



ARTIGO ORIGINAL

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E A EVOLUÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES COM SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE AND THE CLINICAL EVOLUTION OF PATIENTS WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY SYNDROME

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Paulo James de Freitas Amorim¹, Ingrid Moura de Abreu², Priscila Martins Mendes³, Mayara Águida Porfírio Moura⁴, Telma Maria Evangelista de Araújo⁵, Lariza Martins Falcão⁶

RESUMO


Objetivo: avaliar o perfil sociodemográfico e a evolução clínica dos pacientes com síndrome da imunodeficiência humana. **Método:** trata-se de pesquisa quantitativa, retrospectiva e descritiva realizada em um serviço de saúde especializado. Coletaram-se os dados no serviço de arquivamento médico e estatístico, em prontuários. Aplicou-se um formulário contendo variáveis de caracterização do perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes. Utilizou-se amostra probabilística que totalizou 172 prontuários. Analisaram-se os dados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences*. **Resultados:** verificou-se o predomínio de homens adultos, solteiros, na cor parda e com média de idade de 40 anos e baixo nível socioeconômico, com prevalência das coinfeções causadas por protozoários, seguidas pelas infecções bacterianas. **Conclusão:** percebe-se que há uma mudança do perfil das pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana com o aumento de casos entre mulheres e interiorização dessa patologia. Infere-se que tais achados podem contribuir para a adoção de ações de saúde direcionadas e adaptadas ao perfil evidenciado. **Descritores:** HIV; Infecções por HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Soroprevalência de HIV; Perfil de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the sociodemographic profile and clinical evolution of patients with human immunodeficiency syndrome. **Method:** it is a quantitative, retrospective and descriptive research carried out in a specialized health service. The data was collected in the medical and statistical archival service, in medical records. A form containing variables characterizing the clinical and sociodemographic profile of the patients was applied. A probabilistic sample was used, which totaled 172 medical records. Data was analyzed by the software Statistical Package for the Social Sciences. **Results:** the prevalence of adult males, single, in the brown color and with a mean age of 40 years and low socioeconomic level, with prevalence of co-infections due to protozoa, followed by bacterial infections were observed. **Conclusion:** it is noticed that there is a change in the profile of people living with the human immunodeficiency virus with the increase of cases among women and the internalization of this pathology. It is inferred that such findings can contribute to the adoption of health actions directed and adapted to the profile evidenced. **Descriptors:** HIV; HIV Infections; Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV Seroprevalence; Health Profile; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el perfil sociodemográfico y la evolución clínica de los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia humana. **Método:** se trata de investigación cuantitativa, retrospectiva, descriptiva, realizada en un servicio de salud especializado. Se recogió los datos en el servicio de archivo médico y estadístico, en prontuarios, se aplicó un formulario conteniendo variables de caracterización del perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes. Se utilizó muestra probabilística que totalizó 172 prontuarios. Se analizaron los datos por el software Statistical Package for the Social Sciences. **Resultados:** se verificó el predominio de hombres adultos, solteros, de color pardo y con promedio de edad de 40 años y bajo nivel socioeconómico, con prevalencia de las coinfecciones causadas por protozoarios, seguida por las infecciones bacterianas. **Conclusión:** se percibe que hay un cambio del perfil de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana con aumento de casos entre mujeres e interiorización de esa patología. Se infiere que tales hallazgos pueden contribuir a la adopción de acciones de salud dirigidas y adaptadas al perfil evidenciado. **Descriptor:** VIH; Infecciones por VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Seroprevalencia de VIH; Perfil de Salud; Enfermería.

¹Hospital São Carlos Borromeo. Teresina(PI), Brasil.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2142-3224> ^{2,3,4,5,6}Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina (PI), Brasil.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1785-606X>  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8905-3931>  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0638-2535>  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5628-9577>  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9581-8264>

Como citar este artigo

Amorim PJF, Abreu IM de, Mendes PM, Moura MÁP, Araújo TME de, Falcão LM. Perfil sociodemográfico e a evolução clínica dos pacientes com síndrome da imunodeficiência humana. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e241310 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241310>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) surgiu de infecções zoonóticas com o vírus da imunodeficiência provenientes de primatas africanos. Acredita-se que os primeiros infectados foram caçadores por volta do ano de 1920, que, junto com fatores sociais e expansão ferroviária da época, favoreceram a propagação do vírus em larga escala antes mesmo dos primeiros casos registrados na década de 80.¹

Informa-se que a infecção pelo HIV, debilita progressivamente o sistema imune, acometendo principalmente os linfócitos T CD4, rebaixando, assim, a eficiência do organismo em combater outros tipos de antígenos infecciosos.¹ Destaca-se que a Síndrome de Imunodeficiência adquirida (Aids) é o estágio mais avançado do HIV, e devido à depressão imunitária induzida pelo vírus, pode ocorrer a aparição de doenças oportunistas.²

Evidencia-se que a Aids continua sendo um grave problema de saúde mundial e que, nos últimos cinco anos, houve aproximadamente 1,9 milhão de novas infecções entre adultos por ano ao redor do mundo. Mostra-se que no Brasil, no mesmo período, a incidência de infecções por HIV subiu 4%, o que representa 40% dos novos casos da América Latina e no Caribe. Percebe-se que há uma tendência de estabilização de números, quando comparado aos dados de 2010 e 2015, no entanto essa percepção não pode negligenciar tais dados, pois ainda são alarmantes.³

Salienta-se no último boletim epidemiológico de HIV/AIDS do Ministério da Saúde, que a incidência nacional é maior entre homens jovens, assim como a taxa de letalidade é maior no sexo masculino.⁴ Ressalta-se, que o perfil das pessoas com HIV vem se dinamizando, e os índices entre heterossexuais, mulheres e idosos estão em ascensão e grupos de baixa renda e baixa escolaridade continuam como grupos chaves.⁵

Torna-se importante falar sobre o estigma social carregado pelas pessoas que vivem com HIV/Aids (PVAH), que ainda é muito forte, principalmente por associar-se à pobreza e à homossexualidade. Aponta-se que a falta de conhecimento sobre o assunto gera medo e conjecturas infundadas, levando a uma cascata de preconceito, sobrecarregando a vontade das comunidades de responderem mais eficientemente à epidemia do HIV.⁶

Acrescenta-se, portanto, que no Piauí, ainda é preciso discutir mais detalhadamente sobre o tema e investir em melhorias para incrementar e favorecer melhor qualidade de vida dos pacientes com o vírus, assim como reduzir o número de novos casos. Devem-se aplicar as boas práticas dos profissionais de saúde como estratégias de combate à doença, elencando-se os pilares de

prevenção, de comprometimento e humanização na atenção e cuidados para as PVAH. Acredita-se que, desse modo, se terá um parâmetro para condutas mais assertivas, consoantes com os esforços mundiais em promover qualidade de vida aos acometidos pelo HIV/Aids.

OBJETIVO

- Avaliar o perfil sociodemográfico e a evolução clínica dos pacientes com síndrome da imunodeficiência humana.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, realizado em um hospital sentinela de grande porte, referência no estado do Piauí em doenças tropicais e infectocontagiosas. Selecionou-se, como participantes, os pacientes maiores de 18 anos admitidos no hospital com diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids. Analisaram-se prontuários de janeiro a dezembro de 2016, provenientes das enfermarias e UTI e armazenados no Serviço de Arquivamento Médico e Estatística (SAME).

Adotaram-se como critérios de inclusão: os prontuários exclusivos de pacientes com HIV/Aids, e de exclusão, os prontuários em precário estado de conservação, com preenchimento de dados ilegíveis e/ou com sumário em branco.

Calculou-se a amostra probabilística tomando-se como base os prontuários que seguiam os critérios de seleção (261), com nível de confiança de 95%, percentual mínimo 0,5 e erro amostral de 5%. Utilizou-se a fórmula $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)$, dessa forma, calculou-se a amostra de 156 prontuários. Acrescentando-se o percentual de 10%, como margem para possíveis perdas, chega-se a amostra final de 172. Selecionou-se, por meio de estratificação uniforme, a divisão da amostra pelo número de meses do ano de modo que o número de prontuários/mês fosse equivalente.

Evidencia-se que a coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e maio de 2017. Utilizou-se para a coleta um formulário produzido pelos pesquisadores devidamente identificado, com questões fechadas e de fácil aplicabilidade. Consideraram-se como variáveis de interesse do estudo: sexo, raça, estado civil, procedência, idade, hábitos, principais manifestações clínicas, método de diagnóstico para detecção do HIV, terapia antirretroviral (TARV), óbito, coinfeções, tempo e quantidade de internações.

Realizou-se, após a coleta de dados, uma análise estatística descritiva analítica da amostra por meio das frequências absolutas (n) e relativas (%). Analisaram-se os dados pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. Organizaram-se, para fins de apresentação dos resultados, tabelas e/ou gráficos

com distribuição simples e percentuais, interpretados à luz da literatura acerca do tema.

Informa-se que este estudo obedeceu aos parâmetros estabelecidos na Resolução nº 466/12 conforme preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde, garantindo o sigilo, integridade e dignidade dos sujeitos envolvidos viabilizando o caráter científico ético-legal da pesquisa. Obteve-se parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade pública do Nordeste, CAAE 66143517.1.0000.5214.

RESULTADOS

Obteve-se a prevalência no sexo masculino. Levantou-se, que a idade média foi de 40 anos, com faixa etária predominante de 30 a 41 anos correspondentes a aproximadamente 42% dos acometidos pelo HIV/AIDS. Averiguou-se que os pacientes registrados na cor parda mostraram-se expressivamente em maior quantidade (83,8%) em relação as cores branco e negro, que foram equivalentes entre si (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo gênero, faixa etária e raça. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Gênero		
Masculino	102	59,3
Feminino	70	40,7
Faixa etária		
18 a 23	7	4,1
24 a 29	21	12,2
30 a 35	33	19,2
36 a 41	39	22,7
42 a 47	28	16,3
48 a 53	28	16,3
54 a 59	8	4,7
60 a 65	7	4,1
66 a 71	1	0,6
Raça		
Pardo	144	83,8
Branco	14	8,1
Negro	14	8,1

Identificou-se a prevalência de indivíduos solteiros (61%) e que a maioria reside na própria capital onde se localiza o hospital em que foi feito o estudo. Ressalta-se que o número de

atendimentos de pessoas provenientes de outros estados (23,3%) se equipara ao número de pacientes provindos do norte e sul do estado somados (24,4%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo estado civil e procedência. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Estado Civil		
Solteiro	105	61
Casado	51	29,7
Viúvo	10	5,8
Divorciado	6	3,5
Procedência		
Teresina	90	52,3
Outro Estado	40	23,3
Sul do Piauí	27	15,7
Norte do Piauí	15	8,7

Expressou-se que apesar de aproximadamente 60% exercerem alguma atividade remunerada, caracterizaram-se como baixa renda, pois em sua maior parte são constituídos de autônomos e lavradores (Figura 1).

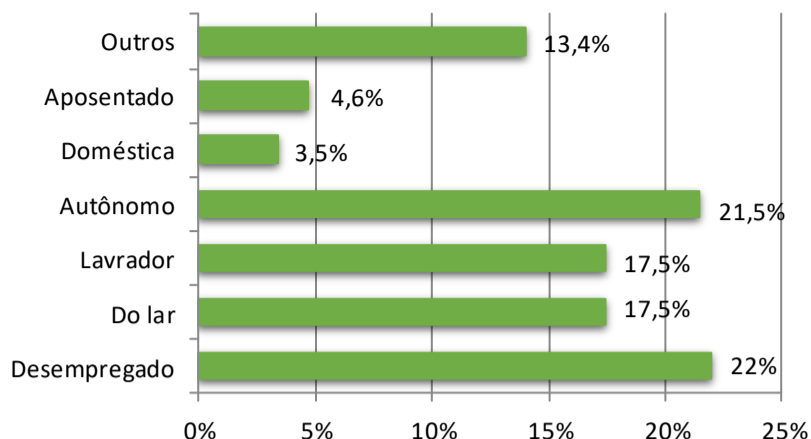


Figura 1. Distribuição dos pacientes conforme sua situação trabalhista. Teresina, Pi, Brasil, 2017.

Levantou-se, com a distribuição de comorbidades (Tabela 3), que as patologias não infecciosas (como toxicidade a medicação, anemia, deiscência cirúrgica, doenças autoimunes e gastroenterites) corresponderam a maior parte

das internações (30,2%), seguida pelas patologias infecciosas isoladas: neurotoxoplasmose (13,9%), pneumonia (13,4%) e leishmaniose (8,7%), seguida pelas enfermidades infecciosas combinadas entre si, e outros tipos com menores frequências.

Tabela 3. Distribuição das Comorbidades apresentadas pelos pacientes. Teresina, Pi, Brasil, 2017. (n = 172).

Comorbidades	n	%
Candidíase	6	3,4
Celulite	2	1,2
Dengue hemorrágica	1	0,6
Encefalite	1	0,6
Enteroinfecção	2	1,2
Estafilococcia	1	0,6
Hanseníase	2	1,2
Herpes zoster	3	1,7
Infecção do trato urinário	6	3,4
Infecção por klebsyella	1	0,6
Leishmaniose	15	8,7
Micose pulmonar	1	0,6
Meningoencefalite	1	0,6
Meningite	5	2,9
Neurocisticercose	1	0,6
Neurocriptococose	1	0,6
Neurotoxoplasmose	24	13,9
Neurotoxoplasmose + Candidíase	1	0,6
Neurotoxoplasmose + Leishmaniose	1	0,6
Neurotoxoplasmose + Meningite	1	0,6
Neurotoxoplasmose + Pneumonia	2	1,2
Neurotoxoplasmose + Pneumonia + Sepsis	1	0,6
Patologia não infecciosa*	52	30,2
Pbmicose	1	0,6
Pneumonia	23	13,4
Pneumonia + Herpes simples	1	0,6
Pneumonia + Monilíase oral	2	1,2
Pneumonia + Patologia não infecciosa	1	0,6
Pneumonia + Sepsis	1	0,6
Retinite por citomegalovírus	1	0,6
Sífilis	3	1,7
Tuberculose	7	4,0
Tuberculose + Leishmaniose	1	0,6

*Nota: Incluem-se nessa variável doenças autoimunes como lúpus e psoríases, e outras complicações como deiscências cirúrgicas, efeitos colaterais ou eventos adversos à medicação em uso.

Afirma-se, com relação aos hábitos dos pacientes, que 23,2% eram só etilistas, 4,6% só tabagistas, 12,2% eram tabagistas e etilistas, 7,5% usuário de drogas e 52,5% negavam tais hábitos. Descreve-se que, o teste rápido foi feito 41 vezes, correspondendo a 95,2% dos métodos de diagnóstico para confirmar o HIV e para o tratamento, destaca-se a combinação de

Lamivudina + Tenofovir + Efavirenz, que equivaleu a 73,1% dos medicamentos usados. Expõe-se, ainda, que a combinação de Lamivudina + Tenofovir + Lopinavir + Ritonavir e Lamivudina + Zidovudina + Efavirenz corresponderam a 5,2% cada.

Acrescenta-se, quanto as manifestações clínicas mais frequentes, que 52,3% tiveram febre, 29,8%

diarreia e/ou vômitos, 24% insuficiência respiratória ou tosse, 21,5% fraqueza/astenia e 20,5% cefaleia. Obteve-se a média de internações dos pacientes de 1 a 3 meses, assim como o tempo de internação e a taxa óbitos registrados no ano em estudo foi de 3,5%.

DISCUSSÃO

Averiguou-se que a prevalência maior do sexo masculino e da cor parda está de acordo com a tendência nacional.⁴ Aponta-se que a faixa etária entre adultos liga-se diretamente ao fato da melhoria da assistência e do engajamento das organizações de saúde em controlar o HIV/Aids, além da maior conscientização e aderência dos pacientes ao tratamento contínuo, conferindo menor mortalidade e maior qualidade e perspectivas de vida.⁵⁻⁷

Revelou-se, mediante o estudo que os solteiros compuseram a maior parte dos participantes. Constatou-se em estudos realizados no sul da África e nos Estados Unidos que há relação entre estado civil e o HIV, em que pessoas não casadas, tem maior probabilidade de serem HIV positivas que as casadas, e as associações com óbito por HIV/Aids são mais fortes com os solteiros.⁸⁻⁹ Explicita-se que o estado civil solteiro pode ser explicado pelo estigma e falta de suporte social que influenciam nos relacionamentos interpessoais e na vida emocional/amorosa das pessoas que vivem com o vírus.¹⁰⁻¹¹

Identificou-se no estudo que a situação trabalhista pode ser apontada como fator de vulnerabilidade já que 60% não trabalham e os que exercem alguma atividade trabalhista são de baixa renda ou de ganho incerto, como os lavradores e os autônomos. Destaca-se que os estudos internacionais apontam que as precárias condições socioeconômicas têm relação inversa, estatisticamente significativa, com a infecção pelo HIV.¹²⁻¹³

Observou-se, quanto aos hábitos, que 35,4% dos pacientes consumiam álcool, sendo que destes, 12,2% também eram tabagistas. Sabe-se que a ingestão de bebida alcoólica influencia negativamente na saúde, principalmente nesse grupo, pois altera a adesão ao tratamento e aumenta o risco de sexo desprotegido e o etanol está ligado também a maiores chances de toxicidade da medicação e está relacionado com a ineficácia do tratamento, já que compete com ele, além de estar associado a menor contagem de linfócitos T CD4+ e maior carga viral.¹⁴⁻¹⁵

Enfatiza-se que o tabagismo associa-se ao aumento da mortalidade em pacientes infectados, com os riscos de desenvolvimento de doença aterosclerótica, doenças respiratórias, e doenças pulmonares diversas, além disso, o uso do cigarro coliga-se a induções de respostas inflamatórias

maiores do que seria esperado em um fumante sem infecção por HIV.¹⁶

Afirma-se, ainda, que os pacientes recebidos de outros estados eram provenientes do interior de cidades de pequeno porte, assim como os pacientes regulados do sul ou norte do estado, o que equivale a quase metade dos atendimentos do ano de 2016. Destaca-se uma mudança do HIV/Aids, que antes restringia-se aos grandes centros urbanos, para a dinâmica de interiorização, em que há a diminuição dos casos nos conglomerados urbanos e aumento nos municípios menores.^{4-5,17}

Salienta-se que, a conformação espacial do vírus teve início em metrópoles e cidades fronteiriças com o Brasil e por anos permaneceu na área urbana, esse cenário modificou-se, com as migrações sazonais, aumento da população e disparidades regionais, aumento das detecções no norte e nordeste e diminuição no sul e sudeste.^{4, 18} Mostra-se que a mudança para áreas de menor desenvolvimento econômico, carente de recursos e de informação por parte da população é fator dificultador importante na prevenção, tratamento e no aumento da incidência e a mortalidade associada ao vírus.¹⁹

Obteve-se como sinais e sintomas mais comuns a febre, a desidratação (diarreia/vômito), a astenia/fraqueza muscular e a cefaleia, sintomatologia esperada, tanto da fase inicial, na síndrome retroviral aguda, quanto na fase secundária, com os chamados sinais constitucionais caracterizados pela febre, perda ponderal de peso, sudorese noturna e fadiga.²

Constatou-se, assim, que, as coinfeções mais comuns nesse estudo foram, respectivamente a neurotoxoplasmose, pneumonia e leishmaniose. Destaca-se a toxoplasmose, causa mais comum de complicações neurológicas nesses pacientes e possui alta taxa de morbimortalidade, que ocorre geralmente por reativação da doença, uma vez que o protozoário não é eliminado do organismo, por isso todos os pacientes HIV-positivos devem ser testados quanto à presença de anticorpos de *Toxoplasma gondii*.²⁰

Aponta-se que a prevalência da toxoplasmose em países tropicais supera 50%. Estimou-se, em estudo realizado em Teresina que cerca 90% da população apresentavam IgG anti-*T. gondii*, assim mostra-se a importância dessa patologia, principalmente quando levado em consideração a imunossupressão dos pacientes.²⁰⁻²¹

Sabe-se que, mesmo com os benefícios trazidos pelas terapias antirretrovirais no que toca ao controle da infecção, as doenças pulmonares apresentam-se como um problema pertinente nesses pacientes.²² Verificou-se que a pneumonia é a enfermidade pulmonar oportunista mais comum em imunodeprimidos pelo vírus e que o desconhecimento sobre a doença por esse grupo

de alto risco os leva a apresentação tardia aos serviços de saúde e conseqüentemente a complicações mais graves.²³⁻²⁴

Enfatiza-se que a Leishmaniose é outra doença que merece atenção, principalmente em áreas endêmicas, como o Nordeste, pois porta-se como patologia oportunista relevante nos pacientes infectados. Infere-se que a interiorização da infecção pelo HIV concomitante ao processo de urbanização da leishmaniose favorece essa coinfeção.²⁵⁻²⁶

Salienta-se que os testes de detecção do HIV são principalmente empregados em três situações: para triagem sorológica de doação sanguínea, hemoderivados e órgãos para transplante; para estudos de vigilância epidemiológica e para realizar diagnóstico da infecção, além disso, para a detecção infecciosa do HIV, realizam-se os imunoenaios, dentre eles o teste rápido.²⁷

Constatou-se que o teste rápido foi utilizado em mais de 90% das vezes para o diagnóstico de HIV, ele é de fácil aplicabilidade, seguro e regulamentado pela portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013 agilizando o tempo entre detecção e tratamento, além de possuir ótima precisão em sensibilidade e especificidade, com o bônus de ser menos oneroso em comparação aos testes laboratoriais mais sofisticados.²⁸

Recomenda-se para a instituição da terapia antirretroviral, o início imediato, independentemente da contagem de CD4, para todas as PVHA, gestantes, sintomáticos (incluindo tuberculose ativa) e na impossibilidade de realizar a contagem de CD4, na perspectiva de reduzir da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA.²

Evidencia-se que o uso da combinação de Lamivudina + tenofovir + Efavirens resultou em 73% das drogas usadas no tratamento dos pacientes, essa combinação é o esquema de terapia de primeira linha usada no Brasil e em conformidade com recomendações internacionais, em que usa-se inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa como a lamivudina e o tenofovir com inibidores da integrase de transferência de cadeia, como o Efavirens.^{2,29}

Percebe-se que este estudo apresenta limitações, que ligam-se ao correto e completo preenchimento do prontuário e a burocracia em se preencher os formulários de faturação, impedindo que esses prontuários ou que outras variáveis fossem consultadas. Considera-se, contudo, que o estudo poderá contribuir para reflexões sobre a temática, possivelmente, norteadando ações de saúde, direcionando e adaptando os cuidados ao perfil evidenciado.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os resultados aqui apresentados revelaram um perfil análogo ao encontrado em

dados nacionais, com as tendências de feminização, interiorização dessa patologia. Revela-se, por meio dos atendimentos de pessoas de outros estados, a deficiência da atenção à saúde nas cidades de menor porte e uma sobrecarga ao hospital que os recebe.

Enfatiza-se que a investigação e análise das características sociodemográficas de uma população facilita a elaboração de estratégias mais eficazes nas ações voltadas à prevenção e educação em saúde. Faz-se necessária a monitoração clínica das pessoas que vivem com HIV/Aids para, também, observar se há avanços, retrocessos ou estacionamento do tratamento e conseqüente melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

Acrescenta-se que este estudo não esgota os conhecimentos acerca da situação epidemiológica das pessoas que vivem com HIV, portanto abre-se espaço para novas produções científicas que agreguem mais informações sobre a temática e gerem futuras ações coerentes com a população em questão.

REFERÊNCIAS

1. Maatens G, Celum C, Lewin SR. HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention. *The Lancet*. 2014 June;384(9939):258-71. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60164-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60164-1)
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 Jan 18]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Prevention Gap Report [Internet]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016 [cited 2018 Oct 31]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico HIV/AIDS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2018 Oct 31]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>
5. Silva RAR, Duarte FHS, Nelson ARC, Holanda JRR. Aids epidemic in Brazil: analysis of current profile. *J Nurs UFPE on line*. 2013 Oct;7(10):6039-8. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i10a12233p6039-6046-2013>
6. Martins TA, Kerr LRF, Kendall C, Mota RMS. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e

AIDS no Mundo. Rev Fisioter S Fun [Internet]. 2014 [cited 2018 Oct 31];3(1):4-7. Available from: <http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/425/pdf>

7. Low A, Gavrilidis G, Larke N, B-Lajoie MR, Drouin O, Stover J *et al.* Incidence of Opportunistic Infections and the Impact of Antiretroviral Therapy Among HIV-Infected Adults in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Infect Dis. 2016 June;62(12):1595-603. Doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciw125>

8. Shisana O, Risher K, Celentano DD, Zungu N, Rehle T, Ngcaweni B, *et al.* Does marital status matter in an HIV hyperendemic country? Findings from the 2012 South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey. Aids Care. 2016;28(2):234-41. Doi: <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1080790>

9. Kpsowa AJ. Marital status and HIV/AIDS mortality: evidence from the US National Longitudinal Mortality Study. Int J Infect Dis. 2013 Oct;17(10):e868-74. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2013.02.018>

10. Gonçalves RB, Boyce P, Aggleton P. A new Colour: Men's accounts of HIV-related stigma and discrimination in Portugal. HIV & AIDS Review. 2016;15(3):106-10. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.hivar.2016.07.001>

11. Reis RK, Melo ES, Casteighini CC, Galvão MTG, Malaguti SET, Gir E. Prevalence and factors associated with depressive symptoms in individuals living with HIV/AIDS. Salud Mental. 2017 Apr 24;40(2):57-62. Doi: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.008>

12. Ogunmola OJ, Oladosu YO, Olamoyegun MA. Relationship between socioeconomic status and HIV infection in a rural tertiary health center. HIV/AIDS - Research and Palliative Care. 2014 Apr;6:61-67. Doi: <https://doi.org/10.2147/HIV.S59061>

13. Pellowski JA, Kalichman SC, Matthews KA, Adler N. A pandemic of the poor: social disadvantage and the U.S. HIV epidemic. Am Psychol. 2013 May-June;68(4):197-209. Doi: <http://doi.org/10.1037/a0032694>

14. Santos VF, Galvão MTG, Cunha GH, Lima ICV, Gir E. Alcohol effect on HIV-positive individuals: treatment and quality of life. Acta paul. enferm. 2017 Jan;30(1):94-100. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700014>

15. Reis RK, Melo ES, Gir E. Factors associated with inconsistent condom use among people living with HIV/Aids. Rev. Bras. Enferm. 2016;69(1):47-53. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690106i>

16. Shirley DK, Kaner RJ, Glesby MJ. Effects of Smoking on Non-AIDS-Related Morbidity in HIV-Infected Patients. Clin Infect Dis. 2013

July;57(2):275-82. Doi: <https://doi.org/10.1093/cid/cit207>

17. Souza CC, Mata L, Azevedo C, Gomes CRG. Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: um estudo epidemiológico. Rev Bras Cien Saúde. 2013;11(35):25-30. Doi: <http://dx.doi.org/10.13037/rbcs.vol11n35.1798>

18. Teixeira TRA, Gracie R, Malta MS, Bastos FI. Social geography of AIDS in Brazil: identifying patterns of regional inequalities. Cad. Saúde Pública. 2014;30(2):259-71. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00051313>

19. Granjeiro A, Escuder MM, Cassanote AJF, Souza RA, Kalichman AO, Veloso V. The HIV-Brazil Cohort Study: Design, Methods and Participant Characteristics. PLoS One. 2014;9(7):e104119. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095673>

20. Basavaraju, A. Toxoplasmosis in HIV infection: An overview. Trop Parasitol. 2016 July-Dec;6(2):129-35. Doi: <https://dx.doi.org/10.4103%2F2229-5070.190817>

21. Carvalho MAS, Sátiro FAZ, Oliveira RMP, Ventura CA. Soroprevalência de toxoplasmose humana na cidade de Teresina, no período de 2010 a 2014. Revista Saúde e Pesquisa. 2015;8(3):517-24. Doi: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2015v8n3p517-524>

22. Gingo MR, Morris A. Pathogenesis of HIV and the Lung. Curr HIV/AIDS Rep. 2013 Mar;10(1):42-50. Doi: <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs11904-012-0140-x>

23. Guo F, Chen Y, Yang SL, Xia H, XW Li, Tong ZH. Pneumocystis Pneumonia in HIV-Infected and Immunocompromised Non-HIV Infected Patients: A Retrospective Study of Two Centers in China. PLoS One. 2014 July;9(7):e101943. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101943>

24. Chou SH, Prabhu SJ, Crothers K, Stern EJ, Godwin JD, Pipavath SN. Thoracic Diseases Associated with HIV Infection in the Era of Antiretroviral Therapy: Clinical and Imaging Findings. Radiographics. 2014;34(4):895-911. Doi: <https://doi.org/10.1148/rg.344130115>

25. Barbosa IR, Silva Neto RD, Souza PP, Silva RA, Lima SR, Cruz IDS, *et al.* Aspectos da coinfeção Leishmaniose Visceral e HIV no Nordeste do Brasil. Revista Baiana de Saúde Pública. 2013;37(3):672-87. Doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2013.v37.n3.a439>

26. Carvalho FL, Aires DLS, Segunda ZF, Azevedo CMPS, Corrêa GCF, Aquino DMC, *et al.* Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfeção HIV-Leishmania em um serviço de referência em São Luís, MA, Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2013;18(5):1305-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500015>

27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual técnico para o

diagnóstico da infecção pelo HIV [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2016 Oct 20]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo_s/publicacao/2013/55594/p_manual_tecnico_hiv_final_pdf_p_23462.pdf


28. Basse O, Bond K, Adedeji A, Oke O, Abubakar A, Yakubu K, *et al.* Evaluation of nine HIV rapid test kits to develop a national HIV testing algorithm in Nigeria. *Afr J Lab Med.* 2015;4(1):1-17. Doi: <https://doi.org/10.4102/ajlm.v4i1.224>

29. Günthard HF, Saag MS, Benson CA, Rio CD, Eron JJ, Gallant JE. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults 2016 Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. *JAMA.* 2016;316(2):191-210. Doi: [10.1001/jama.2016.8900](https://doi.org/10.1001/jama.2016.8900)

Submissão: 27/05/2019
Aceito: 24/06/2019
Publicado: 26/07/2019

Correspondência

Ingrid Moura de Abreu
E-mail: ingridmabreu@outlook.com

 Esta obra é licenciada sob Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) sendo permitida a reprodução parcial ou total desde que mencionada a fonte.