Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Faculdade de Medicina de Juiz de Fora – FAME/JF

PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA-MG.

Aline de Oliveira Moreira Batista

Ana Carolina Azevedo de Magalhães

Ana Carolina de Oliveira

Mariana Mendes Saada

Roberta Larissa de Azevedo Malaquias

Juiz de Fora – MG

2019

PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA-MG.

Aline de Oliveira Moreira Batista

Ana Carolina Azevedo de Magalhães

Ana Carolina de Oliveira

Mariana Mendes Saada

Roberta Larissa de Azevedo Malaquias

Orientador: Profa. Dra. Edilene Bolutari Baptista

Co-orientadores: Profa. Me. Anna Marcella Neves Dias

Profa. Me. Nathália Barbosa do E. Santo Mendes

Juiz de Fora – MG

2019

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DISPENSADORA DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PEOPLE LIVING WITH HIV ATTENDED AT AN UNIT MEDICATION DISPENSER IN THE CITY OF JUIZ DE FORA - MG

Mariana Mendes Saada
Graduanda do Curso de Medicina
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC Juiz de Fora
Av. Juiz de Fora, 1.100 –Juiz de Fora-MG CEP 36048-000
marianasaada@gmail.com

Roberta Larissa de Azevedo Malaquias
Graduanda do Curso de Medicina
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC Juiz de Fora
Av. Juiz de Fora, 1.100 –Juiz de Fora-MG CEP 36048-000
robertalarissa.fisio@hotmail.com

Aline de Oliveira Moreira Batista
Graduanda do Curso de Medicina
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC Juiz de Fora
Av. Juiz de Fora, 1.100 –Juiz de Fora-MG CEP 36048-000
aaline_omoreira@hotmail.com

Ana Carolina Azevedo de Magalhães
Graduanda do Curso de Medicina
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC Juiz de Fora
Av. Juiz de Fora, 1.100 –Juiz de Fora-MG CEP 36048-000
anacarolinatr@hotmail.com

Ana Carolina de Oliveira
Graduanda do Curso de Medicina
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC Juiz de Fora
Av. Juiz de Fora, 1.100 –Juiz de Fora-MG CEP 36048-000
carololiveira_me@hotmail.com

Anna Marcella Neves Dias
Mestre, Professora do Curso de Medicina
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC Juiz de Fora
Av. Juiz de Fora, 1.100 –Juiz de Fora-MG CEP 36048-000
annamarcelladias@yahoo.com.br

Nathália Barbosa do Espírito Santo Mendes
Mestre, Professora do Curso de Medicina
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC Juiz de Fora
Av. Juiz de Fora, 1.100 –Juiz de Fora-MG CEP 36048-000
nathaliabesanto@gmail.com

Edilene Bolutari Baptista
Doutora, Professora do Curso de Medicina
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC Juiz de Fora
Av. Juiz de Fora, 1.100 –Juiz de Fora-MG CEP 36048-000
dibolutari@gmail.com

RESUMO

Introdução: O perfil dos pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana sofreu transformações nos últimos anos com propensão a interiorização, heterossexualização, feminização e pauperização. O Brasil distribui gratuitamente os medicamentos antirretrovirais garantindo o tratamento desses pacientes. O*bjetivo:* analisar o perfil epidemiológico de indivíduos com Vírus da Imunodeficiência Humana, usuários da Unidade Dispensadora de Medicamentos do município de Juiz de Fora. *Métodos:* estudo observacional retrospectivo, descritivo e analítico**.** Amostra contendo 4.078 indivíduos, com dados coletados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos da Unidade Dispensadora de Medicamentos localizada no Serviço de Assistência Especializada de Juiz de Fora – MG, do ano de 2010 a 2019. *Resultados:* Dos 2.405 pacientes, 295 encontravam-se em abandono e 2.110 ativos no sistema. A menor incidência de pacientes ativos foi em 2010 e a maior em 2018. Quanto a evasão do tratamento, 2015 teve o maior número (54 casos), contraposto com 2010 que teve a menor taxa (13 casos). O sexo predominante na pesquisa foi o masculino (70,2%); a faixa etária prevalente foi de 20 a 40 anos (60,2%). Em relação ao perfil dos pacientes que abandonaram o programa de tratamento, o sexo masculino foi proeminente (59,7%), assim como a faixa etária de 20 a 40 anos (57,0%). *Conclusão:* Os achados ratificam o aumento da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana no Brasil, assim como o perfil do paciente que é do sexo masculino, adulto jovem e heterossexual. Destaca-se também que houve um aumento na população acima de 60 anos infectada com o vírus.

Palavras-chave: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Abandono; Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: The profile of patients with the Human Immunodeficiency Virus suffered transformations in the last couple of years with propension to interiorization, straightwashing, feminization and pauperization. Brazil distributed free the antiretroviral medicines ensuring the treatment of these patients. *Objective:* analyzing the epidemiological profile of people with the Human Immunodeficiency Virus at the Unit Medication Distribution from the city of Juiz de Fora. *Methods:* observational, retrospective, descriptive and analytical study. Specimen containing 4.078 people with collected data in the Medication Logistics Management System from the Unit Medication Distribution localized at the Specialized Assistance Service of Juiz de Fora – MG, from 2010 to 2019. *Results:* from 2.405 patients, 295 were found abandoned and 2.110 were active in the system. The lowest incidence of active patients was in 2010 and the most one in 2018. In regard to the treatment evasion, 2015 had the highest rate (54 cases), opposed to 2010 which had the lowest rate (13 cases). The predominant gender in the survey was the male (70,2%); the prevalent age group was between 20 and 40 years old (60,2%). In regard to the patients' profile who quit the treatment program, the male gender was predominant (59,7%), along with the age group of 20 to 40 years old (57,0%). *Conclusion:* The discovery confirms the increase of infection by the Human Immunodeficiency Virus in Brazil,

along with the patient profile, which is the male gender, young adult and heterosexual. It also stands out the increase of the population over 60 years old infected with the virus.
Keywords: *HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Abandonment; Treatment.*.

INTRODUÇÃO

Desde 1981, ano que foi descoberta, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV - *Human Immunodeficiency Virus)* causa uma grande morbimortalidade nos seus portadores, o que a torna relevante para ser discutida[1]. Acredita-se que a infecção viral, tenha sido originada a partir de retrovírus não patogênicos de primatas, conhecidos como macacos-verdes da África. Assim, o retrovírus denominado *Simian T-linphotropic vírus type* III pode ter sido transmitido através da mordida ou de alimento malcozido (cérebro) proveniente do animal primata [2].

O HIV é o retrovírus responsável por infectar os linfócitos $TCD4^+$ do corpo humano podendo diminuir a ação do sistema imune e causar assim, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS – sigla do inglês). Nota-se que existe uma diferença entre os termos HIV e a AIDS, termos esses que são facilmente utilizados de maneira errônea, pois os pacientes portadores do HIV não necessariamente manifestam a AIDS[3]. A transmissão do vírus se dá através do contato com secreções seja por relação sexual sem o uso de preservativos, compartilhamento de seringas, perfurações com agulhas ou objetos cortantes contaminados ou por transmissão vertical da mãe para o feto[4]. A infecção pelo HIV e a AIDS fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças do Ministério da Saúde[5].

Em 1981, quando a AIDS foi descoberta, o perfil epidemiológico dos pacientes com HIV no Brasil era restrito a alguns círculos cosmopolitas das metrópoles nacionais e era marcado pela população masculina que abrangia, sobretudo, homens com prática sexual homossexual, bissexuais e indivíduos hemofílicos. O Brasil vem sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico, sendo observada uma predisposição a interiorização, heterossexualização, feminização e pauperização da epidemia[6].

Os primeiros medicamentos antirretrovirais (ARV) surgiram na década de 80. Já em 1991, o Brasil iniciou a distribuição pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da Zidovudina, sendo que a mesma começou a ser fabricada no país a partir de 1993. O acesso a essa medicação confirmou a política dos direitos sociais e humanos explicitados na Constituição de 1988 e dos princípios do SUS. Pouco depois, o Brasil adotou a política do direito ao acesso aos medicamentos no SUS e aprovou a Lei 9.313/1996[7]. Então, desde 1996, o Brasil distribui gratuitamente pelo SUS todos os medicamentos ARV e, desde 2013, o SUS garante tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), independentemente da carga viral[8].

As medicações ARV's não têm como objetivo a erradicação do HIV e sim, diminuir a morbimortalidade das PVHIV sendo constatado que, quanto mais precoce o início da terapia ARV, melhores eram os resultados para o paciente[9]. É possível observar também que pacientes com a carga viral indetectável por um período mínimo de seis meses, não transmitem o vírus ao seu parceiro sorodiscordante por via sexual[10]. Além de ofertar o tratamento para quem convive com o vírus, em dezembro de 2017, o Brasil se engajou na política de prevenção do HIV e aderiu à chamada Profilaxia pré-Exposição (PrEP)[11].

Diante da necessidade de prestar assistência às PVHIV, foi implantado em 1995 no município de Juiz de Fora – Minas Gerais (MG), o Centro de Orientação e Apoio Sorológico, denominado Centro de Testagem e Acolhimento (CTA) e, em 1996, o Serviço de Assistência Especializada (SAE)[12]. Ambos têm como princípios a acessibilidade, gratuidade e anonimato[13]. Juiz de Fora é um município brasileiro que se localiza na Zona da Mata Mineira do estado de Minas Gerais. Sua população estimada em 2019 era de 568.873 habitantes, sendo o quarto município mais populoso do estado e trigésimo sexto do Brasil[14]. Para a distribuição dos medicamentos, o município conta com duas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM's) dentre as 74 existentes no estado, que são responsáveis pela dispensa de medicamentos para Terapia Antirretroviral (TARV), tratamento de doenças secundárias ao HIV, tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e distribuição de fórmula infantil para filhos de mães HIV positivas, sendo uma localizada no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e outra no Serviço de Assistência Especializada[15].

Diante do exposto, o presente estudo objetivou determinar o perfil epidemiológico dos indivíduos com HIV cadastrados na UDM do SAE, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais e verificar o perfil de abandono ao tratamento dos mesmos.

MÉTODOS

O presente estudo foi de caráter observacional retrospectivo, com componentes descritivos e analíticos, baseado na coleta de dados de 4.078 pessoas vivendo com HIV em TARV cadastrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) da UDM localizada no SAE, do ano de 2010 até 2019 no município de Juiz de Fora – MG.

Como os dados analisados advinham apenas de notificações compulsórias de indivíduos com HIV, foram verificadas as seguintes variáveis: sexo, idade conforme última alteração do sistema, ano de cadastramento no sistema, naturalidade, pacientes ativos no sistema, tempo de TARV na UDM, abandonos, transferências e óbitos.

Foram incluídos no presente estudo, indivíduos de todas as faixas etárias, de ambos os sexos, com notificação compulsória do HIV no SICLOM de janeiro de 2010 a dezembro de 2019 e abandonos, sendo possível comparar assim, dois quinquênios. Foram excluídos do estudo pacientes com notificação anteriores ao ano de 2010, notificações do ano de 2020, pacientes transferidos da UDM no intervalo analisado, naturalidades diferentes de Juiz de Fora, tempo de TARV e óbitos no período analisado, totalizando 1.673 pacientes.

Os dados foram armazenados no programa Excel 365, *Microsoft Corporation*®USA. Para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS 21.0, IBM®SPSS *Statistics*. Medidas de posição e tendência central foram utilizadas para a descrição de variáveis contínuas e proporções, para as variáveis categóricas estudadas.

Neste estudo, o abandono ao tratamento foi identificado seguindo o Ministério da Saúde. Segundo este, classifica-se como abandono de tratamento quando o paciente deixa de comparecer à consulta por um tempo maior do que seis meses [16].

Para a variável contínua idade, após verificar a normalidade através do teste de Shapiro Wilk, foi investigada a diferenças aplicando-se o teste T de igualdade de duas amostras independentes. Na análise das variáveis categóricas (sexo e faixa etária), para verificar a

diferença entre os quinquênios 2010-2015 e 2015-2019 (amostras independentes) foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson.

Na análise do *p*-valor e os intervalos de confiança, o valor crítico foi definido em 95% (α=0,05).

A dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtida, visto que é uma pesquisa baseada em dados notificados à Vigilância Sanitária. Os princípios da ética na pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados com rigor e estão de acordo com o preconizado na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, com parecer de número 3.707.541.

RESULTADOS

De um total de 2405 pacientes, 295 encontraram-se em abandono e 2110 ativos no sistema. Dentre o período analisado, de 2010 a 2019, a menor incidência foi de 123 pacientes no ano de 2010 e a maior, de 305 pacientes no ano de 2018 do total de ativos no sistema SICLOM. Com relação à evasão ao tratamento, no mesmo período, no ano de 2010 evidenciou-se 13 casos, sendo o ano com menor abandono, enquanto, no ano de 2015, foram evidenciados 54 casos, sendo o ano com maior abandono.

Os dados coletados em relação ao sexo dos pacientes com cadastro ativo na UDM, estão descritos na Tabela 1.

Com relação ao sexo dos pacientes, nos anos de 2010 a 2014, o sexo masculino representava 65,2%, aumentando para 73,2% no período de 2015 a 2019, em um total acumulativo de todos os anos de 70,2%. Já o sexo feminino apresentou queda no número de casos de 34,8% nos anos de 2010 a 2014 para 26,8% nos anos de 2015 a 2019, sendo que em todo período de 2010 a 2019 representou 29,8% dos casos (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização dos pacientes com cadastro ativo na UDM (JF) quanto ao sexo e idade, em cada quinquênio em que foi realizado o cadastro: 2010 a 2014 e 2015 a 2019.

	Cadastro 2010 - 2014			**Cadastro 2015-2019**		
	Masculino	**Feminino**	**p-valor**	**Masculino**	**Feminino**	**p-valor**
N (%)	523 (65,2%)	279 (34,8%)		958 (73,2%)	350 (26,8%)	
Idade**	37,26±11,81	34,48±13,85	0,189	35,13±11,97	38,92±13,24	<0,05*
Mediana	35,70	38,19		32,73	38,27	

*indica significância em p<0,05 pelo Teste t de Student
** Média de anos±DP

A média de idade dos cadastrados de acordo com sexo apresentou diferença apenas no quinquênio 2015-2019, sendo os homens (35,13±11,97 anos) mais jovens que as mulheres (38,92±13,24 anos) ($p<0,05$) (Tabela 1). Descrevendo a amostra por faixa etária, as idades mais prevalentes se mantiveram entre 20-40 anos com 60,2% dos pacientes, seguidas pela faixa etária dos 40-60 anos com 31,2%, >60 anos com 4,6% e <20 anos com 3,9%. Percebeu-se um aumento na faixa etária dos 20-40 anos quando comparados os períodos de 2010 a 2014 e 2015 a 2019, com 54,9% e 63,5%, respectivamente. Os maiores de 60 anos nos mesmos períodos apresentaram aumento de 4,1% para 5%, respectivamente.

Analisando a proporção de pacientes por sexo e a faixa etária que abandonaram o programa durante o período analisado, não foram encontradas diferenças significativas para tais variáveis entre os quinquênios ($p=0,315$ e $p=0,676$, respectivamente) (Tabela 2).

Tabela 2 – Proporção dos pacientes que abandonaram o tratamento antirretroviral na UDM (JF) quanto ao sexo e faixa etária e comparação dessas variáveis entre os quinquênios em que foi realizado o cadastro: 2010 a 2014 e 2015 a 2019.

	Cadastro 2010-2014	**Cadastro 2015-2019**	**Total 2010-2019**	**p-valor**
	N (%)	**N (%)**	**N (%)**	
Sexo				
Masculino	81 (57,9%)	95 (61,3%)	176 (59,7%)	0,315
Feminino	59 (42,1%)	60 (38,7%)	119 (40,3%)	
Faixa etária				
< 20 anos	3 (2,2%)	4 (2,6%)	7 (2,4%)	0,676
20 – 40 anos	77 (55,4%)	90 (58,4%)	167 (57,0%)	
40 – 60 anos	48 (34,5%)	53 (34,4%)	101 (34,5%)	
> 60 anos	11 (7,9%)	7 (4,5%)	18 (6,1%)	

DISCUSSÃO

O perfil epidemiológico de pessoas vivendo com HIV ao longo dos anos foi se modificando. Inicialmente, quando identificada no Brasil em 1982, a AIDS foi denominada como doença dos 5H's – Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos e *Hookers*[17]. O conceito "grupo de risco" era utilizado para definir pessoas mais susceptíveis a infecção pelo vírus e englobava homens homossexuais com alto nível de escolaridade. Com o passar dos anos o conceito "comportamento de risco" tornou-se mais importante, englobando usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Entretanto, o conceito mais utilizado nos dias de hoje para a população suscetível é o da "vulnerabilidade" que engloba a feminização, interiorização, heterossexualização e pauperização do perfil dos pacientes[18,19].

No Brasil, o número de casos de AIDS tem diminuído desde 2013 quando atingiu 42 934 novos casos até 2018, quando foram registrados 37 161 casos incidentes[20]. Para o Ministério da Saúde, a provável razão para essa diminuição seria a ampliação do acesso a testagem e um menor tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, fazendo com que o paciente não chegue a desenvolver a AIDS[21].

Em contraposição aos casos de AIDS, os casos de HIV têm apresentado um aumento como foi possível observar em Juiz de Fora. No município, o aumento foi de cerca de 2,48 vezes o número de usuários ativos no sistema entre 2010 a 2018. Já a nível nacional encontra-se, no mesmo período, um acréscimo de 1,21 vezes no número de casos[22]. Como possíveis causas para esse aumento, observou-se a ampliação do acesso à testagem através de abertura dos CTA[23], o enfraquecimento do estigma negativo em relação ao HIV por parte da população[24], a descentralização e municipalização das ações referentes a atenção em saúde o que proporcionou a municípios de menor porte um aumento do número de diagnósticos[23]. Tal fato ocorre principalmente na região Norte e Nordeste do Brasil que apresentaram tendência de aumento das detecções ao longo dos anos, por outro lado as demais regiões apresentaram tendência a queda de detecções[20].

Em âmbito mundial, a Meta 90-90-90 do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS - sigla do inglês) teve um impacto importante tanto na diminuição da AIDS, estipulando que até 2020: 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberiam que têm o vírus, 90% de todas as pessoas diagnosticadas receberão terapia antirretroviral ininterruptamente e 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral. Esse prazo, no entanto, teve que ser estendido para 2030 devido ao não cumprimento da meta por alguns dos países envolvidos, incluindo o Brasil que, em 2017, tinha 84% das pessoas sabendo do diagnóstico, 75% em TARV e 92% com supressão viral[25].

No que se diz respeito ao sexo o presente estudo apontou uma superioridade da infecção em pacientes do sexo masculino, visto que durante todo o período estudado a porcentagem encontrada foi de 70,2% dos casos, corroborando com o perfil nacional, que segundo Brasil[20], demonstrava de janeiro a julho de 2019, uma incidência de HIV em 72,5% de pacientes do sexo masculino e 27,5% do sexo feminino, em uma razão de cerca de 2,6:1 caso entre homens e mulheres.

Ainda corroborando a proporção encontrada no presente estudo, a investigação realizada por Trindade et al.[26] no município de Montes Claros - MG, entre janeiro de 1986 e dezembro de 2016, obtiveram, da mesma forma, um maior percentual do sexo masculino em relação ao feminino, em que 59,8% dos casos eram do sexo masculino e 40,2% no sexo feminino. Embora com uma razão menor entre os sexos, se comparado com o estudo atual,

percebeu-se a maior frequência do vírus dentre homens. Do mesmo modo, estudos feitos nos municípios de Natal-RN[27] e Caxias-MA[28] demonstraram também uma maior prevalência no sexo masculino com 52% e 54,8%, respectivamente.

Com relação à superioridade de casos no sexo masculino, que sempre foi o mais prevalente no âmbito nacional desde a descoberta do vírus, pode se pensar em uma relação da maior prevalência devido ao elevado número de parceiras e parceiros sexuais quando comparado com as mulheres; início da vida sexual precoce e uso irregular do preservativo[29]. Ademais, a presença de algumas características envolvidas em uma relação sexual anal, principalmente dentre os homossexuais e bissexuais, em que micro traumatismos da mucosa peniana e retal favoreceriam a infecção[30].

Apesar de o sexo masculino ter a maior prevalência, o sexo feminino faz parte principalmente do perfil de vulnerabilidade. Entretanto, Silva[31] afirmou que mesmo ainda havendo uma tendência do aumento do número de casos no sexo masculino, o sexo feminino acresce o número de infecções pelo HIV cada vez em maior proporção, desde os anos de 1990. Em seu estudo, a prevalência entre os sexos foi de 57,43% no sexo masculino e 42,57% no sexo feminino. Provavelmente, o aumento dos casos no estudo de Silva[31], decorreu principalmente devido a transmissão heterossexual, o não uso do preservativo e a confiabilidade em seus parceiros [31].

Algumas condições biológicas e socioeconômicas estão envolvidas no perfil de vulnerabilidade feminina, como o fato da mucosa vaginal exposta ao sêmen ser relativamente mais ampla, e quanto mais jovem a mulher, mais delgada é a parede vaginal. Além disso, uma relação de poder desfavorável com o parceiro acaba tornando-a mais suscetível a aceitar ou não o uso de preservativo[32].

O presente estudo e o perfil nacional apresentaram uma discordância com o estudo realizado em Óbidos – PA[33], no período de 2012 a 2017, o qual apresentava uma prevalência de 53,1% no sexo feminino e 46,9% no masculino. Nele, pode se observar o perfil de feminização da população vivendo com HIV. Em populações africanas, que junto ao Oriente abrigam 50% das pessoas convivendo com HIV no mundo[25], as mulheres são as mais afetadas devido, principalmente, às desigualdades de gênero, poligamia, altos índices de violência e a submissão da mulher [34].

No que diz respeito à faixa etária, a maioria dos pacientes apresentavam idades entre 20 e 40 anos, estando assim em conformidade com os dados fornecidos pelo SINAM referente à população brasileira em 2019, em que a faixa etária de maior prevalência de pessoas vivendo com HIV foi de 20 a 34 anos, equivalente a 52,7% dos casos[20]. O mesmo foi analisado em Bom Jesus da Lapa-BA[35], em que a idade de maior prevalência de indivíduos com HIV está entre 30 e 39 anos, e uma das explicações para esse maior número de casos nessa faixa etária, é a idade com maior atividade sexual [35].

Ainda no que tange a idade, a atual pesquisa corroborou também com o estudo realizado em Caxias-MA que identificou resultados semelhantes, com predomínio da faixa etária de 30-39 anos[28]. Os dados oriundos do município de Óbidos-PA[33], também ratificaram da mesma forma os resultados encontrados, no qual a amostra feminina apresentou predominância na faixa etária entre 38 a 47 anos e, em contrapartida, a população masculina contribuiu com o montante de 50% dos pacientes na faixa etária de 28 a 37 anos. Esses dados são concordantes

também com o estudo realizado em Natal/RN[27], em que as idades mais acometidas foram entre 20-30 anos.

Na pesquisa realizada no município de Parnaíba-PI, Pereira et al.[36] apontaram que os casos de infecção pelo HIV em adultos jovens estão principalmente relacionados com o início precoce das atividades sexuais, taxas de atividade sexual com diferentes parceiros e o desuso de preservativo nas relações, além de muitos não apresentarem conhecimento necessário acerca da transmissão e prevenção da doença. A não utilização de preservativo foi observada nos estudos de Silva, Wiese e Furtado[37], realizado em João Pessoa-PB, onde 10% da população declarou não usar o condon em decorrência da diminuição do prazer ou por não ter noção da finalidade do uso do mesmo. Menezes et al.[35] ainda relataram que o uso da pílula anticoncepcional foi associado como a melhor forma de prevenção da gravidez, mas não como método preventivo de IST's, para essa finalidade deve ser utilizado em conjunto um método de barreira[35].

Na população acima dos 60 anos foi possível observar um acréscimo de 4,6% dos casos em todo o período analisado estando de acordo com o Brasil[20], que entre os anos de 2007 a 2018, encontrou um aumento significativo do HIV na população acima de 60 anos. Alguns fatores estão relacionados a esse aumento, dentre eles pode-se citar fármacos que auxiliam no desempenho sexual e no tratamento de reposição hormonal, a não preocupação com concepção, além da dificuldade de coordenação no manuseio do preservativo, esquecendo-se das IST's[38-40].

No contexto de HIV e AIDS, além de dirigir atenção para o grupo em vulnerabilidade, é importante estar de igual maneira atento aos pacientes em tratamento, haja visto que a não adesão ao tratamento da TARV dos pacientes com HIV prejudica o êxito do programa de distribuição de medicamentos, implantado no sistema de saúde desde 1996. Esse abandono do tratamento é visto como um acontecimento complexo[41].

O Ministério da Saúde preconizou que, para um bom prognóstico da doença, é essencial uma correta adesão aos medicamentos antirretrovirais [16]. Vários fatores estão descritos como razão para a baixa adesão terapêutica. O fato de ter a doença conhecida e expor o paciente é um dos fatores que leva ao abandono, pois acaba tendo receio de ser discriminado pela sociedade e inclusive pela própria família[42].

O aspecto relacionado ao sexo dos pacientes em abandono foi pesquisado e evidenciou o predomínio de pacientes do sexo masculino em ambos os quinquênios. Esse dado corrobora os achados de Abreu[28] ao constatarem que os homens foram aqueles que mais abandonaram o tratamento em seu estudo[28]. Os homens foram considerados maioria quando se tratou deste assunto, pois há uma crença de que estes são menos vulneráveis. Sendo assim, também é considerado o grupo que menos procura e frequenta os serviços de saúde[41] e que faz menos uso de medicamentos em relação às mulheres, principalmente quando é prescrito um número maior de esquemas terapêuticos[43]. A quantidade de medicamentos implicou no abandono, não só pela quantidade de medicação, mas também pela dificuldade de ingesta, pelo gosto e cheiro, a frequência dos horários a serem seguidos e pelo longo tratamento[41].

O uso de drogas ilícitas e lícitas exerce grande influência na má adesão ao tratamento, principalmente nas interrupções das tomadas durante os finais de semana e feriados, quando as bebidas alcoólicas são usadas com maior frequência, além de antecedentes psiquiátricos[44], más companhias, não aceitação da doença, desinformação e a falta de apoio psicológico, familiar e financeiro[45]. Os efeitos colaterais como distúrbio gastrintestinais e *rash* que podem surgir com

o uso da medicação também são considerados como fatores de contribuição para a interrupção do tratamento[46].

Com relação à faixa etária dos pacientes em abandono foi observado, uma faixa etária mais ampla quando comparado ao estudo de Schilkowsky, Portela e Sá[44], este possuía uma prevalência de 30 a 39 anos de idade, enquanto no atual estudo a faixa etária com maior prevalência de abandonos foi de 20-40 anos.

CONCLUSÃO

A AIDS vem diminuindo no Brasil, porém, o número de pessoas vivendo com HIV está aumentando, e nessa crescente observou-se a ascensão de indivíduos acima de 60 anos e de mulheres, cujo percentual no passado era menos expressivo. Verificou-se uma predominância de adultos jovens, com faixa etária entre 20 a 40 anos e do sexo masculino com HVI atendidos na UDM do SAE.

O perfil de abandono dos pacientes em tratamento também foi constituído de indivíduos do sexo masculino, naturais de Juiz de Fora/MG, na faixa etária de 20 a 40 anos.

Diante do exposto, reforça-se a importância das estratégias de prevenção primária, através de campanhas educativas para a população, conscientização do uso das medicações antirretrovirais e seus benefícios; bem como prevenção secundária, aumentando o número de testagem. Seria necessário melhorar a qualidade dos serviços de atendimento especializado para HIV/AIDS e capacitar os profissionais de saúde com o objetivo de mantê-los atualizados e a fim de proporcionar um melhor atendimento a essa população.

REFERÊNCIAS

1 Nunes AA, Caliani LS, Nunes MS, da Silva AS, de Mello LM. Análise do perfil de pacientes com HIV/Aids hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART). Ciência & Saúde Coletiva 2015; 20(10): 3191-8.

2 Souza M. Assistência de enfermagem em infectologia. São Paulo: Atheneu; 2004.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. O que é HIV [texto na internet]. s.d. [citado 2020 Mar 17]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv.

4 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). HIV: sintomas, transmissão e prevenção. [texto na internet]. 2012. [citado 2020 Mar 17]. Disponível em: https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/sintomas-transmissao-e-prevencao-nat-hiv

5 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2014. Seção 1.

6 de Brito AM, de Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical;2001;34(2): 207-17.

7 Brasil. Lei n° 9.313/96, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Diário Oficial da união. 14 nov. 1996; Seção1.

8 Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Tratamento para o HIV [texto na nternet]. s.d. [citado 2020 Mar 17]. Disponível em:http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/tratamento-para-o-hiv

9 Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

10 Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O.Risk of HIV transmission through condomless sex inserodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study.Lancet 2019. 393: 2428-38.

11 da Silva AFC, Cueto M. HIV/Aids, os estigmas e a história. Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2018; 25(2): 311-4.

12 Brasil. Ministério da saúde Profilaxia Pré-exposição (PrEP). [texto na internet]. s.d. [citado 17 Mar 2020]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/profilaxia-pre-exposicao-prep

13 Juiz de Fora. Programa DST/AIDS. Programa de Juiz de Fora -2010. [texto na internet].2009. [citado 2020 Mar 15]. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/aids_dst/programa.php.

14 Brasil. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Cidades@ [citado 2020 Mar 17]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama

15 Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) [homepage na internet]. Relação de UDMs cadastrando Usuários SUS [citado 2020 Mar 20]. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/graficos/resumo.php?ufs=MG&info_id=3

16 Moraes DCDA, Oliveira RCD, Costa SFG. Adesão de homens vivendo com HIV/Aids ao tratamento antirretroviral 2014; 18(4): 676-81.

17 Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de infecções crônicas e Infecções Sexualmente transmissíveis. [tetxo na internet]. s.d. [citado 2020 Mar 17]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo.

18 Garcia S, de Souza FM. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. Revista Saúde e Sociedade 2010; 19(2): 9-20.
19 Schaurich D. Dos grupos de risco à vulnerabilidade: Reflexões em tempos de HIV/Aids. Revista Contexto & Saúde 2004;3(6): 115-27.

20 Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

21 Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de infecções crônicas e Infecções Sexualmente transmissíveis [homepage na internet]. Garantia de tratamento para todos reduz 16% casos e óbitos de AIDS no país [citado 2020 Mar 17]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/garantia-de-tratamento-para-todos-reduz-16-casos-e-obitos-de-aids-no-pais

22 UNAIDS. Miles to go. Global AIDS update 2018. Geneva: UNAIDS; 2018

23 Grangeiro A, Escuder MM, Veras MA, Barreira D, Ferraz D, Kayano J. Voluntary counseling and testing (VCT) services and their contribution to access to HIV diagnosis in Brazil. Cad. Saúde Pública 2009; 25(9):2053-63.

24 Abati PAM, Segurado AC. Testagem anti-HIV e estadio clínico na admissão de indivíduos em serviço de saúde especializado. Rev Saúde Pública 2015;49(16): 1-8.

25 UNAIDS. Ending AIDS Progress towards the 90–90–90 targets. GLOBAL AIDS UPDATE | 2017. Geneva: UNAIDS; 2017.

26 Trindade FF, Fernandes GT, Nascimento RHF, Jabbur IFG, Cardoso ADS. Perfil epidemiológico e análise de tendência do HIV/AIDS. Journal Health NPEPS 2019; 4(1): 153-65.

27 da Silva RAR, Silva RTS, do Nascimento EGC, Gonçalves OP, Reis MM, da Silva BCO. Perfil clínico-epidemiológico de adultos HIV-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN. Rev Fund Care Online 2016; 8 (3): 4689-96.

28 Abreu SRD, Pereira BM, Silva MND, Moura LRP, Brito CMSD, Câmara JT. Estudo epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (hiv/aids), Caxias-MA. R. Interd 2016; 9:4.

29 Barbosa Júnior A, Szwarcwald CL, Pascom ARP, de Souza Júnior PB. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil,1980-2004. Cad Saúde Pública 2009; 25(4): 727-37.

30 de Souza MG, Passos ADC, Machado AA, de Castro Figueiredo JF, Esmeraldino LE. Co-infecção HIV e vírus da hepatite B: prevalência e fatores de risco. Rev Soc Bras Me Trop 2004; 37(5): 391-5.

31 da Silva CM, Jorge AS, Dalbosco K, de Peder LD, Horvath JD, Teixeira JJV,et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV em um centro de referência no Sul do Brasil: característica de dez anos . R Epidemiol Control Infec 2017; 7(4): 227-33.

32 Marques Júnior JS, Gomes R, do Nascimento EF. Hegemonic masculinity, vulnerability and the prevention of HIV/AIDS. Ciênc Saude Coletiva 2012;17(2): 511-20.

33 Alvarenga APA, do Nascimento VB, dos Santos LA. Perfil Epidemiológico de Pacientes Soropositivos no Município de Óbidos/Pa, entre os anos de 2012 a 2017. Revista Saúde Integrada 2019; 12(24): 3-15.

34 de Souza Vieira AC, Rocha MSG, Head JF, Casimiro IMAPC. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. Rev. katálysis [online] 2014;17(2): 196- 206.

35 Menezes AMF, Almeida KT, Nascimento AKA et al. Perfil Epidemiológico Das Pessoas Soropositivas Para Hiv/Aids.Revista Enfermagem Integrada. 2018; 12 (5): 1225-32.

36 Pereira TG, de Araújo LF, Negreiros F, de Souza Barros Neto RN. Análise do comportamento sexual de risco à infecção pelo HIV em adultos da população em geral. Psico 2016; 47(4) 249-58.

37 Silva EAA, Wiese IRB, Furtado FMS. Comportamentos preventivos e percepção de vulnerabilidade ao HIV de adultos jovens em relacionamento estável. Atas CIAQ 2014 [cited 2020 Mar 18] A; 2(1): 4128. Available from: https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAI

38 Szirony TA. Infection with HIV in the elderly population. J Gerontol Nurs 1999; 25 (10): 25-31.

39 Dornelas Neto J, Nakamura AS, Cortez LER, Yamaguchi MU. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(12): 3853-64.

40 Laroque MF, Affeldt AB, Cardoso DH, de Souza GL, Santana MDG, Lange C. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. Rev. Gaúcha Enferm. 2011; 32(4): 774-80.

41 Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. Rev. Saúde Pública 2007; 41(2): 87-93.

42 Silva JB, Cardoso GCP, Rufino Netto A, Kritski AL. Os significados da comorbidade para os pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento. Physis 2015; 25(1): 209-29.

43 Blatt CR, Citadin CB, de Souza FG, de Mello RS, Galato D. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop 2009; 42(2): 1312-36.

44 Schilkowsky LB, Portela MC, de Castilho Sá M. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro, RJ. Rev. bras. Epidemiol. 2011; 14(2): 187-97.

45 Rodrigues M, Maksud I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. Saúde debate 2017; 41(113): 526-38.

46 de Almeida EL, da Silva Araújo GB, Santos VA, Bustorff LACV, de Lima Pereira AV, Dias MD. Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes. Revista Mineira de Enfermagem. 2011; 15(2): 208-16.