

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA**

**JEAN CARLOS FARIAS TABOSA
JULLY ANE BONFIM ATAIDES**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS
INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO PARA
TRATAMENTO DE INFECÇÕES OPORTUNISTAS NOS ANOS DE 2017 E 2018**

**CAMPINA GRANDE
2019**

JEAN CARLOS FARIAS TABOSA

JULLY ANE BONFIM ATAIDES

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS
INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO PARA
TRATAMENTO DE INFECÇÕES OPORTUNISTAS NOS ANOS DE 2017 E 2018**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial a obtenção do título de Bacharel em Medicina, curso de Medicina, Unidade Acadêmica de Medicina, Universidade Federal de Campina Grande.

Orientador (a): Prof. Dra. Ana Janaina J. M. de Lemos-Jordão

CAMPINA GRANDE

2019

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

T114p

Tabosa, Jean Carlos Farias.

Perfil sociodemográfico de pacientes portadores de HIV/AIDS internados no Hospital Universitário Alcides Carneiro para tratamento de infecções oportunistas nos anos de 2017 e 2018 / Jean Carlos Farias Tabosa, Jully Ane Bonfim Ataides – Campina Grande, 2019.

66f.; il.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Medicina, Curso de Medicina, Campina Grande, 2019.

Orientadora: Ana Janaína Jeanine Martins de Lemos Jordão, Dra.

1.Perfil sociodemográfico. 2.HIV. 3.Infecções oportunistas. I.Ataides, Jully Ane Bonfim.
II.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616.98:578.828(043.3)

Responsabilidade técnica de catalogação:

Heloisa Cristina da Silva Leandro, Bibliotecária documentalista, CRB



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

As 15 horas do dia 11/11/19, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Perfil sociodemográfico de pacientes portadores de HIV/AIDS internados no Hospital Universitário Alcides Carneiro para tratamento de infecções oportunistas nos anos de 2017 e 2018

de autoria do(s) aluno(s):

Jean Carlos Farias Tabora
Jully Anne Bonfim Ataides

sendo orientados por:

Ana Joiceana Jeanine Martins de Lemos Jordão

E Co orientador:

Estiveram presentes os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Bernice Ferreira Ramos
Rejane M. Sousa Cartaxo

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno:

Jean Carlos Farias Tabora
passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 25 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu APROVAR o trabalho, conferindo a nota final de 10,0. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 11 novembro 2019.

Orientador

Ana Joiceana Jeanine Martins de Lemos Jordão

Titular 1

Bernice Ferreira Ramos

Titular 2

Rejane M. Sousa Cartaxo

Suplente

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Av. Juvêncio Arruda 795 - Bodocongó - Campina Grande - Paraíba - CEP 58109-790

Dedicamos aos nossos pais, que por toda a vida dedicaram tudo ao nosso favor, e à Deus, “porque dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas” (Romanos 11:36).

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, primeiramente, pela vida e pela vocação que nos foi entregue de se doar em favor do cuidado e amor ao próximo. Por ter nos sustentado através dos nossos pais e familiares, por ter nos provido um lar, mesmo distantes de casa. Agradecemos pela Sua bondade de ter permitido que, em nosso caminho, cruzássemos com pessoas especiais que tornaram o caminho mais fácil:

Nossos colegas de classe, com os quais dividimos tanto aprendizado, tantas ansiedades, mas também muitas alegrias.

Aos funcionários do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde e Hospital Universitário Alcides Carneiro, que tornaram os nossos dias mais confortáveis com sua dedicação na manutenção da Instituição e sua gentileza.

À Universidade Federal de Campina Grande por prover as condições necessárias à nossa formação e pelas oportunidades que muito nos acrescentaram pessoal e academicamente.

A todos os professores que nos ensinaram com dedicação muito além do que está nos livros. Em especial, à Professora Dra. Ana Janaína, orientadora desse trabalho, por colocar amor em tudo o que faz e nos ensinar de forma gentil e eficaz, sendo paciente e doce para nos corrigir e bondosa ao nos elogiar.

Aos nossos familiares por cada vez que celebraram conosco a nossa vitória, com tanto carinho, ao contar aos outros com tamanho orgulho sobre seus sobrinhos, netos ou primos que agora são “doutores”.

E a nós mesmos por não termos desistido de lutar por quem estamos nos tornando.

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA/AIDS), causada quando a infecção do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) atinge um estágio comprometedor para o sistema imunológico do hospedeiro, é, hoje, uma pandemia que já acometeu 74,9 milhões e dizimou 32 milhões de pessoas desde sua descoberta, cursando com grande impacto socioeconômico, cultural e demográfico. O Brasil como um todo tem enfrentado uma transição no perfil do HIV, seguindo rumo a feminização, pauperização, interiorização, heterossexualização e juvenilização – 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, bem como de fatores de risco para o adoecimento de populações-chave nas diferentes localidades, é de fundamental importância, uma vez que o perfil de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) é muito variável a depender da localidade onde residem e suas respectivas leis, políticas públicas, condições socioeconômicas e diversos outros fatores. Contudo, não há contribuições científicas recentes sobre o tema para a população da cidade de Campina Grande. Portanto, o objetivo desse 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, para identificar as principais características sociais e demográficas, bem como possíveis fatores de risco, 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 a demonstrada por outros pesquisadores. Contudo quanto à vulnerabilidade e principais fatores de risco associados ao adoecimento da amostra em estudo foi identificado que há menor

percentual de usuários de droga, etilistas e tabagistas quando comparado a cidade de João Pessoa no mesmo estado. Os resultados trouxeram novos dados, inéditos na literatura, sobre o acompanhamento de internos com infecção oportunista acometidos por HIV/AIDS. Conclui-se que o perfil sociodemográfico do grupo populacional estudado acompanha o padrão nacional exceto quanto a faixa etária, que se apresentou, predominantemente, acima de 50 anos nos indivíduos estudados na atual pesquisa.

Palavras-chave: perfil sociodemográfico. HIV. Infecções Oportunistas.

ABSTRACT

Acquired Human Immunodeficiency Syndrome (AIDS), caused when infection of the Human Immunodeficiency Virus (HIV) reaches a compromising stage for the host immune system, is now a pandemic that has already hit 74.9 million and wiped out 32 millions of people since its discovery, causing great socioeconomic, cultural and demographic impact. Brazil has been facing a transition in the HIV profile, moving towards feminization, pauperization, internalization, heterosexuality and juvenility - phenomena which were identified in a recent article in samples of populations living with HIV / AIDS in the capital from Paraíba state. The identification of the sociodemographic profile, as well as risk factors for the disease of key populations in different locations, is very important, since the profile of people living with HIV/AIDS (PLWHA) is very variable depending on the locality and where they reside and its respective laws, public policies, socioeconomic conditions and various other factors. However, there are no recent scientific contributions on the subject about the population of the city of Campina Grande. Therefore, the aim of this study was to describe the sociodemographic profile of patients with HIV/AIDS admitted to the Infectious Disease Service of the Alcides Carneiro University Hospital (HUAC) for the treatment of opportunistic infections. This is an observational cross-sectional survey to identify the main social and demographic characteristics, as well as possible risk factors, which counted with questionnaires applied to users admitted to the E ward in the same service as a data collection instrument, between August 2017 and July 2018. The predominant profile was of heterosexual men aged 50 to 54 years old, brown, illiterate, unemployed, or with a minimum wage income, non-drug users, with probable mode of viral transmission by sexual means, with urban residence, single marital status with an average of 3 children, catholics, of whom 50% claimed to use condoms. Comparatively, the sociodemographic profile presented most of the variables similar to that shown by other researchers. However, regarding vulnerability and main risk factors associated with illness in the study sample, it was identified that there is a lower percentage of drug users, alcoholics and smokers when compared to the city of João Pessoa in the same state. The results brought new data, unpublished in the literature on the follow-up of inpatients with opportunistic infection affected by HIV/AIDS. It is concluded that the

sociodemographic profile of the population group studied follows the national standard except for the age group, which was predominantly over 50 years in the individuals studied in the current research.

Keywords: sociodemographic profile. HIV. Opportunistic Infections.

SUMÁRIO

SUMÁRIO	10
1 INTRODUÇÃO	11
1.2 OBJETIVOS	12
1.2.1 Objetivo geral	12
1.2.2 Objetivos Secundários	12
1.3 JUSTIFICATIVA	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3 METODOLOGIA E TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	19
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5 CONCLUSÃO	34
BIBLIOGRAFIA.....	35
APÊNDICE	41
Apêndice 1 – Instrumento de Coleta	41
Apêndice 2 – Artigo	43

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA/AIDS) é, hoje, uma pandemia responsável por grande mortalidade e morbidade desde quando foi descoberta. Cursa, portanto, com grande prejuízo demográfico e socioeconômico e causa sérias repercussões biopsicossociais, uma vez que é uma condição clínica que carrega um estigma 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, 2018a).

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). A cidade, situada no interior do estado da Paraíba, conta com três serviços específicos para diagnosticar e atender pessoas portadoras da doença. São estes: o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), o Serviço de Assistência Especializada (SAE) e o setor de Infectologia (Ala “E”) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). O CTA atua no esclarecimento da doença, prevenção e formas de tratamento, além da realização do teste rápido. O SAE e a Ala “E” do HUAC são importantes na assistência a pessoas que vivem com HIV/AIDS pela assistência ambulatorial e hospitalar, no caso do HUAC, oferecida durante o período de melhora clínica de paciente com HIV, AIDS e Hepatites Virais, além de acompanhamento psicológico e social (BRASIL, 2016). No HUAC há acompanhamento ambulatorial dos pacientes procedentes do sertão paraibano e

Campina Grande e a instituição é referência para internação convencional e para internação e tratamento intensivo das IOs que mais acometem os pacientes soropositivos para HIV dessas regiões (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – PB, 2011).

Considerando que o perfil de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) é bastante variável e que Campina Grande funciona como peça chave na engrenagem do HIV no estado da Paraíba, já que concentra boa parte dos casos, o presente trabalho busca traçar o perfil sociodemográfico de pacientes internados no Hospital Universitário Alcides Carneiro, referência para o acolhimento de pessoas que vivem com HIV/AIDS em Campina Grande e regiões adjacentes a esta, a fim de identificar possíveis fatores de risco para embasar a comunidade científica sobre o tema, e fomentar conteúdo sobre a região, pois não foram encontrados informações recentes sobre o tema na literatura.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

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.

1.2.2 Objetivos Secundários

- Comparar o perfil sociodemográfico dos pacientes avaliados neste estudo com dados epidemiológicos disponíveis em literatura nacional e internacional;
- Identificar fatores de risco associados ao perfil sociodemográfico da população estudada;
- Prover embasamento teórico para elaborações de futuras políticas públicas voltadas à atenção da população estudada.

1.3 JUSTIFICATIVA

Uma vez que o perfil sociodemográfico de pessoas vivendo com HIV é bastante variável entre as diversas populações do mundo, já que está diretamente relacionado a fatores sociais, políticas públicas, leis locais, garantia dos Direitos Humanos, entre outros fatores, o estudo justifica-se pelo fato de que a determinação do perfil desses pacientes em uma amostragem local favorece a elucidação acerca de fatores de risco a fim de estabelecerem-se políticas públicas mais eficazes para prevenir a afecção pelo HIV e tratar os casos já existentes.

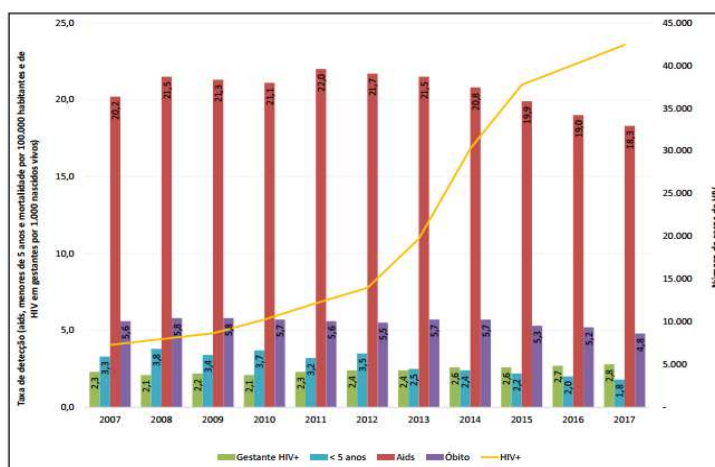
A partir de buscas realizadas pela plataforma Biblioteca Virtual em Saúde, a qual reúne várias bases de dados internacionais e nacionais importantes, como a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), com os descritores “perfil” and “HIV” and “infecções oportunistas”, poucos artigos foram encontrados com tema semelhante e com o mesmo objeto de estudo (perfil de pacientes vivendo com HIV e hospitalizados devido a IOs), sendo que a maioria destes focava-se em analisar uma IO específica e, mesmo assim, de localidades e períodos fora da abordagem do presente estudo. Apenas um estudo dos encontrados realizou-se no mesmo hospital, porém a abordagem era acerca de saúde bucal. Dessa forma, o presente trabalho traz informações inéditas para a comunidade científica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA/AIDS), causada quando a infecção do *Human Immudeficiency Virus* (HIV) atinge um estágio comprometedor para o sistema imunológico do hospedeiro, é, hoje, uma pandemia que cursa com grande impacto socioeconômico, cultural, demográfico, além de carregar um estigma que causa grande sofrimento para os portadores e familiares, de maneira a representar um grande problema de saúde pública, que já acometeu 74,9 milhões e dizimou 32 milhões de pessoas desde o início da epidemia, e, portanto, requer esforços de várias naturezas visando o controle e/ou erradicação da doença (UNAIDS, 2019).

Globalmente, a incidência do HIV diminuiu de 40 casos em 2005, para 26 casos a cada 100.000 não infectados, em 2016. A mortalidade decresceu de 1,9 milhão em 2005 para 1 milhão em 2016 – queda de aproximadamente 48% (WHO, 2018). No Brasil, tem-se observado a mesma tendência: a taxa de detecção de AIDS passou de 21,7/100.000 habitantes em 2012 para 18,3/100.000 habitantes em 2017, configurando um decréscimo de 15,7%, bem como queda de 5,6 para 4,8 óbitos por 100.000 habitantes (diminuição de 14,8% no coeficiente de mortalidade) entre os anos de 2007 e 2017 (BRASIL, 2018a). Esses dados brasileiros podem ser melhor observados em representações gráficas disponíveis na figura 1.

Figura 1. Quadro resumo das taxas de detecção de AIDS, AIDS em menores de cinco anos, infecção por HIV em gestantes, coeficiente de mortalidade e número de casos de HIV no Brasil entre 2007 a 2017.

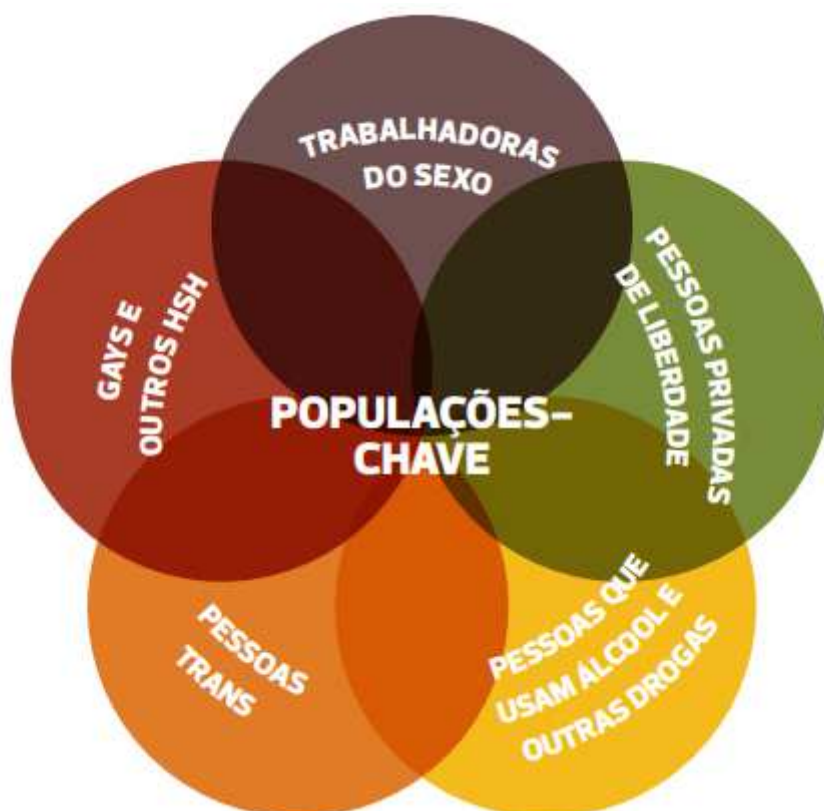


Quadro-resumo: taxas de detecção de aids, aids em menores de cinco anos, infecção pelo HIV em gestantes, coeficiente de mortalidade por aids e número de casos de HIV. Brasil, 2007 a 2017.

Fonte: BRASIL, 2018a

Quanto às populações mais vulneráveis ao acometimento pelo HIV/AIDS, conforme dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, referentes ao ano de 2018, a infecção pelo vírus HIV acomete, predominantemente, populações específicas, que correspondem a 54% dos novos casos de em todo o mundo (UNAIDS, 2019). Essas populações são denominadas de populações-chave, caracterizadas por serem segmentos acometidos pelo HIV e pela AIDS de maneira desproporcional e desigual em comparação à população geral. No Brasil, esses grupos são (1) trabalhadoras do sexo, (2) gays e outros homens que fazem sexo com homens, (3) pessoas privadas de liberdade, (4) pessoas que usam álcool e outras drogas e (5) pessoas transgênero (BRASIL, 2018b), como esquematizado na figura 2.

Figura 2. Representação esquemática das populações-chaves no Brasil.



Fonte: BRASIL, 2018b.

Conforme o Ministério da Saúde, a epidemia de HIV/AIDS no Brasil é concentrada, que por definição, é quando esta acomete menos de 1% da população geral e ao menos 5% de grupos específicos (UNAIDS/WHO, 2002). Isso pode ser

evidenciado ao contabilizar-se a prevalência de HIV na população geral, a qual era de aproximadamente 0,4% em 2017 (PEREIRA, 2017). Já entre gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), com 18 anos ou mais, era de 18,6% em 2017 (KERR et al, 2018); cerca de 30% entre travestis e mulheres transgênero (GRINSZTEJN et al., 2017), 4,4%-24,8% entre a população carcerária feminina (BEZERRA, 2015), 5,9% entre pessoas usuárias de drogas e 5,3% entre mulheres cis-gênero trabalhadoras do sexo (BRASIL, 2018b).

Segundo Brito (2000), apesar do maior acometimento das populações-chave, vários países, inclusive o Brasil, tem demonstrado uma transição no perfil da infecção em direção a interiorização, pauperização, heterossexualização, feminização e juvenilização, fazendo surgir o conceito de vulnerabilidade a despeito do conceito de comportamentos de risco. A interiorização corresponde a difusão da doença a partir de grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno porte do interior do país; a pauperização, ao aumento dos casos de infecção entre pessoas com baixa escolaridade; a heterossexualização, o aumento da transmissão por via heterossexual; a feminização, ao aumento do número de casos em mulheres, traduzido pela diminuição da razão de sexos (razão de casos entre o sexo masculino e o feminino) e; finalmente, a juvenilização, ao aumento do acometimento de jovens, entre 15 a 29 anos, pela infecção pelo HIV (SILVA, et. al, 2017).

Já quanto a outros fatores com bastante variabilidade com relação ao acometimento do HIV/AIDS na população brasileira, em geral, está também a situação demográfica e o gênero. De 2007 até junho de 2018, foram notificados no SINAN, 247.795 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 117.415 (47,4%) na região Sudeste, 50.890 (20,5%) na região Sul, 42.215 (17,0%) na região Nordeste, 19.781 (8,0%) na região Norte e 17.494 (7,1%) na região Centro-Oeste. Nesse período, foi notificado um total de 169.932 (68,6%) casos em homens e 77.812 (31,4%) casos em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2017, desconsiderando casos de HIV em gestantes, foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada dez mulheres. (BRASIL, 2018a).

Frente a todas as dificuldades no enfrentamento e resposta ao HIV/AIDS, em 2011, chefes e representantes de Estados e de Governos reuniram-se na sede das Nações Unidas para avaliar o progresso alcançado no cumprimento da

Declaração de Compromisso de 2001 e da Declaração Política de 2006 sobre HIV/VIH / AIDS/SIDA e estabelecer uma nova Declaração Política, visando melhoria dos indicadores até o ano de 2015. No entanto, em 2013, a Junta de Coordenação do Programa, (*Programme Coordinating Board*, - PCB) solicitou ao UNAIDS novos esforços, liderados pelos países e pelas regiões, juntamente com consultas à especialistas em medicina laboratorial, em tratamento do HIV, além de membros da sociedade civil, entre outros, fossem reunidos (Reunião de Alto Nível Sobre HIV/AIDS de 2011) a fim de estabelecer novas metas para intensificar o tratamento do HIV após o ano de 2015, visando o fim da epidemia de AIDS/SIDA até 2030. Dessa forma, novas metas foram estabelecidas para essa finalidade - o que ficou conhecido como Meta 90-90-90. Tal iniciativa tem como foco principal o tratamento, uma vez definido não ser possível acabar com a epidemia de AIDS sem provê-lo para todas as pessoas acometidas pela doença. A iniciativa consiste em garantir que até 2020: (1) 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberem que têm o vírus, (2) 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberem terapia antirretroviral ininterruptamente e (3) 90% de todas as pessoas recebendo TARV terem supressão viral. Estima-se que se a meta tríplice for alcançada, em 2020, 73% de todas as pessoas vivendo com HIV no mundo todo terão supressão viral (UNAIDS, 2014). O baixo índice de supressão viral em todos os pacientes vivendo com HIV é preocupante, uma vez que estão diretamente relacionados a instalação da AIDS/SIDA - síndrome que se caracteriza por intensa destruição de linfócitos CD4+ e o aparecimento de infecções oportunistas (IOs).

As IOs foram as primeiras manifestações clínicas que alertaram a comunidade médica para a ocorrência da AIDS/SIDA, quando, em 1981, o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC - EUA) noticiou o primeiro relato de IOs em jovens homossexuais previamente sadios (GRECO, 2016). São definidas como infecções mais frequentes ou mais graves devido à imunossupressão mediada pelo HIV e que ocorrem em média 9 a 10 anos após a infecção pelo vírus, que é quando geralmente se instala a AIDS/SIDA se a infecção por HIV não for tratada (SPEZIA, PICARELLI, SANTOS, 2015). Antes da terapia antirretroviral (TARV) ser desenvolvida, os pacientes geralmente sobreviviam apenas 1 a 2 anos após a manifestação inicial da AIDS/SIDA (CDC, 2018). Portanto, alcançar e manter a supressão viral a fim de inibir o acometimento de

pessoas vivendo com HIV pela AIDS/SIDA é desafiador, pois depende da detecção precoce do HIV antes que ocorra imunossupressão substancial, garantir o tratamento adequado e contínuo, e atingir a supressão viral. A quebra em algum ponto dessa cadeia determina a ocorrência de IOs.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2018c), o Brasil assumiu o compromisso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio proposto junto à Organização das Nações Unidas (ONU), sendo uma das metas combater e reverter a tendência atual de propagação do HIV/AIDS. O país também busca, atingir a Meta 90-90-90. Para que isso ocorra é necessária a ampliação de alguns pontos, como o estabelecimento de maior vínculo entre os portadores de HIV e os serviços de saúde, melhorar a qualidade do atendimento, como intuito de melhorar o prognóstico das pessoas que vivem com HIV.

O UNAIDS estima que é necessário US\$ 26,2 bilhões para a resposta à AIDS em 2020, no entanto, em alguns países como os de baixa e média renda, os investimentos caíram em um valor de quase 1 bilhão de dólares de 2017 para 2018 e o fato de aproximadamente 56% do total de recursos para o HIV em países de baixa e média renda serem de fontes domésticas limita a disponibilização de recursos financeiros para o alcance da meta (UNAIDS, 2019). Vê-se a necessidade, então, sobretudo em um contexto de limitação de recursos, da determinação do perfil sociodemográfico dos pacientes acometidos pela AIDS para que, assim, sejam estabelecidas políticas públicas mais eficazes para que, de fato, a Meta 90-90-90 seja alcançada. Conhecer a população a ser abordada é fundamental para que os recursos sejam utilizados com menor custo-efetividade a fim de alcançar populações-chave, que são mais vulneráveis a infecção pelo HIV e ao acometimento pela AIDS e pelas IOs.

3 METODOLOGIA E TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, epidemiológico-descritivo, realizado na Ala “E” – enfermaria destinada ao setor de infectologia – do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), localizado na Rua Carlos Chagas, s/n - São José, Campina Grande - PB, 58107-670. A coleta de dados deu-se no período de vigência Agosto de 2017 a Julho de 2018.

A população estudada foi a 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. 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: $n = \frac{o^2 p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + o^2 p \cdot q}$, em que **n** = tamanho da amostra (o que se deseja saber); **o**² = nível de confiança escolhido, expresso em n° de desvios-padrão; **p** = porcentagem com a qual o fenômeno se verifica; **q** = porcentagem complementar (100-p); **e** = erro máximo permitido; **N** = tamanho da população, resultando em um valor de **n** = 15 para o número mínimo de questionários aplicados.

Para as entrevistas, foram considerados critérios de inclusão os pacientes com idade > 15 anos e sem limite superior de idade, de ambos os sexos e foram excluídos os pacientes que se recusassem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ou 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, e explicado para os pacientes participantes, inclusive sobre a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento.

O questionário foi desenhado para identificar parâmetros epidemiológicos, além de fatores de risco para surgimento das IO, de maneira quantitativa, e encontra-se em anexo (anexo 1).

Dentre os tópicos abordados houve enfoque na identificação das características sociodemográficas, econômicas e comportamentais dos pacientes. A aplicação do instrumento foi construída para possibilitar o reconhecimento das características do perfil do grupo estudado e de possíveis fatores de risco. 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 do paciente, as 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*[®], utilizada como forma de entrada de dados. Foi, então, realizada 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.

Os discentes foram, previamente, treinados para adequado preenchimento do formulário instrumento de coleta de dados e não declaram conflito de interesses.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram aplicados 18 questionários aos pacientes com idade > 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 por média, levando em consideração os portadores de HIV/AIDS internados no HUAC- CG para tratamento de infecções oportunistas entre os anos de 2017 e 2018.

IDADE	
Média	49,9 anos
Maior	73 anos
Menor	30 anos
Desvio padrão amostral	12,11

Fonte- Dados da pesquisa.

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%	-	-
TOTAL	18	100%	5	100%	13	72,2%

Fonte- Dados da pesquisa.

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 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 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 a 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 da prevenção e diagnóstico 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%)	-

A discordância da faixa etária encontrada na amostra estudada com relação aos demais estudos e à 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), pode se dever 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 sendo a 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 nesse sentido, na qual predominou, também, o 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.
Sexo		
Masculino	13	72,22 %
Feminino	5	27,77 %
Raça/Cor		
Branca	6	33,33 %
Parda ou preta	12	66,66 %
Não informado	-	-
Orientação Sexual		
Heterossexual	16	88,88 %
Homossexual	2	11,11 %
Bissexual	-	-
Não Informado	-	-
Provável Modo de Transmissão		
Sexual	12	66,66%
UDI	-	-
Transmissão Vertical	-	-
Hemotransfusão	-	-
Acidente com material biológico	1	5,56%
Outros	4	22,22%
Não informado	1	5,56%

Fonte- Dados da pesquisa.

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%) M:F (2,6:1)	Pardos/Pretos (66,66%)	Heterossexuais (88,88%)	Sexual (66,66%)
DANTAS et al., 2019	Masculino (58,2%)	Branco (52,1%)	Heterossexuais	Sexual (62%)
NUNES et al., 2015	Masculino (62%) M:F (1,63:1)	-	-	-
GALVÃO, J. M. V., 2017	Masculino (51%) M:F (1,12:1)	Pardos (54,6%)	-	-
CASTRO et al., 2013	Masculino (70%) M:F (2,33:1)	-	Heterossexual (72%)	Sexual (94%)
MOURA, J. P., FARIAS, M. R., 2017	Masculino (67%) M:F (2,02:1)	Branco (61,6%)	-	Sexual (65,2%)
ALENCAR, J. M. N. et al., 2016	Masculino	-	Heterossexuais (52,9%)	Sexual (85,25%)
SOUZA, A. C. A, COSTA, SUASSUNA, D. S. B.; COSTA, S. M. L., 2009	Masculino (55%) M:F (1,22:1)	-	Heterossexuais (70%)	-

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 viu-se a necessidade de criar o Plano Integral de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs, a fim de que políticas públicas sejam 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, a violência doméstica e sexual, fatores religiosos e culturais que interferem negativamente na

adoção de medidas de preventivas, 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, ou por estarem inseridas em contextos de violência doméstica e sexual ou outras formas de dependência, como a financeira, que a coloquem 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, está relacionada ao contexto de vulnerabilidade a crença de que um relacionamento estável pode conferir proteção, trazendo a ideia de invulnerabilidade e deixando implícito de 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 da 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 de uso entre um casal soropositivo acerca da reinfeção 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 autodeclarados como brancos, porém, enfatizam 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 que esta enquadra-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, 2005b), 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, maior iniciação sexual de maneira 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 melhoramento 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, é católica (50%), é 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.
Situação de Residência		
Urbana	15	83,33 %
Rural	3	16,66 %

Não informado	-	-
Estado Civil		
Casado (a)	4	22,22 %
Solteiro (a)	13	72,22 %
Viúvo (a)	1	5,55 %
Não informado	-	-
Possui filhos?		
Sim	13	72,22 %
Não	5	27,77 %
Não Informado	-	-
Religião		
Católico	9	50 %
Protestante	5	27,77 %
Outros	4	22,22 %
Não informado	-	-
Escolaridade		
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	-	-
Ocupação		
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 casa	3	16,66 %
Tecnico 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%
Cabelereiro (a)	1	5,55%
Aposentado	1	5,55 %
Não informado	1	5,55%

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).

Fonte- Dados da pesquisa.

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- Dados da pesquisa.

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 de a taxa de analfabetismo no Brasil estar 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 a esses quesitos sociodemográficos, os dados da atual pesquisa diferem dos de Serafim et al. (2017) apenas quanto a 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 desta (22%) eram trabalhadores salarizados que ocupavam cargos compatíveis com baixo nível educacional e baixas remunerações mensais, bem 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%)

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 analisado (tabela 8) o que possivelmente está relacionado à multiplicidade de parceiros sexuais comparado aos casados e viúvos.

Apesar de a 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, na verdade, 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 salarizados, 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. * SM: Salário Mínimo.

VARIÁVEIS	N	FREQ.
Situação produtiva		
Ocupado	6	33,33 %
Desocupado	11	61,11 %
Não informado	1	5,55 %
Renda salarial		
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- Dados da pesquisa.

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.

RENDA PER CAPITA	
Média	R\$ 563,38
Máxima	R\$ 1000,00
Mínima	R\$ 82,85
Desvio padrão amostral	R\$ 338,94

Fonte- Dados da pesquisa.

Com relação aos aspectos comportamentais, apenas 50% da amostra estudada relatou fazer uso de preservativos, enquanto 44,4% não fazia uso e 5,5% fazia uso esporádico; a grande maioria não fazia uso de bebida alcoólica (88,9%), nem de 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.

VARIÁVEIS	N	FREQUÊNCIA
Uso de Preservativo		
Sim	9	50%
Não	8	44,4%
Às vezes	1	5,5%
Ingestão de Bebidas Alcoólicas		
Sim	2	11,1%
Não	16	88,9%
Tabagismo		
Sim	3	16,7%
Não	15	83,3%
Uso de Drogas Injetáveis		
Sim	1	5,6%
Não	17	94,4%

Fonte- Dados da pesquisa.

5 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, 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 a 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 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 a faixa etária e a adesão ao uso de preservativos pela população de PVHA em Campina Grande, bem como uma abordagem multicêntrica, utilizando amostras do SAE, CTA e ambulatoriais do HUAC, para que se tenha maior representatividade da população de PVHA na cidade e região, a fim de embasar políticas públicas de prevenção e enfrentamento mais adequadas ao perfil sociocultural da infecção na cidade e regiões adjacentes.

BIBLIOGRAFIA

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>. 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.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_EV_071_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>. 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&lng=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. 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://bvsms.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. 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_MD1_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. 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>. 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>. 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>. 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>. 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>. 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>. 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_m iss%C3%A3o_Evang_pentecostal_Evang_nao%20determinada_Diversidade%20 cultural.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/BJHR/article/view/2048>. Acesso em: 1 Out. 2019.

APÊNDICE

Apêndice 1 – Instrumento de Coleta

Anexo 1. Questionário Epidemiológico – Pacientes com HIV/AIDS internados no Hospital Universitário Alcides Carneiro para tratamento de Infecções Oportunistas entre Agosto de 2017 e Julho de 2018.

Data de Nascimento: _____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Procedência: _____ () Zona Urbana () Zona Rural

Raça/cor: () Branco () Parda ou Preta () Não Informado

Estado Civil: () Casado (a) () Solteiro (a) () Viúvo (a) () Divorciado (a)

Tem filhos: () Sim () Não. Se sim, nº de filhos: _____

Religião: () Católica () Protestante () Adventista () Testemunha de Jeová

() Ateu () Agnóstico () Umbanda () Outra: _____

Escolaridade: () Analfabeto () Ens. Fund. Inc. () Ens. Fund. Comp. () Ens.

Médio Inc. () Ens. Médio Comp. () Ens. Sup. Inc. () Ens Sup. Comp.

Renda Salarial: () < 0,5 SM () ≥ 0,5 a 1 SM () ≥ 1 a 2 SM () ≥ 2 a 5 SM () ≥ 5 SM.

Profissão: _____

Situação Atual: () Ocupado () Desocupado

Renda total: _____ Nº pessoas na casa: _____ Renda *per capita*: _____

Orientação Sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual

Prováveis modos de transmissão: () Sexual () Uso de drogas injetáveis ()

Transmissão Vertical (de mãe para filho) () Transfusão Sanguínea () Acidente com material biológico () Outros: _____

Tempo de Diagnóstico: () < 1 ano () 1-5 anos () > 5 anos (se possível, especificar: _____)

Ingere bebida alcoólica: () Sim () Não

Fumante: () Sim () Não

Faz uso de drogas injetáveis (UDI): () Sim () Não. Se sim, especificar: _____

Prática sexual com preservativo: () Sim () Não () Às vezes

Contagem de CD4+ (em células /mm³): () ≤ 49 () 50 – 199 () 200 – 349 () ≥ 350 () Não detectável

Carga viral (em cópias/mm³): () ≤ 1000 () 1001 – 9999 () 10000 – 99999 () ≥ 1000000 () Não Detectável

Uso de antirretrovirais: () Sim () Não

Opções: () TDF/3TC + DTG () TDF/3TC/EFZ () TDF/3TC + RAL

Tempo de início da medicação (em anos): _____ () Não sabe informar

Já houve interrupção do tratamento: () Sim () Não. Se sim, qual motivo: ()

Esquecimento () Abandono () Falta de medicação

Caso não exista adesão a medicação, quais os motivos?

Genotipagem: () Sim () Não. Se sim, qual TARV anterior? _____

Infecção no momento: () Candidíase () Pneumonia () Diarreia () Tuberculose
() Herpes Simples () Anemia () Herpes Zoster () Toxoplasmose ()

Citomegalovírus () Outras e intercorrências:

Realizou profilaxia de algum tipo de infecção oportunista? () Sim () Não. Se sim, qual? _____

Pesquisador: _____

Data da coleta: / /

Horário da coleta: / /

**Perfil Sociodemográfico de Pacientes Portadores de HIV/Aids Internados No
Hospital Universitário Alcides Carneiro para Tratamento de Infecções
Oportunistas nos Anos de 2017 e 2018**

Sociodemographical Profile of Patients With HIV/Aids Intended in the Alcides
Carneiro University Hospital for Treatment of Opportunist Infections In 2017 and
2018

Jean Carlos Faria Tabosa

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

Jully Ane Bonfim Ataides

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

Hugo Ricardo Torres da Silva

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

Ana Janaina Jeanine Martins de Lemos-Jordão

Doutora em Biociência Animal pela Universidade Federal Rural de
Pernambuco; professora, coordenadora, tutora e preceptora da Universidade
Federal de Campina Grande.
Instituição: Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
End.: 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 de mesma temática na região. O objetivo desse 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 a 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 a 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 the feminization, pauperization, internalization, heterosexualization and juvenilization of the disease - phenomena which were identified in a recent article in samples of populations living with HIV/AIDS in the state capital of Paraíba. The identification of the sociodemographic profile is important, since the profile of people living with HIV/AIDS (PLWHA) is very variable depending on where they live. Although, Campina Grande is the second city in Paraíba with the largest number of accumulated cases, there are no recent scientific contributions of the same theme in the region. The aim of this study was to describe the sociodemographic profile of patients with HIV/AIDS admitted to the Infectious Disease Service of the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC) for treatment of opportunistic infections. This is an observational cross-sectional survey, which used questionnaires applied to users admitted to the E ward, from the same service, as a data collection instrument, between August 2017 and July 2018. The profile The predominant group was heterosexual men, aged 50 to 54 years old, brown, illiterate, unemployed, or with a minimum wage income up to one minimum wage, non-drug users, with probable mode of viral transmission through sex, with urban residence, single marital status, with an average of 3 children, Catholics, of whom 50% claimed to use condoms. Comparatively, the sociodemographic profile presented most of the variables similar to those shown by other Brazilian researchers, following national trends. It is concluded that the epidemiological profile of the population group studied follows the national standard except for the age group, which was predominantly over 50 years in the individuals studied in the current research.

Keywords: sociodemographic profile. HIV Opportunistic Infections.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA/AIDS) é, hoje, uma pandemia responsável por grande mortalidade e morbidade desde quando foi descoberta. Cursa, portanto, com grande prejuízo demográfico e socioeconômico e causa sérias repercussões biopsicossociais, uma vez que é uma condição clínica que carrega um estigma 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, 2018a).

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).

Considerando que o perfil de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) é bastante variável e que Campina Grande funciona como peça chave na engrenagem do HIV no estado da Paraíba, já que concentra boa parte dos casos, o presente trabalho busca traçar o perfil sociodemográfico de pacientes internados no Hospital Universitário Alcides Carneiro, referência para o acolhimento de pessoas que vivem com HIV/AIDS em Campina Grande e regiões adjacentes a esta, a fim de identificar possíveis fatores de risco para embasar a comunidade científica sobre o tema, e fomentar conteúdo sobre a região, pois não foram encontrados informações recentes sobre o tema na literatura.

O objetivo geral deste estudo é 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 e os secundários são: (1) comparar o perfil sociodemográfico dos pacientes avaliados neste estudo com dados epidemiológicos disponíveis em literatura nacional e internacional, (2) identificar possíveis fatores de risco associados ao perfil sociodemográfico da população estudada e (3) prover embasamento teórico para elaborações de futuras políticas públicas voltadas à atenção da população estudada.

Uma vez que o perfil sociodemográfico de pessoas vivendo com HIV é bastante variável entre as diversas populações do mundo, já que está diretamente relacionado a fatores sociais, políticas públicas, leis locais, garantia dos Direitos Humanos, entre outros fatores, o estudo justifica-se pelo fato de que a determinação do perfil desses pacientes em uma amostragem local favorece a elucidação acerca de fatores de risco a fim de estabelecerem-se políticas públicas mais eficazes para prevenir a afecção pelo HIV e tratar os casos já existentes.

A partir de buscas realizadas pela plataforma Biblioteca Virtual em Saúde, a qual reúne várias bases de dados internacionais e nacionais importantes, como a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e

Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), com os descritores “perfil” and “HIV” and “infecções oportunistas”, poucos artigos foram encontrados com tema semelhante e com o mesmo objeto de estudo (perfil de pacientes vivendo com HIV e hospitalizados devido a IOs), sendo que a maioria destes focava-se em analisar uma IO específica e, mesmo assim, de localidades e períodos fora da abordagem do presente estudo. Apenas um estudo dos encontrados realizou-se no mesmo hospital, porém a abordagem era acerca de saúde bucal. Dessa forma, o presente trabalho traz informações inéditas para a comunidade científica.

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 deu-se no período de vigência Agosto de 2017 a Julho de 2018.

A população estudada foi a 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: $n = \frac{o^2 p.q.N}{e^2 (N-1) + o^2 p.q}$, resultando em um valor de $n = 15$ para o número mínimo de questionários aplicados.

Para as entrevistas, foram considerados critérios de inclusão os pacientes com idade > 15 anos e sem limite superior de idade, de ambos os sexos e foram excluídos os pacientes que se recusassem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ou 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, e explicado para os

pacientes participantes, inclusive sobre a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento.

Foram, então, 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 do paciente, as 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*[®], utilizada como forma de entrada de dados. Foi, então, realizada 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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram aplicados 18 questionários aos pacientes com idade > 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 por média, levando em consideração os portadores de HIV/AIDS internados no HUAC- CG para tratamento de infecções oportunistas entre os anos de 2017 e 2018.

IDADE	
Média	49,9 anos
Maior	73 anos
Menor	30 anos
Desvio padrão amostral	12,11

Fonte- Dados da pesquisa.

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%	-	-

TOTAL	18	100%	5	100%	13	72,2%
--------------	----	------	---	------	----	-------

Fonte- Dados da pesquisa.

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 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 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 a 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 da prevenção e diagnóstico 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%)	-

A discordância da faixa etária encontrada na amostra estudada com relação aos demais estudos e à 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), pode se dever 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 sendo a 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 nesse sentido, na qual predominou, também, o 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.
Sexo		
Masculino	13	72,22 %
Feminino	5	27,77 %
Raça/Cor		
Branca	6	33,33 %
Parda ou preta	12	66,66 %
Não informado	-	-
Orientação Sexual		
Heterossexual	16	88,88 %
Homossexual	2	11,11 %
Bissexual	-	-
Não Informado	-	-
Provável Modo de Transmissão		
Sexual	12	66,66%
UDI	-	-
Transmissão Vertical	-	-
Hemotransfusão	-	-
Acidente com material biológico	1	5,56%
Outros	4	22,22%

Fonte- Dados da pesquisa.

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%) M:F (2,6:1)	Pardos/Pretos (66,66%)	Heterossexuais (88,88%)	Sexual (66,66%)
DANTAS et al., 2019	Masculino (58,2%)	Branco (52,1%)	Heterossexuais	Sexual (62%)
NUNES et al., 2015	Masculino (62%) M:F (1,63:1)	-	-	-
GALVÃO, J. M. V., 2017	Masculino (51%) M:F (1,12:1)	Pardos (54,6%)	-	-
CASTRO et al., 2013	Masculino (70%) M:F (2,33:1)	-	Heterossexual (72%)	Sexual (94%)
MOURA, J. P., FARIAS, M. R., 2017	Masculino (67%) M:F (2,02:1)	Branco (61,6%)	-	Sexual (65,2%)
ALENCAR, J. M. N. et al., 2016	Masculino	-	Heterossexuais (52,9%)	Sexual (85,25%)
SOUZA, A. C. A, COSTA; SUASSUNA, D. S. B.; COSTA, S. M. L., 2009	Masculino (55%) M:F (1,22:1)	-	Heterossexuais (70%)	-

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 viu-se a necessidade de criar o Plano Integral de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs, a fim de que políticas públicas sejam 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, a violência doméstica e sexual, fatores religiosos e culturais que interferem negativamente na adoção de medidas preventivas, 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, ou por estarem inseridas em contextos de violência doméstica e sexual ou outras formas de dependência, como a financeira, que a coloquem 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, está relacionada ao contexto de vulnerabilidade a crença de que um relacionamento estável pode conferir proteção, trazendo a ideia de invulnerabilidade e deixando implícito de 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 da 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 de uso entre um casal soropositivo acerca da

reinfeção 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

autodeclarados como brancos, porém, enfatizam 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 que esta enquadra-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, 2005b), 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, maior iniciação sexual de maneira 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 melhoramento 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, é católica (50%), é 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.
Situação de Residência		
Urbana	15	83,33 %
Rural	3	16,66 %
Não informado	-	-
Estado Civil		
Casado (a)	4	22,22 %
Solteiro (a)	13	72,22 %
Viúvo (a)	1	5,55 %
Não informado	-	-
Possui filhos?		
Sim	13	72,22 %
Não	5	27,77 %
Não Informado	-	-
Religião		
Católico	9	50 %
Protestante	5	27,77 %
Outros	4	22,22 %
Não informado	-	-
Escolaridade		
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	-	-
Ocupação		
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 casa	3	16,66 %
Tecnico 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%
Cabelereiro (a)	1	5,55%
Aposentado	1	5,55 %
Não informado	1	5,55%

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).

Fonte- Dados da pesquisa.

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- Dados da pesquisa.

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 de a taxa de analfabetismo no Brasil estar 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 a esses quesitos sociodemográficos, os dados da atual pesquisa diferem dos de Serafim et al. (2017) apenas quanto a 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 desta (22%) eram trabalhadores salarizados que ocupavam cargos compatíveis com baixo nível educacional e baixas remunerações mensais, bem 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 consequentemente, 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 EMC (15%)/ Emprego formal (40,7%)/ 1 SM
DANTAS et al., 2019	Urbana (62,4%)	-	-	-
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%)

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 analisado (tabela 8) o que possivelmente está relacionado à multiplicidade de parceiros sexuais comparado aos casados e viúvos.

Apesar de a 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, na verdade, 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 salarizados, 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. * SM: Salário Mínimo.

VARIÁVEIS	N	FREQ.
Situação produtiva		
Ocupado	6	33,33 %
Desocupado	11	61,11 %
Não informado	1	5,55 %
Renda salarial		
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- Dados da pesquisa.

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.

RENDA PER CAPITA	
Média	R\$ 563,38
Máxima	R\$ 1000,00
Mínima	R\$ 82,85
Desvio padrão amostral	R\$ 338,94

Fonte- Dados da pesquisa.

Com relação aos aspectos comportamentais, apenas 50% da amostra estudada relatou fazer uso de preservativos, enquanto 44,4% não fazia uso e 5,5% fazia uso esporádico; a grande maioria não fazia uso de bebida alcoólica (88,9%), nem de 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.

VARIÁVEIS	N	FREQUÊNCIA
Uso de Preservativo		
Sim	9	50%
Não	8	44,4%
Às vezes	1	5,5%
Ingestão de Bebidas Alcoólicas		
Sim	2	11,1%
Não	16	88,9%
Tabagismo		
Sim	3	16,7%
Não	15	83,3%
Uso de Drogas Injetáveis		
Sim	1	5,6%
Não	17	94,4%

Fonte- Dados da pesquisa.

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, 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 a 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 a faixa etária e a adesão ao uso de preservativos pela população de PVHA em Campina Grande, bem como uma abordagem multicêntrica, utilizando amostras do SAE, CTA e ambulatoriais do HUAC, para que se tenha 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.

BIBLIOGRAFIA

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>. 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.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_EV071_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> . 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&tlng=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>. 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://bvsms.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>. 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_EV07_1_MD1_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>. 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>. 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>. 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>. 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>. 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>. 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>. 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. 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/BJHR/article/view/2048>. Acesso em: 1 Out. 2019.