

# **CARACTERISTICAS DA FEMINIZAÇÃO DA AIDS EM TRÊS LAGOAS**

<sup>1</sup>ANDRESSA MARQUES FERREIRA

<sup>2</sup>MARIA ANGELINA DA SILVA ZUQUE

<sup>1</sup> Discente de graduação do curso de Biomedicina

<sup>2</sup> Doutoranda Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas-AEMS

## **Resumo**

O Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) surgiu a mais de 30 anos na África, e logo se transformou numa pandemia. Observa-se no decorrer da epidemia que a transmissão heterossexual da doença apresenta curva ascendente com aumento da transmissão entre as mulheres. A razão de masculinidade no Brasil vem diminuindo e em algumas regiões brasileira é igual a um. Esta situação é denominada por alguns autores de feminização da aids. O objetivo do estudo foi identificar e descrever o número de mulheres maiores de 18 anos residentes em Três Lagoas vivendo com HIV/aids. Os resultados demonstram que Três Lagoas vive situação semelhante a grandes metrópoles do Brasil, pois a razão entre homens e mulheres vivendo com HIV/aids vem diminuindo a cada ano e em 2011 chegou a 1,5/1 confirmando a feminização e interiorização do Vírus da Imunodeficiência Adquirida e da aids.

## **INTRODUÇÃO**

Ao longo do tempo as mulheres vêm alcançando a independência financeira, mas continuam sonhadoras, românticas, fieis aos seus parceiros e acreditando na reciprocidade da fidelidade. A literatura tem demonstrado que tal situação não é real, e que mais de 50% das mulheres

infectadas pelo HIV foram contaminadas por seus parceiros. Também por acreditarem e confiarem nos parceiros não usam preservativos ou muitas vezes é o próprio parceiro que não permite o seu uso com as mais variadas justificativas. Com medo de serem abandonadas acabam concordando em manter relações desprotegidas e conseqüentemente se contaminando com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e/ou outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) (TRINDADE, 2009).

Diversos estudos na literatura têm demonstrado que quando a mulher descobre estar infectada pelo HIV, ela o relaciona com a morte e o preconceito da sociedade. Também pensa e sofre sobre a situação de sua família e de seus filhos, quando os tem, como será sua vida vivendo com o HIV e começa o seu martírio. A princípio o isolamento, de tudo e de todos, acabam entrando em depressão, ficam mais sensíveis e necessitam de muito amor e apoio para conseguirem superar esse impacto da descoberta do contágio e seguir em frente, procurar o tratamento medicamentoso e psicológico, para ter qualidade de vida vivendo com HIV/aids (BRAGA, 2007).

No Brasil a feminização da aids, segundo a denominação de alguns autores, vai se consolidando após 30 anos da epidemia de aids evidenciando a ascendência da doença entre os heterossexuais e o número crescente no grupo feminino, devido a sua vulnerabilidade (SALDANHA, A. A, 2009).

O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza ações de promoção e prevenção ao HIV voltados para a saúde da mulher, onde aprendem a se proteger do vírus com o uso do preservativo, podendo optar pelo feminino ou masculino, sendo ambos distribuídos gratuitamente pela rede de saúde pública. Além disso, são informadas também sobre o contágio, sintomatologia, diagnóstico e tratamento da doença. São orientadas a

procurarem serviços específicos de atenção às mulheres vivendo com HIV/aids, com assistência médica e outros profissionais para completa adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida. Estas ações são desenvolvidas nos estados e municípios para divulgar e ampliar o conhecimento entre as mulheres com o intuito de reduzir a contaminação pelo HIV, diminuir o número de casos da doença e aumentar a adesão ao tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O objetivo do estudo foi descrever o perfil epidemiológico das mulheres maiores de 18 anos vivendo com HIV/aids em Três Lagoas estado do Mato Grosso do Sul.

## **DESENVOLVIMENTO**

A epidemia da aids no Brasil é o resultado das desigualdades da sociedade brasileira, a sua propagação revela epidemia de múltiplas dimensões com mudanças no quadro epidemiológico. No início esteve restrita aos grandes centros urbanos com predominância no sexo masculino. Com a disseminação da doença para os municípios de médio e pequeno porte temos a interiorização da doença. Apesar dos esforços feitos até agora, o Brasil ainda tem muitas batalhas a enfrentar as desigualdades econômicas do País influenciam diretamente na incidência de casos HIV/aids na população apontando a pauperização da doença (GRANGEIRO, 2010).

O crescimento da transmissão heterossexual implica no crescimento substancial de casos em mulheres, o qual tem sido apontado como uma das mais importantes características do atual quadro da epidemia no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Desta forma, a atual

epidemia da aids, no país, caracteriza-se pelos processos de heterossexualização, interiorização, pauperização e feminização.

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2011, Ministério da Saúde, compreendendo o período de 1980 até junho de 2011, o país acumulou 608.230 casos de pessoas vivendo com o HIV/aids sendo 65,4% (n=397.662) no sexo masculino e no sexo feminino 34,6% (n=210.538). A faixa etária mais incidente de aids em ambos os sexos é de 25 a 49 anos. A taxa de incidência da doença em 2010 foi de 17,9 casos /100.000 habitantes. A taxa de prevalência da infecção pelo HIV, na população de 15 a 49 anos, mantém-se estável em 0,6% desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens. Existem 18 pessoas com aids para cada 100.000 habitantes, com uma média de 35 mil casos da doença por ano. Proporcionalmente, há mais casos de aids em grandes cidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A diferença dos casos acumulados da doença entre homens e mulheres no Brasil vem diminuindo com o passar dos anos, e a razão de masculinidade (número de casos em homens dividido pelo número em mulheres) vem decrescendo em 1985 eram 26:1 casos, em 2010 essa relação passou para 1,7 casos em homens para 1 caso em mulher. Em relação à forma de transmissão, a sexual prevalece entre os maiores de 13 anos de idade. Nas mulheres, em 2010, 83,1% a transmissão ocorreu por meio de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Quanto à taxa de mortalidade, segundo o Ministério da saúde, ocorreu um decréscimo, observou-se que em 12 anos a taxa de mortalidade baixou de 7,6 para 6,3 óbitos/100.000 habitantes, com uma queda de 17%. São em média onze mil óbitos, por aids por ano, seis

óbitos/ 100 mil habitantes. Esta queda foi proporcionada pela introdução da TARV, com distribuição gratuita na rede SUS.

## **Métodos e casuística**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo baseado em levantamento de dados secundários do banco de dados do SAE/DST/Aids de Três Lagoas, responsável pelas atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e assistência aos indivíduos vivendo com HIV/aids com acompanhamento e tratamento com TARV.

A população para o estudo foram as mulheres vivendo com HIV/aids diagnosticadas e acompanhadas pelo SAE/DST/aids. Foram incluídas no estudo 100% das mulheres maiores de 18 anos e residentes em Três Lagoas e foram excluídas do estudo as que não foram compatíveis com esses critérios.

## **Resultados**

Nos últimos anos observa-se um decréscimo na incidência da aids no Brasil com tendência de estabilização. Três Lagoas apresenta-se com a mesma tendência (ZUQUE, 2011). Diversos estudos encontrados na literatura apontam estes resultados.

Em Florianópolis entre o ano de 1999 a 2009, a incidência chegou a 79,10 casos por 100 mil habitantes (SINAN), foi a maior epidemia registrada. Atualmente a incidência é de 51,45 casos por 100 mil habitantes. Tanto na cidade de Florianópolis, quanto no estado de Santa Catarina ocorreu uma diminuição na incidência semelhante a

outras regiões do Brasil e em outros países (SECRETARIA DE SAÚDE DE FLORIANOPOLIS, 2010).

Esta diminuição dos casos de aids deve-se as políticas públicas de enfrentamento da doença, entre elas as campanhas de prevenção pelos três níveis de governo, distribuição de preservativos, cartilhas educativas, palestras e outros.

Três Lagoas está entre os municípios do Estado com os maiores números de casos de aids. A taxa de incidência variou de 2,28/100.000 hab em 1989 a 51,24/100.000 hab em 1997, que foi o pico da epidemia, e a partir daí os casos começaram a diminuir e estabilizaram com média de 18 casos até 2007. No período analisado, 1984 a 2010, foram encontrados 439 casos de pessoas vivendo com HIV/aids residentes em Três lagoas. Deste total, 67% (n=294) eram do sexo masculino e 33% (n=145) do sexo feminino.

**Tabela1:** Número e percentual de mulheres vivendo com HIV/aids segundo a categoria de exposição. Três Lagoas. 1988 a 2010.

<b>Categoria de exposição</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Parceiro HIV +	44	57,9
Múltiplos parceiros	19	25
Parceiros HIV + e múltiplos parceiro	12	15,8
Parceiros + parceiros com múltiplos parceiros	1	1,3
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fonte: SAE/DST/Aids

Observa-se na Tabela 1, que a maior categoria de exposição ao vírus do HIV, foi o parceiro HIV+ (57,9%) seguido da exposição a múltiplos parceiros (25%) e Parceiro HIV+ e múltiplos parceiros (15,8%).

Segundo a Tabela 2, em 1988 ocorreu o primeiro caso feminino de aids conhecido pelo programa. A razão de masculinidade de 1988 a 2010 tem variado muito, inicialmente a razão era de 1:1 em 1988 atingindo o maior valor 5,3:1 em 1992, a diferença entre os gêneros decresce com o decorrer dos anos e em 2010 a razão de masculinidade foi 1:1, mostrando a tendência da feminização da aids.

**Tabela 2:** Gênero e razão de masculinidade de indivíduos vivendo com HIV/aids segundo ano de diagnóstico. Três Lagoas. 1984 a 2010.

Ano de diagnóstico	Masculino		Feminino		Total	Razão de masculinidade
	Nº	%	Nº	%		
1984	1	100	0	0	1	0
1985	0	0	0	0	0	0
1986	1	100	0	0	1	0
1987	3	100	0	0	3	0
1988	1	50	1	50	2	1/1
1989	3	75	1	25	4	3/1
1990	7	78	2	22	9	3.5/1
1991	5	63	3	37	8	1.7/1
1992	16	84	3	16	19	5.3/1
1993	26	74	9	26	35	2.9/1
1994	18	72	7	28	25	2.5/1
1995	17	81	4	19	21	4.2/1
1996	19	59	13	41	32	1.5/1
1997	13	52	12	48	25	1.0/1
1998	9	60	6	40	15	1.5/1
1999	13	65	7	35	20	1.9/1
2000	19	59	13	41	32	1.5/1
2001	10	83	2	17	12	5/1
2002	14	58	10	42	24	1.4/1
2003	14	74	5	26	19	2.8
2004	10	71	4	29	14	2.5/1
2005	20	71	8	29	28	2.5/1
2006	19	70	8	30	27	2.4/1
2007	8	62	5	38	13	1.6/1
2008	6	50	6	50	12	1/1
2009	14	64	8	36	22	1.8/1
2010	8	50	8	50	16	1/1

Fonte: SAE/DST/Aids

O pareamento entre os gêneros na maioria das sociedades tem óbvia determinação socioeconômica e cultural e fazem com que as mulheres mais jovens, habitualmente, mantenham relações sexuais com homens mais velhos ampliando deste modo o risco de se infectarem pelo HIV e outras DST. Percebe-se que existe uma desigualdade de gênero não só pelo leigo, mas infelizmente por profissionais de saúde a quem, supostamente, caberia orientar o tratamento dos parceiros e aconselhamento de praticas sexuais seguras (AGUIAR, 2006).

Observa-se maior número de casos da doença no período que antecede a introdução da Terapia com Antirretrovirais Potente e Combinada (TARV) em 1996. Após a introdução da TARV o número total de casos decresce, mas a proporção entre os gêneros diminui. A razão de masculinidade passa de 3,5/1 para 1,7/1 no período pré-TARV e pós-TARV respectivamente.

Relacionado à TARV, é inquestionável o aumento da sobrevida e a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (MALTA, 2005). Estudo de sobrevida nos adultos indica que a mediana de sobrevida (tempo em que 50% dos pacientes estão vivos) dobrou de 58 meses em pacientes diagnosticados em 1995 e 1996 para mais de 108 meses naqueles diagnosticados em 1998 e 1999 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Zuque em 2010 em um estudo de sobrevida pré e pós TARV realizado em Três Lagoas, aplicando modelos multivariados verificou a redução do risco ("*hazard*") de morte em dois terços para indivíduos admitidos após a disponibilização de TARV pelo SUS, evidenciando a pertinência das políticas públicas relacionada aos antirretrovirais (ZUQUE, 2011).

Observa-se em Três Lagoas, Tabela 3, que a escolaridade das mulheres do estudo que tinham esta informação (n=130) no momento do diagnóstico, que 70% tinham o ensino fundamental incompleto, 13% ensino médio, 7,0% sem escolaridade e 3,9% ensino superior. A maioria destas mulheres tem uma média de renda familiar em torno de um salário mínimo, caracterizando no município a maior frequência da doença entre as mulheres com condições sócio econômicas mais baixas.

**Tabela 3:** Número e percentual de mulheres vivendo com HIV/aids segundo a escolaridade. Três Lagoas. 1988 a 2010.

<b>Escolaridade</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sem escolaridade	9	7.0
Fundamental incompleto	91	70.0
Fundamental	8	6.1
Médio	17	13.0
Superior	5	3.9
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

Fonte: SAE/DST/Aids

De acordo com os dados apresentados na Tabela 4, a maioria das mulheres vivendo com HIV/aids (78.3%), no período analisado, não usava nenhum tipo de droga ilícita, 9,2% são usuárias de droga sendo que 7,2% usuárias de drogas injetáveis e 2,0 % drogas inaláveis.

**Tabela 4:** Número de mulheres vivendo com HIV/aids segundo exposição a drogas. Três Lagoas. 1988 a 2010.

<b>Exposição a drogas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Não usuário	119	78,3 %
Drogas injetáveis	11	7,2%
Drogas inaláveis	3	2,0%
Ignorado	19	12,5%

<b>Total</b>	152	100%
--------------	-----	------

Fonte: SAE/DST/Aids

Os resultados apontam que em Três Lagoas, entre as mulheres vivendo com HIV/aids a faixa etária mais acometida no período analisado foi de 20 a 29 anos (38%). Em seguida as demais faixas etárias com: 30 a 39 anos (32%), 40 a 49 anos (14%), menores de 20 anos (7%), entre 50 a 59 (4%), maiores de 60 anos (1%) e 4% com idade ignorada. A partir do final da década de 90, observa-se o aumento da incidência de casos da doença no grupo feminino e a maioria entre mulheres de 20 a 40 anos.

A doença atinge as mulheres no apogeu de sua idade e em pleno ciclo reprodutivo com risco de transmissão vertical. Observa-se também entre as mulheres um ligeiro aumento nas faixas etárias maiores: 40 a 49 anos (14%), 50 a 59 (4%), maiores de 60 anos (1%), mostrando também a similaridade ao encontrado na literatura da aids na terceira idade.

Em relação à situação das mulheres deste estudo, foram encontrados o registro de 50 óbitos, 17 abandonos e oito transferências para outros municípios e/ou estados e as demais permanecem sendo assistidas pelo ambulatório DST/Aids.

## **CONCLUSÃO**

A análise dos dados encontrados permitiu identificar o crescimento da doença na população do estudo e a tendência da feminização da aids no município semelhante a outros municípios brasileiros. Este perfil epidemiológico sugere a vulnerabilidade da mulher e a necessidade de iniciativas destinadas à proteção desta população tendo como desafio as relações de gênero e das políticas públicas considerando a feminização da doença.

Este estudo é relevante à medida que contribuirá com o gestor para tomada de decisão, educação permanente dos diversos segmentos de trabalhadores da saúde pública com a finalidade de prevenção da aids entre mulheres.

### **Referências bibliográficas**

AGUIAR JM, SIMÕES-BARBOSA RH. **Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero.** Cad Saúde Pública 2006.

BRAGA, PE; CARDOSO, MR; SEGURADO, AC. **Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil.** Cad Saúde Pública 2007.

GRANGEIRO, A; ESCUDER, MM; CASTILHO, EA. **Magnitude and trend of the AIDS epidemic in Brazilian cities, from 2002 to 2006.** Rev Saude Publica 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico 2008.** Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), acesso em 04.09.2011, às 23:49 h.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico de DST, HIV/aids 2011.** Brasília. 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>, acesso em: 30.11.2011, às 22:39 h.

SALDANHA, A.W; et al. **A vulnerabilidade feminina a infecção pelo HIV.** PAPSÍ-Programa de Atendimento Psicossocial à aids. Brasil, 2009.

SECRETARIA DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **A aids em Florianópolis,** disponível em: [www.pmf.sc.gov.br](http://www.pmf.sc.gov.br), acesso em 03.04.2012, às 22:40 h.

TRINDADE, M.P; et al. **Comportamento sexual das mulheres em Relação do HIV/Aids.** DST-J bras Doenças Sex Transm. Brasil, 2009

ZUQUE, MAS. **Caracterização do atendimento multiprofissional a pessoas vivendo com HIV/Aids em Três Lagoas (MS), com ênfase na adesão à Terapia Antirretroviral Potente e Combinada.** 124f.

Dissertação (Mestrado em Doenças Tropicais) - Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, Botucatu, 2011.