

Paulo Afonso Martins Abati¹Aluisio Cotrim Segurado^{II}

Testagem anti-HIV e estadios clínicos na admissão de indivíduos em serviço de saúde especializado. Pará, Brasil

HIV testing and clinical status at individuals admission to an HIV care center

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as características clínicas e laboratoriais de indivíduos infectados pelo HIV na admissão em serviço de referência em saúde.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado entre 1999 e 2010, com 527 indivíduos com diagnóstico sorológico confirmado de infecção pelo HIV, matriculados em serviço de saúde ambulatorial, em Santarém, PA, Brasil. Foram coletadas informações de prontuários referentes à população estudada sobre o motivo de realização da testagem anti-HIV, estadios clínicos e número de linfócitos T CD4+ periféricos, no ato da matrícula. Os dados foram distribuídos em três grupos, segundo ano de admissão do paciente: 1999 a 2002 (P1), 2003 a 2006 (P2) e 2007 a 2010 (P3), para a análise comparativa das variáveis de interesse.

RESULTADOS: Do total estudado, 62,0% dos pacientes foram admitidos no grupo P3. O motivo de realização da testagem anti-HIV diferiu entre os sexos. Houve preponderância da realização do teste por presença de sintomas sugestivos da infecção na população masculina e pelo conhecimento da soropositividade do parceiro entre as mulheres nos grupos P1 e P2. A maior proporção de mulheres testadas por apresentarem sintomas de infecção pelo HIV/aids fez desaparecer essa diferença entre os gêneros no período mais recente. Observou-se maior participação de matriculados em fase mais avançada da doença no grupo P3.

CONCLUSÕES: Apesar do maior reconhecimento de casos de HIV/aids, os pacientes seguem descobrindo seu status sorológico tardiamente e apresentando-se à admissão no serviço de saúde com doença em atividade. A epidemia de HIV/aids no Pará apresenta especificidades em evolução que compõem o complexo mosaico da epidemia na região Norte e no Brasil.

DESCRIPTORIOS: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, epidemiologia. Infecções por HIV, epidemiologia. Sorodiagnóstico da AIDS, tendências.

^I Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Aluisio Cotrim Segurado
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 470 térreo sala 6
05403-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: segurado@usp.br

Recebido: 2/11/2012

Aprovado: 17/9/2014

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the clinical and laboratory characteristics of HIV-infected individuals upon admission to a reference health care center.

METHODS: This cross-sectional study was conducted between 1999 and 2010 on 527 individuals with confirmed serological diagnosis of HIV infection who were enrolled in an outpatient health care service in Santarém, PA, Northern Brazil. Data were collected from medical records and included the reason for HIV testing, clinical status, and count of peripheral CD4+ T lymphocytes upon enrollment. The data were divided into three groups, according to the patient's year of admission – P1 (1999-2002), P2 (2003-2006), and P3 (2007-2010) – for comparative analysis of the variables of interest.

RESULTS: In the study group, 62.0% of the patients were assigned to the P3 group. The reason for undergoing HIV testing differed between genders. In the male population, most tests were conducted because of the presence of symptoms suggesting infection. Among women, tests were the result of knowledge of the partner's seropositive status in groups P1 and P2. Higher proportion of women undergoing testing because of symptoms of HIV/AIDS infection abolished the difference between genders in the most recent period. A higher percentage of patients enrolling at a more advanced stage of the disease was observed in P3.

CONCLUSIONS: Despite the increased awareness of the number of HIV/AIDS cases, these patients have identified their serological status late and were admitted to health care units with active disease. The HIV/AIDS epidemic in Pará presents specificities in its progression that indicate the complex characteristics of the epidemic in the Northern region of Brazil and across the country.

DESCRIPTORS: Acquired Immunodeficiency Syndrome, epidemiology. HIV Infections, epidemiology. AIDS Serodiagnosis, trends.

INTRODUÇÃO

A epidemia brasileira de aids constitui miscelânea de epidemias regionais de diferentes matizes em sua quarta década.³ A região Norte do País apresenta tendência de crescimento das taxas de detecção dessa doença, em contraste à diminuição na região Sudeste.^a O crescimento na região Norte ocorre em municípios com mais de 500.000 habitantes, como Belém, PA, cuja incidência da doença aumentou de 14,3 para 53,5 casos/100 mil habitantes entre 1997 e 2009.^a Tendência análoga é observada em municípios da região com menos de 50 mil habitantes: a incidência aumentou de 1,3 para 6,0 casos/100 mil habitantes entre 1997 e 2007.^b A dispersão da infecção pelo HIV/aids na região Norte é problema de saúde pública recentemente identificado. Essa dispersão é preocupante e desafiadora devido aos fatores socioambientais, culturais e econômicos característicos dessa região, que conferem à população peculiar vulnerabilidade de base individual, social e programática.¹²

Diversas transformações foram observadas no cenário socioeconômico da região nas últimas décadas. A abertura de novas fronteiras agrícolas relacionadas à produção de soja, pecuária extensiva e indústria madeireira produziu um reordenamento do ambiente e significativo afluxo migratório para o oeste do Pará.^{7,19} A rodovia BR-163 liga o município de Santarém ao de Cuiabá e os rios Tapajós e Amazonas constituem importantes eixos de comunicação entre Santarém, municípios da região oeste do Pará e outros centros do Norte do País. São rotas de circulação de mercadorias e de pessoas que contribuem para a disseminação de doenças infecciosas dentro da Amazônia brasileira.¹

A influência desses fatores deve ser considerada quanto à infecção por HIV/aids. O monitoramento evolutivo das demandas assistenciais em serviços especializados de atenção às pessoas que vivem com HIV/aids pode ser útil para o planejamento das ações em saúde. Identificar os motivos que levam os usuários do Sistema Único de

^a Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013;2(1).

^b Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília (DF); [s.d.].

Saúde da região adstrita à Santarém a realizar o teste anti-HIV e caracterizar o estadió evolutivo da infecção pode fornecer subsídios para identificar vulnerabilidades e adoecimento pelo HIV nessa região.

O presente estudo teve por objetivo analisar as características clínicas e laboratoriais de indivíduos infectados pelo HIV na admissão em serviço de referência em saúde.

MÉTODOS

Estudo transversal em indivíduos com diagnóstico sorológico confirmado de infecção pelo HIV, matriculados no serviço médico ambulatorial do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Santarém, entre janeiro de 1999 e dezembro de 2010. O corte correspondeu à data de admissão dos pacientes ao serviço onde se realizou o estudo.

A assistência especializada a pessoas vivendo com HIV teve início no oeste do Pará, em 1998, com a implantação do CTA, nove anos após o primeiro registro oficial de caso de aids do município de Santarém. Tal iniciativa ocorreu 10 anos após a estruturação do primeiro CTA no Sudeste do País.^c O CTA de Santarém oferece serviços de testagem e aconselhamento. Além disso, desde sua criação, passou a ser referência para seguimento ambulatorial e tratamento de pessoas com HIV/aids de municípios das mesorregiões do Baixo Amazonas e Sudoeste do Pará, que compreendem uma área de 722.358 km² e têm cerca de um milhão de habitantes.^d Esse serviço oferece acompanhamento multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, farmacêutico e psicólogo.

No CTA de Santarém são realizadas consultas ambulatoriais, dispensação de antirretrovirais, coleta de exames laboratoriais, vigilância epidemiológica da infecção pelo HIV/aids e aplicação de imunobiológicos para os indivíduos em acompanhamento desde 1999. O CTA tornou-se um Serviço de Assistência Especializada (SAE) nos moldes propostos pelo Ministério da Saúde a partir de 2008.^e

Neste estudo foram incluídos indivíduos com diagnóstico sorológico confirmado de infecção pelo HIV, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.^f Foram excluídos pacientes transferidos de outros serviços e aqueles infectados pelo HIV menores de 13 anos de idade.

Os dados foram extraídos de prontuários clínicos do serviço, que dispunham de ficha padronizada para registro de informações coletadas na primeira consulta. Procedeu-se à coleta sistematizada de dados na ficha

de atendimento, em busca de informações referentes à admissão do indivíduo no serviço até no máximo de 90 dias após sua matrícula.

As variáveis de interesse do estudo foram: motivo da realização do teste sorológico anti-HIV; estadió clínico da infecção pelo HIV, segundo critérios estabelecidos pelos Centers for Disease Control em 2008;⁵ resultado da determinação quantitativa de linfócitos T CD4+ periféricos e; período de matrícula no CTA/SAE de Santarém.

A variável “motivo da realização do teste anti-HIV” foi categorizada com base no relato dos participantes contido no prontuário nas seguintes categorias excluídas entre si: existência de sinais e sintomas sugestivos de HIV/aids, assintomático(a) com parceiro(a) soropositivo(a), ocorrência de doença sexualmente transmissível, triagem sorológica no cuidado pré-natal, percepção de risco com base em relato de exposição presumida ao HIV, triagem sorológica em banco de sangue, diagnóstico sorológico no filho(a) ou ignorado.

A variável “período de matrícula no serviço” foi categorizada em três períodos: de 1999 a 2002, de 2003 a 2006 e de 2007 a 2010, grupos P1, P2 e P3, respectivamente. Tais períodos foram definidos operacionalmente, considerando as reformulações programáticas ocorridas na atenção a pessoas com HIV/aids na região. Ocorreu a estruturação do serviço de Santarém como referência para os 25 municípios da região em P1; a implementação de novas rotinas diagnósticas, como o uso dos testes sorológicos rápidos e a abertura de dois novos CTA nos municípios vizinhos e de maior população da região (Oriximiná e Itaituba), em P2, e, finalmente, a abertura de CTA em outros quatro municípios da região oeste do Pará, em P3.

As frequências das variáveis “motivo da realização do teste anti-HIV” e “estadió clínico e laboratorial à admissão” e a contagem de linfócitos CD4+ no sangue periférico (variáveis dependentes) foram comparadas na série histórica que compreendeu os três períodos: P1, P2 e P3 (variável independente). O “motivo de realização do teste anti-HIV” foi adicionalmente comparado entre os sexos.

A distribuição das variáveis foi realizada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Pelo teste Qui-quadrado, foi investigada, em cada período estudado, a associação entre o motivo de testagem anti-HIV e o sexo dos pacientes e entre o estadió clínico do HIV e os períodos de matrícula no CTA. Na análise dos estádios clínicos entre os períodos, nos casos em que o teste Qui-quadrado mostrou

^c Ministério da Saúde. Programa Nacional DST e AIDS. Contribuição dos centros de testagens e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços. Brasília (DF); 2008.

^d Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Brasília (DF); 2010 [citado 2014 fev 15]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>

^e Ministério da Saúde. Departamento Nacional DST/AIDS. Serviço de assistência especializada em HIV/Aids. Brasília (DF);[s.d.] [citado 2014 fev 15]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hiv/aids

^f Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV. Brasília (DF); 2008.

diferenças entre os grupos, foi investigada a associação entre o estadió clínico e cada período, no período de 1999 a 2001. Foi utilizada a regressão logística pela *odds ratios* (OR) e os respectivos intervalos de confiança de 95%. As contagens de linfócitos T CD4+ foram comparadas entre os períodos de interesse utilizando-se o teste Kruskal-Wallis. Em toda análise, adotou-se o nível de significância estatística de 5%.

Foram utilizados os programas EpiData Versão 2.1 para elaboração do banco de dados e SPSS 15.0 para análise estatística.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Prescindiu-se da obtenção de termo de consentimento livre e esclarecido por se tratar de estudo baseado em revisão de prontuários. Garantiu-se o anonimato dos sujeitos e o sigilo no manuseio das informações.

RESULTADOS

Foram matriculados no CTA/SAE de Santarém, de 1999 a 2010, 613 pacientes considerados elegíveis para o estudo. Destes, excluíram-se 23 cuja idade à admissão era inferior a 13 anos e 63 indivíduos por terem sido transferidos de outros serviços de saúde, totalizando os 527 analisados.

A distribuição dos sujeitos avaliados segundo o período de admissão no serviço foi de: 71 pacientes em P1 (1999 a 2002), 127 em P2 (2003 a 2006) e 329 em P3 (2007 a 2010).

O motivo de realização da testagem anti-HIV (Tabela 1) diferiu significativamente entre os sexos ($p < 0,002$). Embora 57,6% dos homens e 48,3% das mulheres tivessem realizado o teste devido à presença de sinais e sintomas sugestivos de infecção por HIV/aids, 34,2% das mulheres e 18,1%

dos homens o fizeram por terem parceiro(a) soropositivo(a) para o HIV. A testagem na assistência ao pré-natal, por ser exclusivamente feminina, foi excluída da análise comparativa entre os sexos. Porém, 30,5% das mulheres descobriram a condição de soropositividade no cuidado pré-natal. Esse foi o segundo motivo de testagem mais frequente entre as mulheres, superado apenas pela presença de sinais sugestivos de infecção pelo HIV/aids (33,3%).

A análise comparativa do motivo de realização da testagem anti-HIV, segundo o sexo e os períodos de matrícula no serviço é apresentada na Tabela 2. A categoria “Demais motivos de testagem” foi tomada como referência para cálculo, que agrega todas as categorias para essa variável, exceto “Sinais e sintomas sugestivos de HIV/aids” e “Triagem no pré-natal”, esta última excluída intencionalmente da análise. Foi observada diferença estatisticamente significativa em P1 e P2, caracterizada, no grupo P1 dos homens, pela preponderância da realização do teste devido à presença de sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV. Por outro lado, as mulheres descobriram predominantemente seu status sorológico devido a “Demais motivos de testagem” em P1 e P2, 83,3% e 55,6%, respectivamente. Os motivos de testagem para HIV foi semelhante entre os gêneros, em P3. Observou-se inversão da apresentação das categorias para essa variável, com predomínio da realização da testagem entre as mulheres devido à presença de sinais e sintomas sugestivos da infecção por HIV/aids (55,8%) em P3.

Ao se considerar todo o período do estudo, pouco mais da metade dos indivíduos apresentava classificação CDC 3 (52,0%) no momento da admissão ao serviço, caracterizada por número de linfócitos T CD4+ periféricos inferior a 200 células por mm^3 e/ou presença de pelo menos uma doença definidora de aids.^f A determinação quantitativa de linfócitos T CD4+ no sangue periférico foi realizada em 390 pacientes, observando-se mediana de 306 células/ mm^3 (mín 3; máx 1.665).

Tabela 1. Distribuição dos indivíduos com infecção pelo HIV/aids segundo sexo e motivo da realização do teste anti-HIV à admissão no CTA/SAE. Santarém, PA, 1999 a 2010.

Motivo da realização do teste anti-HIV ^a	Sexo				Total		p
	M		F		n	%	
	n	%	n	%			
Sinais e sintomas sugestivos de infecção por HIV/aids	178	57,6	72	48,3	250	54,6	0,002^b
Assintomático(a) com parceiro(a) soropositivo(a)	56	18,1	51	34,2	107	23,4	
Percepção de risco	41	13,3	13	8,7	54	11,8	
Outros motivos ^c	34	11,0	13	8,7	47	10,3	

CTA/SAE: Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Assistência Especializada

^a Categoria “Triagem no pré-natal” foi excluída do motivo do teste por ser exclusivamente feminina.

^b Teste Qui-quadrado.

^c Ocorrência de doença sexualmente transmissível; soropositividade para a infecção pelo HIV identificada em banco de sangue; diagnóstico sorológico no filho(a).

Dados ignorados para três pacientes.

Valores com significância estatística apresentados em negrito.

Tabela 2. Distribuição de indivíduos com infecção pelo HIV/aids, matriculados no CTA/SAE, segundo motivo de realização da testagem anti-HIV, sexo e período de matrícula. Santarém, PA, 1999 a 2010.

Período de matrícula	Motivo da realização do teste anti-HIV ^a	Sexo				Total n	p ^c
		M		F			
		n	%	n	%		
P1	Sinais e sintomas sugestivos de infecção por HIV/aids	29	61,7	3	16,7	32	0,003
	Demais motivos de testagem ^b	18	38,3	15	83,3	33	
P2	Sinais e sintomas sugestivos de infecção por HIV/aids	48	64,9	16	44,4	64	0,044
	Demais motivos de testagem ^b	26	35,1	20	55,6	46	
P3	Sinais e sintomas sugestivos de infecção por HIV/aids	101	53,7	53	55,8	154	0,742
	Demais motivos de testagem ^b	87	46,3	42	44,2	129	

CTA/SAE: Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Assistência Especializada P1: 1999 a 2002

P2: 2003 a 2006

P3: 2007 a 2010

^a Categoria "Triagem no pré-natal" foi excluída do motivo do teste por ser exclusivamente feminina.

^b Demais motivos de testagem: Assintomático(a) com parceiro(a) soropositivo(a); percepção de risco; outros motivos.

^c Teste Qui-quadrado.

Dados ignorados para três pacientes.

Valores com significância estatística apresentados em negrito.

A Tabela 3 mostra a distribuição das frequências de cada estadió clínico, segundo a classificação do CDC de 2008, nos três períodos analisados. Foi observada diferença no estadió clínico entre os períodos, com redução do estadió 1 e aumento dos estádios clínicos 2 e 3 em P3, de 1999 a 2002 (Tabela 4).

As medianas do número de células T CD4+ periféricas no momento da admissão ao serviço em P1, P2 e P3 foram de 461, 357 e 261 células por mm³, respectivamente. Houve diferença significativa entre os períodos ($p < 0,001$) (Figura 1), com medianas em P1 superiores às encontradas em P3 ($p < 0,001$), e superiores em P2 em comparação a P3 ($p = 0,0037$).

DISCUSSÃO

O aumento dos indivíduos matriculados no CTA/SAE de Santarém, ocorrido no período estudado, confirma dados

epidemiológicos nacionais com o crescimento da epidemia na região Norte.^{15,17} Grangeiro et al¹⁰ (2011) afirmam que intervenções de ordem programática, como abertura de CTA, implantação do teste rápido para o diagnóstico da infecção pelo HIV e descentralização da gestão programática, caracterizada pela municipalização das ações do âmbito da atenção à saúde, contribuem para o aumento do registro de casos no Norte do País. A incidência média de aids é de 25 casos/100 mil habitantes em municípios com CTA, em comparação a de 17,5 casos/100 mil nos demais.⁸ Dos 25 municípios da região para os quais Santarém é referência na assistência às pessoas que vivem com HIV/aids, sete possuíam CTA no seu território até 2011, quatro abertos entre 2007 e 2010.

Poucos estudos avaliaram os motivos que levam o usuário do SUS a ser submetido ao teste sorológico anti-HIV.^{2,9} O momento em que o indivíduo descobre seu status sorológico tem implicação direta no seu prognóstico e na

Tabela 3. Distribuição de indivíduos com infecção pelo HIV/aids matriculados no CTA/SAE, segundo estadió clínico da infecção por HIV e período de matrícula. Santarém, PA, 1999 a 2010.

Estadió clínico HIV	Período de matrícula						Total		p*
	P1		P2		P3		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Estadió 1	24	36,4	33	28,7	65	21,2	122	25,1	0,008
Estadió 2	13	19,7	16	13,9	83	27,1	112	23,0	
Estadió 3	29	43,9	66	57,4	158	51,6	253	52,0	

CTA/SAE: Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Assistência Especializada

P1: 1999 a 2002

P2: 2003 a 2006

P3: 2007 a 2010

* Resultado do teste Qui-quadrado.

Valores com significância estatística apresentados em negrito.

Tabela 4. Análise comparativa entre os períodos de matrícula e estadios clínicos em indivíduos com infecção por HIV/aids matriculados no CTA/SAE. Santarém, PA, 1999 a 2010.

Período de matrícula	Estadio clínico	OR	IC95%	p*
P2	1	1		
	2	0,90	0,36; 2,20	0,810
	3	1,66	0,84; 3,28	0,148
P3	1	1		
	2	2,36	1,11; 4,99	0,025
	3	2,01	1,09; 3,71	0,025

CTA/SAE: Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Assistência Especializada

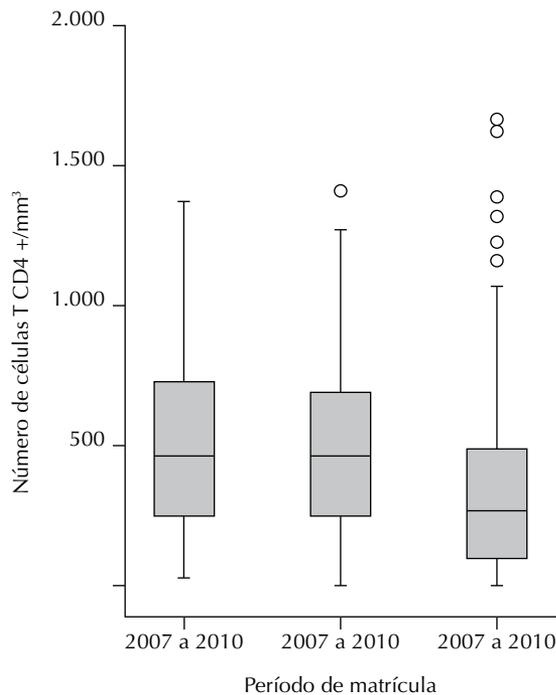
P2: 2002 a 2006

P3: 2007 a 2010

* Regressão logística

O período P2 (1999 a 2002) foi adotado como referência.

Valores com significância estatística apresentados em negrito.



CTA/SAE: Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Assistência Especializada

* Kruskal-Wallis ($p < 0,001$).

Figura. Box plot dos valores medianos do número de linfócitos TCD4+ periféricos, segundo os períodos de matrícula, em indivíduos com infecção pelo HIV/aids à admissão no CTA/SAE. Santarém, PA, 1999 a 2010.*

vulnerabilidade de seus parceiros sexuais para a aquisição do vírus. Este estudo mostra que o motivo de testagem mais frequente em homens e mulheres acompanhados em serviço assistencial de Santarém foi a apresentação de sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV/aids. Foram também investigados outros motivos de testagem que pudessem propiciar acesso mais precoce ao diagnóstico,

descritos de forma desagregada para homens e mulheres. A maior frequência de testagem de indivíduos assintomáticos com parceiro(a) soropositivo(a) entre as mulheres denota desigualdades de gênero na amostra e sinaliza condições de maior vulnerabilidade entre as mulheres acompanhadas no serviço. Diferenças de gênero com relação aos motivos de testagem também foram encontradas em coorte de pacientes acompanhados no município de São Paulo, SP. Braga et al² (2007) analisaram 1.229 pacientes de 1998 a 2002 e observaram que 43,0% dos homens eram submetidos ao teste devido à presença de sinais e sintomas de HIV/aids, enquanto 36,0% das mulheres realizavam a sorologia por possuírem parceiro soropositivo. As desigualdades de gênero em serviços assistenciais de regiões com características sociais e programáticas distintas, como São Paulo e uma localidade inserida na Amazônia Legal, sugerem que a vulnerabilidade das mulheres ao HIV pode relacionar-se à forma como se relacionam com seus parceiros, seus papéis na sociedade e como são produzidas as respostas programáticas para o enfrentamento dos problemas que afetam a sua saúde.¹² Pascom et al¹³ (2011) investigaram o comportamento sexual em amostra de 8.000 homens e mulheres, de todas as regiões brasileiras e observaram menor frequência de atividade sexual entre as mulheres, menos parceiros casuais e uso menos frequente de preservativo do que entre os homens.

Para as mulheres na faixa etária sexualmente ativa, a testagem sorológica do HIV no pré-natal representou oportunidade para descoberta do status sorológico em fase mais precoce da infecção. Entretanto, o oferecimento do teste anti-HIV no pré-natal, na região estudada é comparativamente menos frequente do que em outras regiões do País. A região Norte apresenta a pior cobertura de testagem anti-HIV – 55,0% das gestantes sem acesso ao teste no pré-natal, segundo dados de 2006.¹⁸ Esse achado é reforçado por estudos que encontraram nessa região as maiores taxas proporcionais de transmissão materno-fetal do HIV.^{4,16} Isso mostra menor eficiência na assistência pré- e perinatal às mulheres da região Norte.

Este estudo permitiu comparar os motivos de testagem anti-HIV à admissão no serviço ao longo dos 12 anos de avaliação e encontrou diferenças de gênero. A descoberta do status sorológico nas mulheres no primeiro e segundo períodos esteve condicionada à soropositividade dos seus parceiros, que, por sua vez, apresentavam-se mais frequentemente com sinais e sintomas relacionados à infecção pelo HIV/aids em todos os períodos. No terceiro período, as mulheres tiveram seu status sorológico revelado principalmente devido à presença de sinais e sintomas de infecção pelo HIV/aids. A infecção por HIV/aids nos homens pode ter sido instalada há mais tempo do que entre as mulheres, o que justificaria elas terem apresentado doença sobretudo em P3.

As ações programáticas possuem maior amplitude no oeste do Pará, caracterizada pela descentralização da testagem diagnóstica anti-HIV e pela abertura de quatro novos CTA, respectivamente em P2 e P3. Apesar disso, mais da metade dos indivíduos matriculados descobriu seu status sorológico tardiamente, na análise temporal comparativa. O aumento da oferta sorológica anti-HIV na região, de 1999 a 2010, não se limitou ao município de Santarém, mas se estendeu a outras localidades nas quais houve abertura de CTA. Muitas possuem acesso geográfico limitado ao serviço de referência, o que justificaria o diagnóstico de infecção em estádios mais avançados da doença. O reconhecimento tardio da infecção na amostra é coerente com o maior número de óbitos por aids e de crescimento da taxa de mortalidade por aids na região Norte.^{6,19}

Esses resultados são similares aos encontrados em outros municípios da região Norte. Silva et al¹⁵ (2009) avaliaram 1.400 indivíduos admitidos com infecção pelo HIV/aids em Manaus, AM, entre 1986 a 2000, dos quais 50,8% apresentaram diagnóstico tardio da doença, com aumento da frequência de sujeitos admitidos em estádios mais tardios. Cerca de 40,0% de indivíduos soropositivos para HIV foram admitidos em estádios avançados em serviço de referência de comunidades localizadas em favelas no Rio de Janeiro, RJ.¹⁴ Em serviço ambulatorial na região central de São Paulo foram encontrados 52,0% de indivíduos soropositivos com pelo menos uma afecção oportunista definidora de aids antes da admissão.² O diagnóstico tardio da infecção pelo HIV/aids não parece ser um problema exclusivo de serviços brasileiros: a mediana da contagem de

linfócitos T CD4+ esteve entre 167 e 175 células por mm³ à admissão em serviços de referência em estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos.¹¹

Os dados clínicos foram obtidos a partir de registros de prontuários, o que poderia ter limitado a validade interna do presente estudo. Contudo, os prontuários analisados dispunham de ficha padronizada para coleta de informações na consulta de admissão do paciente. Assim, potenciais vieses de informação podem ter sido minimizados. Optou-se por analisar estadió clínico e a mediana das contagens de linfócitos T CD4+ separadamente, pois esta última variável considera exclusivamente um dado laboratorial para o qual houve número relevante sujeitos com informações ignoradas (137). Embora tal determinação seja procedimento padrão por normatização do Ministério da Saúde, as limitações da infraestrutura laboratorial na região dificultaram o acesso ao procedimento entre 1999 e 2006 (P1 e P2). A avaliação do estadió, por considerar a apresentação clínica do paciente à admissão, permitiu a inclusão de mais sujeitos para a análise, uma vez que havia informações ignoradas para 40 pacientes. Foram avaliados apenas pacientes que vivem com HIV/aids que tiveram acesso à única unidade especializada da região. As características clínicas e laboratoriais desses indivíduos podem diferir de outros sujeitos que não tiveram acesso ao diagnóstico de infecção por HIV ou ao CTA/Sae de Santarém por vários motivos, embora residam na mesma região.

Intervenções programáticas, como abertura de CTAs, oferecimento do teste rápido para diagnóstico da infecção, descentralização das ações e repasse de recursos para os municípios possivelmente facilitam o acesso mais ampliado ao diagnóstico sorológico da infecção no período. Consequentemente, podem ter aumentado a demanda assistencial no serviço de referência do oeste do Pará. Novos estudos de vigilância epidemiológica de segunda geração poderão ser conduzidos para avaliar o impacto dessas intervenções e identificar os grupos mais vulneráveis ao HIV na região, em termos de aquisição da infecção e risco de adoecimento. Isso poderia contribuir para o estabelecimento de estratégias efetivas de identificação mais precoce da infecção, meta a ser alcançada com vistas à melhora da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids, à redução da mortalidade associada à aids e à redução da transmissão do HIV.

REFERÊNCIAS

1. Barcellos C, Feitosa P, Damascena GN, Andreazzi, MA. Highways and outposts: economic development and health threats in the central Brazilian Amazon region. *Int J Health Geogr.* 2010;30(9):1-10. DOI:10.1186/1476-072X-9-30
2. Braga PM, Cardoso MRA, Segurado AC. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007;23(11):2653-62. DOI:10.1590/S0102-311X2007001100013
3. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2000;34(2):207-17. DOI:10.1590/S0037-86822001000200010

4. Brito AM, Sousa JL, Luna CF, Dourado I. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2006;40(Suppl 1):18-22. DOI:10.1590/S0034-89102006000800004
5. Centers for Disease Control and Prevention. Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents and children aged <18 months and for HIV infection and aids among children aged 18 months to <13 years. *MMWR Morb Wkly Rep*. 2008;57(RR-10).
6. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia antirretroviral. *Rev Saude Publica*. 2006;40(Suppl):9-17. DOI:10.1590/S0034-89102006000800003
7. Fonseca MGP, Bastos FI. Vinte e cinco de epidemia de AIDS no Brasil: principais achados epidemiológicos, 1980-2005. *Cad Saude Publica*. 2000;23(Suppl 3):S333-44. DOI:10.1590/S0102-311X2007001500002
8. 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 Saude Publica*. 2009;25(9):2053-63. DOI:10.1590/S0102-311X2009000900019
9. Grangeiro A, Escuder MM, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. *Cad Saude Publica*. 2010;26(12):2355-67. DOI:10.1590/S0102-311X2010001200014
10. Grangeiro A, Escuder MM, Castilho EA. Evaluation of strategies by the Brazilian Ministry of Health to stimulate the municipal response to AIDS. *Cad Saude Publica*. 2011;27(Suppl1):S114-28. DOI:10.1590/S0102-311X2011001300012
11. Lansky A, Brooks JT, Di Nemmo E, Heffelfinger J, Hall I, Mermin J. Epidemiology of HIV in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;55(Suppl 2):S64-9. DOI:10.1097/QAI.0b013e3181fbbe15
12. Marques Jr JS, Gomes R, Nascimento EF. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(2):511-20. DOI:10.1590/S1413-81232012000200024
13. Pascom ARP, Szwarcwald CL. Sex inequalities in HIV-related practices in the Brazilian population aged 15 to 64 years old, 2008. *Cad Saude Publica*. 2011;27(Suppl 1):27-35. DOI:10.1590/S0102-311X2011001300004
14. Patroclo MMA, Medronho RA. Evolução da contagem de células T CD4+ de portadores de AIDS em contextos socialmente desiguais. *Cad Saude Publica*. 2007;23(8):1955-63. DOI:10.1590/S0102-311X2007000800022
15. Silva LCS, Santos EM, Silva Neto AL, Miranda AE, Talhari S, Toledo LM. Padrão da infecção pelo HIV Aids em Manaus, Estado do Amazonas, no período de 1986 a 2000. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009;42(5):543-50. DOI:10.1590/S0037-86822009000500012
16. Succi RCM. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study. *Cad Saude Publica*. 2007;23(Suppl 3):S379-89. DOI:10.1590/S0102-311X2007001500006
17. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia de AIDS no Brasil, no período de 1987 – 1996: uma análise espacial. *Cad Saude Publica*. 2000;16(Suppl1):7-19. DOI:10.1590/S0102-311X2000000700002
18. Szwarcwald CL, Barbosa Jr A, Miranda AE, Paz IC. Resultados do Estudo Sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(3-4):128-33.
19. Veras MASM, Ribeiro MCA, Jamal LF, McFarland W, Bastos FI, Ribeiro KB, et al. The “AMA-Brazil” cooperative project: a nation-wide assessment of the clinical and epidemiological profile of AIDS-related deaths in Brazil in the antiretroviral treatment era. *Cad Saude Publica*. 2011;27(Suppl 1):S104-13. DOI:10.1590/S0102-311X2011001300011

Trabalho subvencionado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES – Processo 33002010068P-03).

Baseado na dissertação de mestrado de Abati PAM, intitulada: “Análise do perfil sociodemográfico, clínico e laboratorial de pessoas com mais de 13 anos vivendo com HIV/aids no oeste do Pará e tendências de incidência de aids em Santarém”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 2012.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.