os segmentos mais privilegiados da população, expandindo-se progressivamente entre os mais desfavorecidos.

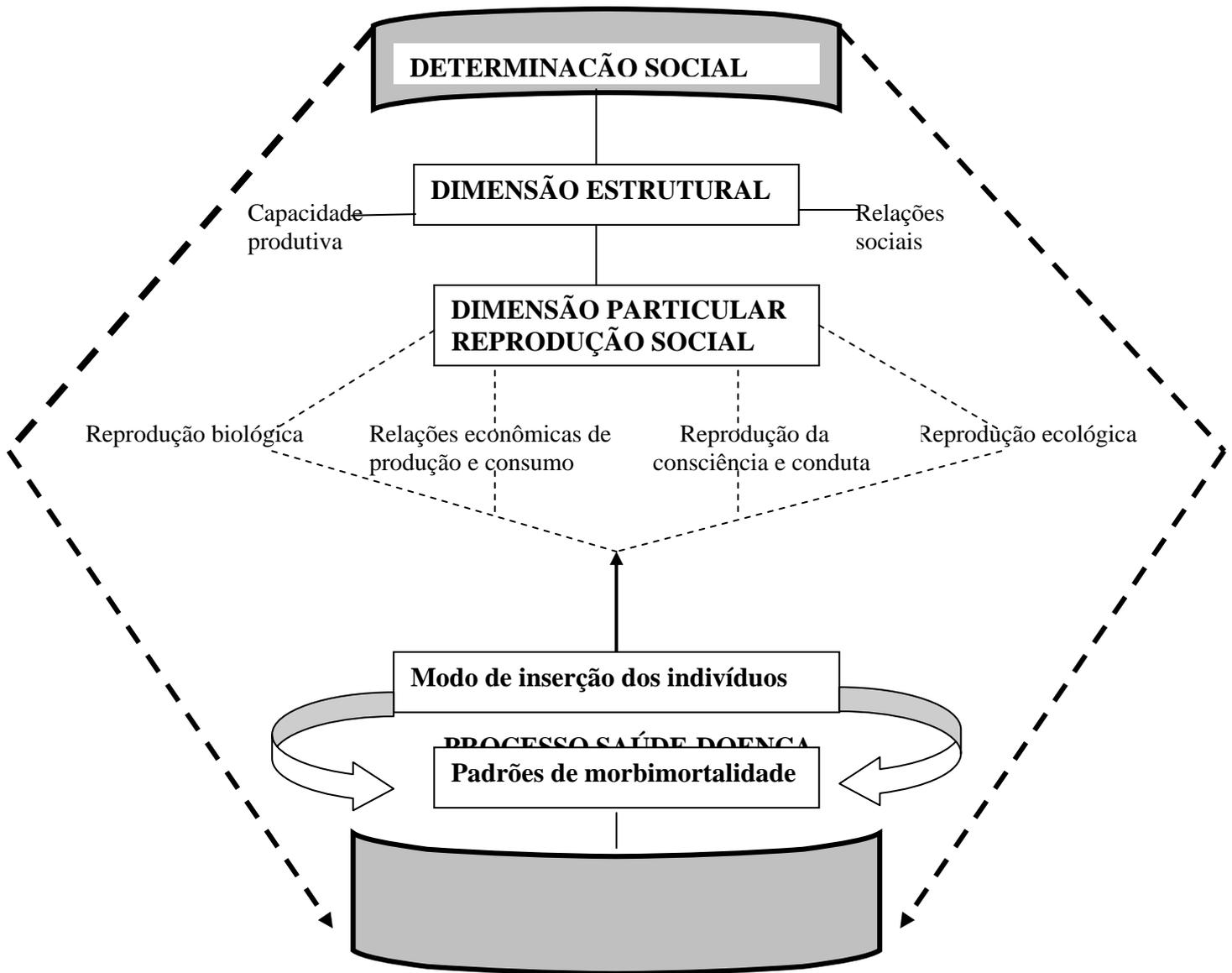
Estudos assinalam que no Brasil, país marcado por profundas desigualdades sócio-econômicas, estas determinam o curso da epidemia, acarretando significativas alterações em seu perfil epidemiológico, tanto no que se refere aos aspectos sócio-demográfico, quanto a sua distribuição geográfica (Szwarcwald et al 2000; Castilho et al 2002; MS 2002). E que a epidemia apresenta uma tendência direcionada aos segmentos de nível sócio-econômico mais baixo, configurando o que é denominado por Grangeiro, (1994), como pauperização da epidemia. Este perfil tem sido evidenciado nos estudos que constataram a maior vulnerabilidade ao HIV, entre as pessoas com nível de escolaridade e econômico mais baixo, (Parker & Camargo, 2000; Guimarães, 2000; Szwarcwald et al 2002; Brasil, MS, 2002; Castilho et al, 2002; Ayres, 2002; Fonseca et al 2000, 2002,2003).

Ayres (2002) ao discutir os diferentes aspectos da vulnerabilidade ao HIV/Aids complementa, que a epidemia trás além das questões da pobreza, a exclusão de base racial e a rigidez de papéis e condutas nas relações de gênero, sendo que esta última vem contribuindo de forma decisiva para a tendência que é denominada como feminização da epidemia (Szwarcwald et al, 2000; MS, 2002; Fernandes et al; Castilho et a, 2002). Neste particular, Merchán-Hamann (1999) e Kerr-Pontes (2004), enfatizam que os padrões culturais de comportamento interferem nos campos da sexualidade e gênero, os quais envolvem relações de poder, percepção e representação simbólica entre os pares, o que repercute ao nível do cuidado individual. Complementa Vieira et al (2000), que devido a dificuldades que a mulher tem em negociar práticas sexuais seguras, em função das diferenças de poder entre os gêneros, as coloca em desvantagem em relação a sua autoproteção.

Mann et al (1996) ao enfocarem a influência dos aspectos contextuais na disseminação do HIV/Aids, sinalizam que esta decorre das diferentes vulnerabilidades a que estão expostos os indivíduos seja ao nível pessoal, programático e contextual. Complementa Ayres et al (1999), que os indivíduos e as coletividades apresentam diferentes graus de suscetibilidade à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV. Neste contexto salientam aqueles autores, que a vulnerabilidade individual envolve aspectos de

ordem cognitiva e comportamental, como a necessidade de informação acerca do HIV/Aids, desenvolvimento emocional, percepção de risco, capacidade de negociar práticas sexuais seguras, além de aspectos relacionados à consciência do problema e das formas de enfrentá-lo, o acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores, (Ayres et al, 1999). Ao passo que, a vulnerabilidade programática contempla aspectos relacionados à informação e educação e aos serviços sociais em saúde (Mann et al 1996), envolvendo os programas voltados para a prevenção, controle e assistência, ao nível do planejamento nacional, regional e local (Ayres et al 1999). Acrescentam Mann et al (1996) que tanto a vulnerabilidade individual, como a programática são influenciadas pela vulnerabilidade social, que abrange os fatores contextuais, como a estrutura governamental, relação entre gêneros, crenças religiosas e pobreza.

MODELO TEÓRICO I



MODELO TEÓRICO II

Modelo baseado no referencial teórico de Castellanos, PL (1987) e Granda, E & Breilh, J (1989)



**DIMENSÕES DA
VULNERABILIDADE AO HIV**

3 - PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

- Qual o perfil epidemiológico dos usuários atendidos em Unidade de Prevenção em HIV/AIDS?

4 - OBJETIVO GERAL

- Estudar o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV entre usuários atendidos em uma Unidade de Prevenção em HIV/Aids no período de 1995 a 2004.

5 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a evolução da freqüência da infecção pelo HIV entre usuários atendidos em uma Unidade de Prevenção em HIV/Aids no período de 1995 a 2004.
- Descrever a evolução da freqüência do uso de preservativo entre usuários atendidos em uma Unidade de Prevenção em HIV/Aids no período de 1995 a 2004.
- Investigar a associação entre as variáveis sócio-econômicas, demográficas e comportamentais e a infecção pelo HIV entre usuários atendidos em uma Unidade de Prevenção em HIV/Aids no período de 1995 a 2004.

6 - METODOLOGIA

A presente pesquisa será realizada em um dos Centros destinado à Testagem e Aconselhamento em HIV/AIDS - CTA, situado em Salvador / Bahia, estando vinculado à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia- SESAB. Trata-se do primeiro Centro deste estado e foi implantado em outubro de 1994, funcionando conjuntamente com o Centro de Referência Estadual de Prevenção, Controle e Tratamento de DST.

O CTA atende usuários com demanda espontânea ou referenciada, e utiliza como estratégia metodológica o aconselhamento individual e coletivo, pré e pós-teste para o HIV. O Centro realiza atividades internas e externas e, atualmente é referência para o Ministério da Saúde da regional Nordeste em Aconselhamento em DST/HIV/Aids para profissionais de saúde e áreas afins. Ao longo desses dez anos tem produzido dados relacionados ao perfil sócio-econômico e comportamental dos usuários.

Ressalta-se que, como a pesquisa será realizada no âmbito de um serviço de saúde, os seus resultados não serão representativos ao nível da população em geral, entretanto, os mesmos possibilitaram conhecer o perfil epidemiológico dos usuários que o freqüenta, assim como, identificar populações vulneráveis à infecção pelo HIV e, poderão ser comparados com estudos desenvolvidos por outros CTA do Brasil.

- **População**

Este estudo tem como universo 44.000 usuários que procuraram o Centro pela primeira vez para realizar teste, com vista à identificação de seu status sorológico para HIV no período de 1995 a 2004. Os dados a serem utilizados são secundários e foram coletados por profissionais de nível superior no momento da entrevista pré e pós – teste para o HIV, através da aplicação de um questionário padronizado.

A pesquisa contará com o desenvolvimento de dois estudos complementares:

Estudo 1: Estudo de Séries Temporais

Estudo 2: Estudo de corte Transversal

No estudo de séries temporais será analisada a taxa de prevalência da infecção pelo HIV e sua distribuição por sexo, ao longo do período de 1995 a 2004.

No estudo de corte transversal será realizada uma análise exploratória da associação entre variáveis sócio-econômicas, demográficas e comportamentais e a infecção pelo HIV, selecionadas do Sistema de Informação do CTA – SI-CTA. Esta análise será realizada no em cada ano do período investigado.

▪ **Definição das variáveis**

Dependente – Infecção pelo HIV, definida a partir do protocolo do MS que considera como resultado positivo, todo aquele obtido através da realização na primeira amostra sanguínea de dois testes ELISAS com princípios diferentes, seguido da realização de um dos testes confirmatórios, utilizando-se as técnicas da Imunofluorescência indireta ou Western Blot, (Portaria 59/03/ GM, 28/01/2002). Após esta etapa, procede-se coma realização de nova amostra sanguínea com novo teste ELISA para conclusão do diagnóstico.

Independentes - Sócio-econômicas e demográficas (idade, sexo, escolaridade, procedência e situação ocupacional).

Comportamentais (categoria de exposição, orientação sexual, nº de parceiros sexuais, natureza da parceria –fixa ou eventual, uso de preservativo e história de DST).

- **Plano de análise**

Os dados serão extraídos do banco de dados do SI-CTA, procedendo-se com a limpeza dos mesmos e posteriormente serão exportados para o pacote estatístico STATA versão 7.0 para os procedimentos analíticos.

Estudo 1 – Para a análise das séries temporais, será utilizado as médias móveis, como técnica de amaciamento da série histórica, visando preservar o movimento de tendência. Tem como unidade de análise o ano calendário e as médias serão calculadas a cada três meses.

Para a representação gráfica da série, será utilizado o diagrama de controle que permite analisar as variações da prevalência do período preestabelecido e precisar o início do período epidêmico.

Estudo 2 – Na análise estratificada, a associação entre as variáveis de estudo e infecção pelo HIV, será estimada através da razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% pelo método de Mantel Haenszel, admitindo-se o erro tipo 1 de 0,5%.

Na análise exploratória, será utilizada a estratégia hierarquizada (Victora,1997; Fucs, 1997) de seleção de variáveis, para o modelo de regressão logística, investigando-as como possíveis preditoras da infecção pelo HIV. Nesta análise as associações serão estimadas pelo odds ratio (OR) e respectivos intervalos de confiança.

Na estratégia hierarquizada as variáveis serão analisadas como confundidoras dentro de seu nível hierárquico, e será observado se houve mudança importante na medida de efeito principal (OR) com a inclusão das mesmas. Permanecerá no modelo as variáveis que se mantiverem significativamente associada ao agravo. Como critério de significância estatística para a seleção das variáveis em cada bloco, adotou-se um p valor $\leq 0,10$. A partir do referencial teórico foram definidos os seguintes blocos hierárquicos que compõem o modelo de análise deste estudo (anexo):

Bloco hierárquico 1 – Variáveis sociais

Bloco hierárquico 2 – Variáveis comportamentais

Variáveis supra - hierárquicas – Variáveis demográficas

7 - ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa com seres humanos caracteriza-se como sendo aquela que de forma direta ou indireta envolve indivíduos ou coletividades, não se restringindo ao manejo de materiais, abarcando, também, as informações coletadas (resolução 196/96). Neste contexto, a mesma traz subjacentes questões de ordem subjetivas e sociais, que podem gerar implicações para seu desenvolvimento e requer do pesquisador um embasamento teórico prévio para um agir em consonância com as regulamentações vigentes. Deste modo, todo projeto de pesquisa deve ser norteado pelos princípios do respeito à dignidade humana. Respeitar os indivíduos em sua autonomia, comprometendo-se em oferecer o máximo de benefício e o mínimo de danos e riscos, evitando-os quando previsíveis e respeitando os princípios da justiça e equidade (resolução 196/96). Assim sendo, e considerando-se a importância de serem preservados tais princípios, o presente projeto de pesquisa será submetido à apreciação do Comitê de Ética de pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

A pesquisa será realizada com base de dados institucional e com dados secundários obtidos de prontuários, deste modo, não ocorrerá contato posterior com os usuários. Será utilizada técnica e método de pesquisa que não implicará em nenhuma intervenção nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos do estudo. Todavia e obedecendo a protocolo estabelecido pelo Comitê de Ética, o projeto conta com uma autorização escrita (anexo) da Direção da Unidade campo da pesquisa e será preservado o anonimato da mesma.

Ressalta-se que o desenvolvimento da presente pesquisa visa a produção de conhecimentos em torno da temática, contribuindo para a identificação de populações vulneráveis, assim como, para o redimensionamento de ações e um planejamento mais eficiente para o enfrentamento da epidemia de Aids.

8 -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J.R. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de (org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 1a. ed. Rio de Janeiro. p. 117-1140, 2003.

AYRES. J. R. Práticas educativas e prevenção de HIV / Aids: Lições aprendidas e desafios atuais. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu*. v. 6, n,11, p.11-24, agost. 2002.

AYRES, J. R. et al. Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de Aids. In: Barbosa. R. M. Parker, R.. *Sexualidades pelo Averso- Direitos, Identidades e Poder*. Rio de Janeiro:IMS/UERJ: São Paulo: Ed. 34, p. 49-72, 1999.

BASSICHETO, K. C. et al. Epidemiological profile of HIV positive individuals from a HIV/STD Counseling and Testing Center (CTA) in the city of São Paulo, Brazil. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, v. 7, n. 3, p. 303-310, set/ 2004.

BASTOS, F. I. et al "A epidemia de AIDS no Brasil".In: MINAYO, M. C. DE S. *Os muitos Brasis: Saúde e população na década de 80*, São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1995, 356 p.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS and pauperization: principal concepts and empirical evidence. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v 16, supl. 1, p. 65-76, 2000.

BRASIL. *Boletim epidemiológico AIDST*. Brasília, ano XVIII, n. 1, 01^a à 26^a semanas epidemiológicas, jun.2004. 44p.

_____. *Boletim epidemiológico AIDS*. Brasília, ano XVII, n.01, 01^a à 52^a semanas epidemiológicas, jan-dez. 2003. 51 p.

_____. ano XVI, n. 01, 48^a/01 à 13^a/02 semanas epidemiológicas, março. 2002. 40 p.

_____. ano XIII, n. 01, 48^a/99 à 22^a/00 semanas epidemiológicas, dez. 1999 a jun. 2000. 17 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996.

_____. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)*. MS, Brasília, 1999. 32 p.

_____. *Política nacional de DST/AIDS: princípios, diretrizes e estratégia*. MS, Secretaria de Política e Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS, Brasília, 1999. 90 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 59/03 (GM), 28/01/2002. Disponível em: <www.aids.gov.br/fiquesabendo/portaria.htm>

CASTELLANOS, P. L. Sobre el concepto de Salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. *Cuadernos Médico Sociales*, n.42, p. 15-24, 1987.

CASTILHO, E. A. et al. A AIDS no Brasil. In: ROUQUAYROL. M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, P. 271-284, 2002.

DERANCOURT, C. et al. Clinical assessment of the risk of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in the population consulting an anonymous and free screening center. *Ann. Dermatol Venereol*. France, v.1 (1pt1), p.11-5, jan. 2004

FAMER, P. Infections and Inequalities. In: PARKER, R. , CAMARGO JR, H. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v16, supl.1, p. 89-102, 2000.

FERREIRA, M. de P. S, et al. HIV testing and the importance of Testing and Counseling Center's (CTA) – results from a research in the municipality of Rio de Janeiro. *Ciências & Saúde Coletiva*, v.6(2). P. 481-490, 2001.

FONSECA, M. G. P. et al. A sociodemographic analysis of the AIDS epidemic in Brazil, 1980-1999. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.36, n. 6, p. 678-685,2002.

_____. AIDS and level of education in Brazil: temporal evolution from 1986- to 1996. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16 supl. 1, p.77-82, 2000.

FUCS, S. C.; VICTORA, C. G. Técnicas de análise de dados para estudos de condições de vida e situação de saúde. Análise hierarquizada aplicada à investigação de fatores de risco para agravos à saúde infantil. In: BARATA, R. B (org). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO. p. 271-275. 1997

FUCS, S. C.; VICTORA, C. G.; FACHEL, J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada a investigação de fatores de risco para diarreia. São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, v. 30, n. 2, p. 20-36. 1996

GRANGEIRO, A. O perfil sócio-econômico dos casos de AIDS da cidade de São Paulo. In: PARKER, R. et al. *Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Relume-Dumará, p. 91-125, 1994.

GRANDA, E.; BREILH, J. Saúde na Sociedade. São Paulo: CORTEZ/ABRASCO, p. 35-41, 1989.

GUIMARÃES, M. D. C. Temporal trends in AIDS- associated opportunistic infections in Brazil, 1980-1999. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 21-36, 2002.

KEGELES, S. M. et al. Many people who seek anonymous HIV-antibody testing would avoid it under on their circumstances. United States: AIDS. V.4, n. 6, p.585-588, jun.1990.

KERR-PONTES, L. R. S. et al. Prevention of HIV infection among migrant population groups Northeast in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.320-328, jan/fev. 2004.

LUBISCO, N. M. L; VIEIRA, S. C. Manual de estilo acadêmico: monografias, dissertações e teses. Revisão: Inaiá Veiga Santana. 2 ed. Ver. Ampl. Salvador: EDUFBA, 2003.

MANN, J.; TARANTOLA, J. M.; NETTER, T. W. (eds). Aids in the world II. Nova York: Cambridge, Harvard Universit Press, p. 441-476, 1996.

MARSIGLIA, R. G.; BARATA, R. de C. B.; SPINELLI, S. P. Determinação Social do Processo Epidêmico. Rio de Janeiro: ABRASCO, p.129-147, 1985.

MEDRONHO, R. A. et al. Epidemiologia. São Paulo: ATNEU, p.191-198, 2004.

MERCHAND-HAMANN, E. Os ensaios da educação para a saúde na prevenção de uma práxis integral. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 85-92. 1999.

MINAYO, M.C et al. *Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) da Região Nordeste*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996. 80 p.

PARKER, R. , CAMARGO JR, H. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v16, supl.1, p. 89-102, 2000.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e prevenção de Doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia &Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 17-35,2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; FAÇANHA, M. C.; VERAS, F. M. F. Aspectos Epidemiológicos das Doenças Transmissíveis. In: _____. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 261-265, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; BARRETO, M. Abordagem Descritiva em Epidemiologia. In: _____. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, p.83-121, 2003.

SZWARCWALD, C. L. et al. The spread of the AIDS epidemic in Brazil from 1987 to 1996: a spatial analysis. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16 supl. 1, p. 7-19, 2000.

VICTORA, C. G. et al. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. Great Britain. *International Journal of Epidemiology*, v26, n. 1. p. 224-227,1997.

VIEIRA, E. M. et al. Key aspects of sexual behavior and safer sex practice among men from the city of São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v 16, n. 4, p. 997-1009, out/dez, 2000.

UNAIDS. Situacion de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2004. Disponible em: <www.unaids.org/wad_2004/EPIupdate_2004_html_sp/>. Acesso em 6 dez. 2004.

_____. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Resumen analítico. Disponível em: <www.unaids.org/bangkok_2004/GAR_2004_html_sp / ExecSummary> Acesso em: 9 dez. 2004

_____. AIDS epidemic update. December 2004. Disponível em <www.unaids.org/wad_2004/EPIupdate_2004_html> Acesso em 06 dez. 2004.

MODELO HIERÁRQUICO DO PROCESSO DE DETERMINAÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV

