

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE MULHERES HIV POSITIVAS,
ATENDIDAS NO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DO
MUNICÍPIO DE CANOAS/RS**

**CHARACTERIZATION SOCIODEMOGRAPHIC OF HIV-POSITIVE WOMEN,
ASSISTED IN TESTING AND COUNSELING CENTER IN THE CITY OF
CANOAS/RS**

Fabiúla Leonardi da Silva, Delmar Bizani

Centro Universitário La Salle, Unilasalle – Canoas – RS

Abstract

The study aimed to identify the origin and get to know the demographic profile of users between 15 and 50 years old, sexually active, who underwent HIV testing and who returned for follow-up in the Test and Counseling Center (TCC) of the municipality of Canoas/RS the medical records of women with positive serology were eligible for HIV and who returned to the post testing monitoring, without antiretroviral treatment history or laboratory confirmed diagnosis in the same period mentioned above. 156 medical records of women were analyzed with positive serology for HIV, between 15 and 50 years, especially in the age group 31-40 years (32.7%), white (39.1%), with incomplete primary education (39.1). Of these 129 (82.7%) have continued to follow the CTA, and 27 (17.3%) discontinued treatment. The risk behavior combined with no clarification with regard to disease put single Canoenses women, low income and schooling, over 30 years in higher vulnerability to HIV status.

Key words: Serodiagnosis of HIV; vulnerability; counseling; women.

Resumo

O estudo teve como objetivo identificar a origem e conhecer o perfil sociodemográfico das usuárias, entre 15 e 50 anos, sexualmente ativas, que realizaram teste anti-HIV e que retornaram para acompanhamento no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município de Canoas/RS. Trata-se de uma pesquisa transversal, retrospectiva e descritiva, com dados obtidos através de prontuários disponibilizados pelo CTA, entre os anos de 2011 e 2012. Foram elegíveis os prontuários de mulheres com sorologia positiva para o HIV e que retornaram para o acompanhamento pós testagem, sem história de tratamento antirretroviral prévio ou diagnóstico laboratorial firmado no mesmo período citado anteriormente. Foram analisados 156 prontuários de mulheres, com sorologia positiva para HIV, entre 15 e 50 anos, com predominância na faixa etária de 31 a 40 anos (32,7%), de cor branca (39,1%), com ensino fundamental incompleto (39,1%). Destas 129 (82,7%) deram continuidade ao acompanhamento no CTA, e 27 (17,3%) descontinuaram o tratamento. O comportamento de risco aliado ao não esclarecimento com a relação à doença colocam as mulheres Canoenses solteiras, de baixa renda e escolaridade, acima dos 30 anos, em situação de maior vulnerabilidade ao HIV.

Palavras chave: Sorodiagnóstico de HIV; vulnerabilidade; aconselhamento; mulheres.

Introdução

Os relatos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foram publicados primeiramente em 1981, nos Estados Unidos, com a notificação de casos de pneumonia por *Pneumocystiscarinii* e Sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos. No Brasil, os primeiros registros surgiram nos anos 80, em homossexuais e bissexuais masculinos, de classe média e alta, nas principais regiões metropolitanas. A epidemia disseminou-se progressivamente entre as mulheres, acometendo principalmente a faixa etária dos 13 aos 19 anos, através de relações sexuais desprotegidas e precoces, caracterizando uma feminização da doença¹.

Seguindo a série histórica do HIV/AIDS no Brasil, podemos perceber o fato de que, pela primeira vez em sete anos, a taxa de detecção por 100.000 habitantes caiu para menos de 20 casos, passando a ser a menor taxa de detecção dos últimos 12 anos (19,7/100.000). Mesmo assim, de 2007 até junho de 2015, foram notificados 93.235 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo que, 19.374 casos na região Sul (20%), dos quais 9.031, somente no Rio Grande do Sul. Somente o sexo feminino representa 33,6% dos casos (31.331mulheres), o que confere uma relação de 2,2 homens contaminados para uma mulher, até 2014. O município de Canoas/RS assume a 6ª posição no ranking dos 100 municípios brasileiros, com mais de 100 mil habitantes, segundo índice composto (indicadores de taxas de detecção e mortalidade e primeira contagem de CD4), entre os anos de 2010 a 2014².

As ocorrências das infecções, em especial, estão direcionadas para alguns segmentos da população brasileira. Assim, se estima que entre 0,4% e 0,7% da população geral esteja vivendo com HIV, como as pessoas que usam drogas, homossexuais e profissionais do sexo. Neste último grupo, as mulheres apresentam uma prevalência para HIV, 12 vezes maior que na população em geral^{3,4}.

No momento a epidemia apresenta-se como um fenômeno global, demonstrando um comportamento pandêmico, dinâmico e instável e ao longo do tempo, vem sofrendo mudanças epidemiológicas significativas. Pode-se dizer que depois de anos consecutivos marcados por reduções, o número de mortes e a taxa de mortalidade começaram a aumentar novamente. No ano de 2013, houve 12.700 casos de mortes causadas pela doença, semelhantemente há 15 anos, quando a política de acesso a

medicamentos antirretrovirais foi implementada. Nos últimos sete anos, o crescimento da taxa de mortalidade nacional aumentou um pouco mais de 5%, de 5,9% por 100.000 habitantes em 2006 para 6,2% por 100.000 habitantes em 2013^{5,6}.

Os dados apurados pela Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira do Ministério da Saúde apontaram que 36,5% dos brasileiros sexualmente ativos, na faixa etária de 15 a 64 anos, já procuraram os serviços de saúde para realizar pelo menos uma vez o teste anti-HIV. O índice de mulheres que realizaram o teste chega a 46% da população. Já a região Sul do país registrou uma procura de 39% do público feminino que procuraram os centros especializados para realizar a testagem⁷.

Observa-se através de levantamentos regionais que os indivíduos que procuram os Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), para a realização da sorologia anti-HIV, são de demanda espontânea. Este fato pode indicar que estes se consideram sob maior risco de adquirir ou transmitir o HIV. Um estudo realizado no município de Rio Grande/RS aponta que cerca de 37% dos usuários atendidos no CTA tem sorologia positiva, incluindo a primeira coleta e o confirmatório, entretanto, não retornaram ao serviço para solicitar os resultados, tampouco para acompanhamento⁸.

Considerando o exposto, a pesquisa buscou identificar a origem do perfil sociodemográfico do público feminino que solicitou testagem sorológica para HIV e seguiu com o acompanhamento, no Centro de Testagem e Aconselhamento no município de Canoas, no Estado do Rio Grande do Sul.

Método

Conforme dados oficiais mais recentes estima-se que em 2015 a população de Canoas/RS atingiu o número de 341.343 habitantes, sendo 163.733 homens e 176.285 mulheres⁹.

Atualmente o CTA do município de Canoas atende 2.108 pacientes com sorologia positiva para o HIV, destes, 1.082 pacientes fazem uso das medicações antirretrovirais¹⁰. O CTA tem por finalidade oferecer testes sorológicos para HIV gratuito, anônimo e confidencial.

Além disso, tem por objetivo ampliar o acesso da população ao aconselhamento, ações de prevenção e diagnóstico de infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C, bem como o acesso às informações e insumos para a prevenção destas

doenças, e constituir-se como referência para a demanda de testes sorológicos.

Dentro desta perspectiva, o CTA estimula o diagnóstico, encaminha o portador de HIV e outras DTS para os serviços de referência, realiza outros encaminhamentos e orientações necessárias ao usuário do CTA, realiza ações de prevenção e aconselhamento a fim de estimular a adoção de medidas preventivas quanto ao uso de drogas ilícitas e álcool, e questões relacionadas à prática sexual e razão de gênero^{10,11,12}.

Trata-se de uma pesquisa transversal, retrospectiva, onde as verificações das variáveis foram realizadas através da análise de prontuários, em uma única observação e, em caráter descritivo, inseridos banco de dados do Sistema de Informações do CTA do município de Canoas/RS/Brasil, abrangendo o período de 2011 a 2012 (SISINFO-CTA-Canoas/RS). As coletas dos dados iniciaram na segunda quinzena do mês de março e se estenderam até segunda quinzena de abril do ano de 2014.

Foram elegíveis os prontuários de mulheres com sorologia positiva para o HIV e que retornaram para o acompanhamento pós testagem e sem história de tratamento antirretroviral prévio ou diagnóstico laboratorial firmado no mesmo período citado anteriormente.

Para o levantamento dos dados da pesquisa foram incluídas no estudo mulheres na faixa etárias de 15 a 50 anos, sexualmente ativas, que solicitaram o teste rápido e confirmatório anti-HIV com resultados positivos e, que realizaram ou não acompanhamento posterior a testagem no CTA.

As características analisadas foram: estado civil, cor, procedência, área de ocupação, grau de escolaridade, exposição aos riscos e a origem da

demanda das usuárias.

Os resultados foram armazenados e processados por meio de estatística descritiva, utilizando-se programa Epi-Info (versão 6.0-*Center for Disease Control*).

O projeto de pesquisa foi conduzido conforme a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Saúde, registrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário La Salle–Unilasalle, Canoas/RS, onde recebeu aprovação sob parecer de nº 660.962. Fez-se necessária a assinatura do Termo de Compromisso para a Utilização de Dados, assegurando a privacidade dos dados obtidos através dos prontuários do banco de dados do SAE/CTA.

Resultados

O número de casos notificados de soropositividade para o HIV entre as mulheres, na faixa etária de 15 a 50 anos, no período de 2011 a 2012, no município de Canoas/RS, somaram 156 indivíduos. Destes 129 (82,7%), deram continuidade ao acompanhamento no CTA e 27 (17,3%) descontinuaram o tratamento.

Quanto à procura das usuárias ao serviço, observa-se que a maioria o fez de forma espontânea (62,8%) enquanto que 24,4% foram referenciadas e 12,8% realizam acompanhamento de gestação (Tabela 1). Dentre os encaminhamentos de outros serviços, destacam-se outras unidades básicas de saúde de Canoas e de outros municípios, rede hospitalar pública e consultórios médicos da rede privada. Observa-se uma diferença significativa em relação à procura por livre demanda e encaminhamento de outros serviços.

Tabela 1 – Distribuição do total de mulheres que frequentaram o CTA Canoas em relação à origem da demanda no período de 2011 a 2012.

Origem da demanda	n	%
Encaminhamento de outro serviço	38	24,4
Livre demanda	98	62,8
Acompanhamento de situação (gravidez)	20	12,8
Total	156	100

No que diz respeito às situações de vulnerabilidade das usuárias do CTA, foram analisados quanto à presença das seguintes comorbidades: Hepatites B e C, Sífilis e Tuberculose e uso de drogas ilícitas.

A Tabela 2, além de mostrar o baixo percentual de mulheres acometidas por doenças (comorbidades), também revela uma parcela da população feminina e sua ligação com as drogas ilícitas.

Em relação ao uso de drogas ilícitas observa-se que o maior índice de usuárias e ex-usuárias encontra-se na faixa etária de 21 – 30 anos (3,8% a 4,5% respectivamente). Embora não há diferença expressiva entre “usuárias” e “ex-usuárias de drogas”, entretanto, sob análise matemática, observa-se uma disparidade

significativa quando comparadas estas duas categorias à categoria de “não usuária”.

Na Tabela 3 estão expressas as patologias apresentadas em 9% das usuárias, tendo maior índice a infecção por hepatite B (28,6%), seguida pelos casos de tuberculose (21,4%).

Tabela 2 – Distribuição das usuárias soropositivas atendidas no CTA – Canoas/RS, no período de 2011 a 2012, segundo exposição a riscos.

Exposição a riscos	Total por categoria n(%)	Faixa etária (anos)			
		15 - 20 n(%)	21 - 30 n(%)	31 - 40 n(%)	41 - 50 n(%)
Comorbidades					
Apresentou	14(9)	2(1,3)	4(2,6)	5(3,2)	3(1,9)
Não apresentou	142(91)	13(8,3)	40(25,6)	46(29,5)	43(27,6)
Usuária de drogas ilícitas					
Usuária	11(7)	1(0,6)	6(3,8)	3(1,9)	1(0,6)
Não usuária	132(84,6)	13(8,3)	31(19,9)	44(28,2)	44(28,2)
Ex-usuária	13(8,3)	1(0,6)	7(4,5)	4(2,6)	1(0,6)

Tabela 3 – Distribuição de patologias associadas ao HIV (comorbidades) apresentadas pelas usuárias soropositivas do SAE/CTA– Canoas/RS no período de 2011 a 2012.

Patologias	n	%
Hepatite B	4	28,6
Hepatite C	2	14,3
Sífilis	2	14,3
Tuberculose	3	21,4
Outras	3	21,4
Total	14	100

No período estudado, ao detalhar o estado civil, percebe-se que a maior incidência de soropositividade ocorre entre as mulheres solteiras, sendo predominante nas faixas etárias dos 21 aos 30 e dos 31 aos 40 anos (18,6% e 19,2% respectivamente), conforme apresentado na Tabela 4. Com relação à cor, verificou-se maior incidência entre as de cor branca (n=116), sendo mais frequente entre mulheres de 31 a 40 anos (24,4%). Entre pardas (n=17) e negras (n=19) não há diferença significativa.

As usuárias do CTA, atendidas no período estudado, são predominantemente residentes no município de Canoas (n=141). Das mulheres que residem em outros municípios, citam-se as cidades da região do Vale dos Sinos, como São Leopoldo, Novo Hamburgo e Nova Santa Rita e a Região Metropolitana de Porto Alegre.

Quanto ao grau de instrução pode-se observar predominância de usuárias com ensino fundamental incompleto (n=61), mais frequente entre os 31 e 40 anos (13,5%), seguido pelas usuárias com ensino médio completo (n=48), mais incidente na mesma faixa etária, com significância de 10,9%. Não foram identificados casos de usuárias analfabetas em nenhuma das faixas etárias.

Quando analisada a variável atividade ocupacional (Tabela 5), verifica-se que o índice de mulheres desempregadas ou sem vínculo empregatício que procuram o CTA é elevado. Este dado se confirma ao analisar as seguintes incidências: do lar 32,7% (n=51), desempregada 6% (n=10), seguida por auxiliar de serviços gerais com 17,2% (n=27) das mulheres atendidas no SAE/CTA – Canoas.

Tabela 4 - Distribuição das usuárias soropositivas atendidas no SAE/CTA – Canoas/RS no período de 2011 a 2012, segundo suas características etnossociais.

Características etnossociais	Total por categoria n(%)	Faixa etária (anos)			
		15 - 20 n (%)	21 - 30 n (%)	31 - 40 n (%)	41 - 50 n (%)
Estado civil					
Solteira	82(52,6)	5(3,2)	29(18,6)	30(19,2)	18(11,5)
Casada/amigada	64(41)	10(6,4)	15(9,6)	18(11,5)	21(13,5)
Viúva	10(6,4)	0	0	3(1,9)	7(4,5)
Cor da pele					
Branca	116(74,4)	10(6,4)	31(19,9)	38(24,4)	37(23,7)
Parda	17(10,9)	5(3,2)	5(3,2)	4(2,6)	3(1,9)
Negra	19(12,2)	0	7(4,5)	8(5,1)	4(2,6)
Ignorado	4(2,6)	0	1(0,6)	1(0,6)	2(1,3)
Residência					
Canoas	141(90,4)	15(9,6)	38(24,4)	48(30,8)	40(25,6)
Outros municípios	15(9,6)	0	6(3,8)	3(1,9)	6(3,8)
Escolaridade					
Fundamental Incompleto	61(39)	8(5,1)	13(8,3)	21(13,5)	19(12,1)
Fundamental completo	26(16,7)	2,6	3,8	3,8	6,4
Médio Incompleto	7(4,5)	0	3(1,9)	2(1,3)	2(1,3)
Médio Completo	48(30,8)	3(1,9)	16(10)	17(10,9)	12(7,7)
Superior Incompleto	5(3,2)	0	1,9	1,3	0
Superior Completo	3(1,9)	0	0	1,3	0,6
Ignorado	6(3,8)	0	1,9	0,6	1,3

Tabela 5 – Distribuição das usuárias soropositivas atendidas no SAE/CTA – Canoas/RS, segundo sua atividade ocupacional.

Área de ocupação	n	%
Do lar	51	32,7
Comércio	18	11,4
Desempregada	10	6
Administrativo	6	3,9
Auxiliar de Serviços Gerais	27	17,2
Estudante	6	3,8
Estética	3	1,9
Hotelaria	2	1,3
Restaurante	7	4,4
Empresária	2	1,3
Outros*	8	4,8
Ignorado**	16	10,3

* A maioria das usuárias mencionou ser do trabalho informal, como vendedoras ambulantes e artesãs.

** Usuárias que preferiram não mencionar sua ocupação por questões de privacidade.

Discussão

O estudo buscou definir o perfil das usuárias atendidas no SAE/CTA do município de Canoas, Rio Grande do Sul, entre os anos de 2011 e 2012. Dentre os aspectos analisados, destaca-se a frequência de retorno das mulheres ao centro de testagem e aconselhamento para o conhecimento da sua sorologia, bem como acompanhamento e aconselhamento. Das 156 mulheres que realizaram os testes rápidos e confirmatórios e a primeira consulta médica, apenas 23 usuárias, não retornaram após a

testagem para dar continuidade ao acompanhamento. Índice este que confere com estudo realizado no município de Rio Grande/RS, onde o percentual de não retorno varia entre 13 e 24% nos anos de 2001 a 2004⁷.

Em relação à procura das mulheres para a realização da testagem sorológica anti-HIV no CTA, esta se dá, em sua maioria, de forma espontânea (62,8%), seguida pelos encaminhamentos de unidades básicas de saúde (UBS) e serviços de saúde de nível secundário (24,3%) e grávidas em acompanhamento (12,8%). Esta última classe está em separado,

pois pode estar refletindo a falta de realização da testagem pelas UBS, durante o pré-natal, e/ou o encaminhamento das mesmas após a testagem à unidade de saúde para o serviço de referência. Esta situação também referida por Bassichetto et al.¹³.

A busca pela testagem sorológica, por livre demanda, pode indicar que a população feminina se considera sob um risco maior de adquirir ou transmitir o vírus, atuando como ponte para a infecção pelo HIV. Deve-se, também, considerar os medos e as crenças relacionados à doença, este fato incide na decisão de realizar o exame, bem como o retorno das mulheres ao CTA para saber sua sorologia, dar continuidade ao tratamento e aconselhamento^{8,13}.

A procura pelo exame está relacionada ao comportamento de risco e vulnerabilidade que a categoria está exposta, uma vez que uma parte das mulheres relatou ter ou tiveram um comportamento risco, embora isto não tenha sido o objeto de estudo neste levantamento.

Outra consideração para este fato é que esta parcela feminina apresenta um perfil socioeconômico que aponta para a feminização da pobreza, a qual também contribui para a vulnerabilidade¹⁴. As situações de vulnerabilidade são um conjunto de aspectos relacionados ao grau e modo de exposição a uma situação específica, com ou sem recursos para a proteção de suas consequências¹⁵.

Nesta perspectiva, a preocupação específica com o HIV/AIDS e outras morbidades também foi evidenciada na definição do plano de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos e do Ministério da Saúde. Esta aparece expressa no objetivo referente à diminuição da propagação do HIV/AIDS e da garantia do acesso universal ao tratamento que, também, estabelece o grupo prioritariamente mais exposto à infecção pelo vírus, composto pelas classes: presidiários, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, caminhoneiros, garimpeiros, homossexuais e bissexuais masculinos, crianças e adolescentes, mulheres, índios, população de baixa renda^{2,16}.

Outra categoria analisada refere-se à presença de doenças, com marcadores sorológicos de infecção por transmissão sanguínea, sexual ou vertical. Neste caso, faz-se referência ao retrovírus humano HIV e o vírus da Hepatite B, que compartilham as mesmas vias de infecção e por isso a coinfeção entre eles é um fato comum e bem conhecido. Segundo Santana¹⁷ aproximadamente 8% dos portadores de HIV no mundo estão cronicamente infectados

pelo HBV. Neste grupo de coinfectados, existe uma diversidade das prevalências dos marcadores sorológicos relacionada às características demográficas de cada região. O autor ainda cita prevalências entre 4,2 e 19,4% para o HBsAg, e de 22,9% a 70,4% para o anti-HBc total. O mesmo, também menciona que são encontradas semelhanças de prevalência destes marcadores em algumas cidades brasileiras.

Das 14 mulheres que apresentaram algum marcador sérico, a hepatite B teve predominância (n=4), em seguida tuberculose (3), hepatite C (n=2) e sífilis (n=2). Em um estudo onde foi avaliada a diferença de gênero de pessoas vendo com HIV e as comorbidades verificou-se uma prevalência na taxa de marcadores positivos para a hepatite B (anti-HBc - 18,2%) proporcionalmente maior no sexo feminino, seguido pelo anti-HCV (11,8%) e sífilis (9,5%), índice que se assemelha aos encontrados na amostra estudada¹⁸. Neto et al.¹⁹ ressalta que na esfera clínica, a infecção pelo vírus HIV pode modificar a apresentação de doenças infecciosas, que no caso da tuberculose, acaba influenciando na tolerância aos tuberculostáticos.

Dentre as situações de vulnerabilidade foi analisada a relação das usuárias do SAE/CTA com o uso de drogas ilícitas. O uso de drogas ilícitas tem sido associado ao aumento da prevalência de gravidez não planejada e de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), além da infecção pelo HIV, que por sua vez, tem contribuído para o aumento do consumo de drogas entre mulheres²⁰.

Segundo um estudo feito com o público feminino, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) em Belo Horizonte, entre as consumidoras de drogas, 90% estão em idade fértil, entre 15 e 40 anos, e 30% o fazem desde antes de 20 anos. Uma estimativa exata da prevalência do uso dessas drogas é difícil, dado o policonsumo e a superposição de fatores sociais²¹.

Neste trabalho, não se evidenciou diferença entre aquelas que fazem uso de drogas (7%) e as que se consideram ex-usuárias (8,3%). De acordo com os dados de órgão oficiais realizado nos anos de 2008 e 2013, em 10 capitais brasileiras, revelou que a taxa de prevalência de mulheres soropositivas que fazem uso de drogas é de 5,9%²².

A procura pelo atendimento no CTA deu-se predominantemente na faixa etária dos 31 aos 40 anos, representando 32,7% da população estudada. Embora a maior população feminina

do município de Canoas encontrar-se entre 25 e 29 anos⁹, o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde²² demonstra que atualmente a população brasileira feminina convivendo com AIDS, está entre a faixa etária dos 30 aos 34 anos (44.079), o que corrobora os achados deste estudo. Entretanto, em um estudo realizado em Canoas/RS, envolvendo pacientes usuárias do CTA do município, revelou resultados contrários a estes, mostrando que a predominância de mulheres soropositivas encontra-se na faixa etária dos 15 aos 19 anos (17,5%)²³.

Os dados referentes às idades das usuárias do CTA acompanham a distribuição observada em um estudo realizado com clientes portadores de HIV de um hospital escola do município de São Paulo, onde 44,5% do público feminino portador do vírus encontram-se na faixa etária dos 30 aos 39 anos 24. O diagnóstico da soropositividade para o HIV em pessoas com mais idade tende a ser mais difícil, porque são comuns doenças oportunistas e, conseqüentemente, os sintomas da AIDS podem ser ignorados. Outro fator é que grande parte dos profissionais de saúde não acredita que a doença possa atingir esses indivíduos²⁵.

Quanto ao estado civil observou-se um elevado número de mulheres solteiras (52,6%) portadoras do vírus HIV, as demais categorias, casadas ou que possuem uma união estável e viúvas, representaram 41% e 6,4%, respectivamente. As mulheres que referiram como estado marital “companheiro”, em outros estudos esta categoria está agregada a “casadas/amigadas”(salientando que o índice de mulheres solteiras pertence à faixa etária entre 31 e 40 anos).

Os resultados obtidos em relação ao estado civil das usuárias do SAE/CTA quando comparados aos achados de um estudo realizado em um serviço de referência na cidade de São Paulo, revelam uma proporção significativamente menor em relação às categorias, onde a categoria “casadas/amigadas” representa o maior índice dos casos estudados (48,2%)e solteiras de 23,8%²⁴.

Outro estudo, realizado em um CTA, também do município de São Paulo, revela resultados semelhantes aos obtidos neste estudo. A taxa de mulheres solteiras (41,2%), ainda que menor a obtida nesta pesquisa, é superior a taxa de mulheres casadas/amigadas (33,8%), entretanto não há diferença significativa entre as categorias¹³. Dois grandes fatores podem estar contribuindo para esse acontecimento: o primeiro, pelo fato que grande

parte dessas mulheres tornaram-se viúvas ou desistiram do relacionamento por saberem que seus parceiros são soropositivos ou terem tido AIDS.

Segundo fator é explicado por pesquisa entre as mulheres HIV-positivos, nos países em desenvolvimento, as quais sugerem que o diagnóstico pode interromper a vida sexual, porém a maioria delas mantém sua atividade sexual, apesar da angústia que sobrevém ao diagnóstico da infecção pelo HIV²⁵.

No que diz respeito à cor da pele, as mulheres que declararam ser de cor branca foram predominantes (74,4%), pardas e negras somam pouco mais de 20% da amostra estudada. Mesmo assim, segundo Rosseto²⁵, ao analisar o perfil da mortalidade por AIDS no Brasil, comparando a distribuição proporcional dos óbitos por ano e sexo, observa-se que não existe diferença segundo o sexo entre as proporções de brancos, amarelos, pardos e indígenas nos últimos anos. Somente entre negros essa diferença é expressiva, mostrando que a proporção de óbitos em mulheres negras é maior que em homens.

Em 2014, 14,0% dos óbitos ocorreram em homens negros, enquanto que essa taxa foi de 15,7% em mulheres negras. Em um levantamento abordando diferença de gêneros e raça, em relação à procura pelo teste anti-HIV, a população feminina de cor branca apresentou-se com uma taxa de 54,4%¹⁸.

Neste estudo, os dados referentes à escolaridade mostrou alto índice de baixa escolaridade das usuárias do SAE/CTA–Canoas/RS, com predominância do ensino fundamental incompleto (39,1%). Se comparados com os dados de “grau de instrução”em relação à procura pelos exames anti-HIV, obtidos em dois estudos realizados na cidade de São Paulo,um no período de 2001 a 2002¹³ e outro no período de 1993 a 2001²⁴, estes apresentaram os mesmos níveis de escolaridade. O mesmo se observa com as tendências de nos novos casos de HIV/AIDS notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no período de 2010 a 2013, segundo o grau de escolaridade²².

Quando analisada a variável “atividade ocupacional”, pode-se evidenciar uma predominância de mulheres que não estão inseridas no mercado de trabalho. Uma parcela destas mulheres está composta por aquelas que, no momento, não apresenta vínculo empregatício, outra, predominante, composta por aquelas que se dedicam unicamente aos afazeres domésticos (32,7%) e as desempregadas

soma no total 6%. As usuárias que referiram alguma ocupação se enquadraram, principalmente, nas categorias auxiliar de serviços gerais (14,7%) e comerciárias (9,6%). Segundo alguns autores, p. e: Garcia e Souza¹⁵, estas ocupações não tem uma relação direta com epidemia, uma vez que, com o avanço das pesquisas e melhor entendimento da doença, o termo “grupos de risco” foi substituído por “comportamentos de risco”, sem restrição de sexo, classe social ou raça.

As demais categorias de ocupação não possuem diferenças entre si. Há um alto índice de dados não informados (10,3%) em relação à ocupação, o que configura a omissão de dados informados pelo paciente, e/ou supressão dos mesmos pelo mau preenchimento do formulário, por parte do profissional, no momento da entrevista à paciente. Algumas falhas identificadas em estudos baseados em bancos de dados, conforme reportado por Neto et al.¹⁹, reforçam a importância da capacitação de recursos humanos e de vigilância do sistema de registro e informação. Por tanto, é imprescindível uma vigilância mais efetiva do sistema de informação e uma interlocução entre os gestores desses sistemas e os profissionais de saúde da rede de atenção.

O alto índice de usuárias desempregadas (15,9%), também foi revelado em estudo no município de Canoas, bem como a predominância de mulheres que se auto declararam “do lar” (14,6%)²³. No estudo conduzido por Santos et al.²⁶, onde são descritos os contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras convivendo com HIV/AIDS, foram encontradas taxas de desemprego significativas (69,8%) no momento da entrevista, as quais podem estar relacionadas tanto a um estado de saúde mais comprometido, quanto às dificuldades das pessoas vivendo com HIV/AIDS enfrentam para ingressar e permanecer no mercado de trabalho, após seu diagnóstico. Este mesmo padrão foi observado, além do presente estudo e da pesquisa de opinião referida anteriormente, na avaliação temporal realizada por Silveira et al.²⁷.

Segundo estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, um contingente de quase 50% das pessoas soropositivas são do sexo feminino²⁸. Os dados levantados neste trabalho corroboram com o contexto mundial, principalmente para a América Latina, onde a crescente população de pessoas que convivem com HIV são mulheres, que juntas somam mais de 550 mil⁶.

Embora este estudo não tivesse como objetivo levantar dados na população masculina já é sabido que a relação entre os sexos vem se reduzindo com o tempo, em decorrência aos fatores de transição sociodemográficos, resultando na feminização da epidemia.

Assim como neste trabalho, as pesquisas apontam de forma unânime uma tendência preocupante de pauperização e feminização do HIV, nas capitais e regiões metropolitanas e segue de maneira semelhante ao restante do Brasil.

Conclusão

A partir do levantamento de dados obtidos neste estudo, revelou-se um perfil de usuárias que buscam atendimento para a realização de testagem sorológica anti-HIV por vontade própria, e que realizam acompanhamento com a equipe do CTA, sendo que a maioria das são mulheres solteiras, de cor branca, com idade entre 30 e 40 anos, em fase produtiva, de baixa escolaridade, sem atividade remunerada ou desempregadas e residentes no próprio município. Estas mulheres representam a atual tendência da feminização da epidemia, característica marcante dada pelo risco e padrão de vulnerabilidade ao vírus e as coinfeções.

A procura pode estar vinculada ao grau de esclarecimento, fato que neste trabalho a maioria das mulheres possui ensino médio completo, mesmo estando desempregadas ou aterem-se somente aos afazeres domésticos. A procura pela testagem sorológica também revelou comorbidades que, por hora, podem estar acometendo estas usuárias.

Os resultados obtidos demonstram que a feminização do HIV/AIDS é devido à interação de fatores biológicos, socioeconômicos e culturais onde a mulher está inserida e agregada às relações de risco.

O conhecimento do perfil das usuárias do SAE/CTA Canoas/RS contribui para aprimorar a assistência prestada, possibilitando o melhor direcionamento de cada caso, bem como acompanhamento e aconselhamento dos mesmos. Pode-se implementar estratégias, afim de reduzir o comportamento de risco, bem como captar mulheres que se encontram vulneráveis, através material instrucional e informativo e grupos de orientação multidisciplinar.

Referências

1. Rachid, M; Schechter, M. Manual de HIV/AIDS. 9ª ed. Rio de Janeiro: Revinter. 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Ano IV - nº 1 - da 27ª à 53ª semana epidemiológica - julho a dezembro de 2014 e 1ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015. Brasília. [Citado em 2016] Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Rio Grande do Sul. 5ª ed. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs>
4. United Nations Program on HIV/AIDS – UNAIDS Brasil. Estimativas sobre o HIV e AIDS, para o Brasil (2014-2016). Disponível em <http://www.unaids.org.br>.
5. Seffner F, Parker R. Desperdiço da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à AIDS. Interface (Botucatu) [online]. 2016;20(57): 293-304. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200293&lng=en&nrm=iso.
6. Soares FNS, Moraes MTM. Perfil epidemiológico e sócio demográfico dos pacientes vivendo com HIV/AIDS cadastrados no município de Vitória da conquista/Ba. Revista Saúde.Com. 2014; 10(1):54-63.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira. Brasília, 2011. [Citado em 2016]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs>
8. Germano FN, Silva TMG, Mendoza RS, Martinez AMB. Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu status sorológico: Rio Grande, RS, Brasil. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(3): 1033-40.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades@/Informações completas - População estimada em 2015. [Citado em 2016]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>.
10. Prefeitura de Canoas. Serviço de Atendimento Especializado do Centro de Testagem e Aconselhamento da Prefeitura Municipal de Canoas. Canoas. [Citado em 2016]. Disponível em: <http://www.canoas.rs.gov.br>.
11. Brasil. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: Manual. Brasília; 1999. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil. Brasília; 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
13. Bassichetto KC, Mesquita F, Zacaro C, Santos EA, Oliveira SM, Veras MASM, et al. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da Rede Municipal de São Paulo, com sorologia positiva para o HIV. Revista Brasileira Epidemiologia. 2004; 7(3): 302-10.
14. Ceccon RF, Meneghel SN. HIV e violência contra mulheres: estudo em município com alta prevalência de Aids no Sul do Brasil. Rev Panam Salud Publica [online]. 2015; 37(4-5): 287-292. [Citado em 2016]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400015&lng=en.
15. Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. Saúde Sociedade. 2010; 19 Supl2: 9-20.
16. Brasil. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA, 2014. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>
17. Santana CEOM. Prevalência de marcadores sorológicos do vírus da hepatite B em portadores de retrovírus humanos (HIV-1 e HTLV-1), no ambulatório do hospital universitário (Salvador, Bahia, Brasil). [Monografia]. [Salvador]: Universidade Federal da Bahia; 2015. 85 p.
18. Braga PE, Cardoso MRA, Segurado AC. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas com HIV em serviço universitário de referência do estado de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2007; 23(11):2653-61.
19. Neto MS, Silva FL, Sousa KR, Yamamura M, Popolin MP, Arcêncio RA. Perfil clínico e epidemiológico e prevalência da coinfeção tuberculose/HIV em uma regional de saúde no Maranhão. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2012; 38(6): 724-32.
20. Wong S, Ordean A, Kahan M. Substance

use in pregnancy. *J ObstetGynaecol Can.* 2011;33(4):367-84.

21. Melo VH, Botelho AP, Maia MM, Correa Júnior MD, Pinto JA. Uso de drogas ilícitas por gestantes infectadas pelo HIV. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014; 36(12):555-61.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST, Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013. Brasília. [Citado em 2016]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites>

23. Maciel ML, Bizani D. Perfil das mulheres que solicitam teste anti-hiv no centro de testagem e aconselhamento de Canoas, RS. *Mouseion.* 2014; 17(01): 113-27.

24. Gabriel R, Barbosa DC, Vianna LAC. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte: município de São Paulo. *Revista Latino-Americana Enfermagem.* 2005; 13(4): 509-13.

25. Rosseto M. Estudo epidemiológico sobre coinfeção tb/hiv/aids e fatores de risco para internação e mortalidade em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. [Tese]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem; 2016. 144p.

26. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Aidar F, et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre Mulheres Brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública.* 2009; 25(2):321-33.

27. Silveira MF, Santos IS, Victora CG. Poverty, skin colour and HIV infection: a case-control study from southern Brazil. *AIDS Care* 2008, 20:267-72.

28. UNAIDS. Joint United Nations Program on HIV/Aids. Aids epidemic update. 2007 Lubenow, JAM; Moura, MEB. Representações sociais sobre as causas dos acidentes com materiais perfurocortante por técnicos de enfermagem. *REV. Rene.* 2012, 13 (5):1132-41.

CEP: 92010-000, Contato: (51) 3476-8724 / 9961-9827

E-mail: delmar@unilasalle.edu.br

Apoio Financeiro: Fapers/CNPq

Recebido em 17/03/2016

Aprovado em 09/07/2016

Publicado em 18/07/2016

Endereço para Correspondência

A/C Delmar Bizan

Avenida Victor Barreto, 2288. Prédio 8, 3º andar
– Canoas, RS - Brasil