

Sida en adultos de 50 años y más: características, tendencia y difusión espacial del riesgo¹

Jordana de Almeida Nogueira²

Antônia Oliveira Silva³

Laísa Ribeiro de Sá⁴

Sandra Aparecida de Almeida⁵

Aline Aparecida Monroe⁶

Tereza Cristina Scatena Villa⁷

Objetivo: analizar las características sociodemográficas, tendencia epidémica y difusión espacial del riesgo del sida en ancianos de 50 años y más. **Método:** estudio ecológico, de base poblacional, que utilizó datos secundarios del Sistema de Información de Agravios de Notificación (Sinan/Aids) del Estado de Paraíba entre enero del 2000 y diciembre del 2010. **Resultados:** fueron notificados, durante el período estudiado, 307 casos de sida entre individuos de 50 años o más. Se observó el predominio del sexo masculino (205/66,8%), color pardo y bajo nivel de escolaridad. Los municipios con población superior a 100 mil habitantes notificaron el 58,5 % de los casos. Se verificó aumento progresivo de casos entre las mujeres; tendencia de crecimiento de la incidencia (correlación lineal positiva); avance en la difusión geográfica de la enfermedad, expansión hacia la región costera y hacia el interior del estado, alcanzando municipios con población inferior a 30 mil habitantes. En algunas localidades, el riesgo de adolecer fue 100 veces superior al riesgo relativo del estado. **Conclusión:** el envejecimiento, con feminización e interiorización de la epidemia en adultos de 50 años y más, confirman la necesidad de inducir políticas afirmativas dirigidas a este grupo de edad.

Descriptor: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Envejecimiento; Epidemiología.

¹ 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.

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

³ PhD, Professr Associado, Departamento de Enfermagem em Saúde Publica e Psiquiatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

⁴ Estudante de maestria, Departamento de Estatística, Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

⁵ Estudante de doctorado, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. Profesor, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, PB, Brasil. Becario de la Coordinación de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

⁶ PhD, Professor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁷ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

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 es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC).

Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

A lo largo de treinta años, la infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (HIV) se diseminó globalmente, alcanzando individuos sin distinción de edad y sexo. Aunque inicialmente haya sido considerado una enfermedad circunscrita a determinados grupos, la amplia difusión y diversidad en el patrón de distribución viene determinando distintas configuraciones en el escenario epidemiológico. Se verifica expansión entre los grupos más vulnerables económicamente, aceleración en el número de casos en municipios menores, avance de la epidemia entre adolescentes, hombres que se declaran heterosexuales, entre mujeres y adultos más viejos⁽¹⁻⁶⁾.

Aunque la mayoría de los casos de infección por el VIH sea detectada en el grupo de edad de 15 a 49 años, el aumento progresivo en la morbilidad y mortalidad por la Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana (Sida) en el grupo de edad superior a 50 años viene siendo mostrado mundialmente y ganó relevancia en los países con crecimiento acelerado de envejecimiento poblacional. Según la Organización de las Naciones Unidas para Prevención y Control del Sida, se estima que, entre los 40 millones de personas que viven con VIH/Sida en el mundo, aproximadamente 2,8 millones están en el grupo con edad igual o superior a ese segmento poblacional⁽⁷⁾.

En Estados Unidos, entre 2001 y 2005, el número estimado de casos de sida por edad del diagnóstico aumentó acerca del 40% en personas con 50 años o más, siendo que hoy día acerca del 29% de las personas que viven con sida se encuentra en este grupo de edad⁽⁸⁾. En Canadá, 12,4% del total de casos notificados de sida ocurrieron en personas con edad de 50 años o superior. La proporción de pruebas positivas para el VIH entre aquellos con 50 años o más aumentó del 10,6% en 1999 para 15,3% en 2008⁽⁹⁾. La prevalencia de VIH en Sudáfrica en el grupo de edad entre 50-54 correspondió al 10,8%, 4,5% entre 55-59 años y 3,9% entre aquellos con 60 años y más⁽⁷⁾.

En Brasil, fueron notificados en el Sistema de Información de Agravios de Notificación (Sinan) y declarados en el Sistema de Mortalidad (SIM) entre 1980 y 2012, 76.618 casos de sida en personas con 50 años o más, siendo que 49.135 ocurrieron en el sexo masculino y 27.483 en el sexo femenino. En el período de 1998 a 2012, en ambos sexos, en el grupo de edad de 50 años y más, la tasa de incidencia aumentó en el 60%. Entre las mujeres en el grupo de edad de 50 a 59 años, creció la incidencia de 9,5 para 18,4 casos por 100 mil habitantes⁽¹⁰⁾.

En la región Nordeste, fueron notificados en el Sistema de Información de Agravios de Notificación (Sinan) y declarados en el Sistema de Mortalidad (SIM)

en el período del 1980 al 2010, 7.423 casos de sida en personas con 50 años o más, siendo que 5.183 ocurrieron en el sexo masculino y 2.240 en el femenino. La tasa de incidencia entre los hombres saltó de 2,2 para 4,4 casos por 100 mil habitantes entre 1998 y 2010, y entre las mujeres de 0,6 para 1,5 casos por 100 mil habitantes en el mismo período⁽¹⁰⁾.

La tendencia observada muestra progresión gradual de la incidencia de la enfermedad entre adultos más viejos, con clara expansión en el sexo femenino. Innúmeros estudios desarrollados en Brasil^(2,6,11-13) identifican las variaciones en el patrón epidémico de la enfermedad, pero privilegian análisis de informaciones consolidadas nacionalmente. Sin embargo, existe un relativo consenso que estudios con mayor desagregación permiten "comprender contextos específicos y consecuentemente subsidiar políticas locales, reforzando la responsabilidad de los municipios en la organización de la red de atención y promoción de la salud"⁽⁶⁾.

En ese sentido, se seleccionó en este estudio un estado de la región nordeste, en franco proceso de envejecimiento, cuya población con edad de 50 años y más representa el 20,5% de la población total. A pesar de la pequeña dimensión territorial, el estado de Paraíba tiene la nona posición entre las unidades federadas, con alta concentración de municipios (223), 92% de los cuales poseen población inferior a 30 mil habitantes. Además, el 20,2% de la población es analfabeta y el 16,3% vive en situación de extrema pobreza⁽¹⁴⁾.

Este contexto muestra condiciones potenciales que favorecen el fenómeno de interiorización, envejecimiento y pauperización del sida, solicitando que sus particularidades sean retratadas. Por lo tanto, este estudio considera los casos notificados en Paraíba, en el período de 2000 a 2010, con objeto de analizar las características sociodemográficas, tendencia epidémica y difusión espacial del riesgo del sida en adultos con 50 años y superior.

Métodos

Estudio ecológico, de serie temporal, desarrollado con base en los registros de casos de sida procedentes de los 223 municipios de Paraíba. El estado cuenta con una población de 3.766.528 habitantes, organizado administrativamente en cuatro mesoregiones.

Las informaciones fueron recolectadas durante el mes de diciembre del 2012, siendo incluidos en el estudio todos los caso de sida confirmados y notificados en la base de datos del Sistema de Información de Agravios de Notificación (Sinan), en el período de 01 de janeiro del

2000 a 31 de diciembre del 2010. Del total de 2904 casos registrados en el Sinan, fueron seleccionados para el estudio 307 casos que atendían a los siguientes criterios: edad igual o superior a 50 años; ser residente en el estado de Paraíba.

Los datos fueron dispuestos en hoja de cálculo de Excel y secuencialmente fue refinado el banco para identificación de las variables de interés: número de casos brutos por mes, grupo de edad, raza/color, escolaridad, sexo, año epidemiológico, municipio de residencia, práctica sexual. Tras concluir la digitalización y verificar la consistencia, los datos fueron codificados y posteriormente transferidos para el aplicativo de *software Statistic 12.0*. Los casos de sida entre adultos con edad de 50 años y más, fueron analizados según el año de notificación y el sexo, involucrando medidas de frecuencia porcentual y razón de sexo. Para analizar la asociación entre las variables sociodemográficas, se seleccionó el test de asociación de ji-cuadrado (χ^2), siendo considerados estadísticamente significativos los valores de $p \geq 0,05$.

Para mejor visualización de la tendencia epidémica del estado, se aplicó la técnica de regresión lineal y fueron calculadas las tasas de incidencia anual de los casos de sida en la población en general y en individuos con 50 años y más, utilizándose la base poblacional de 100 mil habitantes. La tasa de incidencia de los municipios fue calculada considerando el año de notificación y base poblacional de mil habitantes. En ambas situaciones los denominadores fueron estimados a partir de interpolaciones geométricas de la población de Paraíba de los Censos Demográficos Brasileiros realizados en 2000 y 2010 y de los datos de la Investigación Nacional por Muestra de Domicilios (PNAD).

El cálculo del Riesgo Relativo (RR) se basó en la razón de la tasa de incidencia de cada municipio por la tasa de incidencia del estado. La integración de los programas Excel y R (*The R Foundation for Statistical Computing*) permitió la producción de mapas coropleto para representar espacialmente el RR y la identificación de municipios que presentaron los mayores y menores riesgos de ocurrencia de la enfermedad. El RR fue dividido en intervalos de clases, siendo establecida previamente un color para cada intervalo. Para la interpretación del mapa de RR, se definió como criterios el siguiente: $<0,5$ =RR del evento inferior a la mitad del riesgo global del estado; $0,5$ a $1,0$ =RR del evento superior a la mitad del riesgo global del estado; $1,0$ a $2,0$ =RR del evento superior al riesgo global del estado en menos del 100%; $2,0$ a $3,0$ =RR del evento superior al riesgo global del estado en más del 100% y menos del 200%; $3,0$ o más=RR del evento superior al riesgo global del estado en más del 200%.

Este estudio recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Universidad Federal da Paraíba, bajo el protocolo de nº 612/10.

Resultados

Fueron notificados a la Coordinación Estadual de EST/SIDA de Paraíba, en el período de 2000 a 2010, 307 casos de sida entre individuos con edad igual o superior a 50 años. En el 2009, se registró el mayor número absoluto de casos (59/19,2%). Fue observado predominio del sexo masculino (205/66,8%), siendo que la proporción de los casos entre los sexos (Razón: Hombre/Mujer) en el año de 2000 correspondió a 8,5:1 y, en 2007, alcanzó 1,1:1 (Tabla 1), siguiendo inferior a 2:1 en los años siguientes.

Tabla 1 - Distribución de los casos de Sida entre adultos con edad de 50 años y más según sexo y año de notificación. Paraíba, Brasil, 2000 a 2010

Año	Sexo				Total		Razón
	Masculino		Femenino				
	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	1,1:1
2007	17	8,3	15	14,7	32	10,4	
2008	19	9,3	12	11,8	31	10,1	
2009	38	18,5	21	20,6	59	19,2	
2010	31	15,1	16	15,7	47	15,3	
Total	205	100	102	100	307	100	1,93:1

En el análisis sociodemográfico, se evidenció la similitud de proporciones y la no existencia de asociación entre las variables sexo y escolaridad (p -valor=0,3188). Aproximadamente el 50,0% de los casos se concentró en

las categorías "sin escolaridad" o hasta 3 años de estudio (Tabla 2). Se observó, en ambos sexos, predominio del color pardo (p -valor=0,2369).

Tabla 2 - Distribución de los casos de sida entre adultos con 50 años y más sexo y variables sociodemográficas. Paraíba, Brasil, 2000-2010

Variables	Sexo				P
	Masculino		Femenino		
	n	%	n	%	
Años de estudio					0,3188
Ningún	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	
Raza/color					0.2369
Branca	56	27,3	26	25,5	
Parda	107	52,2	59	57,8	
Preta	12	5,9	6	5,9	
Otras	4	1,9	5	4,9	
Ignorado	26	12,7	6	5,9	
Municipios					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	
Práctica Sexual					0,0000
Heterosexual	130	63,4	90	88,2	
Homosexual	22	10,7	1	1,0	
Bisexual	14	6,8	-	-	
Ignorado	39	19,1	11	10,8	
Total	205	100,0	102	100,0	

Respecto a la distribución de los casos de sida en los municipios de Paraíba, no fueron encontradas diferencias significativas entre los sexos, cuando comparados a los diferentes grupos poblacionales. Aunque los municipios con población superior a 100 mil habitantes hayan sido responsables por el 58,5 % de las notificaciones, los municipios pequeños, con población inferior a 30 mil habitantes, se destacaron con aproximadamente el 29,0% de las notificaciones en ambos sexos.

En el test de asociación, con nivel de significancia del 5% ($\alpha=0,05$), se evidenció la similitud de proporciones y la no existencia de asociación entre la variable sexo y las variables que compusieron el perfil sociodemográfico (años de estudio, raza/color, densidad poblacional del municipio), excepto la variable práctica sexual (p -valor=0,0000). Se observa que, entre las mujeres, la práctica heterosexual fue predominante.

Respecto a la tendencia epidémica del estado (Figura 1), se observa en los años estudiados aumento

de la incidencia en la población con 50 años y más, con mayor dispersión en el 2009 (8,3). Cuando se aplica la tendencia de regresión lineal para el cálculo de la reta de tendencia, se verificó inclinación positiva en la población con 50 años y más, o sea, el punto inicial de la reta salió de 1,9 y terminó en 6,3. Eso significa tendencia de crecimiento alrededor del 232% en poco más de 10 años. En la población en general, se observó poca variación, con crecimiento del 5%.

Respecto a la intensidad de ocurrencia de casos de sida en la población con 50 años y más, expresos por el Riesgo Relativo (RR), se observa en la Figura 2 que, en el período de 2000 a 2004, los mayores valores para el RR se concentraron en municipios de mayor densidad poblacional, dispersos en la Mesoregión de la Mata Paraibana (región costera), Agreste y Sertão. A partir del 2007, se observa concentración de los casos de sida a lo largo de la región costera, alcanzando municipios de tamaño pequeño, situación que continua hasta

2010. En la Mesoregión de Borborema (región central), solamente tres municipios (con población inferior a 30

mil habitantes) mostraron en el período RR tres veces superior al valor del estado.

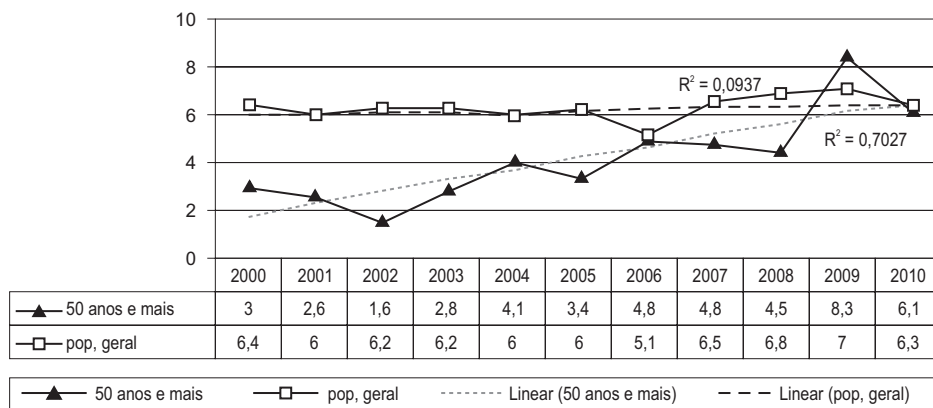
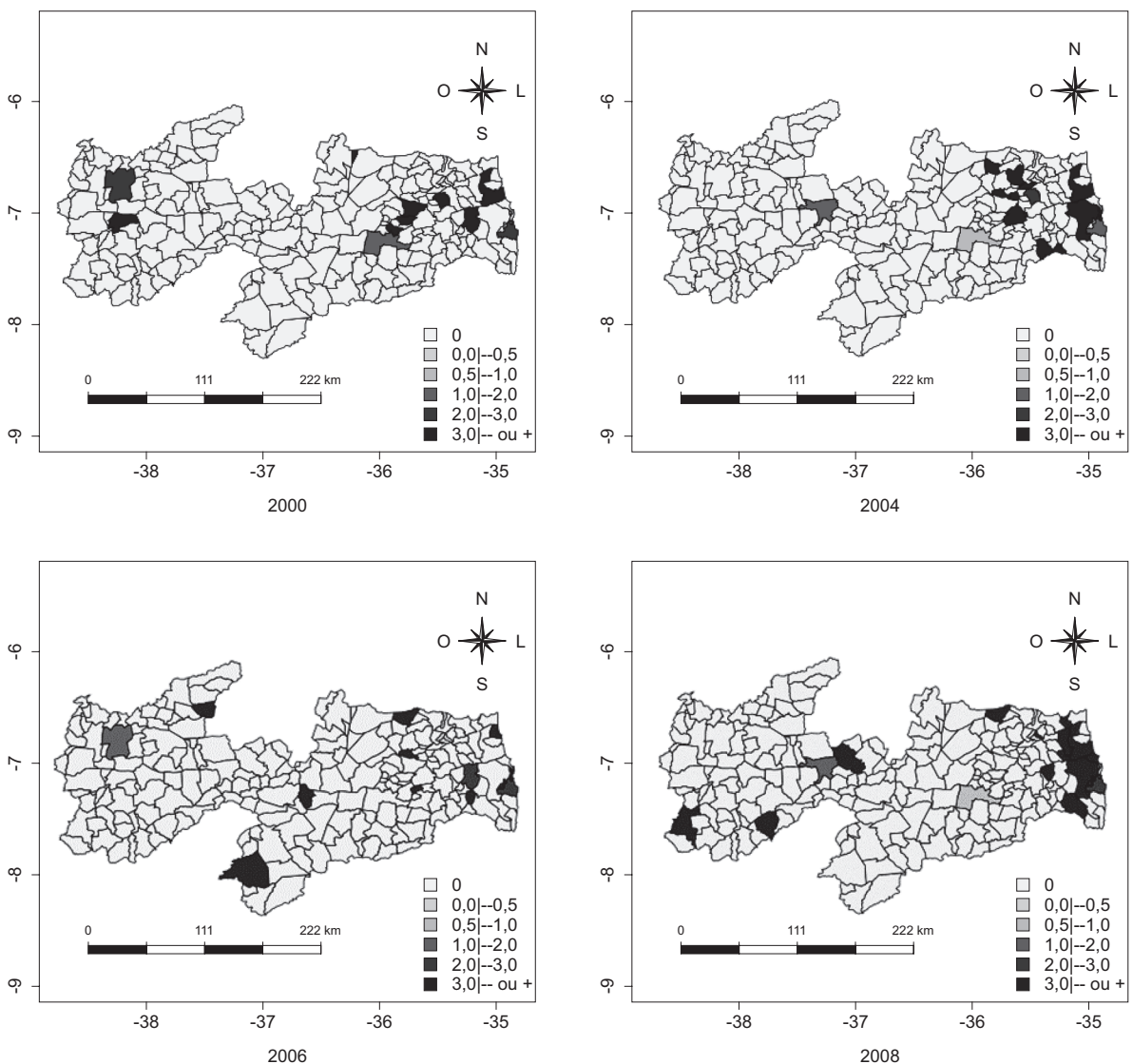


Figura 1 - Incidência y tendencia lineal del sida en individuos con 50 años y más y en la población en general. Paraíba, Brasil, 2000 a 2010



La figura 2 continúa en la próxima pantalla

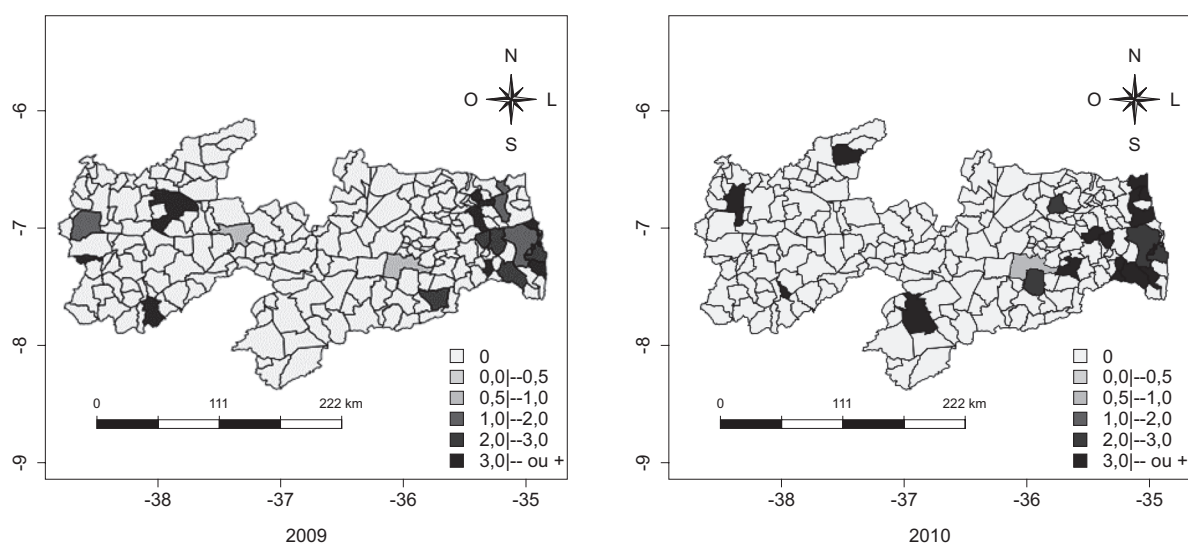


Figura 2 - Mapas de Riesgo Relativo del sida en adultos con 50 años y más en el estado de Paraíba, Brasil, 2000-2010

Discusión

En la serie histórica estudiada, se identificó mayor proporción de casos de sida en la población del sexo masculino, con aumento progresivo entre las mujeres. La disminución de la magnitud de la razón entre los sexos confirma la tendencia de feminización de la epidemia en el país también entre los ancianos. En el escenario internacional, las mujeres representan acerca del 50% del total de las personas infectadas. En África subsahariana, vive el 76% de todas las mujeres con HIV, y de cada cuatro personas jóvenes (de 15 a 24 años) seropositivas tres son del sexo femenino. En los otros continentes, la proporción de mujeres infectadas es creciente. En el Caribe ultrapasa 51% de los adultos; en las Bahamas 59%, en Trinidad y Tobago 56%, en Ucrania 46% y en Asia 30%; en Camboya alcanza 46% y en Tailandia 39%⁽¹⁵⁾.

Estudios indican que el crecimiento de casos entre las mujeres deriva de determinaciones histórico-culturales y de la valorización desigual que se expresa de diferentes formas, incluyendo desde violencia doméstica, sexual, moral y patrimonial; división sexual del trabajo; desigualdades étnico-raciales, pobreza, estigma y violación de los derechos humanos hasta la imposibilidad de que las mujeres negocien, de manera autónoma, su placer y la manera en que desean expresar y vivir su sexualidad⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

La existencia de una asimetría de poder en las relaciones entre hombres y mujeres, además de desigualdades en las relaciones de género en las esferas sociales y económicas (menor acceso de la mujer a la

educación y empleos, salarios bajos y doble jornada de trabajo) acaban por determinar una situación de extrema vulnerabilidad femenina a la epidemia del sida⁽⁴⁾.

En la categoría raza/color, los más afectados por la enfermedad fueron individuos de color pardo, predominante en todos los años estudiados. Resultado diferente no sería esperado, ya que específicamente en el estado de Paraíba, más del 50% de la población es de color pardo. Se destaca el número de datos ignorados en esta variable (10,4%), información incluida en la ficha de notificación a partir del 2001. Aunque se observe un relleno expresivo de esta variable a partir del 2003, en una investigación desarrollada en Brasil en el período del 2000 al 2005, se verificó disminución proporcional en el porcentaje de los casos de color blanco, aumento proporcional del número de casos de sida entre los pardos (del 22,7% al 31,9%), y estabilidad entre los negros (alrededor del 11-13%)⁽¹¹⁾. El desplazamiento de la epidemia hacia la población parda podría basarse en la prerrogativa de que el aumento en este grupo esté asociado a la pauperización de la enfermedad y dificultad en el acceso a los servicios de salud⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Con relación a la escolaridad, marcador considerado como de mayor poder explicativo de las diferencias sociales⁽¹²⁻¹³⁾, se verificó que la proporción de casos sin escolaridad formal y con hasta 3 años de estudio fue del 48,8%. Se encontró mayor nivel de instrucción entre los hombres, siendo mejor representados en las categorías "escolaridad media o superior". En un estudio desarrollado en Santa Catarina, más del 75% de los casos poseía el 1º

o 2º grado completo⁽²¹⁾. En el Estado de Espírito Santo, el grado de instrucción varió según la edad, prevaleciendo entre los más jóvenes el nivel educacional de 4 a 7 años de estudio, y mayor frecuencia de analfabetismo entre los más ancianos⁽²⁰⁾.

A la inversa, en un estudio desarrollado en Brasil que evaluó una serie histórica del 2000 al 2005, se constató que la proporción de pacientes sin escolaridad formal siguió más o menos estable a lo largo del período⁽¹¹⁾. Sin embargo, los porcentajes de casos de individuos con educación fundamental disminuyó por la mitad durante el período (del 39,4% al 18,6%), con aumento substancial de casos en personas con escolaridad media o superior (del 54,8% al 76,4%)⁽¹¹⁾. Esos datos son contrarios a la afirmación de que la epidemia estaría aumentando a un ritmo proporcionalmente mayor entre las poblaciones más vulnerables socioeconómicamente. Sin embargo, se debe considerar que, entre las unidades federadas, las regiones sur y sudeste son ampliamente mayoritarias en número de casos y muestran mayor nivel educacional. En el estado de Paraíba, a su vez, 20,2% de la población con 15 años y más es analfabeta, revelando la tercera peor tasa de alfabetización del país⁽¹⁴⁾.

En términos de incidencia, se observó mayor tendencia de crecimiento en la población con 50 años y más, cuando comparado en el mismo período a la población en general. Tal constatación combina múltiples determinaciones, las cuales podrían ser explicadas por aspectos socioculturales (asimetría de género y generacionales, desventaja en la esfera económica, información insuficiente sobre la enfermedad, baja percepción de riesgo, práctica sexual desprotegida)⁽²²⁾, y por barreras impuestas por los servicios de salud (invisibilidad de este grupo de edad como potencialmente vulnerables e inhabilidad del equipo para sospecha y diagnóstico de la enfermedad).

Además, la concepción socialmente naturalizada de la desexualización en las edades más avanzadas, como una fase marcada por la inactividad y falta de deseo sexual mantuvo este grupo prácticamente olvidado o fuera de las prioridades políticas y preventivas⁽³⁾. Los resultados prácticos de tal concepción repercutieron en la percepción equivocada de su condición de invulnerabilidad, pequeña demanda para la prueba anti-VIH y posiblemente subestimación de casos de sida en este grupo de edad⁽²³⁾.

El crecimiento de la epidemia entre los adultos más viejos es también retratado por su potencial de diseminación. Durante los cuatro primeros años investigados, se observó que los casos siguieron circunscritos a municipios de mayor densidad poblacional. En estos, el RR mostró variación entre 3 y 4 veces superior al riesgo global del estado.

A partir del 2004, se reveló mayor difusión geográfica de la enfermedad, hacia los municipios de tamaño pequeño, con población inferior a 30 mil habitantes, lo que indica la dinámica de interiorización de la enfermedad. Del 2007 al 2010, se verificó un crecimiento más intenso de la epidemia en los municipios de la región costera y próximos a João Pessoa, capital del estado. Este municipio puede ejercer un papel de centro de difusión del VIH en la región. Entre las posibilidades de expansión de epidemias en el espacio, son mencionadas la difusión mediante contigüidad y la difusión jerárquica por redes⁽²⁴⁾. La frecuencia de interacciones entre habitantes de áreas subyacentes y la capital favoreció la difusión por contigüidad. Sin embargo, la importancia de João Pessoa como polo económico, tecnológico y educacional demanda intensa circulación de personas, favoreciendo conexiones entre municipios distantes en un proceso de difusión jerárquica.

Conclusión

Los resultados del presente estudio indican aumento gradual del número de casos de sida entre la población con 50 años y más en Paraíba, con predominio en las personas de color parda, con baja escolaridad y con práctica heterosexual. La disminución de la magnitud de la razón entre los sexos refuerza la condición de feminización de la epidemia y convoca iniciativas concretas en las esferas estadual y municipales, que consideren las especificidades locales y traduzcan soluciones para superar los diferentes contextos de vulnerabilidad de las mujeres más viejas.

El aumento de la incidencia entre adultos más viejos, el avance en la difusión geográfica de la enfermedad con expansión hacia la región costera y el interior del estado, alcanzando municipios de tamaño pequeño, son indicadores potencialmente capaces de auxiliar gestores y profesionales de salud a establecer prioridades para el control del sida. La identificación de municipios con mayor riesgo de adolecer y su representación en mapas coropletos originaron informaciones que pueden apoyar a la toma de decisiones y amparar la gestión local para conducir/implementar y/o optimizar acciones.

El envejecimiento, la feminización y la interiorización de la epidemia de adultos con 50 años y más confirman la necesidad de inducir políticas afirmativas dirigidas a este grupo de edad. Las acciones de prevención y de educación en salud deben ser rediseñadas por los equipos multiprofesionales, de tal manera que reconozcan la existencia de la práctica sexual en

esta fase de la vida y consideren las especificidades inherentes a ella. Aspectos de la sexualidad, del género, autocuidado, uso de preservativo, incentivo a pruebas rápidas deben ser incorporados en la práctica de los profesionales de salud y discutidos en los espacios de convivio, visitas domiciliarias, consultas médicas y de enfermería.

Referencias

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/pubsmms/media/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
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.aidsinfontet.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. Bertonni 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.