

A AIDS no Brasil: mudanças no perfil da epidemia e perspectivas**AIDS in Brazil: changes in the epidemic profile and perspectives**

DOI:10.34117/bjdv6n8-228

Recebimento dos originais:08/07/2020

Aceitação para publicação:14/08/2020

Daniela Soares Leite

Universidade do Estado do Pará - UEPA. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Campus VIII.

Departamento de Morfologia e Ciências Fisiológicas. Avenida Hiléia, S/Nº. Agrópolis do Inkra
Bairro Amapá. Marabá-PA, Brazil. (CEP 68502-100)

E-mail: danielaleite@uol.com.br

RESUMO

Ainda há muito a avançar no combate à AIDS e, acompanhar a transição epidemiológica é importante pois, o foco do combate à epidemia, devem ser as pessoas e não o vírus. O objetivo desse trabalho foi descrever o perfil da epidemia e acompanhar as mudanças no seu padrão epidemiológico. Estudo descritivo, retrospectivo, realizado com base em dados secundários de casos de AIDS notificados entre 1980 e 2019, no Brasil, disponíveis no DATASUS, com dados tendo origem no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL). Calculou-se: Taxa de detecção de casos de AIDS no país; Percentual de casos AIDS diagnosticados dentro das variáveis gênero, idade, categorias de exposição e escolaridade; Razão de sexo, calculada com a divisão do total de casos de AIDS no sexo masculino pelo total de casos no sexo feminino, em cada período. As mudanças no perfil da epidemia da AIDS, no Brasil, seguiram a tendência da heterossexualização, feminização, pauperização, envelhecimento e o ressurgimento da transmissão entre homens que fazem sexo com homens. Assim, requer políticas que trabalhem a prevenção do HIV em cada grupo específico (principalmente entre as populações-chave em relação ao HIV), com estratégias descentralizadas de prevenção, testagem oportuna, início imediato de tratamento, estímulos à adesão ao tratamento. Além das profilaxias pré e pós-exposição e promoção do uso contínuo de preservativos.

Palavras-chave: HIV/AIDS, Heterossexualização, Feminização, Pauperização, Envelhecimento, Vigilância epidemiológica, Antropologia da saúde.

ABSTRACT

There is still much to be done in the fight against AIDS, and monitoring the epidemiological transition is important because the focus of the fight against the epidemic must be people and not the virus. The objective of this work was to describe the profile of the epidemic and to monitor changes in its epidemiological pattern. Descriptive, retrospective study, based on secondary data on AIDS cases notified between 1980 and 2019, in Brazil, available at DATASUS, with data originating from the Notifiable Diseases Information System (SINAN), Mortality Information System (SIM) and Laboratory Examination Control System (SISCEL). It was calculated: Rate of detection of AIDS cases in the country; Percentage of AIDS cases diagnosed within the variables gender, age, exposure categories and education; Sex ratio, calculated by dividing the total number of AIDS cases in men by the total number of cases in women, in each period. The changes in the profile of the AIDS epidemic in Brazil followed the trend of heterosexualization, feminization,

impoverishment, aging and the resurgence of transmission among men who have sex with men. Thus, it requires policies that work on HIV prevention in each specific group (mainly among the key populations in relation to HIV), with decentralized prevention strategies, timely testing, immediate initiation of treatment, incentives for treatment adherence. In addition to pre- and post-exposure prophylaxis and promotion of the continued use of condoms.

Keywords: HIV / AIDS, Heterosexualization, Feminization, Pauperization, Aging, Epidemiological monitoring, Anthropology of health.

1 INTRODUÇÃO

A AIDS, doença causada pelo vírus HIV, corresponde ao estágio mais avançado da infecção, atacando o sistema imunológico, levando o organismo vulnerável a outras infecções. Os primeiros casos foram detectados em 1981 e a partir daí atingiu números alarmantes em todo mundo e passou a ser considerada uma pandemia ^(1, 2). Os primeiros relatos definiam a AIDS como sendo afecções oportunistas entre pessoas jovens, homossexuais, previamente sadias ⁽²⁾.

Nos anos seguintes, o perfil da doença passou a ter como grupos de risco os homossexuais, os hemofílicos e usuários de droga injetáveis (UDI). Com o passar dos anos, este perfil passou por uma mudança, não só biológica, como também social; adquirindo perfil com tendência a heterossexualização, interiorização, pauperização, feminilização, envelhecimento e juvenilização, e acometendo indivíduos vulneráveis nos aspectos sociais, econômicos e culturais ^(3, 4).

As sociedades civis e acadêmicas iniciaram uma luta à AIDS nos idos de 1985, e essa iniciativa veio a se fortalecer com a criação do SUS em 1988, que foi fundamental para a implementação o programa nacional de Controle das DST/AIDS, seguindo os preceitos dos direitos humanos, visando equidade, inclusão, integralidade e contra o preconceito e a discriminação. O Brasil foi dos primeiros países a disponibilizar, em 1996, na saúde pública, tratamento adequado para todas as pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA) ⁽²⁾. A notificação compulsória da AIDS, no território nacional, teve início com a publicação da Portaria (MS) nº 542, de 22 de dezembro de 1986, e a notificação de casos de HIV positivo com a Portaria (MS) nº 1.271, de 06/06/2014.

Devido ao longo período de latência clínica (mediana de onze anos, na ausência de qualquer intervenção terapêutica), mesmo que surgisse vacina cem por cento eficaz, capaz de interromper toda transmissão, estimasse que casos de AIDS continuariam a ocorrer em grande número nos próximos dez a vinte anos ⁽³⁾. O Brasil, é um dos poucos países onde o sistema de saúde distribui gratuitamente os antirretrovirais. E isso tem favorecido a diminuição da taxa de mortalidade desde 1996 ⁽⁶⁾.

O Brasil é um país de extrema desigualdade, o que faz com que a epidemia HIV/AIDS, apresente diversas nuances, socioculturais, ao longo do tempo, constatando-se que não está mais somente restrita aos grandes centros urbanos, apresenta padrões de transmissão distintos nas diversas regiões, atingindo atualmente municípios de médio e pequeno porte, que, muitas vezes, são os mais pobres e têm a menor renda per capita, e muitas dessas áreas são isoladas geograficamente ^(4,5), bem como depende do comportamento humano individual e coletivo ^(3,7). Um fator que não mudou ao longo do tempo, foi o estigma contra aqueles que contraíram o vírus, pois o uso da expressão “grupo de risco”, abandonada desde os anos 1990, porém, ainda está em uso na nossa sociedade de forma estigmatizante. O que denota desconhecimento e também preconceito contra a comunidade LGBT, que luta para se livrar do estigma de “vetor” do vírus, bem como usuários de drogas e trabalhadoras do sexo ^(8,9).

Um grande passo na contramão da estigmatização no país, foi dado em maio de 2020, quando o Supremo Tribunal Federal (STF) derrubou, considerando inconstitucional e discriminatória, restrições da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução RDC nº 34/14, e do Ministério da Saúde (Portaria nº 158/16), que determinavam determinam que homens que mantiveram relações sexuais com outros homens nos últimos 12 meses não poderiam fazer a doação.

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), é uma enfermidade infecciosa emergente de grande magnitude e extensão, ainda sendo um dos principais problemas de saúde pública no mundo ⁽⁴⁾.

De acordo com o Programa Conjunto da ONU para HIV/Sida, o UNAIDS, no mundo, 37,9 milhões de pessoas vivem com a doença. Desde seu início, nos anos 80, 74,9 milhões de pessoas foram infectadas e 32 milhões delas morreram. Entre 2004, ano de maior número de mortes, e 2018, a queda foi de 55%. O total passou de 1,7 milhão para 770 mil. Hoje, 79% das pessoas que vivem com o vírus sabem que foram contaminados. Novas infecções entre mulheres jovens entre 15 e 24 anos caíram em 25% desde 2010. Mas, o UNAIDS considera que é inaceitável que 6,2 mil adolescentes e jovens mulheres sejam infectadas pela doença a cada semana. Só com programas de saúde sexual e reprodutiva é que, segundo a entidade, tal situação pode ser reduzida. O número de novas infecções por HIV no Brasil subiu 21% entre 2010 e 2018, esse número coloca o país entre os países da América Latina com maior aumento. Em 2018, cerca de 100 mil pessoas contraíram o vírus na região ⁽¹⁰⁾.

Enquanto as metas anteriores para a AIDS tinham como objetivo o progresso gradativo da resposta à doença, o objetivo da era pós-2015 é o fim da epidemia de AIDS até 2030. E para isso, conta-se com o alcance da meta 90-90-90 até 2020 (90% diagnosticados, 90% em tratamento e 90%

com supressão viral ^(11,12). Dados de 146 países indicam que alguns atingiram declínios de 50% ou mais em novas infecções por HIV entre adultos nos últimos 10 anos, enquanto muitos outros não fizeram progressos, e outros mostraram aumentos preocupantes em novas infecções por HIV, o que indica que os esforços para alcançar menos de 500.000 novas infecções por HIV até 2020 não são suficientes ⁽¹³⁾.

Ainda há muito a avançar no combate à AIDS e, acompanhar a transição epidemiológica é importante pois, o foco do combate à epidemia, devem ser as pessoas e não o vírus. Assim, o objetivo desse trabalho foi descrever o perfil da epidemia e acompanhar as mudanças no seu padrão epidemiológico.

2 METODOLOGIA

Estudo descritivo, retrospectivo, realizado com base em dados secundários de casos de AIDS notificados entre 1980 e 2019, no Brasil, disponíveis no DATASUS, com dados tendo origem no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL).

Calculou-se: Taxa de detecção de casos de AIDS no país, calculada tendo como numerador os casos registrados e como denominador as populações residentes das Regiões Brasileiras, em cada ano e utilizou-se dados e estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o período de 1980-2018; Percentual de casos AIDS diagnosticados dentro das variáveis gênero, idade, categorias de exposição e escolaridade; Razão de sexo, calculada com a divisão do total de casos de AIDS no sexo masculino pelo total de casos no sexo feminino, em cada período.

Os dados foram organizados, calculados e plotados em gráficos no ®Excel, 2013.

Como utilizou-se dados secundário disponíveis, *online*, no DATASUS, a pesquisa não foi submetida à um Comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

3 RESULTADOS

Em quase quatro décadas da epidemia de HIV/AIDS, foram diagnosticados 966.058 casos de AIDS, no Brasil, de 1980 a 2019 (dados consolidados até junho de 2019), sendo 743.586 do SINAN, 57.402 do SIM e 165.070 do SISCEL. As taxas de detecção de AIDS por 100 mil habitantes variaram ao longo dos anos no país; 0,0008 em 1980, 5,8 em 1990, 19,2 em 2000 e 17,7 em 2018 (Figura 1). A Região Sudeste, região dos primeiros casos identificados no país, foi a região que apresentou maior percentual dos casos diagnosticados (e residentes) no período analisado, 40,2% (495.353/966.058); 100% em 1980, 76,6% em 1990, 51,6% em 2000 e 36% em 2019. Seguida pela

Região Sul, com 16% (192.612/966.058); 0% em 1980, 9,3% em 1990, 20,1% em 2000 e 18,3% em 2019. A Região Nordeste, 11,6% (155.191/966.058); 0% em 1980, 7% em 1990, 10,2% em 2000 e 23,7% em 2019. A Região Norte, 4,8% (63.527/966.058); 0% em 1980, 0,9% em 1990, 2,8% em 2000 e 13,3% em 2019. E, com o menor percentual dos diagnosticados, a Região Centro-Oeste, com 4,3% (59.365/966.058); 0% em 1980, 3,1% em 1990, 5,1% em 2000 e 8,6% em 2019 (Figura 1).

De 1980 a 2019, do total de casos diagnosticados no país (966.058), 65,6% foram do sexo masculino e 34,4% do sexo feminino. Houve variação nessa proporção, ao longo dos anos; em 1980 100% homens e 0% mulheres, de em 1990 84,4% homens e 15,6% mulheres, em 2000 64,3% homens e 35,7% mulheres, em 2019 69,9% homens e 30,1% mulheres. No início da epidemia, no Brasil, a imensa maioria dos casos ocorria em homens, e os coeficientes de incidência no sexo masculino eram expressivamente maiores do que no sexo feminino, mas houve um aumento tão expressivo no número de casos em mulheres, e, por conseguinte, na relação masculino/feminino (razão M/F); em 1980 de 0, em 1990 de 5,4, em 2000, 1,8 em 2019, 2,3 (Figura 2), embora haja predominância de casos de AIDS em homens, houve, notadamente, aumento de casos em mulheres ao longo dos anos.

A AIDS aparece em todas as faixas etárias, em ambos os sexos. Observou-se variação, na proporção por faixas etárias, ao longo dos anos, de detecção de casos, tanto em homens, quanto em mulheres. No sexo masculino, a faixa etária de 30-59 anos foi a que apresentou maior proporção dentre os casos diagnosticados, com oscilação ao longo dos anos. Seguido da faixa etária 15-29 anos, que apresentou diminuição a partir de meados dos anos 90. A partir dos anos 2000, percebe-se um aumento na proporção de casos de AIDS em faixa etária mais avançada, >60 anos. No sexo feminino, houve um nítido aumento na proporção de casos diagnosticados, na faixa etária de 30-59 anos, iniciado nos anos 90. Seguido da faixa etária 15-29 anos, que apresentou diminuição a partir de meados dos anos 90. A partir dos anos 2000, percebe-se, também, um aumento na proporção de casos de AIDS em faixa etária mais avançada, >60 anos (Figura 3).

Quanto à distribuição dos casos de AIDS segundo categoria de exposição, percebe-se a modificação do perfil de exposição no decorrer do tempo. A transmissão por via sexual foi a mais prevalente, no período analisado, de 56,2% (542.873/966.058). Tanto em homens, 52,7% (333.613/633.462) quanto em mulheres, 62,7% (208.957/332.505), seguida pela transmissão por via sanguínea (76.530/966.058), responsável por aproximadamente 8% dos casos. A via mais importante de transmissão sanguínea, em ambos os sexos, foi o uso de drogas injetáveis, 7,5% (72.831/966.058). Observou-se queda da transmissão por transfusão sanguínea, em ambos os sexos e em homens hemofílicos (Figura 4).

No sexo masculino, no início da epidemia, houve um predomínio das categorias homossexual e bissexual e, até 1988, elas representavam juntas mais de 50 % dos casos masculinos. Após esse período, a proporção da categoria heterossexual aumentou consideravelmente, sendo hoje, a situação de risco mais prevalente entre os homens, seguida da categoria homossexual. O uso de drogas injetáveis foi uma categoria de transmissão importante para os casos de AIDS de 1988 a 1997, oscilando nesse período de 20% a 32% dos casos de AIDS, e desde 2008, tem se mantido abaixo dos 5% de casos. (Figura 4).

No sexo feminino, observou-se um outro padrão de exposição da epidemia no sexo feminino. Predomínio da categoria heterossexual durante todo o período analisado. Nos anos 80, é importante ressaltar a transmissão pela transfusão sanguínea. E de 1987 a 1990, os casos pelo uso de drogas injetáveis tinham uma prevalência considerável de 30% a 35% (Figura 4).

O número de casos com categoria de exposição ignorada, no período analisado, foi considerável; 36% para os homens e 30% para as mulheres.

Do início da epidemia, até 1987, nos homens, houve uma proporção maior dos níveis de escolaridade médio e superior, que juntos, somavam mais de 50% ao longo do período, quando comparados com os níveis de escolaridade analfabeto e fundamental. A partir de 1988, essa proporção inverteu-se até 2012. De 2012 e diante os níveis de escolaridade médio e superior voltaram a ter proporção acima de 50%.

Para as mulheres, no entanto, não se observou mudanças na proporção dos níveis de escolaridades analfabeto e fundamental x médio e superior. Ao longo de todo o período, a partir de 1987, houve o predomínio dos níveis analfabeto e fundamental, que juntos somaram mais de 60% dos casos diagnosticados até 2016, quando houve uma pequena queda nos anos seguintes, porém, nunca abaixo dos 50%. Os casos masculinos apresentaram uma proporção muito maior de indivíduos de nível superior, quando comparado com as mulheres, principalmente nos primeiros anos da epidemia.

4 DISCUSSÃO

Após quase 40 anos, desde o primeiro caso notificado no país, em 1982, a epidemia da AIDS, ainda se constitui um grande problema de saúde pública no país. Durante este período analisado, em distintos governos, diversas políticas e ações públicas foram construídas para o enfrentamento da doença ⁽¹⁴⁾. Porém, ainda assim, o país detém cerca de 40% das novas infecções que ocorrem na América Latina, enquanto que países como Argentina, Venezuela, Colômbia, Cuba, Guatemala, México e Peru somados respondem por 41% dos novos casos de infecções por HIV ^(13,15). As taxas

de detecção dos casos diagnosticados de AIDS, mostram um declínio desde 2013, muito em virtude da ampliação do acesso à testagem e a da redução do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento.

A epidemia, no Brasil, iniciou-se na região Sudeste, a qual respondeu por mais de 50% dos casos até 2005, com o Estado de São Paulo tendo um contexto epidemiológico de maior transmissão do HIV no País. Até 1986, as demais Regiões tinham menos de 100 casos notificados da doença. Paralelamente, à contínua expansão da epidemia nos epicentros geográficos tradicionais, a epidemia se difundiu por todas as Regiões do país, inclusive, interiorizando-se, conforme observado por ^(16,17).

O Brasil é um país de dimensões continentais e as diferenças regionais são importantes no que concerne ao perfil da epidemia. Existem alguns fatores que explicam essas diferenças no padrão da epidemia nas Regiões, tais como: a evolução da epidemia, o grau de implementação das medidas de prevenção, o conhecimento da população sobre a Aids, o nível de escolaridade, além de outros fatores socioeconômicos ⁽¹⁸⁾.

Apesar da epidemia da AIDS acometer mais o sexo masculino, desde o seu início, a diminuição da razão masculino/feminino de casos ao longo dos anos, mostra que a feminização da AIDS é um fato, iniciado nos anos 90, muito embora tenha havido uma tendência a queda nos últimos 10 anos, fato observado também no estado de São Paulo e no Brasil ^(6,7). A vulnerabilidade social do gênero feminino e a resistência em reconhecer esse fato, facilitou o aumento silencioso do HIV/aids nesse grupo social, conforme observado por ⁽¹⁹⁾. Estudos sobre mulheres vivendo com HIV indicam contextos de vulnerabilidade social e violência, o que permite que a infecção se insira em um âmbito de desigualdade de gênero e de exclusão social, bem como a não prioridade das mulheres no cenário da epidemia brasileira faz com que as ações voltadas para este grupo populacional sejam restritas à identificação de gestantes com HIV, com o objetivo da prevenção de transmissão para a criança, limitando, assim, o acesso das não grávidas ao diagnóstico e ao início oportuno do tratamento ^(19, 20, 21).

Com relação à idade, a AIDS aparece em todas as faixas etárias, apresentando variações nas proporções ao longo do tempo, tanto em homens, quanto em mulheres. A faixa etária de 30-59 anos foi a mais prevalente durante todo o período, seguida pela de 15-29 anos, em ambos os sexos. Nesta última faixa etária, houve tendência decrescente a partir de 1995, relacionada à queda dos casos entre usuários de drogas injetáveis, que mostrou maior impacto entre os homens jovens. Nas mulheres foi mais evidente o aumento na proporção da faixa etária de 30-59 anos, a partir de 1994. Sendo assim, não se observa o fenômeno da juvenização no país. Porém, tem ocorrido um aumento de casos em homens jovens na faixa etária de 15-29 anos (com acometimento desproporcional de homens gays). Jovens estes, que não veem o HIV como uma sentença de morte, pois nasceram em

uma época onde o tratamento mantém a saúde de uma pessoa que vive com o vírus. De acordo com ⁽²²⁾, os jovens tendem a se distanciar do discurso preventivo, não racionalizam as próprias práticas sexuais, mesmo com riscos comprovados. Houve um aumento de casos em faixas etárias mais avançadas, acima dos 60 anos. Em uma revisão integrativa ⁽²³⁾, sugerem que os idosos HIV positivo são sexualmente ativos e estão envolvidos em comportamentos de risco de transmissão do vírus, apresentando resistência quanto ao uso do preservativo ⁽²⁴⁾.

Quanto à distribuição dos casos de AIDS segundo categoria de exposição, observa-se modificação do perfil de exposição no decorrer do tempo^(6,7). No início da epidemia, o segmento constituído dos homens que fazem sexo com outros homens — homossexuais e bissexuais detinha a maioria dos casos diagnosticados de AIDS (71% em 1984). Porém, nos anos seguintes houve um decréscimo, em virtude da mobilização social e mudança de comportamento no sentido de práticas sexuais mais seguras levando a uma estabilização, muito embora, alguns possam se designar heterossexuais, em virtude de preconceitos ⁽⁷⁾. Desde os anos 2000, no país, oscila entre 20% a 26% dos casos diagnosticados. E a via de transmissão heterossexual constitui a mais importante característica na epidemia pois, tem contribuído para o aumento do número de casos entre mulheres. O aumento na proporção de casos com categoria de exposição ignorada dificulta a avaliação do perfil de exposição.

A variável escolaridade, que é usada com um marcador de situação socioeconômica, indica o fenômeno da pauperização, o qual tem levado a um aumento da proporção de casos de AIDS em indivíduos com baixa escolaridade. A AIDS aparece em todas as camadas sociais, porém, ao longo dos anos observou-se um aumento do número de casos entre pacientes com escolaridade mais baixa. Homens e mulheres apresentaram níveis de escolaridade diferentes em todo o período analisado, assim, o risco a que estão expostos os indivíduos do sexo masculino de maior escolaridade ainda é superior àquele observado nos indivíduos de menor escolaridade, e diferentemente no sexo feminino, o maior risco está entre as mulheres de menor escolaridade ⁽²⁵⁾.

As políticas globais e nacional ao HIV/Aids passaram, na última década, por uma significativa transformação, com ampliação da testagem e introdução dos antirretrovirais com fins de prevenção. Porém, existem hiatos entre o plano normativo e o das práticas cotidianas, que podem ser minimizados com pesquisas socioantropológicas ^(12, 26).

Pode-se concluir, que as mudanças no perfil da epidemia da AIDS, no Brasil, seguiram a tendência da heterossexualização, feminização, pauperização, envelhecimento e o ressurgimento da transmissão entre homens que fazem sexo com homens. É uma epidemia multifacetada, envolta em questões socioeconômicas, que enfrenta o estigma, a discriminação e o conservadorismo, o que faz

com que a percepção do processo saúde-doença seja diferente entre os grupos. Assim, requer políticas que trabalhem a prevenção do HIV em cada grupo específico (principalmente entre as populações-chave em relação ao HIV), com estratégias descentralizadas de prevenção, testagem oportuna, início imediato de tratamento, estímulos à adesão ao tratamento. Além das profilaxias pré e pós-exposição e promoção do uso contínuo de preservativos.

REFERÊNCIAS

1. Sousa AM, Lyra A, Araújo CCF, Pontes JL, Freire RC, Pontes TL. A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura. *J Manag Prim Health Care*. 2012;3(1):62-6.
2. Greco DB. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016;21(5): 1553-1564.
3. Gabriel R, Barbosa DA, Vianna LAC. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte: município de São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005;13(4):509-513..
4. Guerrero AFH, Santos LE, Oliveira RG, Sales OS, Guerrero JCH. Perfil sociodemográfico e epidemiológico preliminar de pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Coari, Amazonas, Brasil, no período de 2005 a 2016. *Rev. Saúde Pública*. 2019;2(1):103-112.
5. Pereira GFM, Pimenta MC, Giazza SP, Caruso AR, Bastos FI, Guimarães MDC. HIV/aids, hepatites virais e outras IST no Brasil: tendências epidemiológicas. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2019; 22 (suppl1): e190001.
6. Santos NJS, Tayra ASSR, Buchalla CM, Laurenti R. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2002;5(3):286-310.
7. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2001; 34(2):207-217.
8. Garcia S, Koyama MAH. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(Suppl1): 72-83.
9. Silva AFC, Cueto M. HIV/Aids, os estigmas e a história. *Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos*. 2018;25(2):311-314.
10. UNAIDS. Estatísticas. 2020. [Internet][citado 2 Mai 2020] Disponível em: <<https://unaids.org.br/estatisticas/>>
11. UNAIDS. 90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. 2015 [Internet][citado 2 Mai 2020]. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>
12. Bones AANS, Costa MR, Cazella SC. A educação para o enfrentamento da epidemia do HIV. *Interface (Botucatu)* 2018; 22 (Suppl1):1457-1469.
13. UNAIDS. Prevention gap report 2016. Geneva: AIDS by the numbers. 2016. 286pp.
14. Cazeiro F, Silva GSN, Souza EMF. Necropolítica no campo do HIV: Algumas reflexões a partir do estigma da AIDS. *Cien Saúde Colet*. 2020 [internet]. [Citado em 01/06/2020]. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/necropolitica-no-campo-do-hiv-algumas-reflexoes-a-partir-do-estigma-da-aids/17560?id=17560>>.
15. Dartora WJ, Ânflor EP, Silveira LRP da. Prevalência do HIV no Brasil 2005-2015: dados do Sistema Único de Saúde. *Rev Cuid*. 2017;8(3): 1919-1928.

16. 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- 1228.
17. Prado RR, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Estado de São Paulo: uma aplicação do modelo espaço-temporal bayesiano completo. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2009; 42(5):537-542
18. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia antirretroviral. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40 (Suppl): 9-17.
19. Lima, MLC, Moreira, ACG. AIDS e feminização: os contornos da sexualidade. *Rev. Mal-Estar Subj.* 2008; 8 (1): 103-118.
20. Villela WV, Barbosa RM. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2017; 22(1): 87-96.
21. Lourenço GO, Amazonas MCLA, Lima RDM. Nem santa, nem puta, apenas mulher: a feminização do HIV/aids e a experiência de soropositividade. *Sexualidad, Salud y Sociedad* . 2018; (30): 262-281.
22. Jeolás L. Os Jovens e o Imaginário da Aids: notas para uma construção social do risco. **Campos - Revista de Antropologia**. 2003 [internet]. [Citado em 10/05/2020]. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/campos/article/view/1600>>.
23. Aguiar RB, Leal MCC, Marques APO, Torres KMS, Tavares MTDB. Idosos vivendo com HIV – comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2020;25(2): 575-584.
24. Menezes A, Almeida K, Nascimento A, Dias G, Nascimento J. Epidemiological profile of seropositive individuals for hiv/aids. **Journal of Nursing UFPE on line**. 2018;12(5):1225-1232.
25. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(Suppl1): S77-S87.
26. Monteiro S, Brigeiro M. Prevenção do HIV/Aids em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil: hiatos entre a política global atual e as respostas locais. *Interface (Botucatu)*.2019; 23: e180410.

Figura 1: Figura 1: Distribuição percentual dos casos diagnosticados nas Regiões do país e taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM, registrados no SISCEL/SICLOM, por ano de diagnóstico.

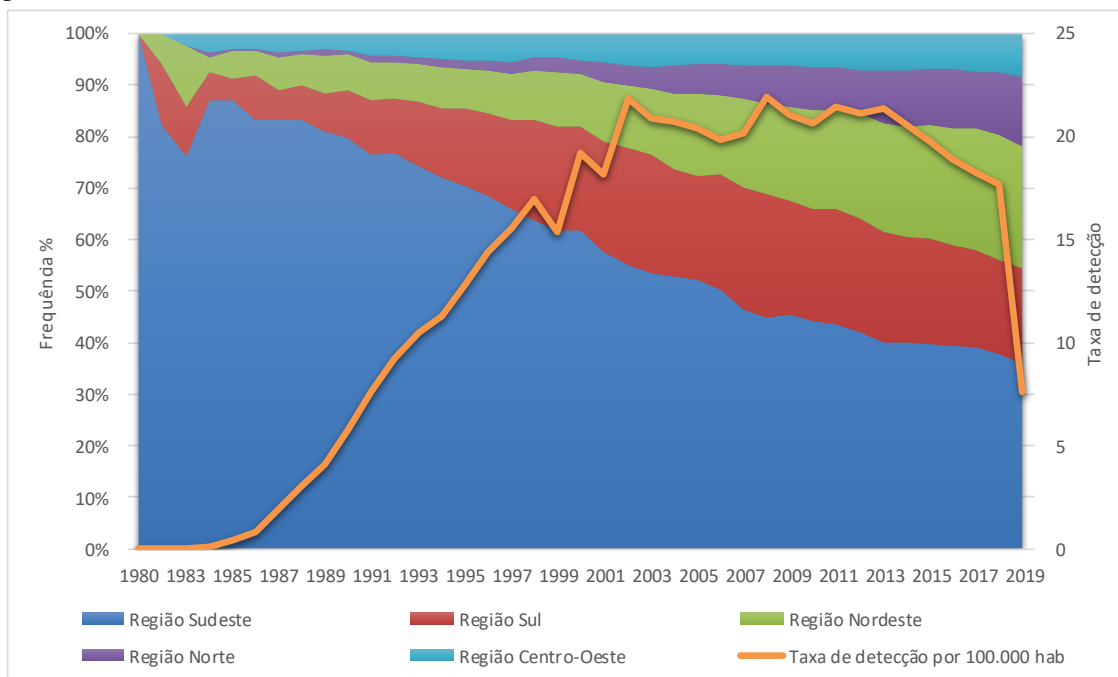


Figura 2: Percentual e Razão de sexos de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico.

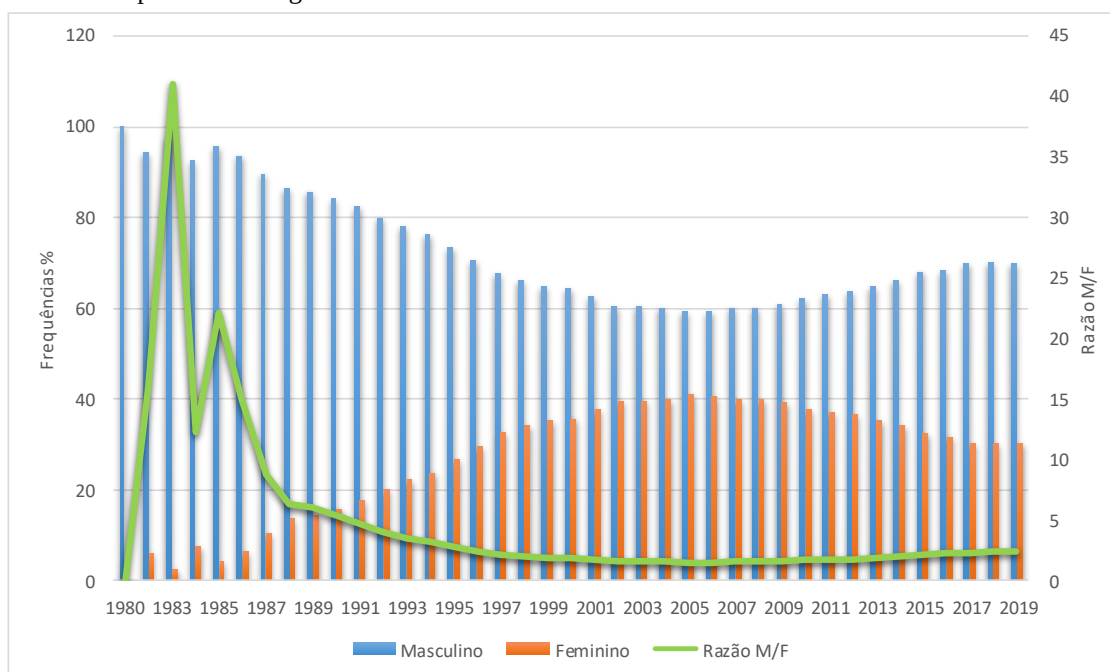


Figura 3: Distribuição percentual dos casos de AIDS diagnosticados, notificados no SINAN, por faixa etária, por ano de diagnóstico.

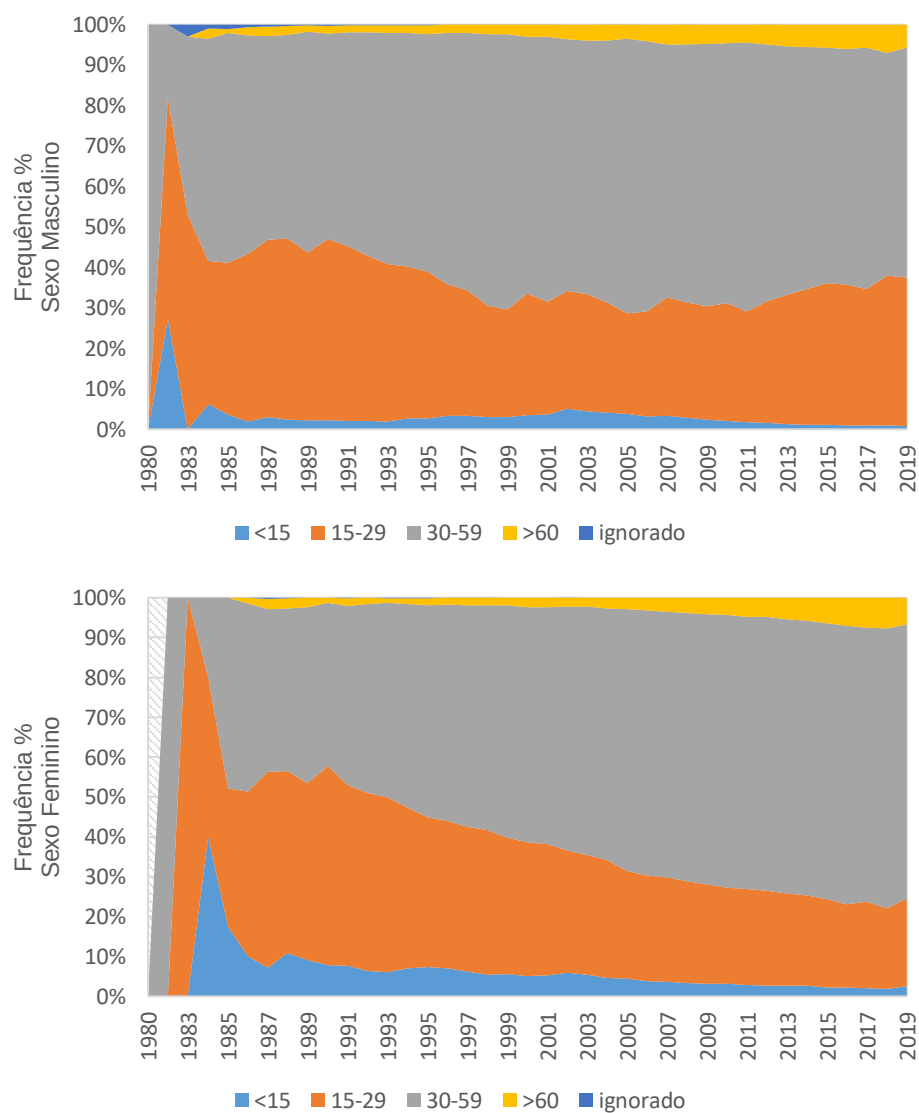


Figura 4: Distribuição percentual dos casos de AIDS, notificados no SINAN, segundo categoria de exposição hierarquizada, por ano de diagnóstico.

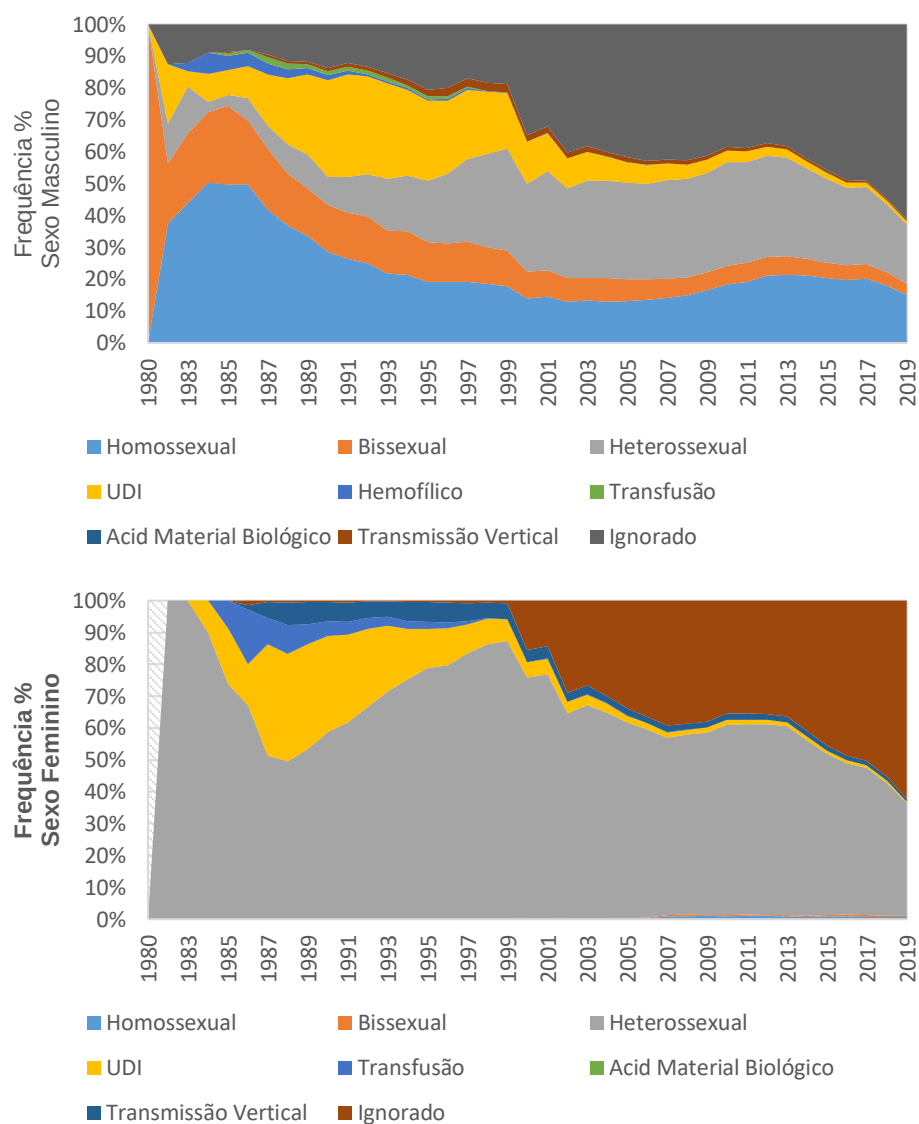


Figura 5: Distribuição percentual dos casos de AIDS, notificados no SINAN, segundo escolaridade, por ano de diagnóstico.

