

**Perfil sociodemográfico de pacientes portadores de HIV/AIDS internados no Hospital Universitário Alcides Carneiro para tratamento de infecções oportunistas**

**Sociodemographic profile of HIV/AIDS patients admitted to Hospital Universitário Alcides Carneiro for treatment of opportunistic infections**

DOI:10.34117/bjdv8n7-204

Recebimento dos originais: 23/05/2022

Aceitação para publicação: 30/06/2022

**Hugo Ricardo Torres da Silva**

Bacharel em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)  
Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)  
Endereço: R. Aprígio Veloso, 882, Universitário, Campina Grande – PB  
E-mail: huugorts@gmail.com

**Jully Ane Bonfim Ataides**

Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)  
Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)  
Endereço: R. Aprígio Veloso, 882, Universitário, Campina Grande – PB  
E-mail: jullyane.bonfim@gmail.com

**Jean Carlos Faria Tabosa**

Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)  
Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)  
Endereço: R. Aprígio Veloso, 882, Universitário, Campina Grande – PB  
E-mail: jeancarlosft3@gmail.com

**Wivianne Ouriques Cruz**

Bacharel em medicina pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)  
Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)  
Endereço: R. Aprígio Veloso, 882, Universitário, Campina Grande – PB  
E-mail: wivianneouriques@hotmail.com

**José Ronaldo Mariano da Silva Filho**

Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)  
Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)  
Endereço: R. Aprígio Veloso, 882, Universitário, Campina Grande – PB  
E-mail: jronaldomariano@gmail.com

**Gabriel Duarte de Lemos**

Discente do curso de Medicina da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)  
Instituição: Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)  
Endereço: R. do Príncipe, 526, Boa Vista, Recife – PE  
E-mail: lemos.2000@icloud.com

**Thiago de Oliveira Assis**

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário UNIFACISA

Endereço: R. Manoel Cardoso Palhano, 124-152, Itararé, Campina Grande - PB,

CEP: 58408-326

E-mail: thiago.oa@hotmail.com

**Ana Janaina Jeanine Martins de Lemos-Jordão**

Doutora em Biociência Animal pela Universidade Federal Rural de Pernambuco  
(UFRPE)

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Endereço: Universidade Federal de Campina Grande, Reitoria, Avenida Juvêncio

Arruda, 795, Campina Grande – PB

E-mail: janainajeanine@yahoo.com.br

**RESUMO**

O Brasil tem enfrentado uma transição no perfil do HIV, seguindo rumo a feminização, pauperização, interiorização, heterossexualização e juvenilização da doença – fenômenos os quais foram identificados em artigo recente, em amostras de populações vivendo com HIV/AIDS na Capital do Estado da Paraíba. A identificação do perfil sociodemográfico é importante, uma vez que o perfil de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) é muito variável a depender da localidade onde residem. Apesar de Campina Grande ser a segunda cidade na Paraíba com maior número de casos acumulados, não há contribuições científicas recentes sobre a temática na região. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes portadores de HIV/AIDS internados no serviço de Infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) para tratamento de Infecções Oportunistas. Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, do tipo observacional, a qual contou como instrumento de coleta de dados, questionários aplicados aos usuários internados na Ala E, do mesmo serviço, no período entre Agosto de 2017 e Julho de 2018. O perfil predominante foi de homens heterossexuais na faixa etária de 50 a 54 anos, pardos, analfabetos, desempregados, ou com renda salarial de até um salário mínimo, não usuário de drogas, com provável modo de transmissão viral por via sexual, com situação de residência urbana, estado civil solteiros, com média de 3 filhos, católicos, os quais, 50% alegavam usar preservativo. De forma comparativa, o perfil sociodemográfico apresentou a maior parte das variáveis semelhantes à demonstrada por outros pesquisadores brasileiros, seguindo as tendências nacionais. Conclui-se que o perfil epidemiológico do grupo populacional estudado acompanha o padrão nacional, exceto quanto à faixa etária, que se apresentou, predominantemente, acima de 50 anos nos indivíduos estudados na atual pesquisa.

**Palavras-chave:** perfil sociodemográfico, HIV, infecções oportunistas.

**ABSTRACT**

Brazil has been facing a transition in the profile of HIV, following towards feminization, pauperization, internalization, heterosexualization and juvenilization of the disease - phenomena that were identified in a recent article, in samples of populations living with HIV/AIDS in the Capital of the State of Paraíba. The identification of the sociodemographic profile is important, since the profile of people living with HIV/AIDS (PLHA) is very variable depending on where they live. Although Campina Grande is the second city in Paraíba with the highest number of accumulated cases, there are no recent

scientific contributions on the theme in the region. The aim of this study was to describe the sociodemographic profile of patients with HIV/AIDS admitted to the Infectious Diseases Department of the Alcides Carneiro University Hospital (HUAC) for treatment of opportunistic infections. This is a cross-sectional, observational research, which counted as an instrument of data collection, questionnaires applied to users hospitalized in Ward E, of the same service, in the period between August 2017 and July 2018. The predominant profile was heterosexual men aged 50 to 54 years, brown, illiterate, unemployed, or with wage income of up to one minimum wage, not drug users, with a probable mode of viral transmission by sexual route, with urban residence status, single, with an average of three children, Catholics, of which 50% claimed to use condoms. Comparatively, the sociodemographic profile presented most of the variables similar to those shown by other Brazilian researchers, following the national trends. We conclude that the epidemiological profile of the population group studied follows the national pattern, except for the age range, which was predominantly above 50 years in the individuals studied in the current research.

**Keywords:** sociodemographic profile, HIV, opportunistic infections.

## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA/AIDS) ainda é, atualmente, uma pandemia mundial com altas taxas de morbimortalidade. Cursando, portanto, com grande prejuízo demográfico e socioeconômico. Causando sérias repercussões biopsicossociais, haja vista que é uma condição clínica que carrega diversos estigmas devido ao histórico da doença e sua associação com comportamentos ditos de risco (UNAIDS, 2019).

No Brasil, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 15471 novos casos de AIDS em 2018, sendo 3732 (24,12%) destes, referentes a região Nordeste e 211 (5,7% dos novos casos de AIDS da região nordeste no mesmo ano) ao estado paraibano. Já com relação aos coeficientes de mortalidade, em 2018, o Brasil teve uma taxa de 4,8 óbitos por causa básica AIDS, enquanto o Nordeste, 4,1 e a Paraíba, 3,1 para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2018).

Apesar da mortalidade por HIV/AIDS estar diminuindo no Brasil, esta ainda representa a quarta principal causa de morte no país. Além disso, a região Nordeste não tem acompanhado a redução e sim o aumento do número de óbitos, em detrimento da diminuição no Sudeste, Sul e Centro-Oeste – o que pode ser resultado das diferenças da assistência à saúde nessas regiões (LINS et al., 2019). Campina Grande encontra-se entre os cinco municípios da Paraíba com maior número de casos de AIDS acumulados, ficando atrás apenas da capital João Pessoa (BRASIL, 2011).

O perfil sociodemográfico de pessoas vivendo com HIV é variável entre as diversas populações do mundo, uma vez que está diretamente relacionado a fatores sociais, Políticas Públicas, leis locais, garantia dos Direitos Humanos, entre outros fatores. Campina Grande, no interior da Paraíba, representa um chave na engrenagem do HIV no estado, haja vista que concentra grande parte dos casos. A determinação do perfil desses pacientes em uma amostragem local fomenta conteúdo científico sobre a região e favorece a elucidação de fatores de risco como meio para o estabelecimento de Políticas Públicas mais eficazes para prevenir a infecção pelo HIV e tratar os casos já existentes. Outrossim, não foram encontradas informações recentes na literatura sobre o tema.

Desta forma o presente estudo buscou descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes portadores de HIV/AIDS internados no serviço de Infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro, referência para o atendimento de pessoas com HIV/AIDS em Campina Grande e regiões adjacentes, comparar o perfil sociodemográfico dos pacientes com dados epidemiológicos disponíveis em literatura nacional e internacional, identificar fatores de risco associados ao perfil sociodemográfico da população estudada e fornecer informações inéditas sobre o tema à comunidade científica.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, epidemiológico-descritivo, realizado na Ala “E” – enfermagem destinada ao setor de infectologia – do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), em Campina Grande - PB. A coleta de dados ocorreu no período entre agosto de 2017 a julho de 2018.

A população estudada foi de pacientes internados no HUAC na ala de Infectologia devido a Infecções Oportunistas em decorrência da AIDS/SIDA. A fim de definir o número amostral de pacientes que deveriam preencher o questionário, foram contabilizados o total de pacientes internados devidos a IOs entre o período de janeiro a dezembro de 2016, de maneira que foram quantificados 77 prontuários de pacientes internados para tratamento de IOs, tendo como base esse número como população. A amostra foi definida com 95% de nível de confiança, 5% de margem de erro e proporção de 10%, através da fórmula para o cálculo da amostra a partir de uma população finita, segundo Marotti (2008), a saber:  $n = o^2 p.q.N/e^2 (N-1) + o^2 p.q$ , resultando em um valor de  $n = 15$  para o número mínimo de questionários aplicados.

Para as entrevistas, os seguintes critérios de inclusão foram estabelecidos: pacientes com idade superior a 15 anos e sem limite superior de idade, ambos os sexos.

Os critérios de exclusão foram: pacientes que se recusassem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pacientes que não quisessem participar da pesquisa ou ainda que estivessem inconscientes ou desorientados, bem como pacientes gestantes.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado em duas vias, informações a respeito da possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento foram repassadas aos pacientes. Foram aplicados 18 questionários, por busca ativa, no leito.

O questionário foi aplicado por busca ativa, abordando o paciente durante a internação no serviço na Ala “E”, de infectologia, do HUAC. Foi respeitada a privacidade e mantido o sigilo dos pacientes estudados, sendo sua identificação realizada pelo número do prontuário, letras iniciais de seu nome e um novo número de protocolo em cada formulário preenchido na pesquisa.

Os dados coletados foram analisados indutivamente, organizados e distribuídos em planilha eletrônica no programa *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup>, utilizada como forma de entrada de dados. Foi realizada a descrição dos dados encontrados, calculando-se as médias e desvios-padrão (DP) das variáveis contínuas e frequências das variáveis categóricas, utilizando o mesmo programa.

O estudo foi desenvolvido de acordo com as normas e orientações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre estudos envolvendo seres humanos, de maneira que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HUAC, aceito sob número de certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE): 71549717.7.0000.5182, aprovado sob número do Parecer: 2.539.775. A coleta de dados foi iniciada apenas após a aprovação do projeto pelo CEP e da liberação da coordenação do Hospital.

Não há conflitos de interesse.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram aplicados 18 questionários aos pacientes com idade superior a 15 anos e sem limite superior de idade, de ambos os sexos, de acordo com os critérios de inclusão propostos pela metodologia. Após aplicação dos questionários e tratamento dos dados, observou-se uma média de 49,9 anos para a faixa etária, sendo o maior valor 73 anos e o menor, 30 (tabela 1). A distribuição por intervalo de 5 anos revela que a maior parte dos pacientes (27,78%) se encontrava no intervalo de 50 a 54 anos (tabela 2).

Tabela 1. Distribuição da faixa etária média dos portadores de HIV/AIDS internados no HUAC- CG para tratamento de Infecções Oportunistas entre os anos de 2017 e 2018.

| IDADE                  |              |
|------------------------|--------------|
| Média                  | 49,9<br>anos |
| Maior                  | 73<br>anos   |
| Menor                  | 30<br>anos   |
| Desvio padrão amostral | 12,11        |

Fonte: Autores

Tabela 2. Distribuição da faixa etária por frequência, em intervalos de 5 anos, levando em consideração os portadores de HIV/AIDS internados no HUAC- CG para tratamento de Infecções Oportunistas entre os anos de 2017 e 2018.

| FAIXA ETÁRIA | TOTAL     |             | MULHERES |             | HOMENS    |              |
|--------------|-----------|-------------|----------|-------------|-----------|--------------|
|              | N         | FREQUÊNCIA  | N        | FREQUÊNCIA  | N         | FREQUÊNCIA   |
| 15 – 19      | -         | -           | -        | -           | -         | -            |
| 20 – 24      | -         | -           | -        | -           | -         | -            |
| 25 – 29      | -         | -           | -        | -           | -         | -            |
| 30 – 34      | 2         | 11,1%       | 1        | 20%         | 1         | 7,7%         |
| 35 – 39      | 2         | 11,1%       | 1        | 20%         | 1         | 7,7%         |
| 40 – 44      | 2         | 11,1%       | 1        | 20%         | 1         | 7,7%         |
| 45 – 49      | 2         | 11,1%       | -        | -           | 2         | 15,4%        |
| 50 – 54      | 5         | 27,8%       | 1        | 20%         | 4         | 30,8%        |
| 55 – 59      | -         | -           | -        | -           | -         | -            |
| 60 – 64      | 3         | 16,7%       | -        | -           | 3         | 16,7%        |
| 65 – 69      | 1         | 5,6%        | -        | -           | 1         | 7,7%         |
| 70 – 74      | 1         | 5,6%        | 1        | 20%         | -         | -            |
| <b>TOTAL</b> | <b>18</b> | <b>100%</b> | <b>5</b> | <b>100%</b> | <b>13</b> | <b>72,2%</b> |

Fonte: Autores

Algumas fontes demonstram discordância com a amostra estudada no que se refere a faixa etária, como o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2018, elaborado a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), nos anos de 2017 e 2018 (período do presente estudo), em que a faixa etária prevalente dos casos de HIV foi de 20 a 24 anos (19,1%), sendo também a faixa etária predominante entre homens, mas não entre as mulheres, a qual foi de 25 a 29 anos, representando 14,6% dos casos.

Quando estudada a faixa etária entre 50 e 54 anos, o Boletim Epidemiológico aponta apenas 5,1%. Em Natal, Silva et al. (2016) também demonstraram faixa etária prevalente (42%) compatível com a população brasileira (20 a 30 anos). Já Serafim et al. (2017) descreveram o perfil de uma amostra de pessoas convivendo com HIV/AIDS (PVHA) acompanhadas em hospital de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, no ano de 2015, no qual a média de idade foi de 36 anos, sendo que a maioria dos usuários (59%) se apresentou no intervalo de idade de 30 a 39 anos, seguido dos entre 18 e 29 anos,

enquanto a taxa de PVHA acima de 50 anos foi de 21%, revelando a possibilidade de a Paraíba ter PVHA com faixas etárias mais altas.

Dados de outros estudos quanto à faixa etária de PVHA em várias regiões do Brasil, como Dantas et al. (2019), Nunes et al. (2015), Galvão (2017), Castro et al. (2013) e Moura e Farias (2017), estão reunidos na tabela 3 e demonstram, também, faixas etárias predominantemente abaixo dos 50 anos. Contudo, o envelhecimento da população de PVHA é uma realidade apontada por Souza, Suassuna e Costa (2009), que atribuem o aumento do número de idosos infectados pelo HIV, atualmente, à vulnerabilidade física e psicológica e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde especializados e de qualidade, bem como ao estigma e ao imaginário coletivo de que há diminuição do interesse sexual na terceira idade, gerando a precariedade de políticas públicas voltadas a essa população e, também, um sentimento de culpa e vergonha com relação a sua sexualidade, que contribui para um maior afastamento dos idosos dos serviços de saúde que cuidam do diagnóstico e prevenção da doença quando, na verdade, os processos de inclusão social para os idosos com as “escolas abertas”, “centros de convivência”, entre outros, bem como o aumento da longevidade e autonomia, ampliam as possibilidades de vivenciarem relacionamentos e explorarem sua sexualidade (BEZERRA, 2014). Esse distanciamento dos idosos dos serviços especializados pode, inclusive, contribuir para a subnotificação dos casos e, porventura, subestimar o número real de idosos infectados.

Tabela 3. Distribuição das faixas etárias prevalentes em pessoas vivendo com HIV/AIDS em estudos distribuídos pelo país, bem como nos pacientes internados no Hospital Universitário Alcides Carneiro para tratamento de infecções oportunistas nos anos de 2017 e 2018.

| REFERÊNCIA                        | CIDADE/ESTADO     | MÉDIA | MAIOR PREVALÊNCIA     | ≥50 anos  |
|-----------------------------------|-------------------|-------|-----------------------|---|
| Dados da pesquisa atual           | Campina Grande/PB | 49,9  | 50 a 54 anos (27,78%) | 50 a 54 anos (27,8%), 55 a 59 (0%), 60 a 64 (16,7%), 65 a 69 (5,6%) e > 70 (5,6%) |
| DANTAS et al., 2019               | Rio das Ostras/RJ | 39,9  | -                     | -   |
| NUNES et al., 2015                | Ribeirão Preto/SP | -     | 31 a 40 anos (38,0%)  | 51 a 60 (5,18%), 61 a 70 (1,79%) e > 70 anos (8,73%)                              |
| GALVÃO, J. M. V., 2017            | Caxias/MA         | 34,64 | -                     | -   |
| CASTRO et al., 2013               | Salvador/BA       | -     | 21 a 40 anos (50%)    | > 50 anos (12%)   |
| MOURA, J. P., FARIAS, M. R., 2017 | Passos/MG         | -     | 20 a 39 anos (56%)    | -   |

Fonte: Autores

A discordância da faixa etária encontrada na amostra estudada com relação aos demais estudos e a tendência de juvenilização no perfil epidemiológico do HIV, ou seja, o aumento do número de casos na população de 15 a 29 anos (SILVA et. al, 2017), se deve ao fato de que os casos estudados, no presente trabalho, tratam-se de pacientes internados para o tratamento de IOs e não pacientes acompanhados ambulatorialmente, como na maioria dos estudos supracitados, ou seja, com recrutamento de pacientes por vezes com diagnóstico recente, apesar de serem acometidos pela infecção há pelo menos 9 a 10 anos, que é quando, em média, geralmente se instala a AIDS/SIDA, período em que começam a ocorrer a maioria das IOs (SPEZIA, PICARELLI, SANTOS, 2015) e também devido às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, retardando o diagnóstico.

Observou-se na amostra estudada no decorrente trabalho, uma prevalência maior entre homens (72,22%) do que entre mulheres (27,77%), com uma razão de sexo na proporção masculino para feminino de 2,6 (M:F); bem como heterossexuais (88,88%), com provável modo de transmissão por via sexual (66,66%), conforme exposto na tabela 4. No Brasil, nos anos de 2017 e 2018, a prevalência também foi maior em homens, nos quais a infecção por HIV representou 72,32% das notificações, enquanto nas mulheres, 27,63%, com razão de sexos de 2,2 (M:F); em pardos (43,4%); com provável modo de transmissão como a via sexual (85,23%), sendo a maior parte das notificações referentes a pacientes heterossexuais (45,66%) – o que se deve a amostra feminina, já que na amostra masculina a maioria foi de homossexuais (46,44%). A amostra estudada também se assemelhou a de João Pessoa, com maior prevalência no sexo masculino (71%), com predominância de homossexualidade (38,73%) entre os homens, não distinguindo a orientação sexual das mulheres (SERAFIM et al., 2017) - o que não ocorreu na pesquisa corrente, que apresentou prevalência de heterossexualidade em ambos os grupos. Em Natal, também foi observada prevalência de sexo masculino (52%) e de pessoas heterossexuais (79%) em ambos os sexos (SILVA et al., 2016). A tabela 5 agrupa dados de outros estudos que, no geral, demonstraram conformidade com a amostra do HUAC



Tabela 4. Características de sexo, raça/cor, orientação sexual e provável modo de transmissão dos portadores de HIV/AIDS internados no HUAC- CG para tratamento de infecções oportunistas nos anos de 2017 e 2018.

| VARIÁVEIS                           | N  | FREQ.      |
|-------------------------------------|----|------------|
| <b>Sexo</b>                         |    |            |
| Masculino                           | 13 | 72,22<br>% |
| Feminino                            | 5  | 27,77<br>% |
| <b>Raça/Cor</b>                     |    |            |
| Branca                              | 6  | 33,33<br>% |
| Parda ou preta                      | 12 | 66,66<br>% |
| Não informado                       | -  | -          |
| <b>Orientação Sexual</b>            |    |            |
| Heterossexual                       | 16 | 88,88<br>% |
| Homossexual                         | 2  | 11,11<br>% |
| Bissexual                           | -  | -          |
| Não Informado                       | -  | -          |
| <b>Provável Modo de Transmissão</b> |    |            |
| Sexual                              | 12 | 66,66<br>% |
| UDI                                 | -  | -          |
| Transmissão Vertical                | -  | -          |
| Hemotransfusão                      | -  | -          |
| Acidente com material biológico     | 1  | 5,56%      |
| Outros                              | 4  | 22,22<br>% |
| Não informado                       | 1  | 5,56%      |

Fonte: Autores

Tabela 5. Características de sexo, raça/cor, orientação sexual e provável modo de transmissão dos portadores de HIV/AIDS em diversos estudos realizados pelo Brasil.

| REFERÊNCIA                        | MAIOR PREVALÊNCIA                 |                         |                         |                              |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------|
|                                   | Sexo                              | Raça/Cor                | Orientação Sexual       | Provável Modo de Transmissão |
| Dados da pesquisa atual           | Masculino (72,22%)<br>M:F (2,6:1) | Pardos/Preto s (66,66%) | Heterossexuais (88,88%) | Sexual (66,66%)              |
| DANTAS et al., 2019               | Masculino (58,2%)                 | Branco s (52,1%)        | Heterossexuais          | Sexual (62%)                 |
| NUNES et al., 2015                | Masculino (62%)<br>M:F (1,63:1)   | -                       | -                       | -                            |
| GALVÃO, J. M. V., 2017            | Masculino (51%)<br>M:F (1,12:1)   | Pardos (54,6%)          | -                       | -                            |
| CASTRO et al., 2013               | Masculino (70%)<br>M:F (2,33:1)   | -                       | Heterossexual (72%)     | Sexual (94%)                 |
| MOURA, J. P., FARIAS, M. R., 2017 | Masculino (67%)<br>M:F (2,02:1)   | Branco s (61,6%)        | -                       | Sexual (65,2%)               |
| ALENCAR, J. M. N. et al., 2016    | Masculino                         | -                       | Heterossexuais (52,9%)  | Sexual (85,25%)              |

---

|                 |              |   |                      |   |
|-----------------|--------------|---|----------------------|---|
| SOUZA, A. C. A, | Masculino    | - | Heterossexuais (70%) | - |
| COSTA;          | (55%)        |   |                      |   |
| SUASSUNA, D. S. | M:F (1,22:1) |   |                      |   |
| B. COSTA, S. M. |              |   |                      |   |
| L., 2009        |              |   |                      |   |

---

Fonte: Autores

A razão de sexos no Brasil vem diminuindo desde o início da epidemia, atingindo o seu auge em 1983 com o valor de 40 homens para cada 1 mulher (M:F) para o valor de 2,2 em 2017, bem como a razão de sexos no Nordeste que diminuiu de 7,0 em 1990 para 2,2 em 2017, o que tem sido denominado de feminização da infecção pelo HIV, de maneira que efetuou-se a criação do Plano Integral de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs, com a finalidade de que políticas públicas fossem estabelecidas para a garantia de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (BRASIL, 2007). As razões de sexo encontradas na amostra de Campina Grande e as dos demais estudos dispostos na tabela 5, portanto, estão em concordância com a transição epidemiológica no perfil da infecção por HIV quanto as discrepâncias entre gênero.

Dentre os fatores apontados como causas da feminização está a tendência de heterossexualização (BRITO, 2000) e a desigualdade de gênero, que gera uma série de repercussões ligadas a esse fenômeno, como a menor empregabilidade feminina e a ocupação em posições mais precárias e informais, violência doméstica e sexual, fatores religiosos e culturais que interferem negativamente na adoção de medidas de prevenção, a não garantia de direitos sexuais e reprodutivos nos serviços de saúde, o enfrentamento da saúde da mulher de forma limitada ao aspecto reprodutivo e a insuficiência de Políticas Públicas para a garantia dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2007).

Com relação aos aspectos culturais e sociais, destaca-se a dependência afetiva e o medo de muitas mulheres em perder o parceiro que, por isso, muitas vezes submetem-se a prática do sexo não seguro, devido ao menor poder de negociação quanto ao uso de preservativos, seja por estarem inseridas em contextos de violência doméstica e sexual seja por outras formas de dependência, como a financeira, que as coloca em posição de submissão frente ao parceiro (MOURA, FARIA, 2017), principalmente em classes socioeconômicas menos favorecidas, nas quais as relações de poder e machismo continuam a comandar a prática sexual (MALISKA, SOUZA e SILVA, 2007). Por outro lado, o maior empoderamento e autonomia feminina também podem ter contribuído para a vulnerabilidade das mulheres ao HIV por proporcionar a busca por identidade pessoal e curiosidade sexual-afetiva e o desejo das adolescentes de se afirmarem como mulher,

de maneira a se exporem a relações sexuais de forma precoce, geralmente com homens mais velhos com os quais a negociação para o uso de preservativos é mais difícil (ALENCAR, 2016).

Maliska, Souza e Silva (2007) dividem a vulnerabilidade feminina em antes e após a infecção do HIV. Antes da infecção, o contexto de vulnerabilidade está relacionado à crença de que um relacionamento estável pode conferir proteção, trazendo a ideia de invulnerabilidade, deixando implícito que o conceito de “grupos de risco”, estabelecidos no começo da epidemia, estão arraigados no imaginário popular, de maneira que mulheres vivendo em um relacionamento estável julgam-se não estar inseridas nesses grupos, considerando-se, portanto, protegidas contra a infecção, seja por confiar que o parceiro não pratique relações extraconjugais ou por achar que, nessas relações, estes usariam preservativo. Já após a infecção, a vulnerabilidade concentra-se na não adesão ao uso de preservativos, seja pelo desconhecimento da necessidade do uso entre um casal soropositivo acerca da reinfecção com cepas mais resistentes do vírus ou da aquisição de outras DSTs, seja por todas as questões culturais que envolvem a adesão ao uso; e em casal sorodiscordantes, destaca-se o mito de que a mulher não pode transmitir para o homem, causado por testes anti-HIV terem sido negativos mesmo após relações com a parceira soropositivo.

Quanto a prevalência de heterossexuais na amostra estudada e nos demais estudos, bem como na população brasileira no geral, vê-se que a amostra segue a tendência do que é definido como heterossexualização, ou seja, a transição do perfil epidemiológico da infecção por HIV da população homossexual, característica do início da epidemia, para a heterossexual, ainda que seja expressivo o acometimento de gays e outros homens que fazem sexo com homens, de modo que ainda são considerados populações-chave no país (BRASIL, 2018b).

A respeito do quesito Raça/Cor, a prevalência da amostra estudada foi de pardos ou pretos (66,66%), assim como em Natal/RN (53%) (SILVA, et al., 2016). A literatura analisada, em sua maioria, demonstra prevalência também de pardos ou pretos, a não ser por dois artigos de Dantas e colaboradores, (2019) e o artigo de Moura e Farias, (2017) que descreveram maioria de PVHA em auto declarados como brancos. Enfatizando em seus textos a predominância de população branca na região, o que pode ter contribuído para a discrepância com relação à literatura brasileira sobre a temática.

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018a) demonstram, ainda, aumento do número de casos na população parda e negra, porém Fry et al. (2007, p. 498) defende que

“os dados epidemiológicos disponíveis não são suficientes para sustentar a interpretação de que existe uma associação entre a população negra e a AIDS no país”, uma vez que a inclusão dessa variável nos bancos de dados nacionais é recente e deficiente quanto ao preenchimento das informações e categorização dos dados que, muitas vezes, reúne pardos e pretos em uma mesma categoria de “negros”, prejudicando a representatividade do comportamento da epidemia por “homogeneizar um conjunto cujas partes são heterogêneas” (FRY et al., 2007, p 505) – já que o aumento da incidência nos negros deve-se, na verdade, ao aumento em pardos, estabilização em pretos e diminuição em brancos. Contudo, não se pode ignorar o fato de que a população negra está imersa no que se chama de “sinergia de vulnerabilidades” (BRASIL, 2018b), que ocorre quando uma população se insere em um contexto de vulnerabilidades de várias naturezas, como, por exemplo a socioeconômica e sexual, além de aspectos que permeiam a história e questões de cunho sociocultural como o racismo estrutural. Como consequência, esse contexto de múltiplas vulnerabilidades aumenta a chance de exposição dessa população ao HIV/AIDS, de maneira a enquadrar-se no conceito de “populações prioritárias”, as quais são definidas como “segmentos que também apresentam vulnerabilidades aumentadas devido à situação de vida ou contextos históricos, sociais e estruturais” (BRASIL, 2018b, p. 12).

Esse contexto de múltiplas vulnerabilidades como fio condutor da população negra em direção a infecção pelo HIV foi exemplificado em uma pesquisa sobre conhecimento, atitude e prática relacionada ao HIV e outras DST com a população entre 15 e 54 anos, realizada em 2004 (BRASIL, 2005), que mostrou diferenças entre a população branca e negra, apontando para o maior desconhecimento ou conhecimento errôneo sobre modos de transmissão e prevenção da doença, iniciação sexual precoce e maior multiplicidade de parceiros por parte da população negra brasileira. A edição mais recente da mesma pesquisa (BRASIL, 2016) mostra que o desconhecimento ou conhecimento errôneo quanto aos modos de transmissão do HIV ainda é maior na população negra e indígena com relação a outras. Esses fatores levaram a um estabelecimento de uma agenda nacional para o enfrentamento do HIV/AIDS na população negra por meio do estabelecimento do Plano Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e AIDS, que tem como objetivo geral ampliar as informações, não só por meio da educação em saúde, mas também no aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica e disponibilização de dados, e o acesso da população aos Sistemas de Saúde (BRASIL, 2005a).

Os dados acerca de informações sociodemográficas e culturais mostram que a maior parte da amostra do estudo em questão reside em zona urbana (83,33%), é solteira (72,22%), possui filhos (72,22%) – em média de 2,92 filhos, católica (50%), analfabeta (33,33%), a maioria trabalha no ramo da agricultura (16,66%) ou como doméstico (a) na própria residência (16,66%) – tabelas 6 e 7.

Tabela 6. Informações sociodemográficas e culturais dos portadores de HIV/AIDS internados no HUAC-CG para tratamento de Infecções Oportunistas nos anos de 2017 e 2018.

| VARIÁVEIS                     | N  | FREQ.   |
|-------------------------------|----|---------|
| <b>Situação de Residência</b> |    |         |
| Urbana                        | 15 | 83,33 % |
| Rural                         | 3  | 16,66 % |
| Não informado                 | -  | -       |
| <b>Estado Civil</b>           |    |         |
| Casado (a)                    | 4  | 22,22 % |
| Solteiro (a)                  | 13 | 72,22 % |
| Viúvo (a)                     | 1  | 5,55 %  |
| Não informado                 | -  | -       |
| <b>Possui filhos?</b>         |    |         |
| Sim                           | 13 | 72,22 % |
| Não                           | 5  | 27,77 % |
| Não Informado                 | -  | -       |
| <b>Religião</b>               |    |         |
| Católico                      | 9  | 50 %    |
| Protestante                   | 5  | 27,77 % |
| Outros                        | 4  | 22,22 % |
| Não informado                 | -  | -       |
| <b>Escolaridade</b>           |    |         |
| Analfabeto                    | 6  | 33,33 % |
| EFI                           | 5  | 27,78 % |
| EFC                           | 1  | 5,56%   |
| EMI                           | 0  | 0       |
| EMC                           | 5  | 27,78 % |
| ESI                           | 0  | 0       |
| ESC                           | 1  | 5,56%   |
| Não informado                 | -  | -       |
| <b>Ocupação</b>               |    |         |
| Agricultor (a)                | 3  | 16,66 % |
| Aposentado (a)                | 2  | 11,11 % |
| Ambulante                     | 1  | 5,55%   |
| Professor (a)                 | 1  | 5,55%   |
| Do lar ou Dono (a) de         | 3  | 16,66   |

|                        |   | %      |
|------------------------|---|--------|
| casa                   |   |        |
| Técnico em informática | 1 | 5,55%  |
| Motorista              | 1 | 5,55%  |
| Segurança              | 1 | 5,55%  |
| Servente               | 1 | 5,55%  |
| Pedreiro               | 1 | 5,55 % |
| Cozinheiro (a)         | 1 | 5,55%  |
| Secretário (a)         | 1 | 5,55%  |
| Cabeleireiro (a)       | 1 | 5,55%  |
| Aposentado             | 1 | 5,55 % |
| Não informado          | 1 | 5,55%  |

Fonte: Autores

Legenda: EFI (Ensino Fundamental Incompleto); EFC (Ensino Fundamental Completo), EMI (Ensino Médio Incompleto), EMC (Ensino Médio Completo), ESI (Ensino Superior Incompleto) e ESC (Ensino Superior Completo).

Tabela 7. Quantidade média de filhos dos portadores de HIV/AIDS internados no HUAC- CG para tratamento de Infecções Oportunistas nos anos de 2017 e 2018.

| QUANTIDADE DE FILHOS   |       |
|------------------------|-------|
| Média                  | 2,92  |
| Máxima                 | 8     |
| Mínima                 | 1     |
| Desvio padrão amostral | 1,979 |

Fonte: Autores

No Brasil, nos anos de 2017 e 2018, a escolaridade mais prevalente foi o ensino médio completo (21,6%) e a menos prevalente, analfabetos (1,4%) – o que discorda dos dados obtidos da amostra estudada – no entanto, grande número de notificações do SINAN negligenciam as informações sobre escolaridade dos pacientes no Brasil (25,3%), o que pode ter enviesado as proporções encontradas (BRASIL, 2018a). Além disso, vale ressaltar que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apesar da taxa de analfabetismo no Brasil está em queda, persiste alta nas idades mais avançadas e na região Norte e Nordeste, em detrimento das demais regiões (IBGE, 2018) – fatores que podem explicar a discrepância da amostra com relação a população brasileira.

Com relação aos quesitos sociodemográficos, os dados da atual pesquisa diferem dos encontrados por Serafim et al. (2017) quanto à escolaridade. Os pesquisadores identificaram que 54% não possuíam escolaridade ou tinham ensino fundamental completo/incompleto, contudo foi semelhante no que se refere à moradia, já que a maioria, 46% de sua amostra, era residente em zona urbana, e que a maior parte (22%) eram trabalhadores assalariados que ocupavam cargos compatíveis com baixo nível educacional e baixas remunerações mensais. Assim como a amostra de Natal/RN, de maioria católica (64%), moradora de zona urbana (58%) e com ensino fundamental incompleto (49%) (SILVA et al., 2016). Esses dados demonstram que PVHA, no geral, possuem baixa escolaridade, e conseqüentemente, com menor renda mensal, estando de

acordo com o perfil da infecção no país, o que é característico da pauperização da infecção e demonstra a vulnerabilidade social a qual essa população está inserida. Outros estudos apontam resultados semelhantes e estão dispostos na tabela 8, evidenciando que a amostra do HUAC tem seguido a tendência da epidemia do HIV/AIDS quanto a pauperização, caracterizada pelo acometimento de pessoas com menor escolaridade, usando essa variável como a representação de *status* socioeconômico, desde o início da epidemia, quando a totalidade dos casos possuía nível superior ou médio até atingir níveis de 74% de analfabetismo nas PVHA em 1999/2000 (BRITO, 2000).

Tabela 8. Características de sexo, raça/cor, orientação sexual e provável modo de transmissão dos portadores de HIV/AIDS em diversos estudos realizados pelo Brasil.

| REFERÊNCIA  | MAIOR PREVALÊNCIA         |  |                 |  |
|---|---------------------------|--|-----------------|--|
|   | Residência                | Estado Civil   | Religião        | Escolaridade/Ocupação/Renda  |
| Dados da pesquisa atual   | Urbana (83,33%)           | Solteiros (72,22%)                                     | Católicos (50%) | Analfabetos (33,33%)/ Agricultor ou doméstico (a) (16,66%)/ 0,5 – 1 SM |
| DANTAS et al., 2019   | Urbana (62,4%)            | -  | -               | EMC (15%)/ Emprego formal (40,7%)/ 1 SM                                |
| NUNES et al., 2015  | -                         | -  | -               | -  |
| GALVÃO, J. M. V., 2017  | Urbana (41,3%)            | -  | -               | EFI (40%)  |
| CASTRO et al., 2013   | Urbana (78%)              | Solteiros (74%)  | -               | EFI (52%)/ Até 1 SM  |
| MOURA, J. P., FARIAS, M. R., 2017                                 | -                         | Solteiros (47,3%)                                      | -               | 8 a 11 anos de estudo (31,25%)/ Trabalhador rural (8,92%)              |
| ALENCAR, J. M. N. et al., 2016                                    | -                         | -  | -               | -  |
| SOUZA, A. C. A., COSTA; SUASSUNA, D. S. B.; COSTA, S. M. L., 2009 | Cidades do interior (90%) | Homens: solteiros (45,46%) e mulheres: viúvas (55,56%) | -               | Analfabetos (50%)  |

Fonte: Autores

Legenda: EFI (Ensino Fundamental Incompleto) e SM (Salário Mínimo).

Na amostra estudada em Campina Grande na atual pesquisa, também evidenciou-se que a maioria era solteiro (63%), bem como na maioria dos estudos analisados (tabela 8) o que possivelmente está relacionado à multiplicidade de parceiros sexuais comparado aos casados e viúvos.

Apesar da amostra estudada ser predominantemente procedente da zona urbana, são majoritariamente de cidades do interior, fato observado também na maior parte dos estudos analisados, indo ao encontro de uma outra tendência observada ao longo do tempo

na transição do perfil epidemiológico da infecção por HIV: a interiorização. Segundo Brito (2000), no começo da epidemia, os casos concentravam-se no eixo Rio-São Paulo, disseminando-se, inicialmente, para as grandes metrópoles e depois para os municípios de médio e pequeno porte. Apesar disso, a maior parte das notificações são em grandes centros urbanos, o que se deve não só a maior facilidade de acesso aos meios diagnósticos, mas também a concentração populacional nesses centros, o que não significa aumento do número de casos nessas regiões, uma vez que estes têm o menor aumento relativo e mostram tendência a estabilização das taxas de detecção.

Nenhum dos estudos analisados trazia informações sobre religião, mas vale salientar que a prevalência da religião católica está em conformidade com a população brasileira, uma vez que o último censo do IBGE mostrou maioria de católicos no país (65%), bem como no estado da Paraíba (IBGE, 2012).

Quanto a situação produtiva e econômica, a maior parte da amostra encontrava-se desempregada (61,11%) e, entre os assalariados, a renda mensal prevalente esteve entre 0,5 e um salário mínimo (tabela 9) e a renda *per capita* média da amostra foi de 563,38 (tabela 10), bem como em Natal/RN, onde a maioria da amostra relatou ganhar até um salário mínimo (68%) (SILVA et al., 2016), porém, informações sobre renda *per capita* não foram pesquisadas. Esses achados mostram conformidade com as tendências de pauperização já explanadas.

Tabela 9. Situação produtiva e econômica dos portadores de HIV/AIDS internados no HUAC- CG para tratamento de Infecções Oportunistas nos anos de 2016 e 2017.

| VARIÁVEIS                 | N  | FREQ    |
|---------------------------|----|---------|
| <b>Situação produtiva</b> |    |         |
| Ocupado                   | 6  | 33,33 % |
| Desocupado                | 11 | 61,11 % |
| Não informado             | 1  | 5,55 %  |
| <b>Renda salarial</b>     |    |         |
| Inferior 0,5 SM*          | 1  | 5,55 %  |
| Entre 0,5 e 1 SM*         | 13 | 72,22 % |
| Entre 1 e 2 SM*           | 3  | 16,66 % |
| Entre 2 e 5 SM*           | 1  | 5,55 %  |
| Superior a 5 SM*          | -  |         |
| Não Informado             | -  |         |

Fonte: Autores

Legenda: SM: Salário Mínimo.



Tabela 10. Renda *per capita* dos portadores de HIV/AIDS internados no HUAC- CG para tratamento de Infecções Oportunistas nos anos de 2017 e 2018.

| <b>RENDA PER CAPITA</b> |             |
|-------------------------|-------------|
| Média                   | R\$ 563,38  |
| Máxima                  | R\$ 1000,00 |
| Mínima                  | R\$ 82,85   |
| Desvio padrão amostral  | R\$ 338,94  |

Fonte: Autores

Com relação aos aspectos comportamentais, apenas 50% da amostra estudada relatou uso de preservativos nas relações sexuais, enquanto 44,4% não fazia uso e 5,5% fazia uso esporádico; a grande maioria não fazia uso de bebida alcoólica (88,9%), tabaco (83,3%) ou de drogas injetáveis (94,4%) – tabela 11, em discordância com dados da capital, na qual houve um alto percentual de tabagismo (50%), etilismo (61%) e uso de drogas ilícitas (23%) – porém, sem discriminar se são drogas injetáveis ou não (SERAFIM et al., 2017). Assemelhou-se, no entanto, ao perfil de pacientes atendidos em Natal, cuja maioria não consumia álcool (71%), tabaco (88%) e drogas ilícitas (92%) e relatava fazer uso, atualmente, de preservativos (58%) (SILVA et al., 2016). Os demais artigos analisados que tratam do perfil epidemiológico de PVHA não trazem informações passíveis de comparação com a amostra estudada sobre essas variáveis, pois não expunham informações sobre uso de drogas e/ou traziam informações acerca do uso de preservativos de maneira mais pormenorizada, com análises diferentes das realizadas no estudo atual, o que revela uma limitação do nosso estudo que dividiu o uso de preservativos apenas em três categorias: sim, não e às vezes.

Tabela 11. Fatores comportamentais dos portadores de HIV/AIDS internados no HUAC- CG para tratamento de Infecções Oportunistas nos anos de 2017 e 2018 quanto ao uso de preservativos, bebidas alcoólicas, tabaco e drogas injetáveis.

| <b>VARIÁVEIS</b>                      | <b>N</b> | <b>FREQUÊN<br/>CIA</b> |
|---------------------------------------|----------|------------------------|
| <b>Uso de Preservativo</b>            |          |                        |
| Sim                                   | 9        | 50%                    |
| Não                                   | 8        | 44,4%                  |
| Às vezes                              | 1        | 5,5%                   |
| <b>Ingestão de Bebidas Alcoólicas</b> |          |                        |
| Sim                                   | 2        | 11,1%                  |
| Não                                   | 16       | 88,9%                  |
| <b>Tabagismo</b>                      |          |                        |
| Sim                                   | 3        | 16,7%                  |
| Não                                   | 15       | 83,3%                  |
| <b>Uso de Drogas Injetáveis</b>       |          |                        |
| Sim                                   | 1        | 5,6%                   |
| Não                                   | 17       | 94,4%                  |

Fonte: Autores

#### 4 CONCLUSÃO

O perfil predominante na amostra em estudo foi de homens heterossexuais na faixa etária de 50 a 54 anos, pardos, analfabetos, desempregados, ou com renda salarial de até um salário mínimo, não usuário de drogas, com provável modo de transmissão viral por via sexual, residentes em zona urbana, estado civil solteiros, com média de 3 filhos, católicos, os quais, 50% alegavam usar preservativo. De forma comparativa, o perfil sociodemográfico apresentou a maior parte das variáveis semelhantes à demonstrada por outros pesquisadores.

Diante dos achados do presente estudo, pode-se concluir que o perfil da infecção por HIV na amostra de Campina Grande segue as características do cenário nacional de transição no perfil epidemiológico da infecção pelo HIV quanto aos fenômenos de feminização, interiorização, pauperização e heterossexualização. Porém, não se pode afirmar o mesmo quanto ao fenômeno de juvenilização, uma vez que a faixa etária mais prevalente concentrou-se nos pacientes com idade entre 50-54 anos e não nos mais jovens de 15 a 29 anos.

Os autores da atual pesquisa reconhecem que mais estudos são necessários para elucidar, principalmente, os motivos de discordância quanto à faixa etária e a adesão ao uso de preservativos pela população de PVHA em Campina Grande, bem como uma abordagem multicêntrica, utilizando amostras da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e ambulatoriais do HUAC, para que haja maior representatividade da população de PVHA na cidade e região, a fim de embasar Políticas Públicas de prevenção e enfrentamento mais adequadas ao perfil epidemiológico da infecção na cidade e regiões adjacentes.

## REFERÊNCIA

UNAIDS. **UNAIDS data 2019**. 2019. 476 p. Disponível em: <<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-UNAIDS-data>>. Acesso em: 20 Ago. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – HIV/AIDS 2016**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ano V – nº 1- 01ª a 26ª semanas epidemiológicas. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico>>. Acesso em 26 de ago. 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA. **Resolução nº 25/11**. Comissão Intergestores Bipartite. 2011. Disponível em: <<http://static.paraiba.pb.gov.br/2011/09/Resolucao25.pdf>>. Acesso em 05 de jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018**. Brasília –DF, 2018a. 72 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>>. Acesso em: 26 Ago. 2019.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; BATTISTELLA NEMES, M. I. A. **Re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento**. Interface Comunicação, Saúde, Educação, (Botucatu), v. 19, n. 52, p. 5-8, mar. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100005)>. Acesso em: 26 Ago 2019.

UNAIDS/WHO (United Nations Joint Programme on HIV/AIDS/World Health Organization). **Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines**. Geneva: UNAIDS/WHO, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília – DF. 2018b. 36p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/agenda-estrategica-para-ampliacao-do-acesso-e-cuidado-integral-das-populacoes-chaves-em-hiv>>. Acesso em: 26 Ago. 2019.

PEREIRA, G. F. M. et al. **Transitioning from antenatal surveillance surveys to routine HIV testing: a turning point in the mother-to-child transmission prevention programme for HIV surveillance in Brazil**. *BMC Infect Dis.*, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 469, jul. 2017. Disponível em: <<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-017-2540-4>>. Acesso em: 26 Ago. 2019.

KERR, L et al. **HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling**. *Medicine*, Volume 97 - Edição 1S - p S9 – S15. 2018. Disponível em: <[https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2018/05251/HIV\\_prevalence\\_among\\_men\\_who\\_have\\_sex\\_with\\_men\\_in\\_n.11.aspx#pdf-link](https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2018/05251/HIV_prevalence_among_men_who_have_sex_with_men_in_n.11.aspx#pdf-link)>. Acesso em: 26 Ago. 2019.

GRINSZTEJN, B. *et al.* **Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling in Rio de Janeiro, Brazil**. *The Lancet HIV*, [S.l.], v. 4, n.

4, p. e169-e176, abr. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28188030>>. Acesso em 26 Ago. 2019.

BEZERRA, A. T. A. F. **HIV/AIDS e demais infecções sexualmente transmissíveis em população carcerária brasileira: uma revisão sistemática**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: ENSP, 2015. Disponível em: <<https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4520>>. Acesso em: 26 Ago. 2019.

GRECO, D.B. **Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, mai 2016.

UNAIDS. 90–90–90 - **An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic**. <https://www.unaids.org>. 2014. 40 p. Disponível em: <<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90>>. Acesso em: 22 Ago. 2019.

CDC-Centers For Disease Control And Prevention, Infectious. **Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents**. <https://aidsetc.org>. United States, 2019. 427 p. Disponível em: <<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-UNAIDS-data>>. Acesso em: 18 Ago. 2019.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília (DF), 2018c. 412 p.: il. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>>. Acesso em 26 Ago. 2019.

SERAFIM, C. A. de L. *et al.* “**perfil sociodemográfico e estilo de vida de indivíduos portadores de hiv/aids em hospital de referência no município de João Pessoa-PB**”. In: II CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. 2017. Anais eletrônicos.... 2017. 6 p. Disponível em: [http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO\\_EV07\\_1\\_MD4\\_SA3\\_ID1443\\_02052017223509.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV07_1_MD4_SA3_ID1443_02052017223509.pdf). Acesso em: 5 Set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília – DF. 2016. 166 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013>>. Acesso em: 18 de Out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília – DF. 2005b. 166 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013>>. Acesso em: 18 de Out 2019.

DA SILVA, R. A. R. *et al.* **Perfil clínico-epidemiológico de adultos hiv-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental

Online, v. 8, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4294>. Acesso em: 4 Out. 2019.

DANTAS, C. C. et al. **Perfil Epidemiológico dos Pacientes com HIV Atendidos em um Centro de Saúde da Região Litorânea do Estado de Rio de Janeiro, Brasil, 2010-2011.** Arq. Catarin Med. 2017 jan-mar; 46(1): 22-32. Disponível em <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/250>>. Acesso em: 18 de Out 2019.

NUNES, A. A. et al. **Análise do perfil de pacientes com HIV/Aids hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART).** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3191-3198, Out. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001003191&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003191&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 3 Out. 2019.

GALVÃO, J. M. V.; COSTA, A. C. M. da; GALVÃO, J. V. . **DEMOGRAPHIC AND SOCIO-DEMOGRAPHIC PROFILE OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS.** Revista de Enfermagem da UFPI, v. 6, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5533>. Acesso em: 19 Out. 2019.

CASTRO, A. P. de et al. **PERFIL SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO DOS PACIENTES INTERNADOS COM HIV/AIDS EM HOSPITAL DE SALVADOR, BAHIA.** Rev. baiana saúde pública, v. 37, p. 122-132, 2013. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20baiana%20sa%FAde%20p%FAblica&connector=ET&lang=pt>. Acesso em: 27 Set. 2019.

MOURA, J. P. de; FARIA, M. R. de. **Caracterização e perfil epidemiológico das pessoas que vivem com hiv/aids.** Revista de enfermagem UFPE online, v. 11, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22815>. Acesso em: 19 Out. 2019.

ALENCAR, J. M. N. de et al. **Analysis of the sexual exposure trends to human immunodeficiency virus - HIV in Teresina, Piauí state.** biblioteca virtual em saúde. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-827170>. Acesso em: 19 Out. 2019.

SOUSA, A. C. A.; SUASSUNA, D. S. B.; COSTA, S. M. L. **PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS COM AIDS.** Brazilian journal of sexually transmitted diseases, v. 2, 2009. Disponível em: [http://www.dst.uff.br/revista21-1-2009/5-Perfil%20Clinico-Epidemiologico-%20JBDST%2021\(1\)%202009.pdf](http://www.dst.uff.br/revista21-1-2009/5-Perfil%20Clinico-Epidemiologico-%20JBDST%2021(1)%202009.pdf). Acesso em: 19 Out. 2019.

BEZERRA, V. P. et al. **Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV.** Revista Gaúcha de Enfermagem. 2015 dez;36(4):70-6. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000400070&script=sci\\_arttext&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000400070&script=sci_arttext&tlang=pt)>. Acesso em 19 de Out 2019.

MALISKA, I. C. A., SOUZA, M. I. C., SILVA, D. M. G. V. **Práticas sexuais e o uso do preservativo entre mulheres com HIV/aids.** Ciênc cuid Saúde [Internet], 20076(4):471-8. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/3683/2685>>. Acesso em 19 de Out 2019

LAROQUE, M.F. et al. **Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 dez;32(4):774-80. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000400019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400019)>. Acesso em 19 de Out 2019.

BRASIL. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_feminizacao\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf)>. Acesso em 19 de Out 2019.

BRITO, A. M., CASTILHO, E. A., SZWARCOWALD, C. L. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2000. 34(2): 207-217. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822001000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000200010)>. Acesso em 19 de Out 2019.

SILVA, C. R. L. et al. **A JUVENILIZAÇÃO DO HIV/AIDS: Um desafio na contemporaneidade.** Anais Eletrônicos... 2017. 10p. Disponível em: <[http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO\\_EV071\\_M D1\\_SA7\\_ID1837\\_02052017193903.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_M D1_SA7_ID1837_02052017193903.pdf)>. Acesso em 19 de Out 2019.

FRY, P. H. et al. **AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro (RJ), 2007. 23(3):497-523. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300002)>. Acesso em 19 de Out 2019.

BRASIL. **Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids.** Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde. Brasília (DF), 2005a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/populacao\\_negra\\_e\\_aids.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/populacao_negra_e_aids.pdf)>. Acesso em 19 de Out 2019.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016-2017. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento.** Rio de Janeiro, 2018. ISBN 978-85-240-4458-8. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101576\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101576_informativo.pdf)>. Acesso em 19 de Out 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **INDICADORES E DADOS BÁSICOS DO HIV/AIDS NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS.** 2019. Disponível em <<http://indicadores.aids.gov.br/>>. Acesso em: 2 Out. 2019.

UNAIDS/WHO (United Nations Joint Programme on HIV/AIDS/World Health Organization). **Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines.** Geneva: UNAIDS/WHO, 2002. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>>. Acesso em 23 de Out 2019.

SES – PB. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Governo do Estado da Paraíba, 2016.** Disponível em: <[https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PB\\_Plano%20Estadual%20de%20Saude%202016\\_2019.pdf](https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PB_Plano%20Estadual%20de%20Saude%202016_2019.pdf)>. Acesso em 23 de Out 2019.

WHO. **World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the Sustainable Development Goals (SDGs)**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <  
[https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2018/EN\\_WHS2018\\_TOC.pdf?ua=1](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/EN_WHS2018_TOC.pdf?ua=1)>. Acesso em 23 de Out 2019.

SPEZIA, L.P.; PICARELLI, M. E. A.; SANTOS, A. B. R. **Avaliação da AIDS e da ocorrência de doenças oportunistas e sexualmente transmissíveis em pacientes infectados pelo HIV residentes na região de Indaiatuba, SP**. São Paulo, 2015. Disponível em: <  
[https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/04\\_out-dez/V33\\_n4\\_2015\\_p303a308.pdf](https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/04_out-dez/V33_n4_2015_p303a308.pdf)>. Acesso em 23 de Out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Paraíba**. Secretaria de Vigilância em Saúde. – 5. ed. Brasília, 2011. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_nacional\\_vigilancia\\_saude\\_pb\\_5ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_pb_5ed.pdf)>. Acesso em 23 de Out 2019.

IBGE. **Censo demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: [https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/Pag\\_203\\_Religi%C3%A3o\\_Evang\\_miss%C3%A3o\\_Evang\\_pentecostal\\_Evang\\_nao%20determinada\\_Diversidade%20cultural.pdf](https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/Pag_203_Religi%C3%A3o_Evang_miss%C3%A3o_Evang_pentecostal_Evang_nao%20determinada_Diversidade%20cultural.pdf). Acesso em: 19 de Out 2019

LINS, M. E. V. S. *et al.* **Perfil epidemiológico de óbitos por HIV/AIDS na região nordeste do Brasil utilizando dados do sistema de informação de saúde do DATASUS**. Brazilian Journal of Health Review, v. 2, 2019. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJ>