

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM AIDS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM ANÁPOLIS-GO NOS ANOS DE 2009 A 2013

CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF AIDS PATIENTS ATTENDED AT THE SPECIALIZED CARE SERVICES IN ANÁPOLIS-GO IN THE YEARS 2009-2013

Constanza Thaise Xavier Silva¹; Jalsi Tacon Arruda²; Danyella Leite de Bessa Silva³; Geovanna Pereira de Souza³

1- Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, Anápolis, GO, Brasil 2- Docente do curso de Biologia da Faculdade Araguaia, Anápolis, GO, Brasil. 3- Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, Anápolis, GO, Brasil.

Resumo

Objetivo: caracterizar o perfil clínico epidemiológico dos pacientes com AIDS atendidos no Serviço de Assistência Especializado (SAE) em Anápolis no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. **Métodos:** Este estudo foi do tipo observacional, descritivo e retrospectivo de base populacional. Este estudo foi pautado na abordagem quantitativa de 168 prontuários de pacientes com AIDS em Anápolis no período de janeiro 2009 a dezembro de 2013 que foi realizado no Serviço de Assistência Especializado (SAE). **Resultados:** Entre os 168 sujeitos analisados entre os anos estudados, 67,8% eram do gênero masculino e 32,2% do gênero feminino. Em relação ao estado civil foram observados 56,6% solteiros; 25,6% casados; 7,1% viúvos; 5,9% divorciados e 4,8% não responderam. Em relação à orientação sexual foram observados 61,3% heterossexuais; 24,5% homossexuais; 7,1% bissexuais e 7,1% não responderam; já ao modo de exposição ao HIV foram avaliados que 61,3% adquiriram os vírus por prática sexuais; um único paciente (0,6%) relatou ser por transfusão sanguínea e 38,1% não responderam a forma como contraíram o vírus. Sobre o uso de drogas ilícitas 34,5% disseram não utilizar e 14,9% relataram o uso de drogas ilícitas e 50% não tinha essa informação no prontuário; em relação à presença de doenças oportunistas 58,9% apresentaram algum tipo de doenças oportunistas e 14,3% não apresentaram. **Conclusão:** De acordo com os dados analisados houve um aumento de 59% na procura pelo atendimento no tratamento da AIDS sendo que em 2009 foram atendidos 20 pacientes e em 2013 foram atendidos 49 pacientes.

Abstract

Objective: To characterize the clinical epidemiological profile of AIDS patients treated at the Specialized Care Service (SAE) in Annapolis in January 2009 to December 2013. **Methods:** This study was observational, descriptive and retrospective population-based. This study was guided by the quantitative approach of 168 records of patients with AIDS in Annapolis in January 2009 to December 2013 which was held at the Specialized Care Service (SAE). **Results:** Among the 168 subjects analyzed in the years studied, 67.8% were male and 32.2% female. In relation to marital status were observed 56.6% were single; 25.6% married; 7.1% widowers; 5.9% divorced and 4.8% did not answer. In relation to sexual orientation were observed 61.3% heterosexual; 24.5% homosexual; 7.1% bisexual and 7.1% did not answer; Already the exposure mode to HIV were evaluated which 61.3% acquired the virus through sexual practice; one patient (0.6%) reported being by blood transfusion and 38.1% did not answer how contracted the virus. About the use of illicit drugs 34.5% said they did not use and 14.9% reported using illicit drugs and 50% had no such information in the medical record; Regarding the presence of opportunistic diseases 58.9% had some kind of opportunistic diseases and 14.3% did not. **Conclusion:** According to the data analyzed there was a 59% increase in demand for care in the treatment of AIDS and in 2009 were attended to 20 patients in 2013 and were treated 49 patients

Palavras-chave:

HIV. AIDS.
Epidemiologia e
Sexualidade.

Keyword:

HIV. AIDS.
Epidemiology and
Sexuality.

*Correspondência para/ Correspondence to:

constanzathaise@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, do inglês *acquired immuno deficiency syndrome* pode ser definida como a doença resultante da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Esta síndrome encontra-se em sua terceira década, ainda afetando a qualidade de vida da população, principalmente adultos jovens, e trazendo grande impacto socioeconômico em âmbito mundial¹. No Brasil a doença foi notificada pela primeira vez em 1982, porém, tempos mais tarde, num estudo retrospectivo, detectou-se a ocorrência de um caso de AIDS no estado de São Paulo, no ano de 1980, passando-se este a ser considerado como marco inicial da epidemia no país². Mais de 7.000 pessoas são infectadas com o vírus diariamente, e uma pessoa morre a cada 20 segundos de uma doença relacionada à AIDS. A doença é atualmente a 5ª causa de morte entre adultos e a principal causa entre as mulheres com idades entre 15 e 49 anos^{3,4}.

A epidemia de AIDS no Brasil é do tipo de concentrada considerando os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, que nomeia nesta situação países cuja prevalência da infecção por HIV entre parturientes de 15 a 49 anos é menor que 1%^{3,4} e mais de 5% em subgrupos da população sob maior risco, sendo este o caso do Brasil cuja prevalência da infecção pelo HIV na população em geral está em torno de 0,6%, e em 5,9% entre usuários de drogas ilícitas, 14,2% entre os homens que fazem sexo com homens e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo^{5,6}.

O acesso ao diagnóstico do HIV é universal no Brasil. A estruturação das redes laboratoriais de testagem e aconselhamento e mais recentemente a introdução dos testes rápidos anti-HIV são descentralizadas. Destaca-se aqui a importância da implantação do teste rápido anti-HIV, cujo objetivo é facilitar o acesso e elevar a taxa de cobertura do diagnóstico da infecção, e que, devido à facilidade e rapidez de execução, permite que se alcance um aumento

da cobertura de testagem de maneira eficiente⁷.

Os avanços nas pesquisas científicas e na produção de novos medicamentos levam a uma sobrevida maior dos pacientes embora a doença esteja longe de ser erradicada. A Terapia antirretroviral (TARV) para pacientes vivendo com HIV/AIDS começou a ser distribuída gratuitamente no Brasil em 1991, sendo sancionada por Lei em 1996, que tornou obrigatória a distribuição gratuita dos antirretrovirais pelo sistema público de saúde⁸. A TARV resultou em diminuição da mortalidade, aumento da sobrevida, melhoria na qualidade de vida, supressão da carga viral e prevenção da transmissão vertical. No entanto, requer efetiva adesão e comprometimento dos pacientes⁹. A terapia com antirretrovirais é iniciada quando as células de defesa (T-CD4+) encontra-se com valores abaixo de 350 cél/mm³ ou quando os pacientes apresentam algum sintoma como perda de peso, febre, diarreia, fadiga, com ocorrência ou não de infecções oportunistas como, por exemplo, candidíase, tuberculose, toxoplasmose, criptococose¹⁰.

As principais estratégias de prevenção empregadas pelos programas de controle envolvem: a promoção do uso de preservativos, a promoção do uso de agulhas e seringas esterilizadas ou descartáveis, o controle do sangue e derivados, a adoção de cuidados na exposição ocupacional a material biológico e o manejo adequado das outras DSTs (doenças sexualmente transmissíveis). Devido aos avanços nas pesquisas e possibilidades de tratamento, a AIDS tornou-se uma doença crônica, com aumento relevante da qualidade de vida de pessoas acometidas, o que traz novos desafios para sua compreensão e enfrentamento¹¹.

Diante dos fatos expostos e comentados o presente estudo tem por objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) no interior do estado de Goiás no período de 2009 a 2013.

METODOLOGIA

Este estudo foi do tipo observacional, descritivo e retrospectivo de base populacional. O estudo foi realizado no município de Anápolis – GO que situa-se a 48 km da capital Goiana e 139 km da capital federal. Junto com essas duas cidades, faz do eixo Goiânia-Anápolis-Brasília, a região mais desenvolvida do Centro-Oeste. Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 a população é de 334.613 habitantes.

Este estudo foi pautado na abordagem quantitativa de 168 prontuários de pacientes com AIDS em Anápolis no período de janeiro 2009 a dezembro de 2013 que foi realizado no Serviço de Assistência Especializado (SAE).

A seleção da casuística foi realizada com base no registro de informações obtidas através dos prontuários colhidos no SAE na Unidade Illion Fleury da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis.

As características avaliadas foram:

- perfil epidemiológico: idade, gênero e estado civil;
- perfil clínico: formas de exposição ao HIV e doenças oportunistas;
- hábitos de vida: drogas ilícitas e orientação sexual.

Os dados colhidos dos prontuários dos pacientes foram tabulados em planilhas do programa *Microsoft Excel*. E as características epidemiológicas descritas acima foram analisadas a partir do banco de dados e os cálculos estatísticos foram realizados no programa *BIOESTAT* versão 5.0. Foi utilizado o teste qui-quadrado (χ^2) e o teste G para a análise das variáveis, sendo considerado com significado estatístico $p \leq 5\%$ com intervalo de confiança de 95%.

O presente estudo foi submetido à Plataforma Brasil assim como ao conhecimento do Comitê

de Ética em Pesquisa da Uni EVANGÉLICA e foi aprovado sob parecer do número 723032/2014.

RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos no Serviço de Assistência Especializada (SAE) na Unidade Illion Fleury da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013; foi oferecido à assistência a 168 pacientes com AIDS. Nem todas as variáveis puderam ser analisadas nos 168 prontuários, em virtude da ausência de alguns dados. Os motivos incluem a recusa em responder ao instrumento de coleta de dados aplicado em sua primeira consulta com o infectologista, possíveis inobservâncias na coleta e a ausência do dado em prontuário.

Do total de sujeitos analisados nesta casuística, 67,8% (114/168) eram do gênero masculino e 32,2% (54/168) do gênero feminino, constituindo razão homem/mulher de 2,11:1. Houve diferença estatisticamente significativa a distribuição por gênero entre os anos estudados ($p= 0,044$). Evidenciando dessa forma mais homens que mulheres (Tabela 1). Em relação à idade dos pacientes observou-se que variou de 20 a 73 anos. A média de idade geral foi de 38,41 anos (DP – 11,5 anos) e mediana de 38 anos. Entre os homens, a média de idade foi de 36,91 anos (DP – 10,8 anos) e entre as mulheres foi de 41,57 (DP – 12,4) e não houve diferença estatística ($p= 0,346$). Da casuística de 168 pacientes, foi observado que 56,5% (95/168) dos pacientes estavam na faixa etária dos 20-40 anos; 39,3% (66/168) estavam na faixa etária de 41-60 anos e 4,2% (7/168) estavam na faixa etária de 61-80 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos casos analisados de acordo com o gênero e faixa etária dos pacientes que receberam assistência no SAE em Anápolis durante os anos observados.

ANO	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	TOTAL n (%)	p
-----	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	----------------	---

GÊNERO							
Masculino	12 (60)	15 (50)	24 (82,7)	31 (77,5)	32 (65,3)	114 (67,8)	
Feminino	08 (40)	15 (50)	05 (17,3)	09 (22,5)	17 (34,7)	54 (32,2)	0,044*
Total	20 (100)	30 (100)	29 (100)	40 (100)	49 (100)	168 (100)	
FAIXA ETÁRIA							
20-40	08 (40)	13 (43,3)	17 (58,6)	27 (67,5)	30 (61,2)	95 (56,5)	
41-60	10 (50)	15 (50)	11 (37,9)	13 (32,5)	17 (34,7)	66 (39,3)	0,346
61-80	02 (10)	02 (6,7)	01 (3,5)	0 (0)	02 (4,1)	07 (4,2)	
Total	20 (100)	30 (100)	29 (100)	40 (100)	49 (100)	168 (100)	

A probabilidade de significância (p-valor) refere-se ao qui-quadrado (χ^2). *Estatisticamente significativa.

Na tabela 2 foram comparados os pacientes de acordo com o gênero e o estado civil, que receberam assistência no SAE em Anápolis. Foi observado que 56,6% (95/168) dos pacientes

declararam-se solteiros; 25,6% (43/168) declararam-se casado; 7,1% (12/168) declarou-se viúvo; 5,9% (10/168) declararam-se divorciado e 4,8% (8/168) não responderam a esta variável.

Tabela 2 - Comparação dos casos analisados por ano de acordo como o estado civil dos pacientes que receberam assistência no SAE em Anápolis.

	Estado Civil	Solteiro (a)	Casado (a)	Viúvo (a)	Divorciado (a)	Sem resposta	p
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
2009	Masculino	7 (7,4)	3 (7,0)	1 (8,3)	0 (0)	1 (12,5)	0,172
	Feminino	1 (1,1)	2 (4,6)	4 (33,3)	0 (0)	1 (12,5)	
2010	Masculino	6 (6,4)	8 (18,6)	0 (0)	1 (10,0)	0 (0)	0,079
	Feminino	7 (7,4)	4 (9,3)	2 (16,7)	0 (0)	2 (25,0)	
2011	Masculino	16 (16,8)	5 (11,6)	0 (0)	1 (10,0)	2 (25,0)	0,788
	Feminino	3 (3,1)	2 (4,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
2012	Masculino	22 (23,1)	6 (14,0)	1 (8,3)	2 (20,0)	0 (0)	0,060
	Feminino	3 (3,1)	3 (7,0)	2 (16,7)	0 (0)	1 (12,5)	
2013	Masculino	21 (22,1)	7 (16,3)	0 (0)	3 (30,0)	1 (12,5)	0,193
	Feminino	9 (9,5)	3 (7,0)	2 (16,7)	3 (30,0)	0 (0)	
	Total	95 (100)	43 (100)	12 (100)	10 (100)	8 (100)	

A probabilidade de significância (p-valor) refere-se ao teste G.

Na tabela 3 foram comparados os pacientes distribuídos de acordo com o gênero e a orientação sexual, que receberam assistência no SAE em Anápolis. Foi observado que 61,3%

(103/168) dos pacientes declarou-se heterossexual; 24,5% (41/168) declarou-se homossexual; 7,1% (12/168) declarou-se bissexual e 7,1% (12/168) não responderam a esta variável.

Tabela 3- Distribuição dos casos analisados de acordo com a orientação sexual dos pacientes que receberam assistência no SAE em Anápolis por ano observado.

	Orientação Sexual	Heterossexual	Homossexual	Bissexual	Sem resposta	p
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
2009	Masculino	5 (4,9)	4 (9,7)	0 (0)	3 (25)	0,520
	Feminino	6 (5,8)	1 (2,4)	0 (0)	1 (8,3)	
2010	Masculino	8 (7,8)	3 (7,4)	1 (8,2)	3 (25)	0,041*
	Feminino	14 (13,6)	0 (0)	0 (0)	1 (8,3)	
2011	Masculino	11 (10,7)	8 (19,5)	4 (33,4)	1 (8,3)	0,090
	Feminino	4 (3,9)	0 (0)	0 (0)	1 (8,3)	
2012	Masculino	13 (12,6)	12 (29,3)	4 (33,4)	2 (16,8)	0,004*
	Feminino	9 (8,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
2013	Masculino	17 (16,5)	12 (29,3)	3 (25)	0 (0)	0,014*

Feminino	16 (15,5)	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)
Total	103 (100)	41 (100)	12 (100)	12 (100)

A probabilidade de significância (p-valor) refere-se ao teste G. *Estatisticamente significativo.

O modo de exposição ao HIV foi avaliado em 168 pacientes que buscaram o SAE no período estudado, das quais 61,3% (103/168) relataram

ter adquirido o vírus por práticas sexuais; um paciente (0,6%) relatou ser por transfusão sanguínea e 38,1% (64/168) não responderam a forma como contraíram o vírus (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos casos analisados de acordo com o modo de contágio do HIV em relação ao gênero dos pacientes que receberam assistência no SAE em Anápolis por ano observado.

MODO DE CONTÁGIO DO HIV		Relação Sexual n (%)	Drogas Injetáveis n (%)	Outros n (%)	Sem Resposta n (%)	p
2009	Masculino	5 (4,8)	0 (0)	0 (0)	7 (11,0)	0,987
	Feminino	4 (3,9)	0 (0)	0 (0)	4 (6,2)	
2010	Masculino	8 (7,8)	0 (0)	0 (0)	7 (11,0)	1,0
	Feminino	8 (7,8)	0 (0)	0 (0)	7 (11,0)	
2011	Masculino	14 (13,6)	0 (0)	0 (0)	10 (15,6)	0,999
	Feminino	3 (2,9)	0 (0)	0 (0)	2 (3,1)	
2012	Masculino	22 (21,3)	0 (0)	1 (100)	8 (12,5)	0,898
	Feminino	7 (6,8)	0 (0)	0 (0)	2 (3,1)	
2013	Masculino	17 (16,5)	0 (0)	0 (0)	15 (23,4)	0,081
	Feminino	15 (14,6)	0 (0)	0 (0)	2 (3,1)	
	Total	103 (100)	0 (0)	1 (100)	64 (100)	

A probabilidade de significância (p-valor) refere-se ao teste G.

A tabela 5 refere-se ao uso de drogas ilícitas pelos pacientes assistidos no SAE no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. Infelizmente metade dos prontuários carece de

informações, pois em 50% (84/168) dos pacientes estudados não foi possível obter essa informação.

Tabela 5- Distribuição dos casos relacionados ao uso de drogas ilícitas e o gênero dos pacientes que receberam assistência no SAE em Anápolis por ano observado.

Drogas Ilícitas		SIM n (%)	NÃO n (%)	Sem resposta n (%)	p
2009	Masculino	1 (4,0)	1 (1,7)	10 (11,9)	0,189
	Feminino	0 (0)	3 (5,1)	5 (6,0)	
2010	Masculino	1 (4,0)	2 (3,4)	12 (14,3)	0,650
	Feminino	1 (4,0)	4 (6,9)	10 (11,9)	
2011	Masculino	3 (12,0)	11 (19,0)	9 (10,7)	0,445
	Feminino	0 (0)	2 (3,4)	3 (3,6)	
2012	Masculino	8 (32,0)	14 (24,2)	9 (10,7)	0,127
	Feminino	1 (4,0)	2 (3,4)	6 (7,1)	

2013	Masculino	10 (40,0)	14 (24,2)	8 (9,5)	0,007*
	Feminino	0 (0)	5 (8,7)	12 (14,3)	
	Total	25 (100)	58 (100)	84 (100)	

A probabilidade de significância (p-valor) refere-se ao teste G. *Estatisticamente significativo.

A tabela 6 refere-se à presença de doenças oportunistas pelos pacientes assistidos no SAE no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. Dos pacientes que responderam 58,9% (99/168) apresentaram algum tipo de doenças oportunistas e 14,3% (24/168) não apresentaram doenças oportunistas. As doenças oportunistas relatadas foram: candidíase 20,2% (20/99); sífilis

15,1% (15/99); herpes zoster 14,1% (14/99); pneumonia 12,1% (12/99); papiloma vírus humano 12,1% (12/99); neurotoxoplasmose 11,2% (11/99); hepatite B/C 8,1% (8/99) e tuberculose 7,1% (7/99). No entanto, ainda foram encontrados 26,8% (45/168) prontuários careceram de informações sobre as doenças oportunistas.

Tabela 6 - Distribuição dos casos relacionados à presença de doenças oportunistas e o gênero dos pacientes que receberam assistência no SAE em Anápolis por ano observado.

Doenças oportunistas		SIM n (%)	NÃO n (%)	Sem resposta n (%)	p
2009	Masculino	7 (7,1)	1(4,2)	4 (8,9)	0,593
	Feminino	4 (4,0)	2 (8,3)	2 (4,4)	
2010	Masculino	11 (11,1)	2 (8,3)	2 (4,4)	0,045*
	Feminino	8 (8,1)	0 (0)	7 (15,6)	
2011	Masculino	13 (13,1)	4 (16,7)	7 (15,6)	0,211
	Feminino	4 (4,0)	1 (4,2)	0 (0)	
2012	Masculino	13 (13,1)	7 (29,1)	11 (24,4)	0,146
	Feminino	7 (7,1)	1 (4,2)	1 (2,3)	
2013	Masculino	22 (22,3)	4 (16,7)	6 (13,3)	0,716
	Feminino	10 (10,1)	2 (8,3)	5 (11,1)	
	Total	99 (100)	24 (100)	45 (100)	

A probabilidade de significância (p-valor) refere-se ao teste G. *Estatisticamente significativo.

DISCUSSÃO

A AIDS é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua gravidade¹². A AIDS é uma doença que vem se arrastando ao longo desses trinta anos pelo mundo, buscando meios em que essa propagação estabilize, mas não é o que acontece. A doença deixou de ser vista como extremamente letal e ganhou o perfil de problema crônico. Então, depois que a expectativa de vida do paciente com AIDS

aumentou, parece que o medo passou e a proteção diminuiu¹³.

Estima-se que aproximadamente 34 milhões de pessoas vivem com HIV/AIDS no mundo. Na região da África subsaariana vivem 68,2% das pessoas com HIV/AIDS no mundo. Nos continentes asiático, europeu e na Oceania vivem respectivamente cerca de 4,8 milhões, 2,3 milhões e 55 mil pessoas com HIV/AIDS. Dos 3 milhões de pessoas com HIV/AIDS que vivem no continente americano, cerca de 1,5 milhões estão distribuídas nos países da América do Sul

e Central sendo que 1/3 destas vivem no Brasil. De acordo com o Ministério de Saúde estima-se que 630 mil pessoas na idade de 15 a 49 anos vivem com HIV/AIDS¹⁴.

Nossos estudos detectaram a frequência de pacientes em tratamento da AIDS de 67,8% (114/168) eram do gênero masculino e 32,2% (54/168) do gênero feminino, constituindo razão homem/mulher de 2,1:1. Mostrando que houve diferença estatisticamente significativa a distribuição por gênero entre os anos estudados ($p= 0,044$). Evidenciando dessa forma mais homens que mulheres.

Já o estudo de Pinto¹⁵, analisou as mudanças no perfil da AIDS por gênero atingido, e foi possível observar que a razão de casos entre homens e mulheres variou de 6,5 casos, em média, no período de 1980 a 1990, para menos de dois casos masculinos para cada caso feminino desde 1999, chegando, segundo o Boletim Epidemiológico da AIDS (2013)¹⁶ a uma razão de 1,7 homens para cada mulher infectada pelo vírus no Brasil, o que caracteriza o quadro de feminização dessa epidemia. Somado a isso, um dos fatores atrelados à exposição das mulheres ao vírus também está associado às diferenças socioculturais, relacionadas ao gênero, pois muitas mulheres são submetidas aos desejos de seus parceiros, tendo dificuldades de negociar o uso de preservativos, embora saibam das relações extraconjugais de seus parceiros.

Quando analisarmos as variáveis gênero e estado civil entre os anos estudados podemos observar que em 2009 a maioria dos homens era solteiro. Em 2010 houve mais homens casados e mulheres solteiras. No ano de 2011 e 2012 a maioria dos homens eram solteiros.

Segundo Almeida¹⁷, demonstrou que seu estudo os solteiros (72,5%) não utilizam métodos contraceptivos de barreira, sendo negligenciada, deixando os jovens mais propensos a doenças sexualmente transmissíveis como a AIDS.

Quando analisarmos as variáveis gênero e a orientação sexual foi observado que 61,3% dos pacientes declarou-se heterossexual; 24,5% declarou-se homossexual; 7,1% declarou-se bissexual e 7,1% (12/168) não responderam a esta variável.

Segundo Boletim Epidemiológico da AIDS (2013)¹⁶, 52,7% dos entrevistados declaram heterossexuais, 32,0% homossexuais e 9,4% bissexuais. Constatou que nesse período dos últimos 10 anos, nota-se um acréscimo de cerca de 22% na dimensão de casos em homossexuais e bissexuais e uma atenuação de 3% de heterossexuais.

Quando analisarmos as variáveis gêneros e modo de exposição ao HIV 61,3% relataram ter adquirido os vírus por prática sexuais; um paciente (0,6%) relatou ser por transfusão sanguínea e 38,1% (64/168) não responderam a forma como contraíram o vírus.

De acordo com Souza¹⁸, observou-se que à via de transmissão do HIV dos 204 pacientes onde 1 (0,49%) alegou ter contraído o vírus por transmissão vertical, 162 (79,41%) por via sexual, 15 (7,35%) por via sanguínea e, sendo que, 1 (0,49%) relatou à contaminação por transfusão sanguínea. Nos outros 26 (12,74%) casos, a via de contaminação do HIV/AIDS ou não estava descrita ou foi ignorada.

Dos casos relacionados à presença de doenças oportunistas 58,9% (99/168) apresentaram algum tipo de doenças oportunistas e 14,3% (24/168) não apresentaram doenças oportunistas. As doenças oportunistas relatadas foram: candidíase 20,2% (20/99); sífilis 15,1% (15/99); herpes zoster 14,1% (14/99); pneumonia 12,1% (12/99); papiloma vírus humano 12,1% (12/99); neurotoxoplasmose 11,2% (11/99); hepatite B/C 8,1% (8/99) e tuberculose 7,1% (7/99).

Segundo Brito¹⁹, observou-se em sua pesquisa um comparativo dos anos de (1980-1988) e de (1998-1999), houve diminuição da taxa de incidência de candidíase de 62,3% para 43,8%; de

25,8% a 17,9% para a tuberculose; de 27,7% a 11,9% para a pneumonia por *Pneumocystis carinii*; de 14,4% a 10% para neurotoxoplasmose; de 14,9% a 9,1% para o herpes simples; de 11,4% a 2,1% para o sarcoma de Kaposi; de 6,6% a 2,6% para a criptococose e de 6,2% a 2,2% para as infecções intestinais por protozoários.

Nosso estudo mostrou-se que ainda mantém estagnadas algumas doenças oportunistas em relação ao estudo anterior, porém faltam descrições de algumas doenças para enfatizar esse comparativo de que se sustenta esta linha de redução das taxas incidência.

Diante destas considerações torna-se relevante a realização de pesquisas sobre DST/AIDS por ser um instrumento que produz conhecimento e que retroalimenta as atividades de ensino e assistência. Apesar dos avanços científicos a AIDS é ainda incurável e são alarmantes os números atuais da epidemia, tornando-se de grande importância o desenvolvimento de novas pesquisas epidemiológicas, para que os conhecimentos gerados sejam divulgados e aplicados no ensino e na assistência, contribuindo para um ensino de qualidade e assistência mais humanizada e integral, visando melhorar também a qualidade de vida dos portadores de HIV/AIDS.

CONCLUSÕES

Em relação à descrição da população assistida no Serviço de Assistência Especializada - SAE de Anápolis, GO, entre janeiro de 2009 a dezembro de 2013, o presente estudo permite destacar as seguintes conclusões:

- Os 168 sujeitos analisados 67,8% eram do gênero masculino e 32,2% do gênero feminino;
- Em relação à idade foi observado que 56,5% dos pacientes estavam na faixa etária dos 20-40 anos; 39,3% estavam na faixa etária de 41-60 anos e 4,2% estavam na faixa etária de 61-80 anos;

- Em relação ao estado civil foram observados 56,6% solteiros; 25,6% casados; 7,1% viúvos; 5,9% divorciados e 4,8% não responderam;
- Em relação a orientação sexual foram observados 61,3% heterossexuais; 24,5% homossexuais; 7,1% bissexuais e 7,1% não responderam;
- Em relação ao modo de exposição ao HIV foram avaliados que 61,3% adquiriram o vírus por práticas sexuais; um único paciente (0,6%) relatou ser por transfusão sanguínea e 38,1% não responderam a forma como contraíram o vírus;
- Sobre o uso de drogas ilícitas 34,5% disseram não utilizar e 14,9% relataram o uso de drogas ilícitas. Infelizmente metade dos prontuários carece de informações, pois em 50% dos pacientes estudados não foi possível obter essa informação;
- Em relação à presença de doenças oportunistas 58,9% apresentaram algum tipo de doenças oportunistas e 14,3% não apresentaram. No entanto, ainda foram encontrados 26,8% dos prontuários careceram de informações;
- De acordo com os dados analisados houve um aumento na procura pelo atendimento oferecido de 20 pacientes em 2009 para 49 pacientes em 2013;
- A qualidade observada nos prontuários, de modo geral, é deficitária e requer a qualificação do pessoal responsável pelo preenchimento. Caso não haja mudanças a ausência de dados implicará nas áreas de ensino e pesquisa, entre outras, o que poderá comprometer o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do sistema de saúde do Brasil e assistência da população;
- Campanhas preventivas em massa podem contribuir para o esclarecimento dos comportamentos de risco da população,

salientando a importância de uma abordagem individualizada, no sentido de se contextualizar a informação fornecida com a realidade vivenciada por cada cidadão;

No futuro novas pesquisas deverão ser realizadas com o intuito de verificar a abrangência do serviço no atendimento dos pacientes com AIDS.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Sem conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca M e Bastos FI. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. Caderno de Saúde Pública. 2007;23(3): S333-S344.
2. Guimarães MDC. Estudo temporal das doenças associadas à AIDS no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2000;1:21-36.
3. Unaid. Global Report: Unaid Report on the Global AIDS Epidemic 2013; Geneva: 148p.
4. A ONU e a resposta à AIDS no Brasil. Brasília-DF: UNAIDS do Brasil 2013.
5. Szwarcwald CL, Júnior A, Souza-Júnior, Lemos K, Frias P, Luhm K et al. HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2008;12(3):167-172.
6. Bastos F, Malta M, Albuquerque E. Taxas de Infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Ministério da Saúde. Brasil; 2009.
7. Kerr LRS. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Relatório Final Pesquisa, 2009. [citado em 10 mar 2015]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/dados-cientificos-do-projeto-financiado?ident=234-2007>.
8. Fernandes J, Acúrcio F, Campos L, Guimarães M. Início da terapia antirretroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2009;25(6):1369-1380.
9. Gir E, Vaichulonis C, Oliveira M. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. Rev Latino Am Enfermagem. 2005;13(5):634-641.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília. 2009.
11. Souza, MN. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes portadores do vírus HIV usuários de enfuvirtida no Centro Regional de Especialidades Metropolitano de Curitiba. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Paraná, 2010.
12. Marques MCC. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. História Ciências e Saúde-Manguinhos. 2002;0(9):41-65.
13. Gilbert M, Rambaut A, Wlasiuk G, Spira T, Pitchenik A, Worobey M. The emergence of HIV/AIDS in the Americas and beyond. Proceedings of the National Academy of Science-USA. 2007;104(47):18566-18570.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST – Versão Final – Ano VII. nº 1 - janeiro a junho de 2010. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/>

publicacao/2010/45974/vers_o_final_15923.pdf.
[Acesso em 21 de maio de 2015]

15. Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves NDS. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. Jbras Doenças Sex Transm [internet]. 2007;19(1):45-50.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST – Versão Final Ano II - nº 01 até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013. Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2013>

17. Almeida E, Araujo G, Santos V, Bustorff L, Pereira A, Dias M. Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes. Rev. Min. Enferm. 2011;15(2):208-216.

18. Souza C, Mata L, Azevedo C, Gomes C, Cruz G, Toffano S. Interiorização do HIV/AIDS no BRASIL: um estudo epidemiológico. Revista Brasileira de Ciências da Saúde; 2013;11(35):25-30.

19. Brito A, Castilho E, Szwarcwald C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2000; 34(2):207-217.