

# Aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV em seus primeiros 20 anos de ocorrência em São Carlos (SP)

Epidemiological aspects of the HIV infection in the first 20 years of occurrence in São Carlos, SP, Brazil

Bernardino Geraldo Alves Souto<sup>1</sup>, Thiago Luccas Correa dos Santos Gomes<sup>1,2</sup>, Karina Toledo da Silva<sup>1</sup>, Danilo de Pádua Grillo<sup>1</sup>

## Resumo

Com o objetivo de conhecer alguns dados sobre a infecção pelo HIV entre os pacientes do Serviço de Assistência Especializada em HIV e Aids da cidade de São Carlos (SP) e apoiar a sua gestão, foi consolidado e analisado um conjunto de aspectos epidemiológicos sobre as pessoas, a transmissão do vírus e a morbi-mortalidade entre os usuários desse serviço. Para isso, foram estudados 1.405 registros de dados secundários, cobrindo os primeiros 20 anos de experiência do ambulatório. Utilizou-se um desenho agregado observacional transversal ecológico. Em seguida, os achados foram confrontados com a literatura. Detectou-se que a infecção pelo HIV afetou predominantemente adultos jovens com nível de escolaridade fundamental, que tinham mais de um parceiro sexual e ignoravam o perfil de soro-reatividade dos seus parceiros ao HIV. Envolveu mais homens que mulheres e teve como via de transmissão mais frequente o coito heterossexual. Levou à morte mais de um terço dos infectados, especialmente em se tratando de homens que iniciaram o acompanhamento médico com CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>. Por outro lado, degeneração quantitativa dessas células foi mais intensa em pessoas mais velhas. Foi possível compreender que a principal estratégia para a sobrevivência dos portadores do HIV pode ser a garantia de acesso precoce a um cuidado de saúde ampliado e integral, com qualidade suficiente para agregar eficácia e eficiência ao tratamento antirretroviral. Em relação à vigilância clínica individual, quanto mais velha a pessoa, maior a frequência com que precisa ter seu estado imunovirológico monitorado.

**Palavras-chave:** Síndrome de imunodeficiência adquirida; estudos epidemiológicos; estudos observacionais.

## Abstract

Aiming to understand data about the HIV infection among users of the Service of Specialized Attendance in HIV and Aids of São Carlos city (SP) and to support its administration a group of epidemic aspects concerning people, virus transmission and morbidity/mortality among the users of this service was consolidated and analyzed. For that, 1,405 registrations of secondary data were studied, covering the first twenty years of experience of the ambulatory. This is an ecological study with a joined, transverse and observational drawing. Next, the findings were confronted with the literature. It was detected that the HIV infection affected predominantly young adults with elementary school level, who had more than one sexual partner and ignored the profile of serum-reactivity of their partners to HIV. It involved more men than women and had as the most frequent way of transmission the heterosexual coitus. More than a third of the infected subjects died, especially men who had begun the medical monitoring with CD4 level below 200 cells/mm<sup>3</sup>. On the other hand, quantitative degeneration of those cells was more intense in older people. It was possible to understand that the main strategy for the survival of HIV carriers may be to assure early access to an wide and integral health care, with enough quality to aggregate effectiveness and efficiency to the antiretroviral treatment. In relation to the individual clinical surveillance, the older the subjects, the larger the needs to have their immuno-virologic state monitored.

**Keywords:** Acquired immunodeficiency syndrome; epidemiologic studies; observational studies.

**Recebido:** 26/11/2008

**Revisado:** 9/2/2009

**Aprovado:** 3/8/2009

<sup>1</sup> Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Paulo (SP), Brasil

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos (SP), Brasil

Endereço para correspondência: Bernardino Geraldo Alves Souto – Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos – Rodovia Washington Luis, km 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13565-905 – São Carlos (SP) – Fone: (16) 3351-8340 – e-mail: bernardino@ufscar.br

## Introdução

Data de 1977-1978 o primeiro caso de Aids reconhecido no mundo. Inicialmente descrita como causa de uma doença mortal que afetava homossexuais jovens masculinos de bom nível socioeconômico residentes em polos metropolitanos, a infecção pelo HIV se disseminou pelas pequenas cidades e comunidades interioranas. Em vários países passou a atingir, também, mulheres, crianças, minorias étnicas, usuários de drogas ilícitas injetáveis, populações mais pobres e pessoas com mais de 50 anos de um modo generalizado. Além disso, deixou de ser necessariamente um agravo mortal. Tornou-se, pois, um problema potencialmente crônico que afetava cerca de 33,2 milhões de pessoas em todo o mundo ao final de 2007<sup>1-7</sup>.

Não obstante, a prevalência se mantém estável devido ao aumento concomitante da população geral, da redução do número de novos casos e do aumento da sobrevivência dos portadores do HIV. Fora da África subsaariana, onde ainda é uma epidemia generalizada, a Aids vem se restringindo novamente a grupos específicos de risco, a exemplo de homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas ilícitas injetáveis, profissionais do sexo e seus parceiros sexuais<sup>7</sup>.

Em relação ao Brasil, os dados mais recentes mostram que, de 1980 a junho de 2008, foram registrados 506.499 casos de Aids, dos quais 205.409 eram de pessoas já falecidas. Sessenta por cento desses registros vinham da região Sudeste. A incidência foi crescente em todas as regiões até 2002, quando o cômputo nacional chegou a 21,8 notificações por 100 mil habitantes. A partir de então, essa incidência vem caindo, exceto nas regiões Norte e Nordeste. Para o Brasil como um todo, chegou a 17,8 casos por 100 mil habitantes em 2007<sup>6</sup>. Essa diferença entre regiões pode ser atribuída, entre outros fatores, ao momento em que a epidemia se iniciou em cada lugar, à qualidade e experiência acumulada do sistema local de vigilância em saúde e à vulnerabilidade específica de cada população<sup>2</sup>.

Entre 71% e 78% dos casos acumulados entre 1980 e 2008 ocorreram em pessoas na faixa etária dos 25 aos 49 anos; porém, vem aumentando a incidência em indivíduos mais velhos. A esse respeito, 9% dos registros acumulados no mesmo período são de pessoas com mais de 50 anos. Entre esses, 66% são do sexo masculino<sup>6</sup>.

Já a proporção de casos transmitidos por via sexual vem crescendo, enquanto a parcela relacionada ao uso de droga ilícita injetável vem diminuindo. O número de homens afetados em relação ao número de mulheres também vem caindo: de 1983 a 2007, reduziu de 40:1 para 1,5:1<sup>6</sup>.

No que diz respeito à escolaridade das pessoas com Aids no Brasil, a tendência tem sido um aumento da proporção de indivíduos com menos de 12 anos de estudo: 60,4% antes de 1995 para 70,7% em 2008<sup>6</sup>. Entretanto, essa tendência segue em sentido contrário no Estado de São Paulo, onde a proporção de pessoas nesse extrato de escolaridade se manteve estável em torno de 93% até 2001, sendo que nos casos registrados em 2008 essa proporção foi de 86,5%<sup>8</sup>.

A mortalidade tem sido variável e com diferentes tendências entre as diversas regiões do país. Contudo, no cômputo nacional, vem cain-

do a partir de 1996, quando teve início a oferta do tratamento antirretroviral de alta potência a todos os portadores do HIV com indicação para uso de terapia farmacológica. Antes desse recurso, a mortalidade era de 9,6 por 100 mil habitantes, caindo para 5,8 em 2007. Esse dado se relacionou ao aumento da sobrevivência, que também esteve ligada ao diagnóstico precoce da infecção<sup>6</sup>.

Esses dados mostram que, apesar da heterogeneidade da epidemiologia da Aids entre as diversas regiões do país e de sua modificação ao longo do tempo, há uma tendência predominante de equilíbrio na relação entre homens e mulheres afetados; de maior concentração dos casos, ainda, entre adultos jovens, porém com aumento dos registros em faixas etárias mais velhas; e de redução da mortalidade devida, principalmente, ao acesso ao tratamento antirretroviral de alta potência<sup>2,4,6,9</sup>.

A respeito de São Carlos (SP), onde o presente estudo foi realizado, só foram encontrados dois relatos recentes na literatura sobre a epidemiologia da Aids: um informando um acumulado de 907 registros entre residentes no período de 1980 a 2008, com incidência variável entre 9,1 e 37,7 casos por 100 mil habitantes ao longo dos anos; e outro apontando uma taxa de mortalidade também variável, entre 5,2 e 17,9 por 100 mil habitantes, no período compreendido entre 1990 e 2007<sup>8</sup>.

A despeito de possíveis problemas com a qualidade dos dados apresentados ou diferenças nos métodos pelos quais foram gerados, é consenso na literatura que as expressões e transformações epidemiológicas da infecção pelo HIV e da Aids não têm acontecido da mesma maneira em todos os lugares, nem ao mesmo tempo, devido à forte influência que sofrem dos aspectos sociais, políticos, antropológicos, tecnológicos e culturais próprios de cada localidade ou grupamento populacional que afeta<sup>2,3</sup>.

Considerando que tais aspectos são dinâmicos, obviamente que a forma como a infecção pelo HIV e a Aids se apresentam difere entre os lugares e conforme o momento em que se manifestam. Assim, ainda não se estabilizou nem se uniformizou de maneira global, ou mesmo nacional, e não há perspectiva clara de que isso possa acontecer em curto prazo. Ou seja, a pandemia de Aids é caracterizada por várias subepidemias ou microepidemias particulares a cada lugar e ocasião que, entretanto, têm aspectos em comum<sup>1-4</sup>.

Portanto, o conhecimento que se consolida sobre o assunto, seja no âmbito nacional ou mundial, resulta de diversos estudos focais, tanto no tempo quanto no espaço, sobre cada ambiente por onde a epidemia trafega<sup>2,3</sup>.

Sendo assim, este artigo pretende contribuir descrevendo parte da experiência epidemiológica do Serviço de Assistência Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV e Aids de São Carlos, SP, (SAE/HIV/Aids-SC) em seus primeiros vinte anos de atuação.

## Métodos

Com o objetivo de descrever e refletir sobre aspectos epidemiológicos populacionais, de transmissão do HIV e de morbimortalidade entre

a clientela do SAE/HIV/Aids-SC, e em apoio à gestão desse serviço, estudou-se um bloco de 1.405 registros secundários acumulados entre 5 de maio de 1987 e 9 de outubro de 2007. Tais registros eram de pessoas que foram assistidas pelo citado serviço dentro do mesmo período do estudo, de ambos os sexos, na faixa etária maior de 13 anos, residente na microrregião de São Carlos (SP), comprovadamente sororreativas ao HIV segundo os critérios do Ministério da Saúde<sup>10</sup>, não incluindo mulheres grávidas. O desenho utilizado foi o agregado observacional transversal ecológico<sup>11</sup>, por meio do qual se descreveram as seguintes variáveis: ano de entrada da pessoa no serviço, ocorrência de óbito, idade, sexo, perfil de parceria sexual, orientação sexual, situação conjugal, escolaridade, forma provável de aquisição do HIV e contagem de células CD4 no momento em que a pessoa iniciou acompanhamento médico.

Em seguida, os achados foram analisados à luz da literatura, no sentido de se compreenderem alguns aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV nos primeiros 20 anos de sua ocorrência nesse meio.

## Resultados e discussão

Não foram encontrados, na literatura, dados relativos ao Estado de São Paulo e ao Brasil, em distribuição idêntica à que foi montada neste estudo. Portanto, não foi possível uma comparação fiel entre o que acontece em São Carlos e o que acontece no Estado e no país, segundo esse formato de apresentação. Contudo, os indicadores populacionais que descreveram os portadores do HIV no serviço estudado coincidiram quantitativamente com aqueles relativos ao âmbito estadual e nacional. Ou seja, a distribuição desses portadores por sexo, faixa etária, adição ao uso de droga ilícita injetável e forma provável de aquisição do HIV, entre a clientela do SAE/HIV/Aids-SC, seguiu o mesmo padrão geral visto no Estado de São Paulo e no Brasil<sup>9,12-17</sup>.

Por outro lado, considerando o encontro de 1.405 registros em 20 anos no serviço estudado – média de 70,25 por ano –, contra 907 em 28 anos notificados à Secretaria de Estado da Saúde (SES)<sup>8</sup> – média de 32,39

por ano –, estima-se em 53,89% a subnotificação de casos a essa Secretaria. Corrigindo-se o cálculo para o ano em que o serviço estudado começou a funcionar (1987), ainda falta informar à SES 35,44% dos registros.

Em linhas gerais, encontrou-se que:

- 62,70% das pessoas eram do sexo masculino;
- 89,32% estavam na faixa de 20 a 49 anos;
- 24,26% eram usuários de droga ilícita injetável;
- o coeficiente de mortalidade entre os portadores do HIV foi de 38,50%;
- independentemente de qualquer fator, a mortalidade em homens foi até duas vezes maior do que em mulheres;
- 67,80% tinha CD4 maior ou igual a 200 células/mm<sup>3</sup> na primeira contagem;
- em 75,74% dos casos a transmissão do HIV se deu, provavelmente, por via sexual;
- 53,60% das pessoas tinha mais de um parceiro sexual;
- 64,60% dos sujeitos não sabia a sorologia do parceiro sexual;
- a distribuição por estado civil mostrou que 43,30% das pessoas eram casadas, 45,40% solteiras e as demais eram separadas ou viúvas;
- 75,30% tinha menos de nove anos de estudo que, somado aos que tinham até 11 anos de escolaridade, acumulou 95,20% das pessoas.

A via de transmissão proporcionalmente mais frequente foi o intercuro heterossexual (Tabela 1).

Quanto à primeira contagem de células CD4 realizada a partir do momento em que a pessoa entrou no serviço, foi feita distribuição em duas categorias: CD4 menor que 200 células/mm<sup>3</sup> e CD4 maior ou igual a 200 células/mm<sup>3</sup>, devido ao fato de ser um ponto de corte independente usado para indicar ou não o início da terapia antiretroviral, segundo o Ministério da Saúde: contagem de CD4 menor que 200 células/mm<sup>3</sup>, independentemente de qualquer outro fator, indica início de tratamento antiretroviral de alta potência. Essa indicação se deve ao

**Tabela 1** – Distribuição dos portadores do HIV atendidos pelo Serviço de Assistência Especializada em DST/HIV/Aids de São Carlos (SP), segundo a categoria comportamental potencialmente envolvida com a transmissão desse vírus, acumulado entre 5 de maio de 1987 e 9 de outubro de 2007

Categoria comportamental provavelmente relacionada à via de transmissão do HIV	Número de pessoas	Proporção <sup>(1)</sup> (%)	Acumulado absoluto	Acumulado proporcional <sup>(1)</sup> (%)
Homens que fazem sexo com homens e com mulheres	98	7,87	98	7,87
Homens que fazem sexo somente com homens	144	11,57	242	19,44
Total entre homens que fazem sexo com homens	242	19,44	X	X
Heterossexual	701	56,30	943	75,74
Total entre aqueles em que a via provável de infecção foi a sexual	943	75,74	X	X
Envolvidos com uso de droga ilícita injetável	302	24,26	1.245	100,00
Total de registros com a informação	1.245	88,61	X	X
Sem informação	160	11,39 <sup>(2)</sup>	1.405	X
Total	1.405	100,00	X	X

<sup>(1)</sup> proporção entre os que tinham a informação sobre orientação sexual e via provável de transmissão; <sup>(2)</sup> proporção entre o total de registros; X: não se aplica.

fato de que CD4 abaixo de  $200/\text{mm}^3$  significa grave prejuízo da função imunológica e risco à saúde ou à vida<sup>10</sup>.

Estudando-se a proporção de pessoas com CD4 maior ou igual a  $200\text{ células}/\text{mm}^3$ , em sua primeira dosagem a partir da admissão ao serviço, tal indicador variou, aleatoriamente, de 61,20% a 75,00%, ao longo do período, de modo que a média acumulada da proporção de pessoas que tinha CD4 acima de  $199\text{ células}/\text{mm}^3$  em sua primeira dosagem foi de 67,80%.

Considerando que o coeficiente de mortalidade entre os que iniciaram a assistência com CD4 abaixo de  $200\text{ células}/\text{mm}^3$  foi de 29,00%, e entre os que iniciaram com CD4 maior que  $199\text{ células}/\text{mm}^3$  foi de 13,67% ( $p = 0,0000$ ), é importante estimular o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV nesse meio, sugestão já feita por Ferreira *et al.*<sup>18</sup>. O objetivo disso é proporcionar às pessoas acesso à assistência ainda numa fase em que haja tempo para uma intervenção mais ampliada, que vá além da tecnologia farmacológica. Ou seja, num momento em que o número de linfócitos CD4 por mililitro de sangue esteja o máximo possível acima de 200 células.

Deve-se ressaltar que, na abordagem de portadores do HIV, inúmeras questões existenciais precisam ser trabalhadas antes de se iniciar o tratamento medicamentoso, tanto para a adaptação do sujeito à sua condição quanto para a construção da observância terapêutica. Se a pessoa chegar ao serviço numa fase em que o uso de medicamentos já seja uma medida imperativa para sua recuperação, não haverá tempo para que esses aspectos sejam adequadamente trabalhados, prejudicando sua qualidade de vida e restringindo suas possibilidades de resgate clínico e psicossocial<sup>2</sup>. É importante compreender o significado da soropositividade para a pessoa, assim como o papel da assistência de

saúde no que se refere ao acolhimento e apoio ao sujeito para que se evite o abandono do cuidado<sup>19,20</sup>.

Nesse sentido, para planejar ações destinadas a estimular o início precoce do acompanhamento de saúde, procurou-se identificar as pessoas que chegaram ao serviço em fase avançada de imunodepressão. A começar pela faixa etária, observou-se que houve uma relação direta entre avanço da idade e aumento da proporção com que o início da assistência aconteceu tardiamente, quando a contagem de CD4 já estava abaixo de  $200\text{ células}/\text{mm}^3$  (Figura 1).

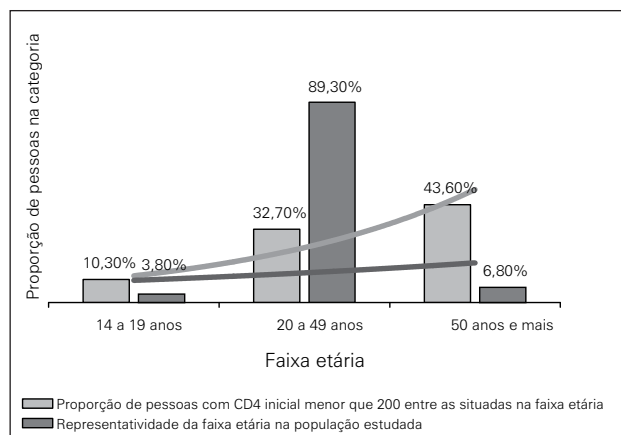
Seria possível pensar que a maior proporção de início tardio da assistência em idades mais avançadas aconteceu em função do próprio perfil etário dos portadores do HIV quando comparada a faixa etária menor de 20 anos à de pessoas entre 20 e 49 anos. Entretanto, a comparação desta última categoria à de maiores de 49 anos e a análise estatística da Figura 1 mostraram correlação entre início tardio do acompanhamento e faixa etária ( $p = 0,008$ ), mas não entre proporção de acesso tardio à assistência e proporção de pessoas por faixa de idade ( $p = 0,199$ ). Esse último achado foi representado por meio das linhas de tendência exponencial (Figura 1). Ou seja, a faixa etária em que se concentrou a maior proporção de pessoas com CD4 inicial abaixo de  $200\text{ células}/\text{mm}^3$  não necessariamente foi aquela em que se encontrava a maior parte dos sujeitos. Os que tinham mais de 49 anos, por exemplo, foram minoria. Porém, foram também os que mais tardiamente começaram a receber cuidados de saúde.

Esse achado permite as seguintes hipóteses:

- as pessoas se infectaram predominantemente em faixas etárias mais jovens e, quanto mais tarde procuraram pelo serviço, maior foi a probabilidade de já se apresentarem com CD4 abaixo de  $200\text{ células}/\text{mm}^3$ ;
- a infecção adquirida mais tardiamente progrediu de forma mais rápida;
- as pessoas mais velhas tiveram menor acesso ao Serviço de Assistência Especializada;
- o achado descrito na Figura 1 pode ser explicado por vários fatores; entre eles, os três acima.

Os estudos de Phillipps *et al.* apoiam a hipótese de que a infecção progride mais rapidamente em pessoas mais velhas. Segundo esses autores, em um indivíduo aos 35 anos com contagem de CD4 em  $200\text{ células}/\text{mm}^3$  e carga viral em  $100.000\text{ cópias}/\text{mL}$ , o risco de desenvolver Aids é de 4,10%, enquanto que em outro, aos 55 anos e nas mesmas condições, o risco é de 9,20%<sup>21</sup>.

Sob outro aspecto, tendo em vista que a mortalidade em portadores do HIV aumenta em relação direta com CD4 abaixo de  $200\text{ células}/\text{mm}^3$ , e que a mortalidade na população geral, nesse meio, aumenta em relação direta com idade maior que 50 anos, optou-se por estudar esse indicador segundo a faixa etária, relacionada ao nível de CD4. Não foi detectada nenhuma relação entre mortalidade e faixa etária entre os portadores do HIV, independentemente do nível de CD4 ( $p$  variou de 0,1130 a 0,4734,



**Figura 1** – Distribuição proporcional, por faixa etária, dos portadores do HIV que deram entrada no SAE/HIV/Aids de São Carlos (SP), de 1987 a 2006, comparando a quantidade de pessoas com primeira contagem de CD4 menor que  $200/\text{mm}^3$  entre as situadas na faixa etária, com a proporção de pessoas situadas na faixa etária entre o total estudado. As curvas representam as respectivas linhas de tendência exponencial;  $p = 0,008$  para a relação entre faixa etária e contagem de CD4 menor que  $200\text{ células}/\text{mm}^3$ ;  $p = 0,199$  para a relação entre a proporção de pessoas com CD4 menor que 200 e proporção de pessoas, por faixa etária.

dos portadores do HIV maiores de 50 anos com CD4 abaixo de 200 aos menores de 50 anos com CD4 acima de 200, respectivamente). Somado a isso, verificou-se que o maior número e a maior proporção de mortes aconteceram dentro da faixa etária predominante na população estudada (20 a 49 anos). Esses achados indicam que a contagem de CD4 do sujeito, com a qual se inicia o cuidado de saúde, tem maior influência sobre sua probabilidade de morrer do que a faixa etária em que se encontra. A esse respeito, Veras *et al.* encontraram, como preditores de mortalidade, idade mais avançada, diagnóstico recente de Aids e o fato da pessoa não estar em uso de terapia antirretroviral de alta potência<sup>22</sup>.

Associando os achados do presente estudo com os de Veras *et al.* e Phillipps *et al.*, enfatiza-se, enfatiza-se novamente a importância do diagnóstico precoce, bem como a necessidade de maior atenção às pessoas que chegam ao serviço em idade mais avançada e especial cuidado à observância terapêutica por meio de um vínculo bem estruturado entre o paciente e a assistência<sup>21,22</sup>.

Suspeita-se, ainda, que o tratamento antirretroviral tem poder reduzido para recuperar pessoas que iniciam o cuidado de saúde com CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>, uma vez que, chegando ao serviço nessas condições, o tratamento é imediatamente indicado sem que a incorporação do diagnóstico e a adaptação existencial da pessoa ao mesmo tenham sido elaboradas. A esse respeito, Portela e Lotrowska insistem que “ainda que a adesão de 75% aos medicamentos antirretrovirais seja compatível com o observado em países desenvolvidos, é importante buscar formas de ampliação das atividades de promoção da adesão por meio do aprimoramento dos serviços de saúde, capacitação de equipes multidisciplinares e articulação dos serviços com a comunidade”<sup>23</sup>.

Essa reflexão sustenta a hipótese de que a prescrição de antirretrovirais, como medida isolada e prioritária, pode não ser suficiente para beneficiar o portador do HIV. É preciso que tal prescrição seja precedida e aconteça no contexto de uma abordagem ampliada e integral da pessoa, conforme já propõe o Ministério da Saúde, para que se atinja o objetivo da observância ao tratamento. Vale ressaltar que, uma vez indicada a terapêutica farmacológica contra o HIV, essa observância se torna decisiva para a melhora da pessoa. Contudo, “a terapia antirretroviral não deve ser iniciada até que a importância da adesão ao tratamento seja entendida e aceita pelo paciente [...]”<sup>22,10,24-26</sup>. Ou seja, se a pessoa inicia sua assistência no momento em que já precisa tomar antirretrovirais, não há como começar o tratamento farmacológico com o devido entendimento e aceitação da importância da observância terapêutica. Consequentemente, são menores as chances do tratamento produzir os resultados desejados.

Há que se considerar, ainda, outros aspectos de natureza social relacionados à observância ao tratamento antirretroviral, que sustentam algumas críticas feitas ao Programa Brasileiro de Controle do HIV e da Aids. Para vários autores, esse Programa, apesar de se apregoar universal, não consegue evitar que a proporção de óbitos por Aids nas categorias de raça/cor ‘preta’ e ‘parda’ continue crescendo, sugerindo a existência de desigualdades no acesso à assistência<sup>27-29</sup>. O presente estudo não pode contribuir para essa discussão devido à falta de da-

dos relativos à raça ou cor no banco com o qual trabalhou. Entretanto, diante das citadas críticas, pode-se supor a necessidade de uma política de redução dos danos relacionados a essas desigualdades, à semelhança do que existe em relação àqueles derivados da drogadição. No caso dos usuários de drogas ilícitas injetáveis, identificam-se políticas públicas especificamente voltadas à redução da transmissão do HIV em consequência dos costumes desses sujeitos relacionados ao uso da droga<sup>30,31</sup>. No entanto, não existe o mesmo em relação à redução da transmissão do HIV derivada da baixa condição socioeconômica.

Quanto ao sexo, entre as pessoas que deram entrada no serviço com CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>, 69,70% eram homens, o que coincide com o perfil da própria população estudada. Esse aspecto específico sugere que a oportunidade de iniciar a assistência em fase precoce ou tardia da infecção é semelhante entre homens e mulheres.

Em se tratando de pessoas envolvidas com o uso de droga ilícita injetável, 83% eram homens, o que não difere dos dados da literatura<sup>32</sup>. Além disso, ser usuário de droga ilícita injetável não teve relação com o fato de iniciar a assistência com contagem de CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> em comparação aos não-usuários ( $p = 0,091$ ). A proporção mediana com que ambas as categorias iniciaram o acompanhamento assistencial com CD4 abaixo de 200 foi de 68,10%.

Em síntese, a pandemia de HIV/Aids em seus primeiros vinte anos de existência, observada através do Serviço de Assistência Especializada de São Carlos (SP), caracterizou-se por ser uma infecção que afetou predominantemente adultos jovens com nível de escolaridade fundamental, que tinham mais de um parceiro sexual e desconheciam o perfil de sororreatividade ao HIV dos seus parceiros, independentemente do estado civil. Proporcionalmente, envolveu mais homens que mulheres, e teve como via de transmissão mais frequente o intercuro heterossexual, seguido pela via parenteral relacionada ao uso de droga ilícita injetável, levando a óbito mais de um terço dos infectados (especialmente os do sexo masculino). A mortalidade entre os que começaram a receber assistência com CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> foi o dobro da observada entre os que iniciaram o acompanhamento médico com CD4 acima desses valores.

Apesar de as pessoas mais velhas serem as que, proporcionalmente, mais deram entrada no serviço já com contagem de CD4 baixa, a idade mais avançada não foi um fator agravante da mortalidade específica por Aids. Ou seja, o início da assistência com CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> foi preditor independente de morte. Nesse caso, a principal estratégia pela sobrevida dos portadores do HIV esteve na garantia de acesso precoce ao cuidado de saúde, independentemente da faixa etária.

Depreende-se do confronto desses achados com a literatura que esse cuidado precisa ser ampliado para além da abordagem farmacológica, no sentido de alcançar o sujeito em sua existência com o HIV e ultrapassar os danos provenientes de uma inserção social desfavorável<sup>2</sup>.

Além disso, pelo fato da velocidade de progressão da infecção ocorrer em proporção direta ao avanço da idade, pessoas mais velhas demandam vigilância imunológica mais frequente no contexto do acompanhamento médico que recebem, comparativamente a pessoas mais jovens.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. História da Aids. Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS232EC481PTBRIE.htm>. Acessado em 6 de abril de 2009.
2. Souto BGA. O HIV, seu portador e o tratamento anti-retroviral: implicações existenciais. São Carlos: EdUFSCar, 2008.
3. Souto BGA. As duas primeiras décadas da Aids: cenários e interações com a epidemiologia. *Rev Med Minas Gerais* 2004; 14(4):251-6.
4. Daniel H. História da Aids. Disponível em URL: <http://www.inde.gov.mz/docs/biblio4.pdf>. Acessado em 7 de abril de 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD3352823PTBRIE.htm>. Acessado em 7 de abril de 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico – Aids e DST 2008. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
7. Organización Mundial de la Salud. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida). Situación de la epidemia de Sida: informe especial sobre la prevención del VIH. Ginebra: Onusida; 2007.
8. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Boletim Epidemiológico. CRT/DST/Aids/CVE. Ano XXV n. 1. Dez. 2008.
9. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev Saúde Pública* 2006;40(Supl):9-17.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV – 2008. 7a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
11. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introdução à epidemiologia moderna. 3a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
12. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop* 1971;34(2):207-17.
13. Fonseca MGP, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Rev Saúde Pública* 2000;36(6):678-85.
14. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da Aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública* 2000;16(Suppl 1):7-19.
15. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Boletim Epidemiológico CRT/DST/Aids/CVE. 2006; Ano XXV nº 1.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico – Aids e DST 2007; Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
17. Fonseca MGP, Bastos FI. Twenty-five years of the Aids epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cad Saúde Pública* 2007;23(Suppl 3):S333-44.
18. Ferreira MPS, Silva CMFP, Gomes MCF, Silva SMB. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) - resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001;6(2):481-90.
19. Cardoso GP, Arruda A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;10(1):151-62.
20. Sadala MLA, Masques AS. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil: a perspectiva dos profissionais da saúde. *Cad Saúde Pública* 2006;22(11):2369-78.
21. Phillips A, Pezzotti P, Cascade Collaboration. Short-term risk of Aids according to current CD4 cell count and viral load in antiretroviral drug-naive individuals and those treated in the monotherapy era. *Aids* 2004;18(1):51-8. Disponível em URL: <http://amedeo.com/lit.php?id=15090829>. Acessado em 7 de abril de 2009.
22. Veras MASM, Bassichetto KC, Bergamashi DP, Guibu IA, Ribeiro KB, Ribeiro MCS, *et al*. Fatores preditores de óbito entre adultos com Aids no Município de São Paulo. *Cadernos Pela Vidda* 2006;4(3):11-12.
23. Portela MC, Lotrowska M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006;40(Suppl):70-9.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
25. Carvalho CV, Merchán-Hamann E, Matsushita R. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo caso-controle. *Rev Soc Bras Med Trop* 2007;45(5):555-65.
26. Seidl EMF, Melchíades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/Aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cad Saúde Pública* 2007;23(10):2305-16.
27. Barbosa MTS, Struchiner CJ. Impacto da terapia anti-retroviral na magnitude da epidemia do HIV/Aids no Brasil: diversos cenários. *Cad Saúde Pública* 2003;19(2):535-41.
28. Fonseca MGP, Travassos C, Bastos FI, Silva NV, Szwarcwald CL. Distribuição social da Aids no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. *Cad Saúde Pública* 2003;19(5):1351-63.
29. Fonseca MGP, Lucena FFA, Sousa A, Bastos FI. Aids mortality, "race or color", and social inequality in a context of universal access to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Brazil, 1999-2004. *Cad Saúde Pública* 2007;23(Suppl 3):S445-55.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1028/GM de 1º de Julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>. Acessado em 13 de abril de 2009.
31. Campos GW, Barros RB, Castro, AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9(3):745-9.
32. Melo AC, Caiaffa, WT, César CC, Dantas RV, Couttolenc BF. Utilization of HIV/Aids treatment services: comparing injecting drug users and other clients. *Cad Saúde Pública* 2006;22(4):803-13.