

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E LABORATORIAIS DE  
MULHERES COM 50 ANOS OU MAIS DE IDADE VIVENDO COM HIV/AIDS EM  
GOIÁS.**

Dalila Alves da Costa<sup>1</sup>; Letícia Rejane Silva<sup>2</sup>; Letícia Dogakiuchi Silva<sup>2</sup>; Janine Alves Santos<sup>2</sup>; Christiane Moreira Souza<sup>3</sup>; Sandra Maria Brunini de Souza<sup>4\*</sup>

Faculdade de Enfermagem

e-mail: [dalilacosta18@hotmail.com](mailto:dalilacosta18@hotmail.com); [sandr brunini@hotmail.com](mailto:sandr brunini@hotmail.com)

**Palavras-chave:** Mulheres, HIV, AIDS, epidemiologia

---

\* 1- Aluna do Programa Institucional Voluntária de Iniciação Científica; 2- Aluna do Programa de Pós-Graduação FEN/UFG; 3- Aluna de Graduação FEN/UFG; 4- Prof<sup>a</sup> Orientadora, FEN/UFG.  
Revisado pelo Orientador.

## 1. INTRODUÇÃO

A epidemia da aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma realidade mundial e constitui um dos maiores desafios para a saúde pública. Nas últimas décadas uma estabilização nas taxas de incidência da infecção foi evidenciada, entretanto o número de casos ainda é alarmante. A América Latina ocupa a terceira posição quanto ao número de infectados pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana) no mundo (UNAIDS, 2009) e o Brasil responde por um terço desses casos (DOURADO et al., 2006; UNAIDS, 2007). No estado de Goiás, desde o primeiro caso de aids notificado em 1984, até maio de 2010, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 9.556 casos em adultos maiores de 13 anos, com aproximadamente 600 casos por ano (Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, 2010).

Desde o início da epidemia de aids o cenário epidemiológico vem se modificando. Nos primeiros anos da epidemia os homens representavam a imensa maioria dos casos, e os coeficientes de incidência no sexo masculino eram expressivamente maiores do que no sexo feminino. Atualmente as mulheres representam quase metade das 40,3 milhões de pessoas vivendo com HIV ou AIDS no mundo (UNAIDS, 2005). A feminização é um fenômeno observado principalmente nos países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento, como os da África Subsaariana e os da América Latina (UNAIDS, 2007).

Atribui-se essa crescente incidência da aids no sexo feminino à transmissão heterossexual e as questões de vulnerabilidade como: restrições do poder de participação nas decisões que envolvem a vida sexual e reprodutiva; coerções emocionais de caráter culturalmente determinado, que interferem na prevenção; e a baixa percepção de vulnerabilidade, influenciada pela não-inclusão das mulheres, nos primeiros anos da epidemia (LOPES et al, 2010). Além da tendência de feminização e conseqüente heterossexualização da doença observa-se a pauperização e interiorização dos casos. De tal forma os novos casos são identificados consideravelmente em mulheres com pouca ou nenhuma escolaridade, em situação de pobreza e com pouco acesso à informação (BRASIL, 2003). Além disso, a insustentável urbanização e as precárias condições de vida em assentamentos informais aumentam o impacto e a vulnerabilidade de mulheres ao HIV (UNAIDS/ONUSIDA, 2010).

Outro aspecto relevante na evolução da epidemia no mundo nas duas últimas décadas diz respeito à participação de diferentes faixas etárias no conjunto de casos notificados. Observou-se declínio na incidência de aids em todas as faixas etárias, exceto na que se refere a faixa de 50 a 70 anos. Nessa faixa, as proporções de casos notificados de aids nesse grupo

são variadas. Nos EUA, era de 10,0% em 2001; na Europa de 14,5% em 2002 e no Brasil, em 2007, corresponderam a 14,0% de todos os casos notificados. Portanto, atualmente a epidemia delinea um cenário epidemiológico peculiar marcado fortemente pela feminização e incremento de casos em populações de idade mais avançada (GRABAR, WEISS, COSTAGLIOLA, 2006; BRASIL, 2008; EUROHIV, 2002 ; CDC, 2001).

A tendência de crescimento do número de mulheres na epidemia, sobretudo na subcategoria heterossexual, aponta para a maior vulnerabilidade feminina e menor acesso aos serviços de saúde reprodutiva (PEREIRA, 2007).

Pessoas com idade acima de 50 anos, quando infectadas com o HIV, tendem a manifestar os efeitos da imunodepressão de forma mais acelerada que as pessoas jovens, porque tem acrescido os efeitos de outras doenças que freqüentemente aparecem com a aproximação da terceira idade (BRASILEIRO, FREITAS, 2006), neste sentido a taxa de incidência de aids em mulheres acima de 50 anos praticamente dobrou em relação a 1997: de 5,2 para 9,9 casos por 100 mil habitantes (CEPIA, 2010).

As mudanças do processo natural de envelhecimento das mulheres, como estreitamento vaginal, diminuição da elasticidade e das secreções vaginais e o desgaste das paredes vaginais, são situações que favorecerem o risco da infecção pelo HIV durante as relações sexuais. Essa situação, associada à ausência da percepção de risco, pode conduzir um número maior de mulheres idosas à epidemia do HIV (ARAÚJO, et al., 2007).

A carência de estudos voltados para o público feminino em Goiás dificulta traçar estratégias e executar programas de promoção da saúde de forma eficaz, com vistas a contemplar as necessidades de saúde desse grupo. Dessa forma este estudo poderá contribuir para identificar características que auxiliem na análise do público feminino, portador do vírus da imunodeficiência humana, atendidas no Hospital de Doenças Tropicais, visando uma melhor compreensão da sua problemática.

## **2. OBJETIVOS**

Os objetivos desta pesquisa foram descrever o perfil epidemiológico, clínico e laboratorial da infecção pelo HIV e/ou aids em mulheres com 50 anos ou mais de idade residentes em Goiás.

## **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de corte transversal com população de mulheres infectadas pelo HIV, que realizaram a primeira visita clínica em serviço de referência do Estado de Goiás, no

período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2008. O período da coleta de dados foi de julho de 2009 a janeiro de 2010 e os dados foram coletados diretamente dos prontuários médicos, utilizando-se um roteiro estruturado padrão. Foram elegíveis os prontuários de mulheres com sorologia positiva para o HIV, com ou sem aids, idade igual ou superior a 50 anos no momento do diagnóstico, sem história de tratamento anti-retroviral prévio e com diagnóstico laboratorial firmado no mesmo período citado anteriormente. Foram elencadas como variáveis de estudo: variáveis sócio-demográficas, comportamentais e clínico-laboratoriais. O banco de dados foi criado com auxílio do programa Epi-Info versão 3.5.1 para Windows (CDC) e foram analisados usando o software Statistical Package Social Science (SPSS) versão 15.0 para *Windows* e apresentados em forma de tabelas. A análise descritiva utilizou a distribuição de frequências, médias e desvio padrão. Assumiu-se nesta pesquisa como indicador de diagnóstico tardio valores de linfócitos T CD4+  $\leq 350$  céls/mm<sup>3</sup>. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Anuar Auad sob o número de protocolo 013/2009 e contou com financiamento da FAPEG e apoio da REAT (Rede de Pesquisa em agravos transmissíveis).

#### 4. RESULTADOS

Foram identificadas 490 mulheres com diagnóstico sorológico de infecção pelo HIV ou aids firmado no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2008 (Quadro 1).

**Quadro 1** – Distribuição dos casos detectados de infecção pelo HIV/aids em mulheres atendidas em unidade de referência de Goiás, no período de 2006 a 2008. Goiânia, 2011.

<b>ANO DE ATENDIMENTO</b>	<b>TOTAL DE MULHERES</b>
2006	192
2007	174
2008	124
<b>Total</b>	<b>490</b>

Dessas mulheres, 65 (13,6%) possuíam idade maior ou igual a 50 anos no momento do diagnóstico. A tabela 1 traz a distribuição das principais características sócio-demográficas desse grupo populacional no qual a idade variou de 50 a 80 anos com média de 56,8 (dp:7,0). Em relação a naturalidade, 52,3% são provenientes de cidades do interior do estado de Goiás,

seguido de 38,5% que eram naturais de outros estados. Mulheres solteiras, separadas ou viúvas corresponderam a 64,6% e com até oito anos de estudo a 46,2%. Em um terço da população não existia relato sobre a escolaridade. Mulheres referindo-se como sendo exclusivamente “donas de casa” ou “do lar” representaram isoladamente quase 50% do grupo e as que se auto declararam pardas ou negras constituíram a maioria (70,8%).

**Tabela 1** - Características sócio-demográficas de mulheres com 50 anos diagnosticadas com infecção pelo HIV/aids e atendidas em unidade de referência do estado de Goiás no período de 2006 a 2008. Goiânia, 2011.

<b>Características</b>	<b>N (65)</b>	<b>%</b>
<b>Idade (média= 56,8; dp = 7,0)</b>		
<b>Naturalidade</b>		
Goiânia	05	7,7
Interior de Goiás	34	52,3
Outros Estados	25	38,5
Sem informação	01	1,5
<b>Estado civil</b>		
Casada/amigada	22	33,8
Solteira/viúva/separada	42	64,6
Sem informação	01	1,5
<b>Escolaridade</b>		
< 8 anos de estudo	30	46,2
≥ 8 anos de estudo	13	20,0
Sem informação	22	33,8
<b>Profissão</b>		
Do lar	32	49,2
Serviços gerais / doméstica / diarista / auxiliar de limpeza	09	13,8
Aposentado	12	18,5
Outras	12	18,5
<b>Cor da pele referida</b>		
Branco	14	21,5
Negro/Pardo	46	70,8
Sem informação	05	7,7

A Tabela 2 apresenta características clínicas e laboratoriais dessa população. Das mulheres analisadas, apenas 23,1% apresentaram valores de linfócitos T CD4+ maior ou igual a 350 células/mm<sup>3</sup>. De acordo com relatos clínicos, quase metade (49,2%) já apresentava doenças oportunistas oriundas da imunossupressão no momento do diagnóstico. O VDRL foi positivo em três mulheres que realizaram o exame para sífilis (3/31).

**Tabela 2** - Características laboratoriais e clínicas de mulheres vivendo com HIV/aids atendidas no HDT em Goiânia – Goiás no ano de 2006 a 2008.

<b>Características</b>	<b>N (65)</b>	<b>%</b>
<b>CD4+ no primeiro atendimento</b>		
≤350 céls/mm <sup>3</sup>	32	49,2
>350 céls/mm <sup>3</sup>	15	23,1
Sem informação	18	27,7
<b>Presença de doença oportunista no momento do primeiro atendimento</b>		
Sim	32	49,2
Não	25	38,5
Sem informação	08	12,3
<b>Treponema Pallidum (VDRL)</b>		
Positivo	3	4,6
Negativo	28	43,1
Não realizado	34	52,3
<b>HBsAg</b>		
Positivo	02	3,1
Negativo	47	72,3
Não realizado	16	24,6
<b>Anti-HBs</b>		
Positivo	12	18,5
Negativo	28	43,1
Não realizado	25	38,5
<b>Anti- HBc Total</b>		
Positivo	11	16,9
Negativo	23	35,4
Não realizado	31	47,7
<b>Anti-HCV</b>		
Positivo	01	1,5
Negativo	41	63,1
Não realizado	23	35,4

A co-infecção Hepatite B e HIV foi detectada em mais de 32% das mulheres que realizaram o Anti-HBc Total (11/34) e em 3,1% o HBSAg estava positivo. A prevalência de anti-HBs foi de 18,5% no total de mulheres (12/65). A co-infecção HIV e Hepatite C foi observada em um caso, representando prevalência de 1,5% na população ou 2,4% nas testadas (1/42).

## 5. DISCUSSÃO

Dos 33,4 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, 15,7 milhões são mulheres (UNAIDS, 2009). No Brasil, de 1980 até 2009 já foram identificados 356.427 casos de aids no sexo masculino e 188.396 casos no sexo feminino (BRASIL, 2010). E em Goiás, do total de casos de aids até agora notificados (9.556), 32,9% foram em mulheres (Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, 2010).

De acordo com estudo de Santos et al., (2002) realizado na cidade de São Paulo, a idade de mulheres atendidas variou entre 19 e 63 anos, dados diferentes do apresentado neste grupo estudado onde a idade variou entre 14 e 80 anos, sendo 13,6% das mulheres com mais de 50 anos. Estes dados mostram altas taxas de incidência em extremos de idade e apontam para necessidade de intensificação das ações específicas para o público de idosos. A média de idade encontrada nesse estudo foi de 34,9 anos, sendo este resultado semelhante ao de Nunes e colaboradores (2004) que em um estudo com mulheres portadoras de HIV/aids encontrou uma média de idade de 32 anos. Neste estudo grande parte das mulheres (46,2%) tiveram no máximo 8 anos de estudo, sendo a baixa escolaridade referida como característica desta população em vários trabalhos (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2005; FERREIRA, LALA, BORBA, 2006), confirmando assim, a tendência de pauperização da epidemia em Goiás

Quanto ao estado civil, 33,8% das mulheres referiram ser casadas ou amigadas e mulheres donas de casa / do lar representam 49,2% do grupo, sendo estes dados diferente dos encontrados no estudo de BRAGA e colaboradores em que 23% das mulheres informaram como profissão serem do lar. A dependência econômica das mulheres estudadas as torna vulneráveis a imposição masculina no que diz respeito a aderência ao uso de preservativos. Este pode ser um indicador de aspectos culturais do estado de Goiás, em particular, para as altas taxas de incidência de HIV em mulheres através do contato heterossexual desprotegido.

De acordo com a naturalidade, 52,3% são provenientes de cidades do interior do estado de Goiás. Este índice elevado sustenta a tendência de interiorização da epidemia, que em 2005 já atingia 79% dos 5.508 municípios brasileiros. (BRASIL 2006). Vale ressaltar a importância da descentralização das atividades de prevenção às DST/AIDS da metrópole em vistas a atingir a população interiorana evidenciada neste estudo.

A vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids está associada a uma lógica cultural da sexualidade, traduzida na submissão sexual das mulheres aos homens e na repressão sexual que permeia a educação das meninas interferindo diretamente na prevenção e controle da epidemia (SPÍNDOLA, ALVES, 1999), uma vez que dificulta a negociação no uso do preservativo e gera constrangimento na abordagem sobre sexo e saúde sexual.

A análise das características comportamentais das mulheres deste estudo revelou um elevado percentual de ausência de informação nas variáveis comportamentais. As altas porcentagens de características sem informação nos prontuários analisados reforçam a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde em caracterizar os aspectos epidemiológicos/ comportamentais da população atendida, em vistas a delinear características culturais que desencadeiem práticas de risco para a infecção do HIV no estado de Goiás.

Neste estudo, 49,2% das mulheres apresentaram a primeira contagem de linfócitos T-CD4+ igual ou menor que 350 células/mm<sup>3</sup> sendo que em mais de 50% esse valor estava abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>. O valor de CD4+ variou de 03 a 1.228 células/mm<sup>3</sup>, mas em 18 mulheres (27,7%) esta informação não estava disponível. A contagem de linfócitos T CD4+ é um parâmetro útil para se conhecer a situação imunológica do paciente, já que valores progressivamente baixos se associam a um aumento do risco de doenças oportunistas e, por conseguinte, a um aumento de mortalidade (SANTA HELENA, MAFRA, SIMES, 2009). Estudo realizado com registros de pacientes infectados pelo HIV, nos Estados Unidos e no Canadá, demonstrou que os valores referentes à primeira contagem de CD4 na assistência inicial tem aumentado ao longo dos anos, mas ainda continuam abaixo de 350 células/mm<sup>3</sup>. Identificou-se ainda um crescimento aproximado de 06 células/mm<sup>3</sup> ao ano, em um período de dez anos, passando de 256 células/mm<sup>3</sup> em 1997 para 317 células/mm<sup>3</sup> em 2007 (ALTHOFF et al., 2010). Estudo realizado na Europa mostrou que entre 10.222 casos com contagem de células T-CD4+ no momento do diagnóstico de HIV, 51% eram de pacientes com diagnóstico tardio. Todavia, a maioria desses indivíduos era originária da África Subsaariana e do Sudeste e Leste da Ásia (LIKATAVICIUS, VAN DE LAAR, 2010).

Quase 50% das mulheres estudadas chegaram ao serviço apresentando um ou mais eventos definidores de aids oriundos da imunossupressão. A presença de doença oportunista na ocasião do diagnóstico da infecção pelo HIV é um importante parâmetro indicador de diagnóstico tardio. A contagem de células CD4+ abaixo de 350 células/mm<sup>3</sup> no momento do diagnóstico tem sido um preditor para a apresentação concomitante dessas doenças. Na Nigéria, 86,2% dos pacientes atendidos em um Centro Médico no ano de 2006 tinham alguma doença oportunista na presença dessa condição laboratorial (AJAYI, AJAYI, FASAKIN, 2009). Estudo semelhante realizado em Goiás demonstrou que 46,7% dos registros informavam presença de alguma doença oportunista (PEREIRA et al., 2011).

A sífilis pode ter uma evolução mais rápida e mais agressiva nos pacientes portadores do HIV. É fundamental que o diagnóstico dessa co-infecção seja feito o mais precoce possível com a realização de um rastreamento inicial, através do VDRL dos pacientes

em acompanhamento (SIGNORINI et al., 2007). Em nosso estudo, uma parte significativa das mulheres não realizou o teste de diagnóstico para sífilis; das que realizaram houve uma positividade de 9,6% (3/31) dos casos. Este resultado difere do encontrado por SIGNORINI e colaboradores em seu estudo feito no Rio de Janeiro, com 830 pacientes HIV positivos, em que ele encontrou uma prevalência de 1,1% entre mulheres. Essas diferenças de prevalência são decorrentes, não só, da origem de cada população em estudo, mas também, dos conhecimentos, atitudes e práticas sexuais de prevenção às DST e aids.

A pessoa infectada pelo vírus da hepatite C apresenta sorologia anti-HCV reagente por um período indefinido; porém, este padrão não distingue se houve resolução da infecção e conseqüente cura ou se a pessoa continua portadora do vírus. Para a hepatite B a imunidade adquirida naturalmente é estabelecida pela presença do anti-HBs e anti-HBc total. Eventualmente, o anti-HBc pode ser o único indicador da imunidade natural detectável sorologicamente, pois com o tempo o nível de anti-HBs pode tornar-se indetectável. São susceptíveis pessoas com perfil sorológico HBsAg, anti-HBc e anti-HBs negativos concomitantemente (BRASIL, 2005). Na amostra analisada, para as mulheres que realizaram o teste sorológico, 2,3% (1/42) apresentavam sorologia positiva para o vírus da hepatite C e 32,3% (11/34) para hepatite B, o que contradiz com pesquisas realizadas em São Paulo com pacientes portadores de HIV, onde obteve-se uma prevalência de 38,6% para a hepatite B (utilizado o teste para o anticorpo anti-HBc total) e de 17,7% de anti-HCV (BRITO, PARRA, FACCHINI, BUCHALLA, 2007).

## **6. CONCLUSÃO**

O perfil das mulheres analisadas neste estudo, no momento do primeiro atendimento HIV/aids, caracterizou um público feminino com idade média de 34,9 anos, pardas / negras, com nível de escolaridade igual ou menor a 8 anos de estudo e natural de cidades do interior de Goiás. 33,8% das mulheres declararam ser casadas ou amigadas e 49,2% são donas de casa/ do lar. Segundo as características clínicas, 49,2% apresentaram infecções oportunistas no momento do primeiro atendimento, e laboratoriais apresentam 51% de mulheres com linfócitos T CD4+ inferior a 200 células/mm<sup>3</sup>.

Os resultados deste estudo reforçam o contexto heterossexual, de interiorização e pauperização da epidemia no Brasil, em especial no Estado de Goiás. Assim, sente-se a necessidade de dirigir as ações de prevenção em DST/aids para mulheres em monogamia,

dependentes financeiramente de seus parceiros. Chama a atenção também a procura tardia destas mulheres ao serviço de saúde específico para o atendimento HIV/aids, o que pode estar ligado ao diagnóstico tardio ou ao próprio descaso em relação a não se sentir vulnerável a infecção do HIV/aids.

No decorrer deste estudo, percebeu-se a necessidade de padronizar e melhorar a qualidade das informações contidas nos prontuários médicos alertando os profissionais de saúde para a importância do relato dos dados epidemiológicos da população. A ausência de informações dificulta o delineamento do perfil deste público, a compreensão da dinâmica da infecção e a identificação de fatores que contribuam para a disseminação da mesma em nossa região. Uma sugestão para melhorar a qualidade das informações é a implantação da consulta de enfermagem com um roteiro estruturado de coleta de dados.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJAYI AO, AJAYI EA, FASAKIN KA. **CD4+ T-Lymphocytes cell counts in adults with human immunodeficiency virus infection at the medical department of a tertiary health institution in Nigeria.** *Annals of African Medicine.* 2009; 8(4):257-260.

ALTHOFF KN, GANGE SJ, KLEIN MB, BROOKS JT, HOGG RS, BOSCH RJ, et al. **Late Presentation for Human Immunodeficiency Virus Care in the United States and Canada.** *Clin Infect Dis.* 2010;50(11):1512-1520.

ARAÚJO, V.L.B. et al. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Rev. bras. epidemiol**, v.10, 2007.

BRAGA, Patrícia Emilia; CARDOSO, Maria Regina Alves and SEGURADO, Aluisio Cotrim. **Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.11, pp. 2653-2662. ISSN 0102-311X

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Aids e DST.** Brasília: Ministério da Saúde; dez 2008. Ano V; Vol.1, Sem. Ep. 27/52 a 01/26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS.** Brasília: 2010.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica HIV/Aids, hepatites e outras DST.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Vol. 18, série A.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres**. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASILEIRO, M.; FREITAS, M.I.F. Representações sociais sobre aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, 2006.

BRITO, Valquiria OC; PARRA, Deolinda;, Regina e BUCHALLA, Cássia Maria. **FACCHINI Infecção Pelo HIV, hepatites B e C e Sífilis in moradores de rua, São Paulo** . *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, suppl.2, pp 47-56. ISSN 0034-8910.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Persons reported to be living with HIV infection and Aids, as of December 2001**. HIV/AIDS Surveillance Report, v.13, n.2, 2001.

CEPIA- Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação. **Trabalhando com mulheres e aids. Cartilha de orientação para multiplicadores**. UFRJ. Rio de Janeiro, 2010.

DOURADO, I.; VERAS, M. A. S. M.; BARREIRA, D.; BRITO, A. M. Tendências da epidemiologia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev Saúde Pública**, v.40, p. 9-17, 2006.

EUROHIV. HIV/AIDS. **Surveillance in Europe**. Mid-year report, n.67, 2002.

FERREIRA, H.; LALA, E. R. P.; BORBA, K. P. Rastreamento de neoplasia intracervical em um grupo de mulheres portadoras de vírus da imunodeficiência humana. Procura por neoplasia intracervical em mulheres soropositivas. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, v. 12, n. 3, p. 7-12, 2006.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A.; SENEFONTE, F. R. A.; LOPES, A. H. A.; JÚNIOR, V. G. S.; BOTELHO, C. A.; DUARTE, G. Perfil epidemiológico da infecção pelo HIV-1 em gestantes do Estado do Mato Grosso do Sul – Brasil. **J bras. Doenças Sex. Transm.**, v.17, n. 4, p. 281-7, 2005.

GRABAR, S.; WEISS, L.; COSTAGLIOLA, D. HIV infection in older patients in the HAART era. **J. Antimicrobial Chemotherapy**, v.57, p.4-7, 2006.

LIKATAVICIUS, G; VAN DE LAAR, MJ. HIV and AIDS in the European Union, 2009. *Euro Surveil*. 2010;15(48):1-4

LOPES, Fernanda; BUCHALLA, Cassia Maria; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2010 .

NUNES, C. L. X.; GONÇALVES, L. A.; SILVA, P. T.; BINA, J. C. Características clinicoepidemiológicas de um grupo de mulheres com HIV/AIDS em Salvador-Bahia. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 37, n. 6, 2004

Pereira GS, Souza SMB, Caetano KAA, Martins RMB, Gir E, Minamisava R, et al. Late HIV Diagnosis and Survival Within 1 Year Following the First Positive HIV Test in a Limited-Resource Region. *JANAC*. 2011:1-7.

PEREIRA, G.S. Perfil clínico e epidemiológico dos indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em Goiás. [dissertação] Goiás: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; 2007. 110p

**Plano Operacional para a Matriz de Resultados do UNAIDS/ONUSIDA: Focalizando mulheres, meninas, igualdade de Gênero e HIV/VIH.** Versão em Português: Tradução e Revisão: UNAIDS/ONUSIDA Brasil, Janeiro de 2010.

SANTA HELENA, E. T.; MAFRA, M. L. S.; SIMES, M. Fatores associados à sobrevivência de pessoas vivendo com aids no Município de Blumenau, Estado de Santa Catarina, Brasil, 1997-2004. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 18, n. 1, p. 29-44, 2009.

SANTOS, Naila JS et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, Aug. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500004&lng=en&nrm=iso)>.

SPÍNDOLA, T.; ALVES, C. F. Perfil de mulheres portadoras do HIV de uma maternidade no Rio de Janeiro. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.1, p.66-80, 1999.

Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria da Saúde de Estado de Goiás. **Perfil epidemiológico das DST/HIV/AIDS no Estado de Goiás, 2010.** Disponível em: [http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_520\\_perfil.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_520_perfil.pdf)

SIGNORINI, Dario José Hart Pontes et al. **Prevalência da co-infecção HIV-sífilis em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005.** *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. 2007, vol.40, n.3, pp. 282-285. ISSN 0037-8682.

UNAIDS/WHO, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/World Health Organization, **AIDS epidemic update:** December 2007, Geneva, 2005.

UNAIDS/WHO, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/World Health Organization, **AIDS epidemic update:** December 2007, Geneva, 2007.

UNAIDS. **Women and HIV. Epidemiology and global overview.** Geneva: UNAIDS, 2009.

UNAIDS. **Aids epidemic update.** Geneva: UNAIDS, 2009.