

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HIV/AIDS DO ESTADO DO PARANÁ: ESTUDO ECOLÓGICO**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF THE HIV/AIDS IN THE STATE OF PARANÁ: ECOLOGICAL STUDY****PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH/SIDA EN EL ESTADO DE PARANÁ: ESTUDIO ECOLÓGICO**

Willian Barbosa Sales¹, Cristiano Caveião², Angelita Visentin³, Christiane Brey⁴, Andreia Conceição Christ Kerkhoff⁵, Maria José Brobowski Vasco⁶

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil epidemiológico do HIV/AIDS nos municípios do estado do Paraná. **Método:** estudo ecológico que utilizou como unidade de análise os 399 municípios do Estado do Paraná nos quais são operacionalizados pelas ações do Programa Estadual de Controle da DST/AIDS e Hepatites Virais, analisando o perfil epidemiológico do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde 2011. A coleta e análise dos dados ocorreu no mês de outubro de 2015. **Resultados:** até junho de 2010, foram registrados 28.376 casos. As cinco cidades com maior número de casos foram: Curitiba (10.549), Londrina (2.166), Foz do Iguaçu (1.348), Maringá (1.124) e Paranaguá (1.113). Em relação às gestantes portadoras do HIV/AIDS, foram notificados 3.951 casos e 786 casos por transmissão vertical. **Conclusão:** observa-se que o quadro epidemiológico de HIV/AIDS no Paraná apresenta crescimento do número de casos, com elevado índice na região portuária.

Descritores: Enfermagem, Epidemiologia descritiva, Síndrome de imunodeficiência adquirida, Estudos ecológicos, Perfil de saúde.

ABSTRACT

Objective: describe the epidemiological profile or make municipalities HIV/AIDS do Paraná state. **Method:** ecological study that used as a unit of 399 municipalities Analyze you of the State of Paraná What are we operationalized Actions by the State Control Program STD/AIDS and Hepatitis deviate, do analysis or national surveillance system epidemiological profile Health in 2011. The pigtail And Analysis two occurred no given month of October 2015. **Results:** as of June 2010, were recorded 28,376 cases. As a five-speed larger number with cases were: Curitiba (10,549), Londrina (2,166), Foz do Iguaçu (1,348), Maringá (1,124) and Paranaguá (1,113). Regarding how pregnant women carrying the HIV/AIDS virus

¹ Biólogo. Mestre em Saúde e Meio Ambiente. Doutorando em Saúde e Meio Ambiente. Centro Universitário Autônomo do Brasil (UNIBRASIL). E-mail: sallesbio@hotmail.com

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Centro Universitário Autônomo do Brasil (UNIBRASIL). E-mail: cristiano_caveiao@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Centro Universitário Autônomo do Brasil (UNIBRASIL). E-mail: angelitavisentin@unibrasil.com.br

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Centro Universitário Autônomo do Brasil (UNIBRASIL). E-mail: christianebrey@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Centro Universitário Autônomo do Brasil (UNIBRASIL). E-mail: akck.2012@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Centro Universitário Autônomo do Brasil (UNIBRASIL). E-mail: mariajosevasco@outlook.com

do, they reported 3,951 cases and 786 cases per vertical transmission. **Conclusion:** Framework notes is that epidemiological or non-Parana HIV / AIDS number growth presents from COM cases in the High Port Region rate.

Keywords: Nursing, Epidemiology descriptive, Acquired immunodeficiency syndrome, Ecological studies, Health profile.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil epidemiológico o hacer municipios VIH/SIDA do Parana.

Método: estudio ecológico que utiliza como unidad de 399 municipios a analizar el estado de Paraná qué somos operacionalizamos acciones para el Control Estatal de ETS/SIDA y la hepatitis, desvío de realizar el análisis o la vigilancia epidemiológica Nacional de Salud del sistema en 2011. La cola de cerdo y dos análisis no se le dio el mes de octubre de 2015.

Resultados: en junio de 2010, se han registrado 28,376 casos. Como cinco velocidades con mayor número de casos fueron: Curitiba (10,549), Londrina (2166), Foz de Iguazú (1348), Maringa (1124) y Paranaguá (1113). En la medida en qué las mujeres embarazadas con VIH/SIDA, se notificaron 3.951 casos y 786 casos de transmisión vertical. **Conclusión:** notas marco es que o el VIH / SIDA no Parana número Crecimiento epidemiológica presenta casos COM en la región de alta velocidad del puerto.

Palabras clave: Enfermería, Epidemiología descriptiva, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, Estudios ecológicos, Perfil de salud.

INTRODUÇÃO

Os primeiros casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) descritos na literatura ocorreram nos Estados Unidos da América (EUA) no início da década de 1980.¹ Nesta época, não havia um completo conhecimento quanto à causa da doença, presumia ser uma enfermidade relacionada à imunidade celular comprometida e ao contato sexual, vinculado a condutas sexuais de risco e as relações homoafetivas. Nesta mesma década, o Brasil também era atingido por uma epidemia de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana/AIDS), a qual inicialmente acometia, sobretudo os homossexuais e bissexuais masculinos, as pessoas que necessitavam de transfusões sanguíneas, como os hemofílicos e,

subsequentemente, os usuários de drogas injetáveis.²

O Brasil teve seu primeiro caso registrado em 1982, na cidade de São Paulo, sendo as regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro as principais atingidas. A partir de 1990, com a evolução do surto, constatou-se que houve uma transição no perfil epidemiológico, resultando novos casos em mulheres, crianças, idosos e os menos favorecidos financeiramente.^{2,3}

A epidemia de HIV/AIDS representa um fenômeno global, enérgico e instável, transpassando-se por um aglomerado de subepidemias regionais. É resultante das profundas desigualdades da sociedade brasileira, onde a proliferação da infecção pelo HIV e da AIDS desvelam

múltiplas dimensões progressivamente passam por transformações significativas em seu perfil epidemiológico.⁴

Neste contexto, a terapia antirretroviral combinada favorece o êxito para o tratamento de pacientes infectados pelo HIV, além disso a adesão ao tratamento merece atenção, pois requer que o paciente possa seguir com as recomendações preconizadas, resultado no desempenho de um papel mais ativo e conseqüentemente participativo no cuidado à saúde, especialmente pelos profissionais.⁵

Considerando os casos de HIV/AIDS registrados no Brasil por região, de 1980 à 2012, a Região Sul obteve um total de 130.942 casos, ocupando o 2º lugar, com 19,9% dos casos. Destes, 10% encontram-se no Rio Grande do Sul, 5% em Santa Catarina e 4,9% no Paraná. Dentre as Unidades Federadas (UF), o Paraná (que teve seu 1º caso registrado em 1984) está em 6º lugar, com 31.935 casos registrados.⁶ A taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população jovem apresenta tendência de aumento. Também se constatou uma transição do perfil epidemiológico resultando na heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia.⁷

O Enfermeiro exerce um papel fundamental, tanto na prevenção quanto no tratamento do paciente soropositivo. Por meio de uma abordagem contextualizada e participativa, este profissional pode subsidiar condições para melhorar a qualidade de vida dos sujeitos, demonstrando interesse pelo ser humano e seu modo de vida. Sua participação ativa no processo de cuidado e sua atuação como agente multiplicador do conhecimento pode transformar a realidade dos pacientes portadores de HIV/AIDS.⁸

Em virtude da epidemia de HIV/AIDS constituir-se em todo o mundo, ocorrem frequentemente transformações no perfil epidemiológico dos portadores do vírus, em decorrência das regiões do país e do mundo. Portanto é necessário que o profissional de Enfermagem conheça o perfil epidemiológico do HIV/AIDS do Estado do Paraná, para que possam proporcionar ações de saúde futuras em decorrência dos resultados do estudo. Traçou-se o seguinte objetivo descrever o perfil epidemiológico do HIV/AIDS nos municípios do estado do Paraná.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico que utilizou como unidade de análise os 399 municípios do Estado do Paraná, nos

quais são operacionalizados pelas ações do Programa Estadual de Controle da DST/AIDS e Hepatites Virais, analisando o perfil epidemiológico do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde 2011. O estudo não passou por aprovação de Comitê de Ética, pois os dados descritos são de livre acesso nos meios eletrônicos.

O estado do Paraná, localizado na região Sul do Brasil, cuja capital é Curitiba, é composto por 399 municípios, apesar de ser o estado que possui um dos maiores Índices de Desenvolvimento Humano do país e reconhecido por oferecer elevada qualidade de vida aos seus habitantes, identifica-se desigualdade nas condições de vida e saúde, como em qualquer outra região brasileira.⁹

Este estudo buscou as informações presentes do DATASUS, no mês de Outubro/2015 e no relatório de situação do boletim do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde do estado do Paraná no ano de 2011¹¹, referente aos dados disponíveis até junho de 2010.

Optou-se pela estatística descritiva para apresentar os resultados.

RESULTADOS

Desde então, até junho de 2010, foram registrados um total de 28.376 casos de HIV/AIDS no Estado do Paraná. No ano de 2009, a taxa de incidência foi de 16,5/100.000 habitantes, ficando abaixo da média da região Sul que foi de 32,4 e a do Brasil 20,1. A razão de sexos em 1988 era de 7,3 homens para cada mulher e atualmente este valor caiu para 1,5 homens para cada mulher, seguindo a tendência nacional.

Dentre os municípios do Paraná, os cinco que apresentaram maior número de casos de HIV/AIDS acumulados, até junho de 2010, foram: Curitiba (10.549), Londrina (2.166), Foz do Iguaçu (1.348), Maringá (1.124) e Paranaguá (1.113) conforme gráfico 1. Destes municípios, a maior incidência, em 2009, foi observada em Paranaguá (78,0/100.000 habitantes).

Tabela 1 – Distribuição dos casos de AIDS acumulados até junho de 2010 no Estado do Paraná.

MUNICÍPIO	NÚMERO DE CASOS
Curitiba	10.549
Londrina	2.166
Foz do Iguaçu	1.348
Maringá	1.124
Paranaguá	1.113

Fonte: BRASIL. Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Paraná – Ministério da Saúde, 2011.

Em relação às gestantes portadoras do HIV/AIDS, foram notificados 3.951 casos no Paraná de 2000 a junho de 2010 e 786 casos de HIV/AIDS por transmissão vertical até junho de 2010. Quanto à mortalidade por HIV/AIDS, o estado acumulou, até 2009, um total de 8.649 óbitos. O coeficiente de mortalidade por AIDS no Paraná foi de 5/100.000 habitantes.

DISCUSSÕES

No Brasil, estão sendo registradas transformações no que tange o perfil epidemiológico dos portadores de HIV/AIDS, sendo as mais significativas a feminização, a heterossexualização, a interiorização, o envelhecimento, a baixa escolaridade e a pauperização.¹¹ Existe uma estreita correlação entre os indicadores socioeconômicos desfavoráveis e o aumento da incidência do HIV/AIDS. Indivíduos com pouca escolaridade, baixa renda e moradores de áreas geográficas com baixo índice de desenvolvimento humano têm sido os mais acometidos pela doença.¹²

Em estudo realizado em uma cidade do interior de Minas Gerais,

demonstra-se claramente a tendência de interiorização da epidemia do HIV¹³, a qual também se observa no Paraná. Na zona rural, nos chamados recantos do país, desprovida de informação em saúde e assistência adequada, encontram-se várias pessoas portadoras do vírus. Com isso nota-se que está presente na população com menor acesso aos recursos de saúde, à informação e o estrato desfavorecido social, intelectual e economicamente, os quais muitas vezes, foram infectados nas grandes cidades, retornando para o interior levando consigo o vírus, contribuindo de maneira significativa para a disseminação de HIV/AIDS de forma irremediável.^{14,15}

Tomando como base os resultados de uma pesquisa realizada no Noroeste do Paraná, dos 29 municípios da região, 6 deles não havia nenhum caso de HIV/AIDS confirmado entre os anos de 1989 e 2005, e em 3 municípios havia apenas um caso confirmado em cada um deles. A inexistência de casos ou o baixo número de notificações contraria esta tendência de interiorização da epidemia de HIV/AIDS, porém este resultado pode indicar tanto a ausência real quanto a subnotificação e a exportação de casos.¹⁶

Outro estudo com uma amostra de 497 portadores de HIV/AIDS, este realizado em um Hospital Universitário de Londrina-PR entre os anos de 2002 e 2006, onde 62% dos participantes eram homens e 38% eram mulheres, revela-se um baixo nível de escolaridade: 3,02% analfabetos; 55,33% não completaram o ensino fundamental; 10,46% tinham o ensino fundamental completo. Estes pacientes eram todos provenientes do estado do Paraná: Londrina, Jaguapitã, Cambé, Ibiporã, Rolândia, Arapongas e outras localidades próximas. Quanto à renda familiar, 41,4% possuíam rendimento de até 1 salário mínimo; 26,2% de 2 salários mínimos. Estes dados demonstram claramente que o perfil dos pacientes portadores de HIV/AIDS do estado do Paraná não fogem à realidade percebida em todo território nacional de que, a maioria dos casos de HIV/AIDS estão intimamente ligados à baixa escolaridade e classes econômicas menos favorecidas.¹⁵

O crescente número de casos de HIV/AIDS surpreendente entre as mulheres, se dá devido às razões biológicas e principalmente por serem tratadas desigualmente em termos políticos, culturais e socioeconômicos, com menor acesso a bens materiais, proteção social e certamente à educação,

constituindo assim um grupo mais vulnerável. A razão entre os sexos vem diminuindo de forma progressiva, constatando de forma concreta a expansão da epidemia entre o sexo feminino. Além disso, algumas mulheres têm dificuldade de negociar o uso de preservativo com os parceiros, ficando expostas ao risco de contaminação pelo vírus.^{14,17}

O crescimento significativo nas taxas de incidência de HIV/AIDS em mulheres com mais de 50 anos está de encontro com um estudo realizado em Pernambuco de 1990 a 2000.¹⁸ A relação estável monogâmica e a entrada na fase não reprodutível influenciam inclusive no não uso de preservativos e no incremento do risco de contrair HIV.¹⁹ Em outros casos, as maiorias das mulheres nesta faixa etária se sentem constrangidas em ter de pedir ao companheiro o uso do preservativo, pois isto prejudica a espontaneidade e acaba pondo em risco a relação sexual.²⁰

A mortalidade por HIV/AIDS no Brasil ainda é um problema de Saúde Pública que atinge, de forma heterogênea, diferentes segmentos da população, particularmente adultos jovens e pessoas em situação de pobreza. Embora tenha ocorrido queda de mortalidade após 1996, particularmente entre homens, esta

representa a quarta principal causa de morte no país. No período de 1989 a 2005, ocorreram 101 óbitos por HIV/AIDS na região Noroeste do Paraná. Tomando como base que 43 desses óbitos ocorreram em menos de um mês após o diagnóstico e que apenas oito indivíduos conseguiram sobreviver por mais de cinco anos com a doença, é possível presumir que os serviços de saúde possuam certa fragilidade em diagnosticar precocemente os casos de infecção pelo vírus HIV, bem como em monitorar o estado de saúde do indivíduo soropositivo.¹⁴

A tendência de estabilização da epidemia nos Estado do Paraná, na cidade de Londrina é semelhante à observada a nível de Brasil. Embora tenha ocorrido decréscimo nas taxas de incidência em ambos os sexos, essa tendência não foi estatisticamente significativa. Os dados corroboram o achado de estudo realizado em 58 países, que encontrou lenta disseminação da epidemia em seu início, seguida por período de rápida expansão e término com um platô. Segundo os autores, quase todas as epidemias atingiram seu platô na década de 1990 ou no início de 2000. Londrina segue a tendência de queda do Paraná, que se diferencia dos outros estados do sul do País, os quais apresentam aumento das taxas de incidência desde

2000. Possíveis explicações para o crescimento da epidemia no Sul são o aumento da prevalência do subtipo C do vírus HIV (este representa 56% das infecções no mundo), a alta circulação de pessoas entre a região portuária e o interior e o uso de drogas injetáveis.¹⁷

Indivíduos de 50 anos e mais têm 20% mais chance de ter acesso tardio aos serviços de referência para diagnóstico da infecção HIV do que os mais jovens.¹⁷ Ademais, sujeitos nas faixas etárias mais avançadas tendem a não se perceber em situações de risco. Isso leva ao diagnóstico tardio e à queda na sobrevida, elevando as chances de disseminação da infecção pela falta de precauções necessárias para evitar a transmissão viral. Além disso, estudos demonstram diferenças no tempo de evolução do HIV entre idosos e pessoas de outras faixas etárias. Enquanto na população geral, esse período é de aproximadamente oito a dez anos, nos idosos, reduz-se a cinco anos. Há um desafio cultural e comportamental a ser compreendido. Políticas que trabalhem a prevenção do HIV paralelamente em cada grupo específico poderão atingi-los em suas especificidades mais eficazmente.^{17,19}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se que o quadro epidemiológico de HIV/AIDS no Brasil ainda é um problema com poucas expectativas de solução. A cidade de Paranaguá, região portuária do Estado do Paraná apresenta a maior taxa de incidência HIV/AIDS, isso devido à alta prevalência de prostituição e tráfico de drogas, gerando a disseminação do vírus. Observa-se também que o perfil de infectados vem se modificando ao longo dos anos, o qual o Paraná também vem acompanhado, atingindo inclusive grupos sociais considerados não vulneráveis à síndrome, como heterossexuais, mulheres monogâmicas, idosos e crianças.

Portanto, sugere para reduzir o número de casos e melhoria da qualidade de vida ações mais efetivas como: pesquisas frequentes sobre o perfil epidemiológico dos infectados; especificar as intervenções de saúde a cada grupo populacional; incentivar a adesão ao tratamento dos infectados, diminuindo consequentemente a carga viral e amenizando as chances de transmissão; garantir que todas as pessoas tenham acesso ao tratamento antirretroviral e à melhora da qualidade de vida.

A consulta de enfermagem é um importante instrumento assistencial, pois, através dela, torna-se possível promover o

apoio, o acolhimento, a interação, o esclarecimento de dúvidas, a escuta e o diálogo com o paciente, configurando-se em um momento educativo e oportuno para a troca de saberes e o estreitamento de laços entre o paciente e o profissional.

REFERÊNCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention – CDC. Kaposi's sarcoma and pneumocystis pneumonia among homosexual male residents of New York City and California. 1981; 30:305-8.
2. Girondi JBR, Zanatta AB, Bastiani JAN, Nothaft SS, Santos SMA. Epidemiological profile of elderly Brazilians who died of acquired immunodeficiency syndrome between 1996 and 2007. Acta Paul Enferm. 2012; 25(2):302-7. doi:/10.1590/S0103-21002012000200023
3. Trevisol FS, Pucci P, Justino AZ, Pucci N, Silva ACB. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no Sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. Epidemiol Serv Saúde. 2013; 22(1):87-94. doi:/10.5123/S1679-49742013000100009
4. Perruchi J, Rodrigues FD, Jardim LN, Calais LB. Psicologia e políticas públicas em HIV/AIDS: algumas reflexões. Psicol Soc. 2011; 23(esp):72-80. doi:/10.1590/S0102-71822011000400010
5. Ilias M, Carandina L, Marin MJS. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana atendidos em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo.

- R BSP. [internet]. 2011 [citado em 05 jan 2017]; 35(2):471-84. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/319/pdf_128.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Ano III - nº 01. Brasília; 2014 [citado em 05 jan. 2017]. Disponível em: https://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf
 7. Neto JFR, Lima LS, Rocha LF, Lima JS, Santana KR, Silveira MF. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais*. [internet]. 2010 [citado em 05 jan 2017]; 20(1):22-9. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/379>
 8. Macedo SM, Sena MCS, Miranda KCL. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. *Rev Bras enferm*. 2013; 66(2):196-201. doi:/10.1590/S0034-71672013000200007
 9. Raither AP, Dathein R. O capital humano e sua influência no crescimento econômico das microrregiões paranaenses. In: Raiher AP. (Org). *Economia paranaense: crescimento e desigualdades*. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2012. p. 93-148.
 10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Paraná. 5. ed. Brasília; 2011 [citado em 05 jan. 2017]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_pr_5ed.pdf
 11. Silva RAR, Duarte FHS, Nelson ARC, Holanda JRR. AIDS epidemic in Brazil: analysis of current profile. *Rev Enferm UFPE*. 2013; 7(10):6039-8. doi:/10.5205/reuol.4377-36619-1
 12. Porto TSAR, Silva CM, Vargens OMC. Caring for women with HIV/AIDS: an interactionist analysis from the perspective of female healthcare professionals. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2014; 35(2):40-6. doi:/10.1590/1983-1447.2014.02.41253
 13. Souza CC, Mata LRF, Azevedo C, Gomes CRG, Cruz GECP, Toffano SEM. Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: um estudo epidemiológico. *RBCS*. 2013; 11(35):25-30. doi:/10.13037/rbcs.vol11n35.1798
 14. Santos SMS, Oliveira MLF. (Com) vivendo com a Aids: perfil dos portadores de HIV/Aids na região Noroeste do Estado do Paraná, 1989-2005. *Acta Sci Health Sci*. 2009; 32(1):51-6. doi:/10.4025/actascihealthsci.v32i1.773
 15. Pieri FM, Laurenti R. HIV/AIDS: Perfil Epidemiológico de adultos internados em Hospital Universitário. *Ciênc Cuid Saude*. 2012; 11(suplem):144-52. doi:/10.4025/ciencucuidsaude.v11i5.17069
 16. Souza S. Os discursos de adesão ao tratamento de AIDS: uma reflexão ética. *Bioethikos*. [internet]. 2011 [citado em 05 jan 2017]; 5(1):98-106. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/82/Art12.pdf>.
 17. Lazarini FM, Melchior R, Gonzalez AD, Matsuo T. Trends in the epidemic of Aids cases in Southern

- Brazil from 1986 to 2008. Rev Saud Pub. 2012; 46(6):960-8. doi:/10.1590/S0034-8910201300500000
18. Simon D, Béria JU, Tietzmann DC, Carli R, Stein AT, Lunge VR. Prevalência de subtipos do HIV-1 em amostra de pacientes de um centro urbano no sul do Brasil. Rev Saud Pub. 2010; 44(6):1094-101. doi:/10.1590/S0034-89102010005000039
19. Affeldt AB, Silveira MF, Barcelos RS. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015; 24(1):79-86. doi:/10.5123/S1679-49742015000100009
20. Oliveira MLC, Paz LC, Melo GF. Ten years of HIV-AIDS epidemic in more than 60 years in Federal District – Brazil. Rev Bras Epidemiol. 2013; 16(1):30-9. doi:/10.1590/S1415-790X2013000100003

RECEBIDO: 07/12/2015
APROVADO: 03/04/2017
PUBLICADO: 31/07/2017