

Perfil epidemiológico e análise retrospectiva: dez anos do Centro de Referência em Aids de Santos (Craids)

ANA CAROLINA MARCELO GOMES

ANDREA LUIZA MENDES SALES

FERNANDA RODRIGUES TEANI BARBOSA

JEAN CARLO RODRIGUEZ PEGAS

SARA REGINA CASTANHEIRA FERNANDES

VANESSA ALESSANDRA SCARANELLO FONTES

RICARDO HAYDEN

WALTER VITTI JR.

NOELY M. R. TAMBEIRO

O quadro epidemiológico da AIDS tem se modificado ao longo desses quase vinte anos da epidemia no Brasil. Através de uma análise retrospectiva dos questionários de admissão foi avaliado o perfil do Centro de Referência em AIDS da cidade de Santos (CRAIDS). Foram analisados 3500 prontuários do CRAIDS e a amostra selecionada correspondeu a todos os pacientes vivos e procedentes de Santos, totalizando 1858 fichas. As variáveis pareadas foram sexo, ano de nascimento, opção sexual, práticas sexuais, escolaridade, profissão, estado civil, número de parceiros, uso de drogas, história pregressa de DST, uso de preservativos e execução de exames subsidiários para sífilis. A faixa etária mais encontrada foi entre 20 e 49 anos, tendo uma relação encontrada de 3 homens para 2 mulheres. A maior parte dos pacientes apresentou apenas o 1.º grau (1030). Dentre os solteiros, 59% dos homens apresentaram múltiplos parceiros; já entre as mulheres, o valor correspondeu a 55%. Dentre as mulheres,

91,3% eram heterossexuais, enquanto nos homens, esse valor caiu para 56%. Na amostra, cerca de 80% da população não usou preservativo até a admissão no serviço, independente do grau de escolaridade, opção sexual e número de parceiros. Nos pacientes que apresentaram múltiplos parceiros, a frequência de DST prévia foi 28,5%. Na análise, 65% dos pacientes realizaram o VDRL, índice não satisfatório dentro do protocolo de abordagem sindrômica do Programa Municipal de DST/AIDS de Santos. Através deste estudo transversal de dez anos do CRAIDS demonstramos que a cidade de Santos se encaixou no perfil epidemiológico brasileiro no que diz respeito à epidemia pelo HIV. Apontamos falhas em alguns setores do serviço do Centro de Referência, mostrando necessidade de os profissionais de saúde se atualizarem por meio de estatísticas a fim de procurarem superar tais deficiências do sistema.

1. Introdução

A cidade de Santos enfrentou sérias consequências durante o início da epidemia de AIDS no mundo devido ao elevado índice de prostituição, ao narcotráfico e à população marginalizada ao redor da zona portuária. Com o passar dos anos, a doença foi se disseminando e atingiu todos os segmentos populacionais, obrigando as autoridades locais a redirecionarem as ações de saúde. Em 1989 instituiu-se o Programa Municipal de DST/AIDS de Santos, o qual

□

Ana Carolina Marcelo Gomes; Andrea Luiza Mendes Sales; Fernanda Rodrigues Teani Barbosa; Jean Carlo Rodriguez Pegas; Sara Regina Castanheira Fernandes; Vanessa Alessandra Scaranello Fontes e Walter Vitti Jr — Centro Universitário Lusfada de Santos (UNILUS). Ricardo Hayden e Noely M. R. Tambeiro — Centro de Referência de AIDS de Santos.

contava com o Centro de Orientação em AIDS e com o Ambulatório de Infectologia — AMI.

Com a ampliação da rede pública de saúde municipal, foi criado o Centro de Referência em AIDS de Santos, CRAIDS, em Outubro de 1991, que inicialmente possuía quatro leitos, funcionando como enfermaria dia e dando apoio a pacientes que usavam medicação injetável. A estrutura do CRAIDS foi sendo melhorada conforme a demanda e, atualmente, conta com serviço odontológico, psicoterapia, atendimento médico especializado (incluindo ginecologistas para gestantes HIV positivo), serviço de internação domiciliar, enfermagem, farmacêuticos e assistência social com distribuição de cestas básicas. Foi o primeiro serviço no Brasil a implantar e oferecer o tratamento com antiretrovirais aos pacientes.

O CRAIDS é responsável pelo atendimento do seropositivo adulto, sendo as crianças encaminhadas ao Núcleo Integrado da Criança — NIC, serviço infantil especializado, com ambulatório e leitos dia, onde as crianças recebem drogas endovenosas, além dos antiretrovirais. O Centro de Referência não realiza teste de HIV em indivíduos que não sejam comunicantes dos pacientes já matriculados. Este tipo de trabalho é efetuado pelo COAS, Centro de Orientação e Aconselhamento Serológico, que realiza teste de AIDS e sífilis sem revelar a identidade do paciente, não necessitando de agendamento. Esse serviço é vinculado ao Programa Municipal de DST/AIDS.

Em 1992 foi instituído o Programa de Internação Domiciliar — PID/AIDS — com equipe multiprofissional, atendendo o paciente em seu domicílio. Este trabalho foi reconhecido pelo Ministério da Saúde, que difundiu o modelo por outras cidades brasileiras. A cidade de Santos tornou-se um centro de treinamento em DST com abordagem sindrômica, através de um convênio com o Ministério da Saúde e uma organização não governamental santista. A equipe local vem realizando treinamento desde 1994 para a capacitação de profissionais de saúde de outras cidades e municípios.

O Programa Municipal de DST/AIDS publicou em 1997 um boletim sobre a situação da doença na cidade. Entre 1985 e 1997 foram registrados 3125 casos em Santos. A incidência da doença durante o ano de 1997 foi de 51,48/100 000 habitantes.

Este trabalho trata de uma pesquisa retrospectiva realizada através da análise dos questionários de admissão, os pré-testes, aplicados por psicólogos. Pretendeu-se mostrar as tendências da epidemia em Santos e o perfil dos pacientes provenientes desta cidade, matriculados no serviço, ao longo dos dez anos de sua existência.

2. Materiais e métodos

Durante o primeiro semestre de 1999 foram revisados 3500 prontuários e, destes, selecionados 1858, correspondentes a todos os pacientes do CRAIDS, residentes na cidade de Santos, no momento do pré-teste admissional. O critério de seleção da amostra foi baseado na informação contida no pré-teste e naqueles prontuários onde não pôde ser encontrado este questionário foi usada a ficha de notificação.

Cada prontuário do CRAIDS apresenta uma ficha de evolução (preenchida pelo médico), um pré-teste, as fichas de notificação e o encaminhamento e todos os exames subsidiários.

O CRAIDS apresentou dois modelos diferentes de pré-testes. O mais recente e atualizado consta de identificação do paciente, dados relacionados à exposição e atividade de risco e uma última parte abordando passado sobre DSTs. Os exames laboratoriais utilizados para o diagnóstico de sífilis (VDRL, FTA-abs e TPHA) foram pesquisados no envelope de exames de cada prontuário, sendo selecionados um a um e marcados na ficha de pesquisa.

Na identificação foram investigadas as variáveis sexo, ano de nascimento, profissão, grau de escolaridade, estado civil e situação clínica do paciente (caso, suspeito, SPA). Em relação à escolaridade, não pôde ser analisada a conclusão de cursos, pois eram poucos os pré-testes preenchidos com «completo» e «incompleto»; portanto, foram considerados como pertencentes ao 1.º, 2.º ou 3.º graus todos os pacientes que relataram estarem cursando ou terem finalizado seus estudos neste nível. No item estado civil considerou-se na opção «outros» todos os indivíduos separados, desquitados e amasiados.

A situação clínica do paciente foi definida segundo critérios básicos divulgados pela Vigilância Epidemiológica/Ministério da Saúde. Sendo assim, são SPA (seropositivos assintomáticos) os indivíduos com serologia positiva, sem sinais ou sintomas sugestivos de AIDS (evidências pela análise laboratorial — um teste ELISA (+) e um teste confirmatório (+) — Western Blot ou imunofluorescência); suspeitos, os pacientes com serologia positiva, com sintomatologia compatível com AIDS, e que não se enquadram nas definições de casos OPAS/Caracas e/ou CDC modificado; casos confirmados, os que apresentam seropositividade para o HIV, associada a doenças enquadradas dentro dos critérios de pontuação da OPAS/Caracas e/ou CDC modificado (Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1995). As informações relacionadas às atividades de risco e à exposição abrangeram número de parceiros, opção sexual, tipos de práticas sexuais, uso de preservativos, uso de drogas injetáveis e não injetáveis e histó-

ria pregressa de DST. Quanto ao número de parceiros, foi considerada a vida sexual do indivíduo durante o ano anterior a realização do pré-teste. Em relação aos preservativos, o uso ocasional ou relatado como positivo somente após o diagnóstico de AIDS foi agrupado juntamente às respostas negativas. Quanto ao uso de drogas, estas foram subdivididas em injetáveis e não injetáveis. Vale ressaltar que foram incluídos no grupo das drogas não injetáveis o álcool e o tabagismo.

Na última parte foram coletados dados sobre a solicitação dos exames serológicos para sífilis, bem como seus resultados.

Para análise de banco de dados foi utilizado o Microsoft Access para Windows 95, versão 7.00. Gráficos e tabelas foram construídos a partir do Microsoft Excel 97 e Microsoft Word 97. O manuscrito foi digitado e editado em Microsoft Word 97.

3. Resultados

Dos 1858 prontuários analisados, referentes aos pacientes do CRAIDS residentes em Santos, constatou-se uma predominância de pacientes do sexo masculino, totalizando 61% da amostra (1141 pacientes) sobre o sexo feminino, com 39% (717 pacientes). A faixa etária mais encontrada oscilou entre os 20 e os 49 anos, tendo um pico etário em torno dos 35 anos. Quanto a situação clínica do paciente, verificou-se 40% de SPA, 18% de suspeitos e 40% de casos confirmados dentro da amostra estudada.

Quanto a ocupação, encontrou-se um número vasto de profissões nos questionários de pré-teste. Dentre

as mais frequentes, estavam os indivíduos que referiam atividades domésticas não remuneradas (199), faxineiros (117) e trabalhadores do sexo (102); somando essas três mais importantes, obtivemos 22,5% de todos os pacientes do serviço.

Grande parcela dos pacientes apresentou grau de escolaridade compatível com o 1.º grau (1031 pacientes). Conforme se elevou o grau de instrução, houve significativa diminuição dos valores para homens e mulheres, encontrando-se para o 2.º grau 423 pacientes e para o nível superior 202 pacientes. O valor encontrado de analfabetos foi relativamente pequeno (83 pacientes). Foi observado que o sexo masculino apresentou maior porcentagem de indivíduos que cursaram o 2.º grau e o nível superior em relação ao feminino.

Quanto ao estado civil, entre os homens, em ordem de importância, tivemos: solteiros (54%), casados (20%), «outros» (20%) e viúvos (3%). Já as mulheres se distribuíram assim: solteiras (39%), casadas (18%), viúvas (12%) e «outros» (30%).

Encontraram-se entre os pacientes casados de ambos os sexos diferenças significativas com relação ao número de parceiros, sendo que mais da metade dos homens (53%) continuaram tendo múltiplos parceiros após o casamento, enquanto apenas 37% das mulheres apareceram na mesma situação. Quanto aos indivíduos solteiros, obteve-se uma porcentagem próxima para homens e mulheres no que diz respeito à multiplicidade de parceiros, ficando em torno de 59% para homens e 55% para mulheres. Salienta-se ainda que, no sexo masculino, independente do estado civil, o número de indivíduos com múltiplos parceiros foi sempre próximo ou superior a 50% (*Figura 1*).

Figura 1
Multiplicidade de parceiros segundo o sexo e estado civil dos pacientes

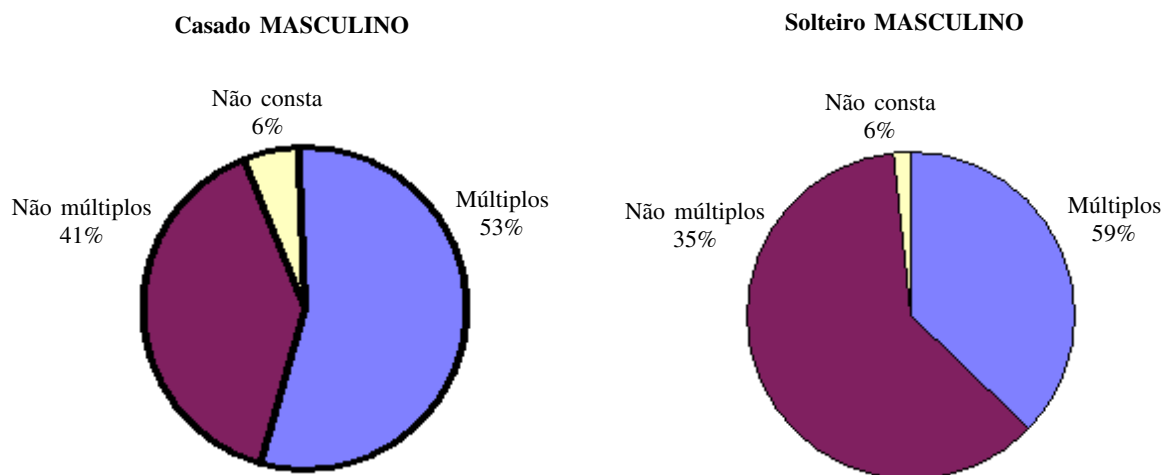
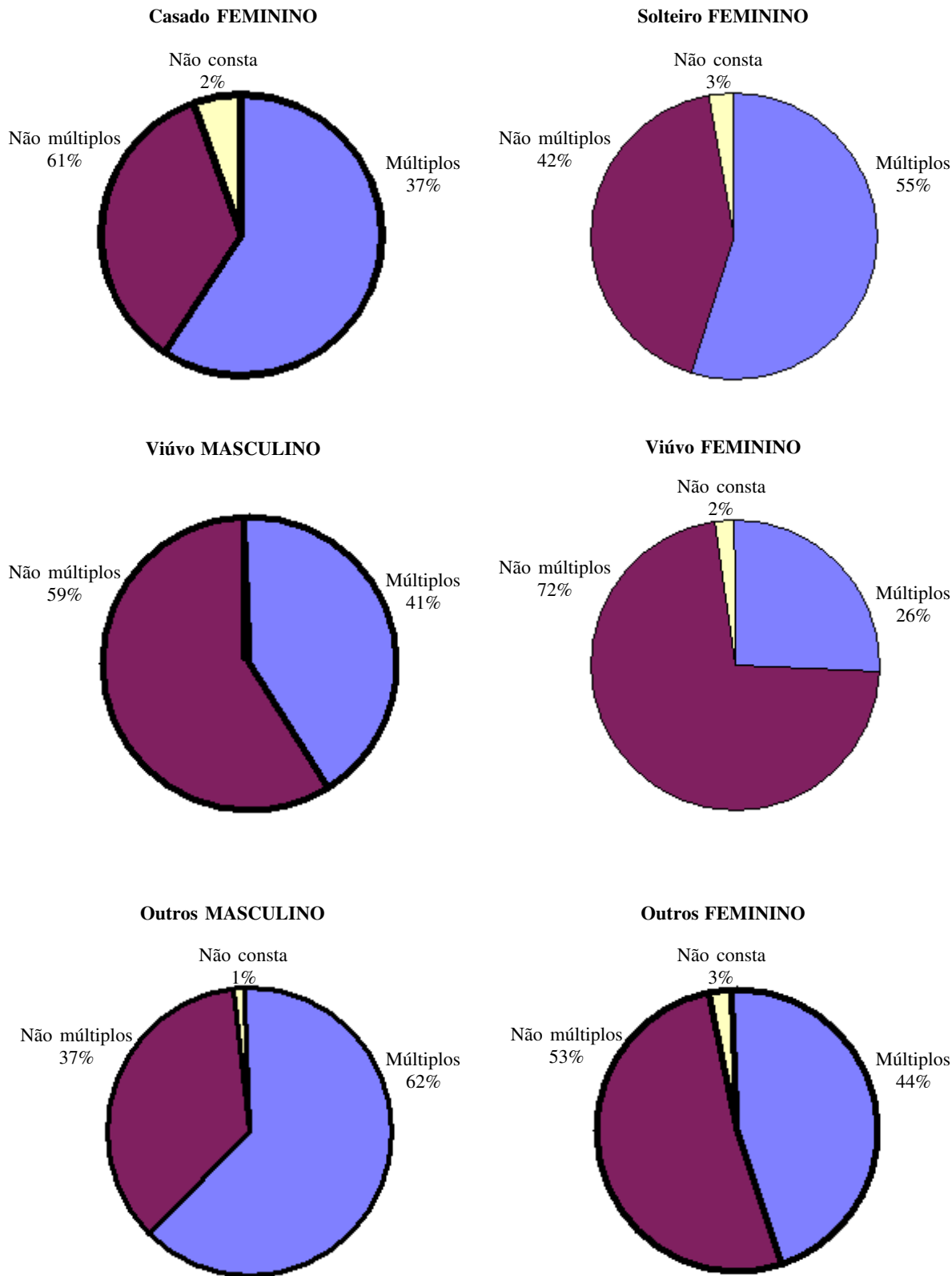


Figura 1 (continuação)



Em relação à opção sexual, verificou-se 91,3% de mulheres heterossexuais (655), 2% de bissexuais (15) e 1,2% de homossexuais (9). Já entre os homens, os valores se distribuíram em 56% para heterossexuais (643) e um restante correspondente aos homossexuais (224 ou 19,6%) e aos bissexuais (210 ou 18,4%) (Figura 2). Em todas as opções sexuais, o nível de escolaridade mais encontrado foi o 1.º grau, sendo que para

homossexuais e bissexuais a situação se diferenciou pelo fato de haver maior porcentagem de pessoas enquadradas no 2.º grau e nível superior. Levando em consideração a prática sexual, observou-se uma maior quantidade de mulheres com prática de sexo vaginal (423), comparando-se com a oral (200) e a anal (137). Foi encontrada uma certa homogeneidade entre os homens quanto ao sexo vaginal (519), oral (452) e anal (437) (Figura 3).

Figura 2
Opção sexual segundo o sexo dos pacientes

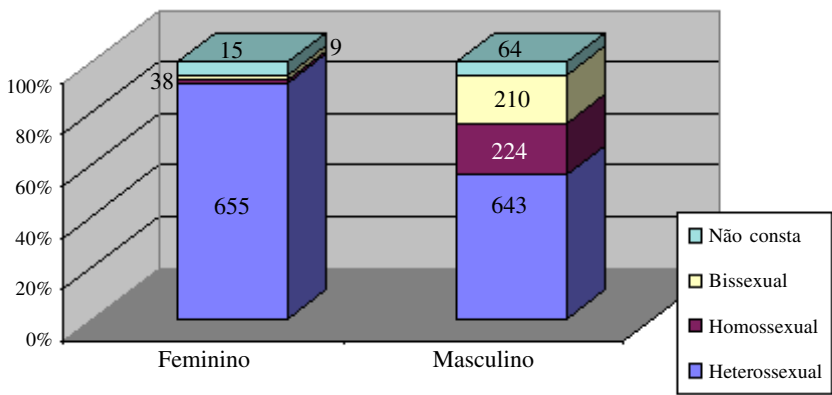
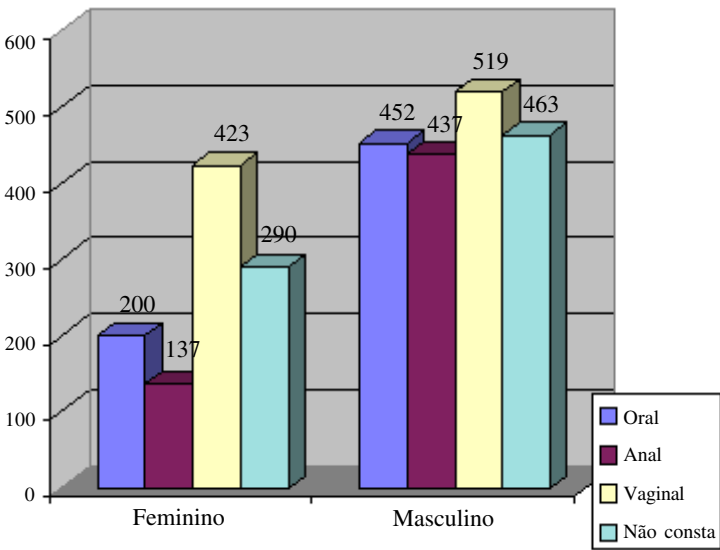


Figura 3
Frequência da prática sexual segundo o sexo dos pacientes



Dentre as diferentes opções sexuais, a população com maior índice de múltiplos parceiros foi a dos bissexuais (70%), seguida pelos homossexuais (55%) e pelos heterossexuais (52%) (Figura 4).

Com relação a prática por opção sexual, pudemos notar que dentre os heterossexuais houve predomínio do sexo vaginal (791), seguido pelo sexo oral (413) e pelo anal (303). Para homossexuais, a prática de maior frequência foi a anal (140), depois oral (117) e contraditoriamente a prática vaginal (6). Já os bissexuais apresentaram em ordem de importância: sexo vaginal (131), oral (111) e anal (124).

Quanto ao uso de preservativos, não houve diferenças significativas nos sexos masculino e feminino, estando em torno de 75% a 80% a porcentagem dos indivíduos de ambos os sexos que não usaram preservativo antes da admissão no serviço (Figura 5). Este

dado também foi independente do grau de escolaridade, sendo cerca de 77% a 82% a proporção de indivíduos que não usou o preservativo em qualquer grau. Foi observado que cerca de 82% dos heterossexuais, 80% dos bissexuais e 74% dos homossexuais não usaram preservativo até a admissão. Dos indivíduos que referiram múltiplos parceiros no último ano, 80% destes não tinham o hábito de usar preservativo. Enquanto dos pacientes com parceiro único 82% não usaram preservativo (Figura 6).

Quanto ao uso de drogas, entre os indivíduos do sexo masculino, observou-se que 36% deles não usaram nenhum tipo de droga, 31% usaram somente drogas não injetáveis e 8% referiram uso único de drogas endovenosas. Entre as mulheres, 57% não usaram nenhum tipo de droga; 23% referiram uso apenas de drogas não injetáveis e 4% usaram só drogas injectá-

Figura 4
Número de parceiros segundo a opção sexual

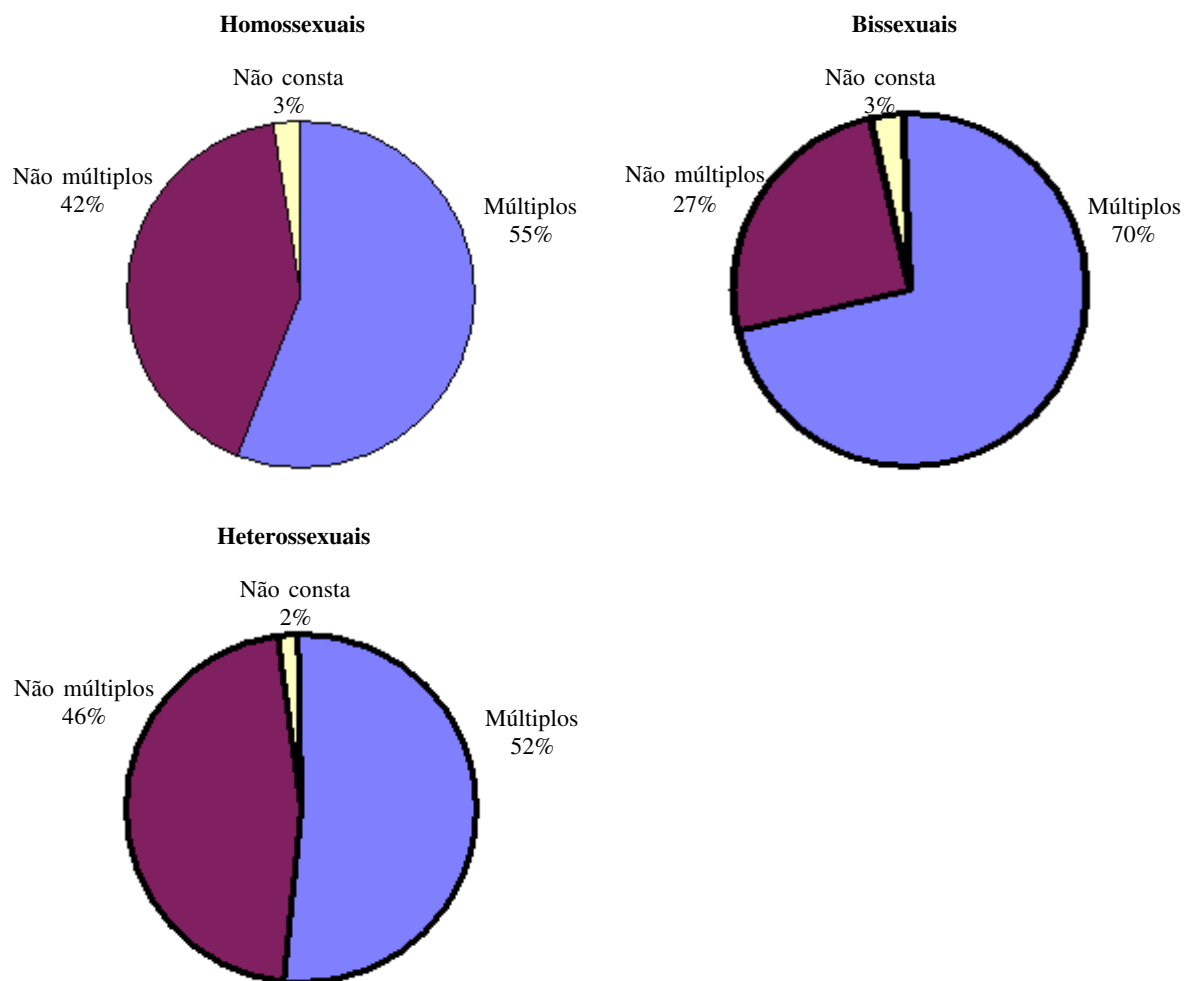


Figura 5
Uso de preservativo segundo o sexo

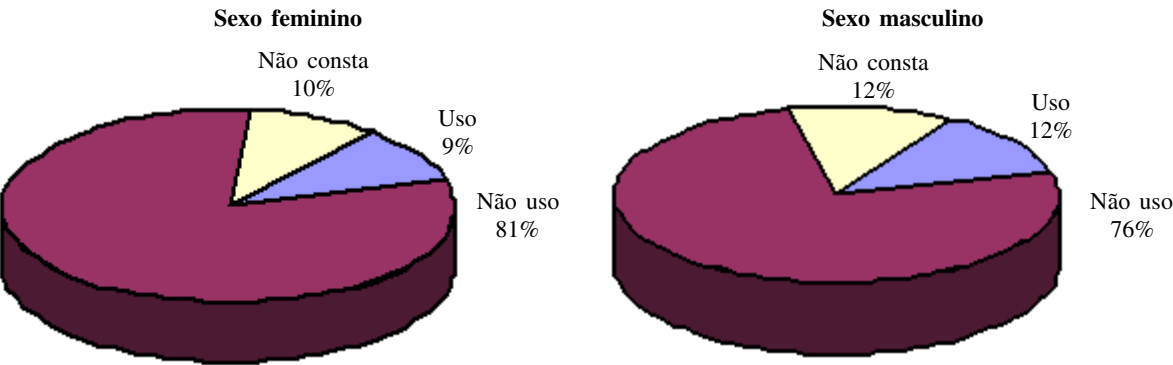
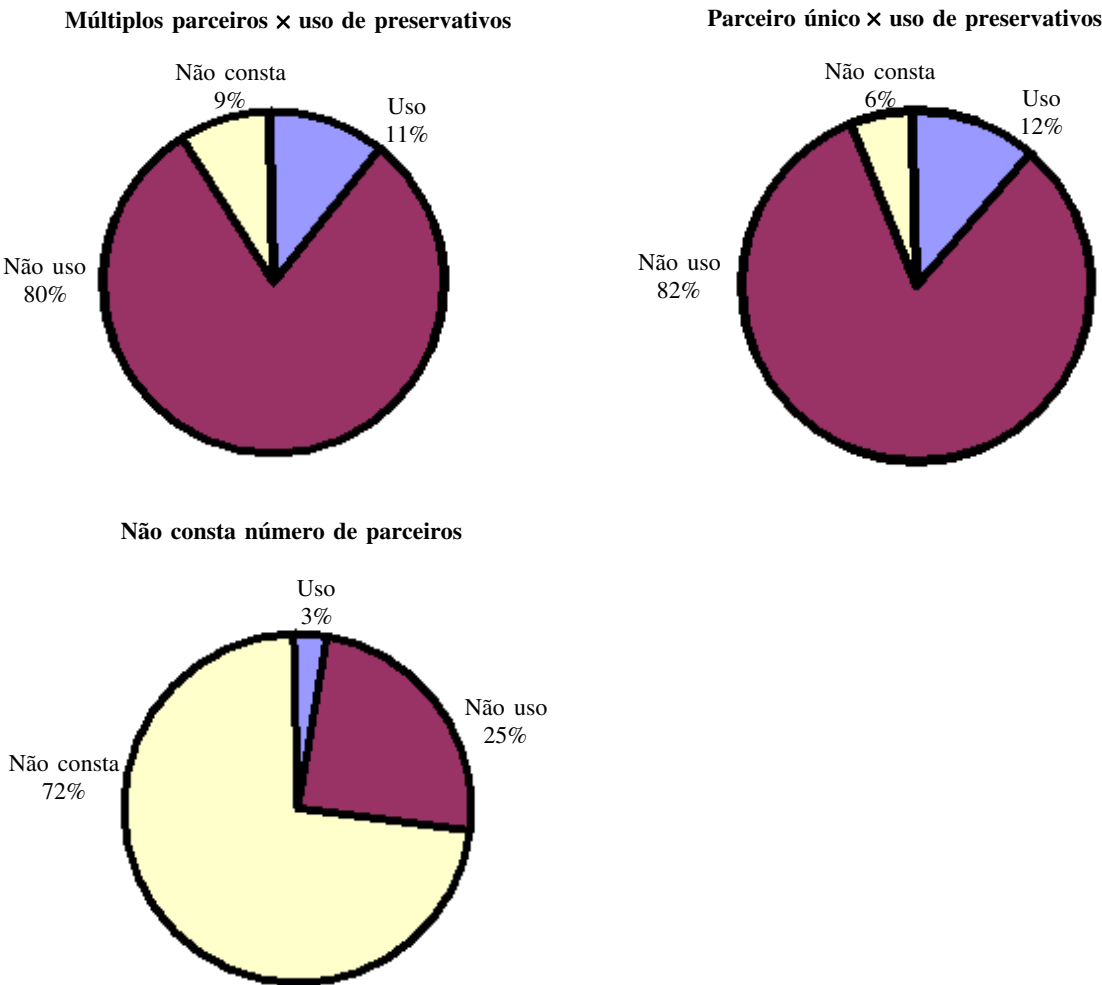


Figura 6
Uso de preservativos em pacientes com múltiplos parceiros



veis. Foi observado que a faixa etária entre 30 e 39 anos apresentou um maior número de indivíduos usuários de drogas (25%), tanto injetáveis como não injetáveis. A faixa de 20 a 29 anos teve destaque

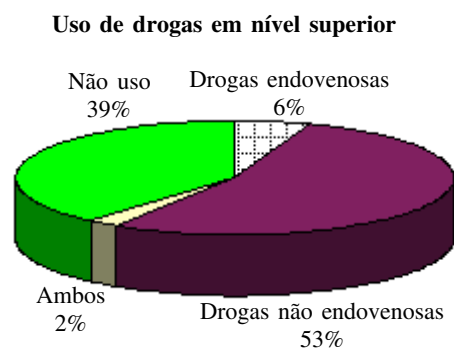
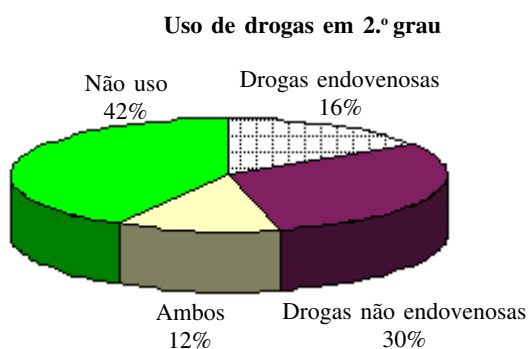
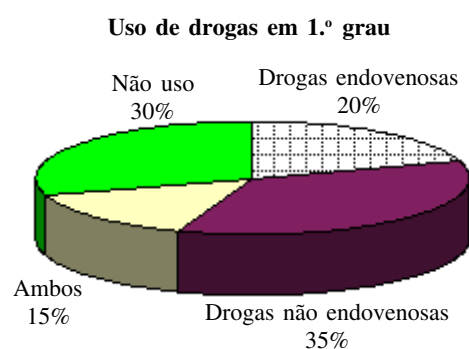
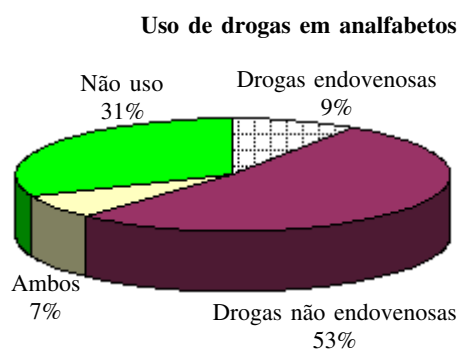
quando se tratou de uso exclusivo de drogas não endovenosas (*Quadro I*).

Segundo a escolaridade, o uso exclusivo de drogas injetáveis foi maior nos pacientes com o 1.º grau

Quadro I
Uso de drogas segundo a faixa etária

Faixa etária	Uso de drogas					
	Uso de endovenosas	Uso de não endovenosas	Ambos	Não uso	Uso (em percentagem)	Não uso (em percentagem)
10-19 anos	0	3	0	5	0,2	0,3
20-29 anos	17	102	37	124	8	7
30-39 anos	58	250	165	369	25	20
40-49 anos	39	131	76	219	13	12
50-59 anos	5	23	13	81	2	4
60-69 anos	2	6	0	25	0,4	1
70-79 anos	0	0	0	5	0	0

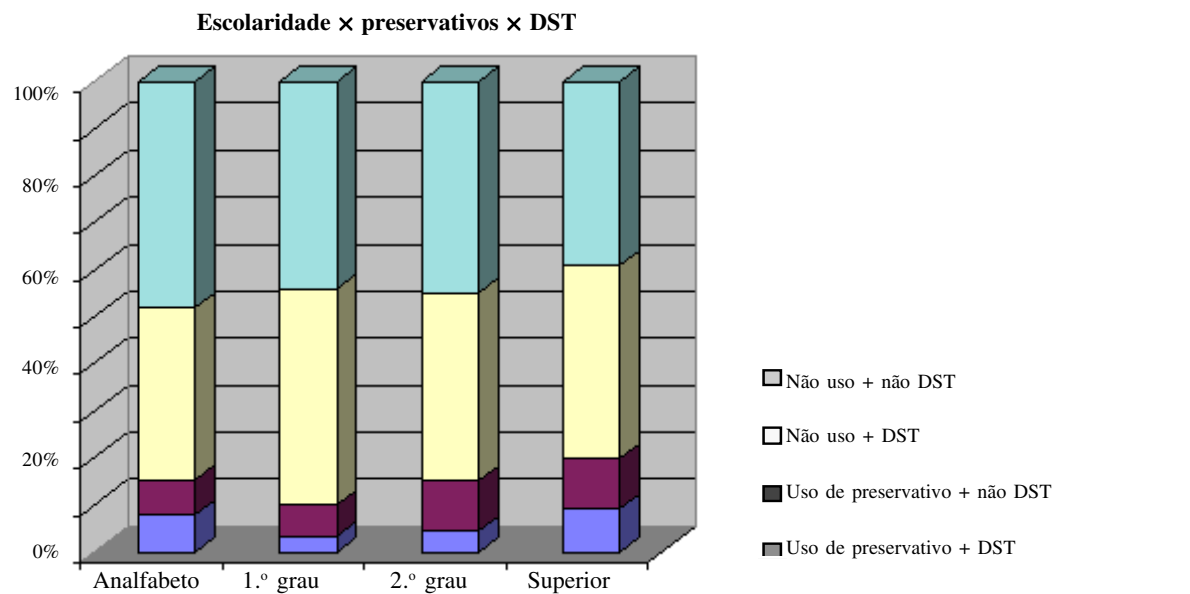
Figura 7
Uso de drogas segundo o grau de escolaridade



(20%); já o uso apenas de drogas não injetáveis foi maior nos indivíduos analfabetos e com nível superior (53% para ambos); finalizando, dos indivíduos com o 2.º grau, parcela considerável (42%) negou uso de qualquer droga (*Figura 7*). Com relação a presença de doenças sexualmente transmissíveis, em 44,7% dos prontuários a informação de DST foi ignorada. Do restante analisado, pôde-se observar que os bissexuais tiveram a maior porcentagem de DST, com 39%, enquanto os homossexuais apresentaram 27% e os heterossexuais 26%. Entre os pacientes que apresentaram multiplicidade de parceiros, a frequência de DST pregressa foi um pouco maior (29%), em detrimento dos que referiram parceiros únicos (25%). A história negativa de DST

para os indivíduos com múltiplos parceiros foi de 27% e para os que referiram somente um parceiro 35%. Em se tratando de prática sexual, a ocorrência de DST foi maior para o sexo anal (36%), seguida por sexo oral (34,3%), e o menor valor correspondeu ao sexo vaginal (29,7%). Entre os indivíduos que negaram uso de preservativo, a relação presença/ausência de DST apresentou proporção semelhante, fato este observado em todos os graus de escolaridade. Da pequena parcela que usou, a proporção aproximada DST/não DST correspondeu a 1 : 2 em 1.º grau (18 : 35) e 2.º grau (10 : 24), enquanto ficou em 1 : 1 nos analfabetos (4 : 4) e no nível superior (12 : 14) (*Figura 8*).

Figura 8
Presença de DST e uso de preservativos segundo a escolaridade



Quadro II
Frequência de realização do VDRL segundo o sexo

Realização do VDRL	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
VDRL	452 (64%)	738 (65%)	1 190 (64%)
Não VDRL	265 (36%)	403 (35%)	668 (36%)
Total	717 (100%)	1 141 (100%)	1 858 (100%)

Quanto a realização do exame sorológico de sífilis no sexo feminino, foi encontrado que 64% fizeram o VDRL (*veneral disease research laboratories*). Já no sexo masculino, 65% fizeram o exame (*Quadro II*). De todos os prontuários analisados, foi verificado que 36% não realizaram o VDRL, sendo que 99,5% destes também não fizeram FTA. Dos indivíduos que fizeram VDRL (64%), cerca de 20% deles obtiveram resultado positivo. Destes últimos, 93% fizeram o FTA. Foi verificado que somente 13% dos indivíduos que tinham FTA positivo evoluíram para a cura, enquanto 87% não se curaram.

4. Discussão

A cidade de Santos acompanha a tendência atual da AIDS no Brasil. Em 83, no início da epidemia, a relação de casos homens/mulheres era de 17 : 1. Já em 1997 encontramos uma razão de 2 : 1 (Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1995). Foi encontrada uma relação de três homens para cada duas mulheres neste estudo.

A faixa etária mais acometida foi a de 20 a 49 anos, correspondente aos indivíduos de vida sexual mais ativa, fato semelhante ao divulgado pelo boletim epidemiológico de Dezembro de 1998.

O início da epidemia de AIDS em Santos foi marcado por uma concentração dos casos na zona portuária e de prostituição, por terem sido estas as portas de entrada da infecção. Entretanto, após análise dos prontuários dos últimos dez anos, comprovou-se uma mudança neste perfil, encontrando-se pacientes distribuídos por toda a cidade. Isso evidencia que a AIDS atualmente está disseminada, mostrando que qualquer indivíduo pode estar sujeito a uma situação de risco e a adquirir a doença.

A disseminação da AIDS pôde também ser observada ao analisarmos as profissões. No início da epidemia, os trabalhos de prevenção eram basicamente voltados para ocupações como trabalhadores do sexo e caminhoneiros. No entanto, analisando a história do CRAIDS, verificamos que existem também vários casos de profissionais liberais, tais como professores, arquitetos, advogados e, curiosamente, muitos relacionados a área de saúde, como médicos, dentistas, enfermeiros, tirando definitivamente o estigma da epidemia de AIDS na cidade de Santos estar exclusivamente relacionado à atividade portuária e zona de prostituição.

Ao longo da análise de nossa amostra pudemos perceber que em vários dos prontuários onde constava no item ocupação a resposta «do lar» havia uma história passada de prostituição. No entanto, foi também verificado que o número de mulheres casadas infec-

tadas, com ocupação exclusiva do lar, vem aumentado nos últimos anos devido principalmente à promiscuidade dos maridos.

Foram encontrados muitos prontuários sem preenchimento de pré-teste e vários outros sem qualquer exame realizado. Isto pôde ser bem demonstrado pelo elevado número de «não consta» nos resultados. Outra grande dificuldade de todos os serviços de referência em AIDS, com relação à Vigilância Epidemiológica, está relacionada a falta de adesão ao tratamento. Este fator, além de prejudicar toda tentativa de pesquisa nesta área, compromete a efetividade dos programas de combate à doença.

Sabemos que o comportamento de risco é caracterizado pelo uso de drogas injetáveis, prática sexual (principalmente sexo anal), multiplicidade de parceiros ou alguma história pregressa de DST (Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1995). Nossos dados comprovaram que a frequência de sexo vaginal, oral e anal pelos homens foi muito próxima, além de continuarem apresentando múltiplos parceiros, independente do estado civil. Também foram os maiores usuários de drogas, sendo estas injetáveis ou não. E a maior parte da amostra referiu não usar preservativo, independente da opção sexual, da escolaridade e do número de parceiros. Tal perfil enquadrou-se perfeitamente em todos os aspectos de comportamento de risco citados anteriormente.

Para as mulheres, os resultados encontrados nos mostraram que a maioria teve preferência pelo sexo vaginal, referiram ser heterossexuais e apresentaram maior porcentagem de parceria única após o casamento. Este fato, porém, não implica uma menor possibilidade de essas mulheres adquirirem o vírus, uma vez que também comprovamos uma baixa frequência de uso de preservativos independente de qualquer fator, além de terem relacionamentos com homens com o perfil de risco traçado anteriormente. Este fato pode ter sido um dos responsáveis pela diminuição da razão de incidência entre homens e mulheres de 17 : 1 em 1983 para 3 : 2 em nosso estudo. Pode-se ainda associar a esses dados a maior facilidade de as mulheres adquirirem a infecção em uma única relação com portadores do HIV (Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1995). Uma questão interessante é sobre o uso de preservativo. Vale lembrar que esta pesquisa é retrospectiva, baseada em dados coletados antes de o paciente entrar no serviço, ou seja, antes do tratamento. Pudemos verificar que a maior parte da população não usou preservativo antes de iniciar tratamento no CRAIDS, independente da classe social e do grau de instrução, ou seja, muitas vezes sabendo as formas de contágio pela doença. Existe um serviço de distribuição de preservativo na rede pública municipal de

Santos, mas a realidade é que aparentemente toda campanha e esforço feito para que a população use o preservativo não está sendo eficaz. Quando analisamos a opção sexual e a multiplicidade de parceiros, pudemos verificar que o principal comportamento de risco foi o não uso do preservativo, pois a maioria dos homossexuais, trabalhadoras do sexo e outros indivíduos com certo grau de comportamento de risco referiram ausência de uso ou uso esporádico destes.

Com relação a DST, foi constatado alto número de prontuários em que este item foi ignorado, principalmente nos questionários mais antigos, demonstrando uma deficiência do pré-teste aplicado pelo Centro. Do restante analisado, nossos dados demonstraram que a promiscuidade e a prática de sexo anal aumentaram as chances de adquirir uma DST, fato este que veio a reforçar a literatura, a qual afirma que as lesões em órgãos genitais representam uma via de infecção importante principalmente nos indivíduos do sexo masculino que praticam sexo anal (Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1995). Sobre a abordagem dos exames subsidiários para sífilis (VDRL, FTA-abs e TPHA) foi feito um levantamento de cada paciente, levando em conta o modelo de abordagem sindrômica, que visa quebrar a cadeia de transmissão das DSTs. A sífilis é uma doença de caráter crônico, peculiar pelas suas manifestações clínicas esporádicas. Isso faz com que o paciente não procure serviço médico e com isso não se trate, contribuindo para a cadeia de transmissão. Existe a necessidade de detectar os casos desta doença, mesmo em indivíduos não imunodeprimidos, principalmente devido à manifestação em crianças — sífilis congênita. Por isso, o pedido do VDRL é obrigatório nas unidades básicas de saúde de Santos, segundo a abordagem sindrômica das DSTs (Brasil. Vigilância Epidemiológica de Santos).

Verificamos que mais da metade dos pacientes do serviço fizeram o VDRL (65%), o que ainda não é um índice bom. Como o protocolo de abordagem de HIV preconiza o VDRL na consulta inicial, o ideal seria encontrar na amostra um percentual inferior a 5% de indivíduos sem o exame feito. Como prováveis explicações para este fato citamos a não adesão ao tratamento ou possíveis falhas de conduta no serviço. Destacamos ainda a associação entre a infecção pelo *Treponema pallidum* e o vírus da AIDS. Indivíduos com sífilis primária apresentam em órgãos genitais uma via de infecção para o HIV. Estudos demonstraram que evidências sorológicas de sífilis prévia têm sido relacionadas a um aumento de quatro vezes na chance de contrair HIV entre pacientes (Darrow *et al.*, 1987) (Quinn *et al.*, 1988) e recentes relatos sugerem que algumas características clínicas da sífi-

lis em pacientes infectados pelo HIV podem ser diferentes daquelas observadas em soronegativos, provavelmente relacionadas com alterações que tanto o *Treponema pallidum* quanto o HIV provocam na imunidade celular e humoral do indivíduo, alterando a história natural da sífilis (Price e Brew, 1997) (McArthur, 1995; Johns, Therney e Felsenstein, 1987). Além disso, indivíduos imunodeprimidos são mais suscetíveis à contaminação pelo *Treponema pallidum* em uma relação sexual com paciente com sífilis, por isso é importante fazer o controle dos pacientes HIV através do VDRL e do FTA abs. A prática sexual com múltiplos parceiros sem uso de preservativo é a grande responsável pela convergência epidemiológica que existe entre o HIV e o *Treponema pallidum* e o surgimento da forma menos frequente da doença, a neurosífilis.

5. Conclusão

Através dessa análise estatística de dez anos do CRAIDS, demonstramos que a cidade de Santos se encaixa no perfil epidemiológico brasileiro no que diz respeito a epidemia pelo HIV. Apontamos falhas sérias em alguns setores do serviço de o Centro de Referência, mostrando a necessidade dos profissionais de saúde se atualizarem por meio de estatísticas e melhor direcionarem as ações do sistema.

Para correção de tais falhas propomos que haja uma atualização do modelo do pré-teste periodicamente, acompanhando as tendências da epidemia de AIDS em Santos. Para evitar que erros como os que aconteceram com o item DST se repitam propomos uma renovação do questionário atualizado de pré-teste pelo médico nas consultas posteriores, quando o paciente já adquiriu um grau de confiança maior em relação ao profissional. Isso aumentará a confiabilidade dos dados para melhor direcionamento das ações e futuras pesquisas.

De acordo com o protocolo de abordagem sindrômica das DSTs, o VDRL é um exame obrigatório; porém, verificamos que parcela considerável dos pacientes não o realizou. Como esta doença aumenta a chance de transmissão do vírus, é necessário maior rigor na conduta dos profissionais do CRAIDS.

Finalizando, tendo em vista que a atual distribuição de preservativos pelo CRAIDS é feita aleatoriamente, com controle apenas quantitativo, propomos que a distribuição deste passe a ser acompanhada de orientação didática, principalmente porque a maioria das pessoas não tinha o hábito de usar preservativo antes do tratamento.

□ Bibliografia

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo — Manual de vigilância epidemiológica : síndrome da imunodeficiência adquirida AIDS 1995. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de S. Paulo, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde — Boletim epidemiológico : epidemia de AIDS no Brasil, atualização Dezembro de 98. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde — Vigilância Epidemiológica de Santos — Programa Municipal de DST/AIDS de Santos. Santos: Ministério da Saúde, 1998.

DARROW, W. W., *et al.* — Risk factors for immunodeficiency virus (HIV) in homosexual men. *American Journal of Public Health*. 77 (1987) 479-83.

JOHNS, D. R.; THERNEY, M.; FELSENSTEIN, D. — Alteration in the natural history of neurosyphilis by concurrent infection with the human immunodeficiency virus. *New England Journal of Medicine*. 316 : 25 (1987) 1569-72.

McARTHUR, J. C. — Neurologic diseases associated with HIV-1 infection. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 8 (1995) 74-84.

PRICE, R. W.; BREW, B. J. — AIDS : biology, diagnosis, treatment and prevention. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven Publisher, 1997.

QUINN, T. C., *et al.* — The association of syphilis with risk of immunodeficiency virus infection in patients attending sexually transmitted diseases clinics. *Archives of International Medicine*. 318 (1988) 197-203.

□ Summary

THE CENTER OF REFERENCE ON AIDS IN THE CITY OF SANTOS (CRAIDS) : A TEN YEARS EPIDEMIOLOGICAL OUTLINE AND ANALYSIS

The epidemiological situation of AIDS has been modified in the last twenty years of epidemic in Brazil. By analyzing the admission questionnaires of the Center of Reference on AIDS in the city of Santos (CRAIDS), we analyzed 3500 files at CRAIDS, and the selected sample corresponds to all patients who are still alive in Santos, in a total number of 1858 forms. The criteria used in this study was the sex, date of birth, sexual preference, ways of doing sex, level of schooling, profession, marital status, number of partners, drug addiction, previous sexually transmitted diseases, usage of Condon and syphilis blood exam, the age range in which HIV was found (between 20 and 49 year olds), in a proportion of 3 men to 2 women. Most of the patients education is primary school (1030). Among single men, 49% had many sexual partners. This number dropped to 55% among women. Among women, 91.3% were heterosexual, while among men, the figure dropped to 56%. In our study, we realized that 80% of population do not use Condon, regardless of their level of schooling, sexual preference and number of sexual partners. The previous frequency of sexually transmitted diseases (STD) was 28.5% among the patients who said they had many partners. From all patients analyzed in our study, 65% of them did the VDRL exam, which does not correspond to a satisfactory percentage in the protocol of syndromic, which approaches of the STD/AIDS of Santos city program. Through this transversal study of ten years of CRAIDS, we showed that Santos city fits in the epidemiological Brazilian profile of HIV epidemic. We noticed that some areas of CRAIDS have the need of updating their health professionals by means of statistics, in order to overcome the failure of the system.