

## Síndrome da imunodeficiência adquirida em adultos com 50 anos e mais: características, tendência e difusão espacial do risco<sup>1</sup>

Jordana de Almeida Nogueira<sup>2</sup>  
Antônia Oliveira Silva<sup>3</sup>  
Láisa Ribeiro de Sá<sup>4</sup>  
Sandra Aparecida de Almeida<sup>5</sup>  
Aline Aparecida Monroe<sup>6</sup>  
Tereza Cristina Scatena Villa<sup>7</sup>

**Objetivo:** analisar as características sociodemográficas, tendência epidêmica e difusão espacial do risco da síndrome da imunodeficiência adquirida em adultos com 50 anos e mais. **Método:** estudo ecológico, de base populacional, que utilizou dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Estado da Paraíba referente ao período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010. **Resultados:** foram notificados, no período estudado, 307 casos de síndrome da imunodeficiência adquirida entre indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos. Observou-se predomínio do sexo masculino (205; 66,8%), cor parda e baixo nível de escolaridade. Os municípios com população acima de 100 mil habitantes notificaram 58,5% dos casos. Constatou-se aumento progressivo de casos entre as mulheres; tendência de crescimento da incidência (correlação linear positiva), avanço na difusão geográfica da doença, expansão para a região litorânea e para o interior do Estado, atingindo municípios com população inferior a 30 mil habitantes. Em algumas localidades, o risco de adoecimento foi 100 vezes maior que o risco relativo do Estado. **Conclusão:** o envelhecimento, com feminização e interiorização da epidemia em adultos com 50 anos e mais, confirmam a necessidade de indução de políticas afirmativas direcionadas a esse grupo etário.

**Descritores:** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Envelhecimento; Epidemiologia.

<sup>1</sup> Apoio financeiro do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (Procad) da Universidade Federal da Paraíba e da Coordenação de Pessoal de Nível Superior (CAPES) processo nº 2878/2008.

<sup>2</sup> PhD, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem Clínica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>4</sup> Mestranda, Departamento de Estatística, Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>5</sup> Doutoranda, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. Professor, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, PB, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

<sup>6</sup> PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>7</sup> PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Jordana de Almeida Nogueira  
Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem Clínica  
Cidade Universitária  
CEP: 58051-900, João Pessoa, PB, Brasil  
E-mail: jalnogueira31@gmail.com

**Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

## Introdução

Ao longo de trinta anos, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) disseminou-se globalmente, atingindo indivíduos sem distinção de idade e sexo. Embora inicialmente tenha sido considerada doença circunscrita a determinados grupos, a ampla difusão e diversidade no padrão de distribuição vêm determinando distintas configurações no cenário epidemiológico. Verifica-se expansão entre as camadas mais vulneráveis economicamente, aceleração no número de casos em municípios menores, avanço da epidemia entre adolescentes, homens que se declaram heterossexuais, entre mulheres e adultos mais velhos<sup>(1-6)</sup>.

Embora a maioria dos casos de infecção pelo HIV seja detectada na faixa etária de 15 a 49 anos, o aumento progressivo da morbidade e mortalidade pela Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) no grupo etário acima de 50 anos vem sendo retratado mundialmente e adquirido relevância nos países com crescimento acelerado de envelhecimento populacional. Segundo a Organização das Nações Unidas para Prevenção e Controle da AIDS, estima-se que das 40 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS no mundo, aproximadamente 2,8 milhões estão na faixa etária igual ou superior a esse segmento populacional<sup>(7)</sup>.

Nos Estados Unidos, entre 2001 e 2005, o número estimado de casos de AIDS, por idade do diagnóstico, aumentou cerca de 40% em pessoas com 50 anos ou mais, sendo que atualmente cerca de 29% das pessoas, vivendo com AIDS, encontra-se nesse grupo etário<sup>(8)</sup>. No Canadá, 12,4% do total de casos notificados de AIDS ocorreram em pessoas com 50 anos de idade ou mais. A proporção de testes positivos para o HIV entre aqueles com idade de 50 anos ou mais aumentou de 10,6%, em 1999, para 15,3%, em 2008<sup>(9)</sup>. A prevalência de HIV na África do Sul, na faixa etária entre 50-54, foi de 10,8%, 4,5% entre 55-59 anos e 3,9% entre aqueles com 60 anos e mais<sup>(7)</sup>.

No Brasil, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e declarados no Sistema de Mortalidade (SIM), no período de 1980 a 2012, 76.618 casos de AIDS em pessoas com 50 anos ou mais, sendo que 49.135 ocorreram no sexo masculino e 27.483 no sexo feminino. No período de 1998 a 2012, em ambos os sexos, na faixa etária de 50 anos e mais, a taxa de incidência apresentou aumento de 60%. Entre as mulheres na faixa etária de 50 a 59 anos, houve elevação da incidência, de 9,5 para 18,4 casos por 100 mil habitantes<sup>(10)</sup>.

Na Região Nordeste, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e

declarados no Sistema de Mortalidade (SIM), no período de 1980 a 2010, 7.423 casos de AIDS em pessoas com 50 anos ou mais, sendo que 5.183 ocorreram no sexo masculino e 2.240 no sexo feminino. A taxa de incidência entre os homens saltou de 2,2 para 4,4 casos por 100 mil habitantes, entre 1998 a 2010, e entre as mulheres, de 0,6 para 1,5 casos por 100 mil habitantes, no mesmo período<sup>(10)</sup>.

A tendência observada mostra progressão gradativa da incidência da doença entre adultos mais velhos, com evidente expansão no sexo feminino. Inúmeros estudos realizados no Brasil<sup>(2,6,11-13)</sup> identificam as variações no padrão epidêmico da doença, no entanto, privilegiam análises de informações consolidadas nacionalmente. Contudo, há relativo consenso que estudos com maior desagregação permitem "compreender contextos específicos e, conseqüentemente, subsidiar políticas locais, reforçando a responsabilidade dos municípios na organização da rede de atenção e promoção da saúde"<sup>(6)</sup>.

Nessa vertente, elegeu-se, neste estudo, um Estado da Região Nordeste, em franco processo de envelhecimento, cuja população com 50 anos e mais representa 20,5% da população total. Apesar da pequena extensão territorial, o Estado da Paraíba ocupa a nona posição entre as unidades federadas, com alta concentração de municípios (223), sendo que, desses, 92% têm população inferior a 30 mil habitantes. Acresce-se que 20,2% da população é analfabeta e 16,3% vivem em situação de extrema pobreza<sup>(14)</sup>.

Esse contexto mostra potencialmente condições que favorecem o fenômeno de interiorização, envelhecimento e pauperização da AIDS, solicitando que seja retratado em sua particularidade. Portanto, este estudo considera os casos notificados na Paraíba, no período de 2000 a 2010, com o objetivo de analisar as características sociodemográficas, tendência epidêmica e difusão espacial do risco da AIDS em adultos com 50 anos e mais.

## Métodos

Trata-se de estudo ecológico, de série temporal, realizado com base nos registros de casos de AIDS procedentes dos 223 municípios da Paraíba. O Estado conta com população de 3.766.528 habitantes, organiza-se administrativamente em quatro mesorregiões.

As informações foram coletadas no mês de dezembro de 2012, sendo incluídos no estudo todos os casos de AIDS confirmados e notificados na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 1º de janeiro de

2000 a 31 de dezembro de 2010. Do total de 2.904 casos registrados no SINAN, foram selecionados para o estudo 307 casos que atendiam os seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 50 anos e ser residente no Estado da Paraíba.

Os dados foram dispostos em planilha eletrônica Excel e, sequencialmente, foi realizado um refinamento do banco para identificação das variáveis de interesse: número de casos brutos por mês, faixa etária, raça/cor, escolaridade, sexo, ano epidemiológico, município de residência, prática sexual. Concluída a digitação e verificada a consistência, realizou-se a codificação dos dados e posterior transferência para o aplicativo do *software Statistic*, 12.0. Os casos de AIDS, entre adultos com idade de 50 anos e mais, foram analisados segundo o ano de notificação e sexo, envolvendo medidas de frequência percentual e razão de sexo. Para analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas, optou-se pelo uso do teste de associação do qui-quadrado ( $\chi^2$ ), sendo considerados estatisticamente significativos os valores de  $p \geq 0,05$ .

Para melhor visualização da tendência epidêmica do Estado, aplicou-se a técnica de regressão linear e foram calculadas as taxas de incidência anual dos casos de AIDS na população em geral e em indivíduos com 50 anos e mais, utilizando-se a base populacional de 100 mil habitantes. A taxa de incidência dos municípios foi calculada considerando-se o ano de notificação e base populacional de mil habitantes. Em ambas as situações os denominadores foram estimados a partir de interpolações geométricas da população paraibana obtidas dos Censos Demográficos Brasileiros, realizados em 2000 e 2010, e dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

O cálculo do Risco Relativo (RR) baseou-se na razão da taxa de incidência de cada município pela taxa de incidência do Estado. A integração dos programas Excel e R (*The R Foundation for Statistical Computing*) permitiu a geração de mapas coropléticos para representar espacialmente o RR e a identificação de municípios que apresentaram os maiores e menores riscos de ocorrência da doença. O RR foi dividido em intervalos de classes, sendo estabelecida previamente uma cor para cada intervalo. Para a interpretação do mapa de RR, definiu-se como critérios o seguinte:  $<0,5=RR$  do evento inferior à metade do risco global do Estado;  $0,5$  a  $1,0=RR$  do evento superior à metade do risco global do Estado;  $1,0$  a  $2,0=RR$  do evento superior ao risco global do Estado em menos de 100%;  $2,0$  a  $3,0=RR$  do evento superior ao risco global do Estado em mais de 100% e menos de 200%;  $3,0$  ou mais= $RR$  do evento superior ao risco global do Estado em mais de 200%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba, sob Protocolo nº 612/10.

## Resultados

Foram notificados à Coordenação Estadual de DST/AIDS da Paraíba, no período de 2000 a 2010, 307 casos de AIDS entre indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos. No ano 2009 registrou-se o maior número absoluto de casos (59; 19,2%). Observou-se predomínio do sexo masculino (205; 66,8%), sendo que a proporção dos casos entre os sexos (Razão: homem/mulher), no ano 2000, foi de 8,5:1 e, em 2007 alcançou 1,1:1 (Tabela 1), mantendo-se abaixo de 2:1 nos anos seguintes.

Tabela 1 - Distribuição dos casos de AIDS entre adultos com idade de 50 anos e mais, segundo sexo e ano de notificação. Paraíba, Brasil, 2000 a 2010

Ano	Sexo				Total		Razão
	Masculino		Feminino		N	%	
	n	%	n	%			
2000	17	8,3	2	2	19	6,2	8,5:1
2001	11	5,4	5	4,9	16	5,2	
2002	7	3,4	3	2,9	10	3,3	
2003	14	6,8	3	2,9	17	5,5	
2004	18	8,8	7	6,9	25	8,2	
2005	13	6,3	8	7,8	21	6,8	
2006	20	9,8	10	9,8	30	9,8	
2007	17	8,3	15	14,7	32	10,4	1,1:1
2008	19	9,3	12	11,8	31	10,1	1,58:1
2009	38	18,5	21	20,6	59	19,2	1,80:1
2010	31	15,1	16	15,7	47	15,3	1,93:1
Total	205	100	102	100	307	100	

Na análise sociodemográfica, evidenciou-se a semelhança de proporções e a não existência de associação entre as variáveis sexo e escolaridade ( $p$ -valor=0,3188). Aproximadamente 50,0% dos casos concentraram-se

nas categorias *sem escolaridade* ou até *3 anos de estudo* (Tabela 2). Observou-se, em ambos os sexos, predomínio da cor parda ( $p$ -valor=0,2369).

Tabela 2 - Distribuição dos casos de AIDS entre adultos com 50 anos e mais, segundo sexo e variáveis sociodemográficas. Paraíba, Brasil, 2000-2010

Variáveis	Sexo				p
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Anos de estudo					0,3188
Nenhum	45	22,0	26	25,5	
1 a 3	47	23,0	29	28,4	
4 a 7	38	18,5	23	22,5	
8 a 11	40	19,5	15	14,7	
≥ a 12	20	9,7	5	4,9	
Ignorado	15	7,3	4	3,9	
Raça/cor					0,2369
Branca	56	27,3	26	25,5	
Parda	107	52,2	59	57,8	
Preta	12	5,9	6	5,9	
Outras	4	1,9	5	4,9	
Ignorado	26	12,7	6	5,9	
Municípios					0,4959
<30 mil habitantes	56	27,3	32	31,4	
30 a 100 mil habitantes	29	14,2	10	9,8	
>100 mil habitantes	120	58,5	60	58,8	
Prática Sexual					0,0000
Heterossexual	130	63,4	90	88,2	
Homossexual	22	10,7	1	1,0	
Bissexual	14	6,8	-	-	
Ignorado	39	19,1	11	10,8	
Total	205	100,0	102	100,0	

Quanto à distribuição dos casos de AIDS, nos municípios paraibanos, não houve diferenças significativas entre os sexos, quando comparados aos diferentes estratos populacionais. Embora os municípios com população acima de 100 mil habitantes tenham sido responsáveis por 58,5% das notificações, chama atenção os municípios de pequeno porte, com população inferior a 30 mil habitantes, que se destacaram com, aproximadamente, 29,0% das notificações, em ambos os sexos.

No uso do teste de associação, no nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ), evidenciou-se semelhança de proporções e a não existência de associação entre a variável sexo e as variáveis que compuseram o perfil sociodemográfico (anos de estudo, raça/cor, densidade populacional do município), excetuando a variável prática sexual ( $p$ -valor=0,0000). Observa-se que entre as mulheres a prática heterossexual foi predominante.

Quanto à tendência epidêmica do Estado (Figura 1), observa-se, nos anos estudados, aumento da incidência na população com 50 anos e mais, com maior dispersão em 2009 (8,3). Ao aplicar a técnica de regressão linear para o cálculo da reta de tendência, verificou-se inclinação positiva na população com 50 anos e mais, ou seja, o ponto inicial da reta partiu de 1,9 e o seu término foi de 6,3. Isso significa tendência de crescimento em torno de 232% em pouco mais de 10 anos. Na população em geral observou-se pouca variação, com crescimento de 5%.

Quanto à intensidade de ocorrência de casos de AIDS na população com 50 anos e mais, expressos pelo Risco Relativo (RR), observa-se, na Figura 2, que, no período de 2000 a 2004, os maiores valores para o RR concentraram-se em municípios de maior densidade populacional, dispersos na Mesorregião da Mata Paraibana (região litorânea), Agreste e Sertão. A partir de 2007, observa-se concentração dos casos de AIDS em toda extensão da região litorânea, atingindo municípios de pequeno

porte, situação que persiste até 2010. Na Mesorregião da Borborema (região central), apenas três municípios (com

população inferior a 30 mil habitantes) apresentaram, no período, RR três vezes maior que o valor do Estado.

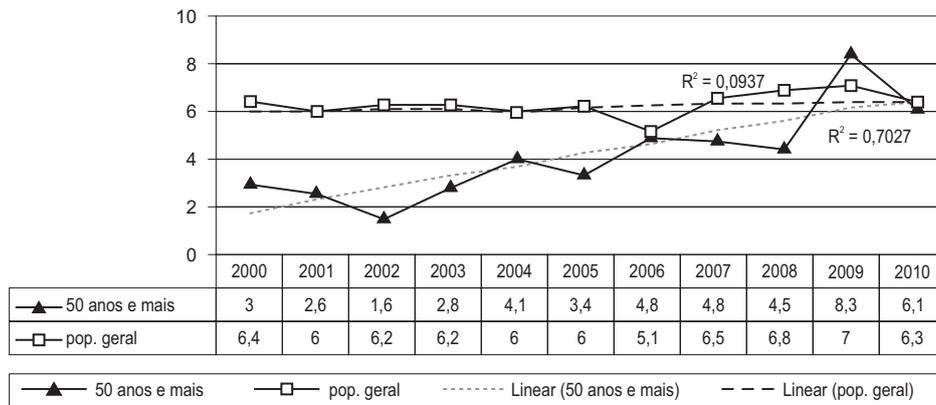
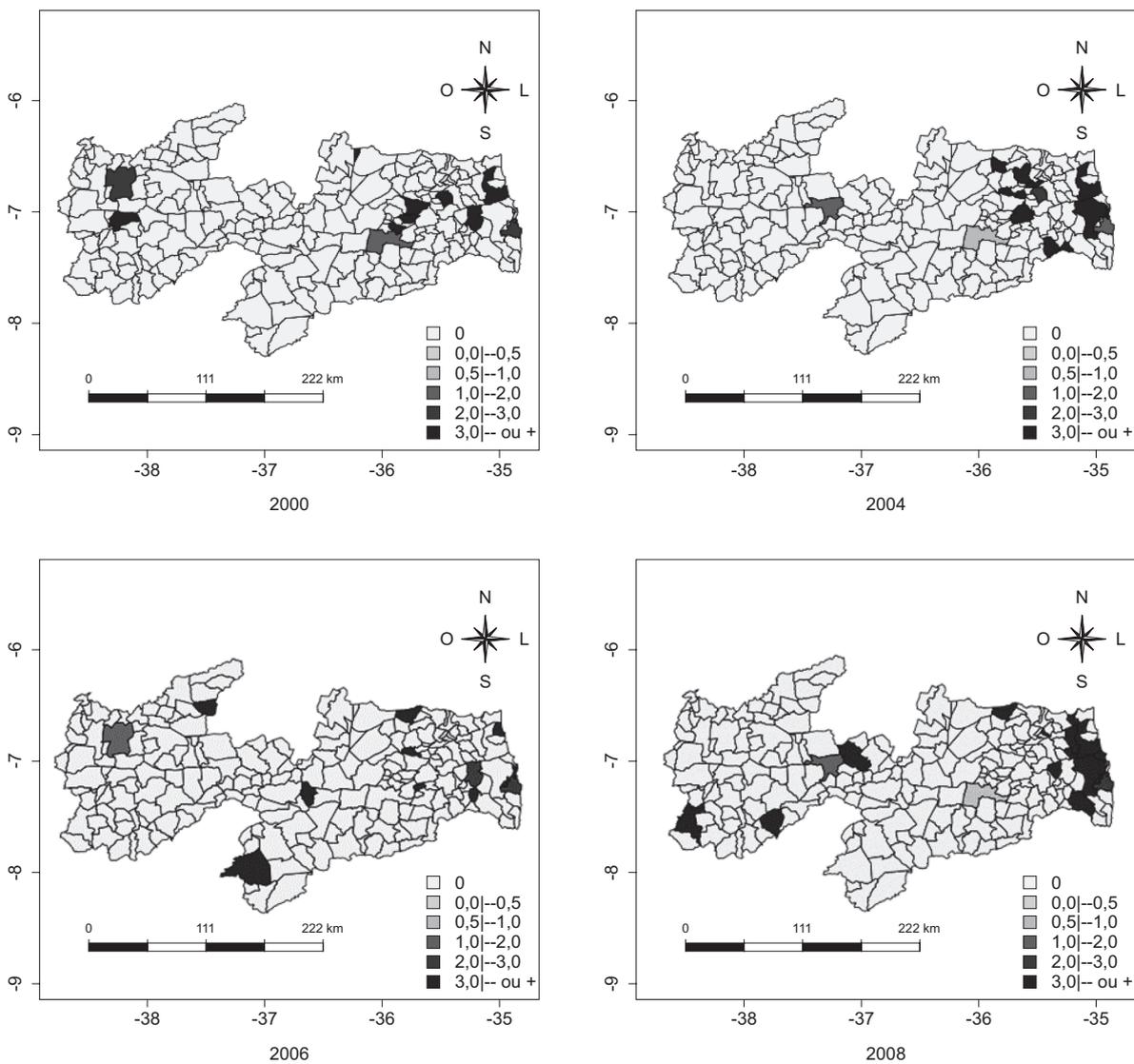


Figura 1 - Incidência e tendência linear da AIDS em indivíduos com 50 anos e mais e na população em geral. Paraíba, Brasil, 2000 a 2010



(a figura 2 continua na próxima tela)

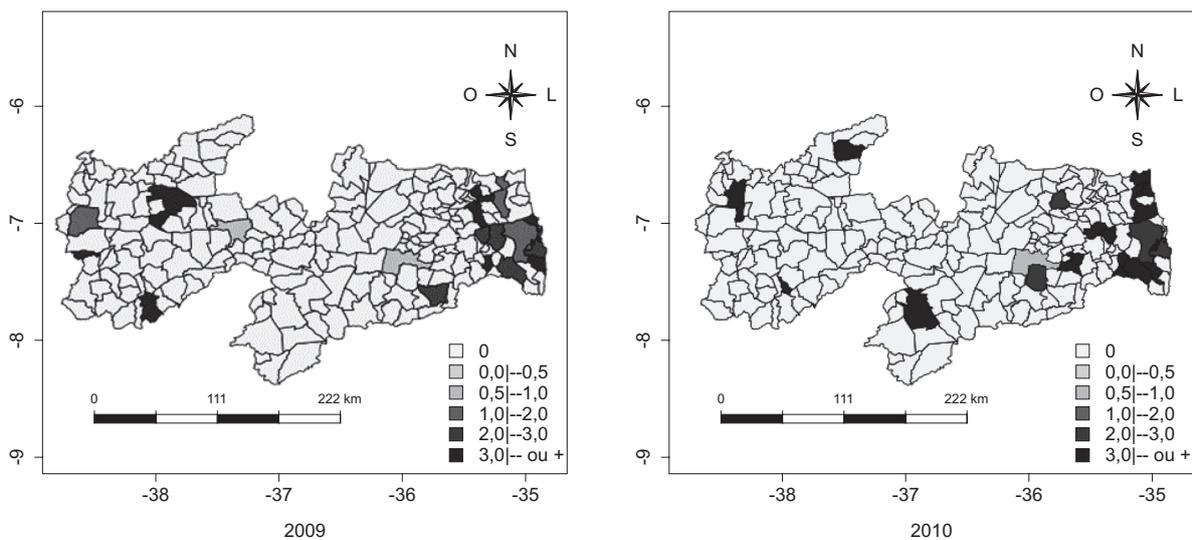


Figura 2 - Mapas de Risco Relativo da AIDS em adultos com 50 anos e mais idosos no Estado da Paraíba. Paraíba, Brasil, 2000-2010

## Discussão

Na série histórica estudada identificou-se maior proporção de casos de AIDS na população do sexo masculino, com aumento progressivo entre as mulheres. A diminuição da magnitude da razão entre os sexos confirma a tendência da feminização da epidemia no país, também entre os idosos. No cenário internacional, as mulheres representam cerca de 50% do total das pessoas infectadas. Na África Subsaariana vivem 76% de todas as mulheres com HIV, e de cada quatro pessoas jovens (de 15 a 24 anos) soropositivas três são do sexo feminino. Nos outros continentes a proporção de mulheres infectadas é crescente. No Caribe, ultrapassa 51% dos adultos; nas Bahamas 59%, em Trinidad e Tobago, 56%, na Ucrânia, 46% e na Ásia 30%, no Camboja alcança 46% e na Tailândia, 39%<sup>(15)</sup>.

Estudos apontam que o incremento de casos entre as mulheres decorre de determinações histórico-culturais e da valorização desigual que se expressa de diferentes formas, incluindo desde violência doméstica, sexual, moral e patrimonial, divisão sexual do trabalho, desigualdades étnico-raciais, pobreza, estigma e violação dos direitos humanos até a impossibilidade de as mulheres negociarem, de forma autônoma, seu prazer e a maneira que desejam expressar e viver sua sexualidade<sup>(16-18)</sup>.

A existência de assimetria de poder nas relações entre homens e mulheres, ao lado de desigualdades nas relações de gênero nas esferas sociais e econômicas

(menor acesso da mulher à educação e empregos, baixos salários e dupla jornada de trabalho) vêm determinando situação de extrema vulnerabilidade feminina à epidemia da AIDS<sup>(4)</sup>.

Na categoria raça/cor, os mais atingidos pela doença foram indivíduos de cor parda, predominante em todos os anos de estudo. Resultado diferente não seria esperado, uma vez que, especificamente no Estado da Paraíba, mais de 50% da população é da cor parda. Chama atenção o número de dados ignorados nessa variável (10,4%), informação que passou a constar na ficha de notificação a partir de 2001. Ainda que se observe preenchimento expressivo dessa variável a partir de 2003, pesquisa realizada no Brasil, no período de 2000 a 2005, verificou diminuição proporcional na porcentagem dos casos da cor branca, aumento proporcional do número de casos de AIDS entre os pardos (de 22,7 a 31,9%), e estabilidade entre os negros (da ordem de 11-13%)<sup>(11)</sup>. O deslocamento da epidemia para a população parda poderia assentar-se na prerrogativa de que o aumento nesse grupo estaria associado à pauperização da doença e dificuldade de acesso aos serviços de saúde<sup>(19-20)</sup>.

Com relação à escolaridade, marcador considerado como de maior poder explicativo das diferenças sociais<sup>(12-13)</sup>, verificou-se que a proporção de casos sem escolaridade formal e com até 3 anos de estudo correspondeu a 48,8%. Verificou-se maior nível de instrução entre os homens, sendo mais bem representados nas categorias "escolaridade média ou superior". Estudo realizado em Santa Catarina, mostra que mais de 75% dos casos

apresentavam o 1º ou 2º grau completo<sup>(21)</sup>. No Estado do Espírito Santo, o grau de instrução variou conforme a idade, prevalecendo entre os mais jovens o nível educacional de 4 a 7 anos de estudo, e maior frequência de analfabetismo entre os mais idosos<sup>(20)</sup>.

Em contrapartida, estudo realizado no território nacional, que avaliou uma série histórica de 2000 a 2005, constatou que a proporção de pacientes sem escolaridade formal permaneceu mais ou menos estável ao longo do período<sup>(11)</sup>. Entretanto, as porcentagens de casos de indivíduos com educação fundamental reduziu pela metade no período (de 39,4 para 18,6%), ocorrendo substancial aumento de casos em pessoas com escolaridade média ou superior (de 54,8 para 76,4%)<sup>(11)</sup>. Esses dados contrariam a afirmação de que a epidemia estaria aumentando num ritmo proporcionalmente maior entre as populações mais vulneráveis socioeconomicamente. No entanto, deve-se considerar que entre as unidades federadas, as Regiões Sul e Sudeste são amplamente majoritárias em número de casos e apresentam maior nível educacional. No Estado da Paraíba, por sua vez, 20,2% da população com 15 anos e mais são analfabetos, apresentando a terceira pior taxa de alfabetização do país<sup>(14)</sup>.

Em termos de incidência, observou-se maior tendência de crescimento na população com 50 anos e mais, quando comparado no mesmo período à população em geral. Tal constatação conjuga múltiplas determinações, as quais poderiam ser explicadas por aspectos socioculturais (assimetria de gênero e geracionais, desvantagem na esfera econômica, informação insuficiente sobre a doença, baixa percepção de risco, prática sexual desprotegida)<sup>(22)</sup>, e a barreiras impostas pelos serviços de saúde (invisibilidade desse grupo etário como potencialmente vulnerável e inabilidade da equipe para suspeição e diagnóstico da doença).

Ainda, a concepção socialmente naturalizada da dessexualização nas idades mais avançadas, como fase marcada pela inatividade e falta de desejo sexual, manteve esse grupo praticamente esquecido ou fora das prioridades políticas e preventivas<sup>(3)</sup>. Os resultados práticos de tal concepção repercutiram na percepção equivocada da sua condição de invulnerabilidade, pequena demanda ao teste anti-HIV e, possivelmente, subestimação de casos de AIDS nesse grupo etário<sup>(23)</sup>.

O crescimento da epidemia entre os adultos mais velhos é também retratado pelo seu potencial de disseminação. Nos quatro primeiros anos investigados, observou-se que os casos permaneceram circunscritos em municípios de maior densidade populacional. Nesses, o RR apresentou variação entre 3 a 4 vezes superior ao risco global do Estado.

A partir de 2004, houve maior difusão geográfica da doença, em direção aos municípios de pequeno porte, com população inferior a 30 mil habitantes, o que indica a dinâmica de interiorização da doença. De 2007 a 2010, verificou-se crescimento mais intenso da epidemia nos municípios da região litorânea e próximos a João Pessoa, capital do Estado. Esse município pode ter um papel de centro de difusão do HIV na região. Dentre as possibilidades de expansão de epidemias no espaço, são mencionadas a difusão por meio de contiguidade e a difusão hierárquica por redes<sup>(24)</sup>. A frequência de interações entre habitantes de áreas subjacentes e a capital favoreceu a difusão por contiguidade. Entretanto, a importância de João Pessoa como polo econômico, tecnológico e educacional demanda intensa circulação de pessoas, favorecendo conexões entre municípios distantes num processo de difusão hierárquica.

## Conclusão

Os resultados do presente estudo apontam aumento gradativo do número de casos de AIDS entre a população com 50 anos e mais, na Paraíba, com predomínio em pessoas de cor parda, com baixa escolaridade e com prática heterossexual. A diminuição da magnitude da razão entre os sexos reforça a condição de feminização da epidemia e convoca iniciativas concretas nos âmbitos estadual e municipal que considerem as especificidades locais e traduzam soluções para a superação dos diferentes contextos de vulnerabilidade das mulheres mais velhas.

O aumento da incidência entre adultos mais velhos, o avanço na difusão geográfica da doença com expansão para a região litorânea e para o interior do Estado, atingindo municípios de pequeno porte, são indicadores potencialmente capazes de auxiliar gestores e profissionais de saúde a estabelecer prioridades para o controle da AIDS. A identificação de municípios com maior risco de adoecimento e sua representação em mapas coropléticos, originou informações que podem dar suporte à tomada de decisão e amparar a gestão local para a condução/implementação e/ou otimização de ações.

O envelhecimento, feminização e interiorização da epidemia de adultos com 50 anos e mais confirmam a necessidade de indução de políticas afirmativas direcionadas a esse grupo etário. As ações de prevenção e de educação em saúde devem ser redesenhadas pelas equipes multiprofissionais, de tal modo que reconheçam a existência da prática sexual nessa fase da vida e considerem as especificidades

inerentes a ela. Aspectos da sexualidade, do gênero, do autocuidado, uso de preservativo, incentivo à testagem rápida devem ser incorporados na prática dos profissionais de saúde e abordados nos espaços de convivências, visitas domiciliares, consultas médicas e de enfermagem.

## Referências

1. Camargo BV, Bertoldo RB. Comparação da vulnerabilidade em relação ao HIV de estudantes da escola pública e particular. *Estudos Psicol.* 2006; 23(4):369-79.
2. Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MDS. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2007;19(1):45-50.
3. Pottes FA, Brito AM, Gouveia GC, Araújo EC, Carneiro RM. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10(3):338-51.
4. Souza Z, Leite JL. Aids e envelhecimento: reflexões sobre a infecção pelo HIV em indivíduos acima dos 60 anos [Internet]. 2008. [acesso 16 out 2012]. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsm/medias/aidsenvelhecimento.doc>
5. Reis CT, Czeresnia D, Barcellos C, Tassinari WS. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(6):1219-28.
6. Grangeiro A, Escuder MML, Castilho EA. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(3):430-41.
7. World Health Organization. UNAIDS/OMS. Global Report: UNAIDS report on the global aids epidemic. [Internet]. 2012. [acesso 10 dez 2012] Disponível em: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120\\_UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2012\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf)
8. University of New Mexico Health Sciences Center. AIDSinfonet. Older people and HIV [Internet]. Fact Sheet Number 616. 2012 [acesso 22 mar de 2013]. Disponível em: [http://www.aidsinfonet.org/fact\\_sheets/view/616](http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/616)
9. Centre for Communicable Diseases and Infection Control. Public Health Agency of Canada [Internet]. HIV/AIDS among older Canadians. 2010. [acesso 15 mar 2013]. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/6-eng.php>
10. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico Aids, DST.ano 2(1). Brasília: Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Aids, DST e Hepatites Virais; 2013.
11. Fry PH, Monteiro S, Maio MC, Bastos FI, Santos RV. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(3):497-523.
12. Fonseca MGP, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(6):678-85.
13. Szwarcwald CL. A Disseminação da Epidemia de Aids no Brasil no Período de 1987-1996: Uma Análise Espacial. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(11):135-41
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo Demográfico 2010. [acesso 30 mar 2013] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
15. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Plano de Enfrentamento de Feminização 2009 (revisado). [acesso 20 mai 2012] Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=plano-de-enfrentamento-da-feminizacao>
16. Parker R, Camargo KR Junior. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(supl 1):89-102.
17. Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações Sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(1):31-9.
18. Santos VL, Bermúdez XP, Toledo LM, Cruz MM, Moreira E. Reflexões sobre as políticas de controle das DST e Aids na população indígena. *Tempus Actas em Saúde Coletiva.* 2010;4(2):89-100.
19. Linley L, Hall HI, An Q, Wheeler W. HIV/AIDS diagnoses among persons fifty years and older. In 33 states, 2001-2005. National HIV Prevention Conference, Abstract. Atlanta; December 2007. B08-1.
20. Toledo LSG, Maciel ELN, Rodrigues LCM, Tristão-Sá R, Fregona G. Características e tendência da AIDS entre idosos no Estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010;43(3):264-7.
21. Bertoni FR, Bunn K, Silva J, Traebert J. Perfil Demográfico e Socioeconômico dos Portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José. *Arq Catarinenses Med.* 2010; 39(4):75-9.
22. Feitoza AR, Souza AR, Araújo MFM. A magnitude da infecção pelo HIV-AIDS em maiores de 50 anos no município de Fortaleza (CE). *DST - J Bras Doenças Sex Transm.* 2004;16(4):32-7.

23. Brasileiro M, Freitas MIF. Social representations about aids in people over 50, infected by HIV. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(5):789-75.
24. Hagget P. *The geographical structure of epidemics*. Oxford: Oxford University Press; 2000.