# *Perfil sociodemográfico das pessoas vivendo com HIV/AIDS na Paraíba (2010 a 2020)*

*Sociodemographic Profile of Individuals Living with HIV/AIDS in Paraíba (2010 to 2020)*

***Iago Mackson Pinto de Araújo*[1]**
***Tainah Guerra Pereira*[2]**
***Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias*[3]**

**RESUMO: Introdução:** Desde os primeiros relatos da AIDS no início da década de 80 e a posterior identificação do HIV como seu agente etiológico, o mundo tem sido impactado pelo avanço da infecção, assim como pelo seu tratamento, prevenção e controle. Hoje, na sua quarta década, ainda que controlada, a epidemia continua uma realidade e dados epidemiológicos apontam para mudanças nos padrões das novas infecções. **Objetivo:** Identificar o perfil sociodemográfico das PVHIV/AIDS na região do estado da Paraíba, nos anos de 2010 a 2020. **Método**: Estudo ecológico de série temporal, com dados provenientes do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva simples por meio do Excel 2016, e demonstrados em tabelas. **Resultados**: Entre os anos investigados, a taxa de incidência de casos de HIV/AIDS na Paraíba apresentou uma queda de aproximadamente 9%, saindo de 6,39 casos por 100.000 habitantes em 2010 para 5,84 em 2020. Dos 3.894 casos notificados no período analisado na Paraíba, a maior incidência foi encontrada nas pessoas do sexo masculino (70,47%), jovens adultos na faixa etária de 20 a 49 (80,6%), da raça não branca (78,71%), com baixos níveis educacionais e/ou analfabetos (64,04%) e com a categoria de exposição sexual na orientação heterossexual (49,85%). No estado foram registrados 1507 óbitos e a Macrorregião de Saúde João Pessoa concentrou 64,90% dos óbitos. O estudo verificou ainda que houve um relativo aumento no número de mortes por HIV/AIDS no decorrer dos anos observados. No período de análise, o ano em que mais houve óbitos por HIV/AIDS foi 2020 com 165 óbitos e o ano com menor número foi 2010 com 114, verificando-se um aumento no número de óbitos pela doença neste período de cerca de 15%. **Conclusão**: o cenário do HIV/AIDS na Paraíba mantém-se estável no decorrer dos anos, porém com maior prevalência de novos casos em homens jovens pardos com baixa escolaridade, apresentando também uma maior letalidade nessa população frente a casos mais graves da doença, principalmente na Macrorregião I - João Pessoa. Dessa forma, esse grupo merece maior atenção do Estado para a adoção de políticas públicas em saúde para início do tratamento antirretroviral com celeridade e medidas prevenção da infecção por meio da PREP/PEP, incentivo ao uso de preservativos físicos e campanhas de informação sobre sexualidade saudável e comportamento de risco.
**Palavras-chave:** HIV; síndrome de imunodeficiência adquirida; vigilância em saúde pública.

**ABSTRACT: Introduction**: Since the early reports of AIDS in the early 1980s and the subsequent identification of HIV as its etiological agent, the world has been impacted by the progression of the infection, as well as its treatment, prevention, and control. Today, in its fourth decade, the epidemic, while controlled, remains a reality, and epidemiological data indicate changes in the patterns of new infections. **Objective**: To identify the sociodemographic profile of PLHIV/AIDS in the Paraíba state region over the past eleven years, from 2010 to 2020. **Method**: Ecological time-series study, using data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and the Mortality Information System (SIM). The data were subjected to simple descriptive statistical analysis using Excel 2016. **Results**: Among the years investigated, the incidence rate of HIV/AIDS cases in Paraíba showed a decrease of approximately 9%, going from 6.39 cases per 100,000 inhabitants in 2010 to 5.84 in 2020. Of the 3,894 cases reported in the analyzed period in Paraíba, the highest incidence was found in males (70.47%), young adults aged 20 to 49 (80.6%), of non-white race (78.71%), with low levels of education and/or illiteracy (64.04%), and with the category of sexual exposure in heterosexual orientation (49.85%). In the state, 1507 deaths were recorded, with the João Pessoa Health Macroregion accounting for 64.90% of the deaths. The study also found a relative increase in the number of deaths from HIV/AIDS over the years observed. During the analysis period, the year with the highest number of HIV/AIDS deaths was 2020, with 165 deaths, and the year

[1]Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande;
[2]Graduanda em medicina pela Universidade Federal de Campina Grande;
[3]Docente em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande.

with the lowest number was 2010, with 114, indicating an increase in deaths from the disease during this period of approximately 15%. **Conclusion**: The HIV/AIDS scenario in Paraíba remains stable over the years, but with a higher prevalence of new cases in young brown-skinned men with low levels of education, also showing higher lethality in this population in the face of more severe cases of the disease, particularly in Health Macroregion I - João Pessoa. Therefore, this group deserves more attention from the state for the adoption of public health policies for the prompt initiation of antiretroviral treatment and prevention measures through PrEP/PEP, encouragement of physical condom use, and campaigns to promote healthy sexuality and risk behavior awareness.
**Keywords:** HIV; Acquired immuno deficiency syndrome; Public health surveillance.

## 1. INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), este sendo um retrovírus que infecta células do sistema imunológico; logo, essa doença constitui-se como uma disfunção grave da imunidade, causada pela infecção prolongada do HIV. No caso, as células mais atingidas são os linfócitos T CD4+, nas quais o vírus altera o DNA e faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros, para continuar a infecção (BRASIL, 2002).

A via de transmissão mais comum do HIV é a sexual, por contato com esperma e secreções genitais; mas, também, pode ocorrer pelo contato com sangue contaminado (via parenteral e vertical) e pelo leite materno. Após acontecer a infecção, o portador do HIV é potencialmente transmissor. Porém, nos casos de infecção aguda ou imunossupressão avançada há maior concentração do patógeno no sangue e nas secreções, aumentando a probabilidade de transmissão (BRASIL, 2010).

Desde que os primeiros casos de AIDS apareceram em 1981 até os dias atuais, a infecção pelo vírus HIV não tem cura. Ao longo do tempo diversas pesquisas proporcionaram a aprovação de mais de 30 medicamentos antirretrovirais. Com isso, terapias combinadas transformaram a infecção por HIV-1 em uma doença crônica controlável (MENÉNDEZ-ARIAS; DELGADO, 2021).

Entretanto, a infecção pelo HIV tem uma patogênese complexa e varia substancialmente em diferentes pessoas, podendo ser facilmente considerada muito específica do hospedeiro. Tal especificidade complica as opções de tratamento. Por isso, o manejo eficaz dessa patologia é possível usando diferentes combinações de medicamentos disponíveis, conhecida como Terapia Antirretroviral (TARV) (ZUGE *et al.*, 2015).

Apesar dos avanços na TARV, sua indicação é um tema amplo, sujeito a constantes mudanças e incorporação de novos conhecimentos. Além disso, a adesão ao tratamento é um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e comportamentais, e que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas

entre as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), a equipe de saúde e a rede social do usuário (Brasil, 2018). A não adesão à TARV é considerada uma séria ameaça à eficácia do tratamento e à qualidade de vida dos usuários e, em conjunto, leva ao aumento da mortalidade e morbidade (PUGLIESE, 2021).

Dada a dimensão dos fatores para o manejo eficaz da infecção, tratamento, alcance a população e ações da equipe da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que o HIV permanece um problema de saúde pública global, pois em 2020 afetou cerca de 37,7 milhões de pessoas, sendo mais de dois terços da Região Africana. No mesmo ano, cerca de 680.000 de pessoas morreram de causas relacionadas ao HIV e 1,5 milhão de pessoas contraíram tal vírus (OMS, 2021).

Como destacam Quiao *et al*. (2019), as informações sobre a prevalência do HIV não são adequadamente divulgadas em todo o mundo. A influência das diferenças regionais e de idade na epidemiologia clínica do HIV/AIDS são objeto de alguns estudos nacionais. Nesse ínterim, este trabalho busca compreender qual a importância de estudos epidemiológicos para a saúde pública, a partir de dados secundários dos sistemas de saúde como o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), mediante o impacto do HIV/AIDS na saúde pública.

Desde que foi reconhecido pela primeira vez, o HIV se espalhou globalmente. Estima-se de acordo com o Programa Conjunto da ONU para HIV/AIDS (UNAIDS), no mundo, 39 milhões de pessoas vivem com a doença. Desde seu início, nos anos 80, 74,9 milhões de pessoas foram infectadas e 40 milhões delas morreram. Hoje, cerca de 86% das pessoas que vivem com o vírus sabem que foram contaminados, porém apenas 76% fazem uso da terapia antirretroviral. Cerca de 53% de todas as pessoas vivendo com HIV são mulheres e meninas (UNAIDS, 2023).

Segundo o Ministério da Saúde (2020), cerca de 920 mil brasileiros vivem com HIV. Deste total, 89% foram diagnosticados, 77% fazem tratamento com antirretroviral e 94% das pessoas que fazem o tratamento já não transmitem o HIV, por terem atingido a carga viral indetectável (BRASIL, 2020).

O perfil sociodemográfico das pessoas vivendo com HIV/AIDS pode variar de acordo com diversos fatores, como região geográfica, nível socioeconômico, acesso a serviços de saúde e prevenção, políticas públicas, entre outros (SILVA, 2018). No entanto, existem algumas tendências gerais que podem ser observadas em diferentes partes do mundo. Os conjuntos de dados consistem em indicadores construídos a partir de várias fontes, incluindo notificações compulsórias de HIV/aids registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação

(SINAN) (BRASIL, 2022).

Algumas tendências gerais são destacadas a seguir:

a) Idade: Pessoas de todas as faixas etárias podem ser afetadas pelo HIV/AIDS, mas a incidência varia em diferentes grupos etários. Anteriormente, havia um foco significativo em jovens adultos e adolescentes, especialmente na faixa dos 15 aos 49 anos;
b) Gênero: A taxa de prevalência do HIV/AIDS varia entre diferentes gêneros. Em muitas regiões, as mulheres representam uma proporção significativa das pessoas vivendo com HIV/AIDS. A transmissão heterossexual é uma das principais vias de infecção em mulheres;
c) Orientação sexual e identidade de gênero: Pessoas LGBTQ+ podem estar em maior risco devido a fatores sociais e comportamentais, como estigma, discriminação, falta de acesso a informações de saúde e serviços, além de práticas sexuais específicas;
d) Nível socioeconômico: Em muitas partes do mundo, pessoas de baixo nível socioeconômico podem ter menos acesso a informações, educação sobre prevenção, testes e tratamento adequado. Isso pode resultar em taxas mais altas de infecção e uma maior dificuldade em acessar cuidados médicos;
e) Acesso a serviços de saúde: A disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde têm um impacto significativo nas vidas das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Acesso a tratamento antirretroviral (TAR) e cuidados médicos regulares são essenciais para gerenciar a doença e manter uma boa qualidade de vida;
f) Localização geográfica: A prevalência do HIV/AIDS pode variar muito de acordo com o país e a região. Em algumas áreas, como partes da África Subsaariana, a epidemia de HIV/AIDS teve um impacto devastador na população;
g) Estigma e discriminação: O estigma social em relação ao HIV/AIDS pode impactar a disposição das pessoas em buscar testagem, tratamento e apoio. Isso também pode influenciar o acesso a serviços médicos de qualidade e o bem-estar psicossocial das pessoas vivendo com HIV/AIDS;
h) Uso de drogas injetáveis: Pessoas que usam drogas injetáveis podem estar em maior risco de infecção pelo HIV/AIDS devido ao compartilhamento de agulhas contaminadas. Programas de redução de danos podem ser importantes para prevenir a propagação do vírus entre essa população.

Destaca-se que, a evolução das políticas de saúde, as campanhas de conscientização e os avanços nos tratamentos médicos também podem influenciar o perfil sociodemográfico das pessoas vivendo com HIV/AIDS ao longo do tempo (GUERRERO *et al*. 2019).

Nessa perspectiva, esse estudo tem como objetivo identificar o perfil sociodemográfico das PVHIV/AIDS na região do estado da Paraíba, nos anos de 2010 a 2020. Ademais, o estado em questão carece de estudos epidemiológicos específicos, visto que a maioria dos estudos sobre o tema se dá em âmbito nacional, os quais podem ignorar características regionais. Desse modo, os resultados dessa pesquisa possibilitarão visualizar a dimensão anual de casos e óbitos pela infecção, visando uma maior atenção às medidas e promoção de saúde e prevenção da doença.

## 3. MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, tipificado como um estudo ecológico de série temporal, envolvendo PVHIV/AIDS, cuja unidade de análise foi o estado da Paraíba, baseado em dados oficiais consolidados no SINAN/SIM do MS, a partir de casos e mortes notificados de HIV/AIDS, na Paraíba, no intervalo compreendido entre o decênio de 2010 a 2020.

O estudo incluiu todas as PVHIV/AIDS que foram diagnosticadas e notificadas no SINAN/SIM durante os anos 2010-2020, no estado da Paraíba.

No censo demográfico realizado pelo IBGE em 2010, a Paraíba contava com 3.766.834 habitantes. No ano de 2020 a Paraíba apresentou 4.039.277 habitantes, segundo dados divulgados pelo IBGE (BRASIL, 2020).

Obteve-se dessa população uma amostragem por conveniência constituída por todos os casos de HIV/AIDS, cujo diagnóstico tenha sido notificado ao Ministério da Saúde entre janeiro de 2010 e dezembro de 2020.

Foram incluídas na pesquisa todas as notificações de casos e mortes por HIV/AIDS indexadas no SINAN/SIM do MS, entre 2010 e 2020. Excluíram-se os casos de notificações extemporâneas à delimitação temporal adotada e os dados tidos como ignorados e não se aplicam.

De acordo com as variáveis preenchidas nas fichas de notificação/investigação aos casos de HIV/AIDS do SINAN foram analisadas as variáveis relativas às características sociodemográficas da população alvo e os aspectos epidemiológicos da notificação. Em relação

aos aspectos sociodemográficos, foram analisados: sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor, orientação sexual e categoria de exposição.

O sexo foi dividido em: masculino e feminino. A faixa etária foi dividida em intervalos de anos de: <1; 1-4; 5-9; 10-14; 15-19; 20-34; 35-49; 50-64; 65-79 e ≥80.

O critério de escolaridade foi separado em: analfabeto, 1ª a 4ª série incompleta, 4ª série completa, 5ª a 8ª série incompleta, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior incompleto e não se aplica. O critério de raça/cor foi estabelecido como: branca e não branca, essa abrange a raça preta, amarela, parda e indígena.

Com relação a orientação sexual foram divididos em: homossexual, bissexual, heterossexual. Já a categoria de exposição foi dividida em: usuários de drogas injetáveis (UDI), acidente com material biológico, transmissão vertical e ignorado.

Os casos de mortes relacionadas ao HIV/AIDS foram extraídos da plataforma do SIM com a categoria CID 10: B20 a B24. Sendo elas:

- B20 - Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], resultando em doenças infecciosas e parasitárias;
- B21 - Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], resultando em neoplasias malignas;
- B22 - Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] resultando em outras doenças especificadas;
- B23 - Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] resultando em outras doenças;
- B24 - Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada.

Os dados da pesquisa foram coletados via Painel de Indicadores Epidemiológicos (SINAN e SIM) e são relativos às notificações de casos e mortes por HIV/AIDS em pessoas de todas as idades, durante os anos 2010-2020, no estado da Paraíba. Os dados da população estimada foram retirados das projeções do IBGE encaminhadas ao Tribunal de Contas da União (TCU) para cálculos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), disponíveis na plataforma do DATASUS. Os dados foram coletados em virtude de ações em vigilância epidemiológica, não tendo sido coletados originalmente pelos pesquisadores deste estudo, caracterizando-se como dados secundários.

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento com as seguintes questões: qual a distribuição temporal do HIV/AIDS na Paraíba, entre 2010 e 2020? Qual é a faixa etária mais

atingida pela doença? Como se apresenta a escolaridade, raça, opção sexual e exposição das pessoas diagnosticadas com essa doença?

Os dados coletados foram tabulados eletronicamente utilizando-se o *software online* TabNet disponível para acesso aos sistemas de informação. Após esse processo, os dados foram transpostos para análise estatística no *Microsoft Office Excel Professional Plus 2016*®. As análises ocorreram por meio da estatística descritiva, com frequência e percentual, e demonstrados por tabelas.

Por tratar-se de um estudo epidemiológico analítico com a coleta de dados de domínio público e sem a identificação e individualização dos participantes, dispensa-se o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição considerando a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

## 4. RESULTADOS

Em onze anos foram notificados, no estado da Paraíba, 3.894 casos de infecção pelo HIV, uma incidência que variou em números absolutos de 241, em 2010, para 236 em 2020 (Tabela 1).

**Tabela 1 - Casos notificados de HIV/AIDS, Paraíba, 2010-2020**

| ANO | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | n | n | n | N | n | N | n | n | n | n | n |
| | 241 | 308 | 353 | 310 | 348 | 483 | 177 | 522 | 348 | 568 | 236 | 3.894 |
| | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| | 6,18 | 7,90 | 9,06 | 7,96 | 8,93 | 12,40 | 4,54 | 13,40 | 8,93 | 14,58 | 6,06 | 100 |

**Fonte:** SINAN (Brasil, 2023).

Quanto à distribuição de casos de HIV/AIDS por faixa etária, no período analisado (Tabela 2), verifica-se a maior prevalência na faixa etária de 20 a 49 anos de idade, com mais de 80,6% dos casos diagnosticados. Essas limitações podem ser atribuídas a questões comportamentais, como práticas sexuais desprotegidas, atraso na busca por serviços de saúde e maior resistência ao tratamento, principalmente entre os homens (Boletim epidemiológico, 2022).

No mesmo período foram notificados aproximadamente 01 caso em mulheres para cada 02 casos em homens (0,41:1,0), proporção com pouca variação ao longo dos anos. Ainda que em 2,68% dos casos tenham sido ignoradas a identificação da cor da pele/raça do paciente, a raça não branca representou aproximadamente 79% dos casos, na Paraíba (Tabela 2), sendo elas: parda, preta, amarela e indígena, na qual a raça parda foi a mais comum declarada.

**Tabela 2 - Características sociodemográficas e categorias de exposição dos casos de HIV/AIDS, Paraíba, 2010-2020**

| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ANO** | **2010** | | **2011** | | **2012** | | **2013** | | **2014** | | **2015** | | **2016** | | **2017** | | **2018** | | **2019** | | **2020** | | **TOTAL** | |
| **FAIXA ETÁRIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | 24 1 | | 30 8 | | 35 3 | | 31 0 | | 34 8 | | 48 3 | | 17 7 | | 522 | | 34 8 | | 56 8 | | 23 6 | | 389 4 | |
| **< 1ano** | 0 | - | 1 | **0,32** | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 1 | **0,19** | 0 | - | 1 | **0,18** | 0 | - | 3 | 0,08 |
| **1 a 4** | 1 | **0,4 1** | 2 | **0,65** | 3 | **0,85** | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 1 | **0,56** | 3 | **0,57** | 0 | - | 5 | **0,88** | 0 | - | 15 | 0,39 |
| **5 a 9** | 3 | **1,2 4** | 1 | **0,32** | 1 | **0,28** | 0 | - | 1 | **0,29** | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 1 | **0,2 9** | 2 | **0,35** | 0 | - | 9 | 0,23 |
| **10 a 14** | 3 | **1,2 4** | 1 | **0,32** | 3 | **0,85** | 1 | **0,32** | 1 | **0,29** | 1 | **0,21** | 1 | **0,56** | 1 | **0,19** | 1 | **0,2 9** | 2 | **0,35** | 0 | - | 15 | 0,39 |
| **15 a 19** | 5 | **2,0 7** | 8 | **2,60** | 4 | **1,13** | 7 | **2,26** | 8 | **2,30** | 9 | **1,86** | 8 | **4,52** | 29 | **5,56** | 14 | **4,0 2** | 15 | **2,64** | 7 | **2,9** | 114 | 2,93 |
| **20 a 34** | 95 | **39, 4** | 10 6 | **34,4 2** | 14 0 | **39,6 6** | 12 1 | **39,0 3** | 13 1 | **37,6 4** | 20 7 | **42,8 6** | 80 | **45,2 0** | 232 | **44,4 4** | 14 4 | **41, 3** | 23 5 | **41,3** | 10 7 | **45,3** | 159 8 | 41,0 4 |
| **35 a 49** | 10 1 | **41, 9** | 14 3 | **46,4 3** | 14 9 | **42,2 1** | 12 8 | **41,2 9** | 15 1 | **43,3 9** | 19 4 | **40,1 7** | 51 | **28,8 1** | 189 | **36,2 1** | 13 7 | **39, 3** | 21 6 | **38,0** | 83 | **35,1** | 154 2 | 39,6 0 |
| **50 a 64** | 31 | **12, 8** | 40 | **12,9 9** | 46 | **13,0 3** | 48 | **15,4 8** | 51 | **14,6 6** | 63 | **13,0 4** | 31 | **17,5 1** | 57 | **10,9 2** | 45 | **12, 9** | 80 | **14,0** | 29 | **12,2** | 521 | 13,3 8 |
| **65 a 79** | 2 | **0,8 3** | 6 | **1,95** | 5 | **1,42** | 5 | **1,61** | 4 | **1,15** | 9 | **1,86** | 5 | **2,82** | 10 | **1,92** | 5 | **1,4 4** | 11 | **1,94** | 9 | **3,81** | 71 | 1,82 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **80 e +** | 0 | **-** | 0 | **-** | 2 | **0,57** | 0 | **-** | 1 | **0,29** | 0 | **-** | 0 | **-** | 0 | **-** | 1 | **0,29** | 1 | **0,18** | 1 | **0,42** | 6 | 0,15 |
| **RAÇA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | 241 | | 308 | | 353 | | 310 | | 348 | | 483 | | 177 | | 522 | | 348 | | 568 | | 236 | | 3894 | |
| **Branca** | 38 | **15,7** | 63 | **20,45** | 61 | **17,28** | 64 | **20,65** | 65 | **18,68** | 6 | **24,02** | 30 | **16,95** | 100 | **19,16** | 67 | **19,2** | 94 | **16,5** | 27 | **11,4** | 725 | 18,62 |
| **Não Branca** | 202 | **83,8** | 242 | **78,57** | 288 | **81,59** | 232 | **74,84** | 270 | **77,59** | 355 | **73,50** | 141 | **79,66** | 396 | **75,86** | 277 | **79,6** | 455 | **80,1** | 207 | **87,7** | 3065 | 78,71 |
| **Ignorado** | 1 | **0,41** | 3 | **0,97** | 4 | **1,13** | 14 | **4,52** | 13 | **3,74** | 12 | **2,48** | 6 | **3,39** | 26 | **4,98** | 4 | **1,15** | 19 | **3,35** | 2 | **0,85** | 104 | 2,67 |
| **SEXO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | 241 | | 308 | | 353 | | 310 | | 348 | | 483 | | 177 | | 522 | | 348 | | 568 | | 236 | | 3894 | |
| **Masculino** | 158 | **65,5** | 210 | **68,18** | 262 | **74,22** | 211 | **68,06** | 242 | **69,54** | 350 | **72,46** | 117 | **66,10** | 356 | **68,20** | 237 | **68,1** | 432 | **76,09** | 169 | **71,64** | 2744 | 70,47 |
| **Feminino** | 83 | **34,4** | 98 | **31,82** | 91 | **25,78** | 99 | **31,94** | 106 | **30,46** | 133 | **27,54** | 60 | **33,90** | 166 | **31,80** | 111 | **31,9** | 136 | **23,9** | 67 | **28,3** | 1150 | 29,53 |
| **ESCOLARIDADE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | 229 | | 288 | | 324 | | 270 | | 312 | | 429 | | 136 | | 460 | | 299 | | 503 | | 206 | | 3456 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Analfabeto** | 35 | **15,2** | 36 | **12,50** | 39 | **12,04** | 32 | **11,85** | 38 | **12,18** | 49 | **11,42** | 15 | **11,03** | 33 | **7,17** | 22 | **7,36** | 36 | **7,16** | 12 | **5,83** | 347 | 10,04 |
| **1ª a 4ª série incompleta** | 50 | **21,8** | 51 | **17,71** | 50 | **15,43** | 40 | **14,81** | 31 | **9,94** | 22 | **5,13** | 11 | **8,09** | 36 | **7,83** | 41 | **13,7** | 28 | **5,57** | 22 | **10,6** | 382 | 11,05 |
| **4ª série completa** | 17 | **7,42** | 35 | **12,15** | 21 | **6,48** | 24 | **8,89** | 27 | **8,65** | 28 | **6,53** | 6 | **4,41** | 23 | **5,00** | 19 | **6,35** | 23 | **4,57** | 7 | **3,40** | 230 | 6,66 |
| **5ª a 8ª série incompleta** | 35 | **15,2** | 24 | **8,33** | 30 | **9,26** | 50 | **18,52** | 57 | **18,27** | 56 | **13,05** | 24 | **17,65** | 92 | **20,00** | 49 | **16,3** | 71 | **14,1** | 31 | **15,0** | 519 | 15,02 |
| **Fundamental completo** | 30 | **13,1** | 46 | **15,97** | 73 | **22,53** | 27 | **10,00** | 32 | **10,26** | 69 | **16,08** | 21 | **15,44** | 67 | **14,57** | 39 | **13,0** | 76 | **15,1** | 18 | **8,74** | 498 | 14,41 |
| **Médio incompleto** | 13 | **5,67** | 7 | **2,43** | 17 | **5,25** | 10 | **3,70** | 22 | **7,05** | 20 | **4,66** | 19 | **13,97** | 36 | **7,83** | 23 | **7,69** | 39 | **7,75** | 31 | **15,0** | 237 | 6,86 |
| **Médio completo** | 27 | **11,7** | 65 | **22,57** | 57 | **17,59** | 61 | **22,59** | 71 | **22,76** | 93 | **21,68** | 21 | **15,44** | 92 | **20,00** | 59 | **19,7** | 128 | **25,4** | 45 | **21,8** | 719 | 20,80 |
| **Superior incompleto** | 7 | **3,05** | 5 | **1,74** | 8 | **2,47** | 8 | **2,96** | 13 | **4,17** | 27 | **6,29** | 3 | **2,21** | 31 | **6,74** | 20 | **6,69** | 22 | **4,37** | 13 | **6,31** | 157 | 4,54 |
| **Superior completo** | 11 | **4,80** | 16 | **5,56** | 26 | **8,02** | 18 | **6,67** | 20 | **6,41** | 65 | **15,15** | 15 | **11,03** | 46 | **10,00** | 27 | **9,03** | 73 | **14,5** | 27 | **13,1** | 344 | 9,95 |
| **Não se aplica** | 4 | **1,74** | 3 | **1,04** | 3 | **0,93** | 0 | **-** | 1 | **0,32** | 0 | **-** | 1 | **0,74** | 4 | **0,87** | 0 | **-** | 7 | **1,39** | 0 | **-** | 23 | 0,67 |
| **CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TOTAL** | 241 | | 308 | | 353 | | 310 | | 348 | | 483 | | 177 | | 522 | | 348 | | 568 | | 236 | | 3894 | |
| **Homossexual** | 21 | **8,71** | 30 | **9,74** | 46 | **13,03** | 49 | **15,81** | 53 | **15,23** | 110 | **22,77** | 32 | **18,08** | 88 | **16,86** | 69 | **19,85** | 115 | **20,24** | 40 | **16,95** | 653 | 16,77 |
| **Bissexual** | 5 | **2,07** | 15 | **4,87** | 18 | **5,10** | 7 | **2,26** | 12 | **3,45** | 27 | **5,59** | 2 | **1,13** | 27 | **5,17** | 12 | **3,45** | 12 | **2,11** | 7 | **2,97** | 144 | 3,70 |
| **Heterossexual** | 196 | **81,3** | 163 | **52,92** | 143 | **40,51** | 147 | **47,42** | 145 | **41,67** | 203 | **42,03** | 99 | **55,93** | 313 | **59,96** | 195 | **56,03** | 249 | **43,83** | 88 | **37,21** | 1941 | 49,85 |
| **UDI** | 1 | **0,41** | 4 | **1,30** | 5 | **1,42** | 2 | **0,65** | 3 | **0,86** | 2 | **0,41** | 3 | **1,69** | 5 | **0,96** | 9 | **2,59** | 16 | **2,82** | 4 | **1,69** | 54 | 1,39 |
| **Acid. Material Biológico** | 0 | **-** | 1 | **0,32** | 0 | **-** | 0 | **-** | 0 | **-** | 0 | **-** | 0 | **-** | 0 | **-** | 0 | **-** | 0 | **-** | 0 | **-** | 1 | 0,03 |
| **Transmissão Vertical** | 6 | **2,49** | 7 | **2,27** | 5 | **1,42** | 4 | **1,29** | 2 | **0,57** | 3 | **0,62** | 2 | **1,13** | 7 | **1,34** | 2 | **0,57** | 12 | **2,11** | 6 | **2,54** | 56 | 1,44 |
| **Ignorado** | 12 | **4,97** | 88 | **28,57** | 13 | **38,53** | 10 | **32,58** | 13 | **38,22** | 13 | **28,57** | 39 | **22,03** | 82 | **15,71** | 61 | **17,55** | 164 | **28,87** | 91 | **38,55** | 1045 | 26,84 |

**Fonte**: SINAN (Brasil, 2023
).

Ao fazer uma análise em relação às categorias de exposição (Tabela 2), observa-se que a mais comum foi a sexual, com a orientação heterossexual representando cerca de 49,84% dos casos registrados, um valor acima dos casos com relações homossexuais e bissexuais, que juntos somaram apenas 20,45%. Os casos de transmissão vertical, usuários de drogas injetáveis e acidentes com material biológico pouco variaram, ao longo da série temporal analisada. A omissão de informações nesse aspecto da epidemiologia é alta, os casos ignorados computaram 26,83 % das notificações.

No âmbito estadual houve uma ampla variação da taxa de incidência de novos casos da infecção pelo HIV por 100.000 habitantes ao longo dos anos, sendo a menor em 2016, com 4,42, e a maior em 2019, com 14,1. Nos anos investigados a taxa saiu de 6,37 casos por 100.000 habitantes, em 2010, para 5,84 casos por 100.000 habitantes, em 2020, representando uma redução de aproximadamente 9% (Tabela 3). Em todos os anos da série temporal, os homens com idade entre 20 e 49 anos, de cor não branca apresentaram a maior taxa de incidência.

**Tabela 3 - Taxa de incidência de HIV/AIDS por 100.000 habitantes, Paraíba, 2010-2020**

| ANO | POPULAÇÃO ESTIMADA | CASOS NOTIFICADOS | CASOS POR 100.000 HABITANTES |
|---|---|---|---|
| 2010 | 3.766.834 | 241 | 6,39 |
| 2011 | 3.791.315 | 308 | 8,12 |
| 2012 | 3.815.171 | 353 | 9,25 |
| 2013 | 3.914.421 | 310 | 7,91 |
| 2014 | 3.943.885 | 348 | 8,82 |
| 2015 | 3.972.202 | 483 | 12,1 |
| 2016 | 3.999.415 | 177 | 4,42 |
| 2017 | 4.025.558 | 522 | 12,9 |
| 2018 | 3.996.496 | 348 | 8,7 |
| 2019 | 4.018.127 | 568 | 14,1 |
| 2020 | 4.039.277 | 236 | 5,84 |

**Fonte**: IBGE e SIM (Brasil, 2023).

De 2010 a 2020 foram registradas na Paraíba 1507 óbitos relacionados ao HIV/AIDS (CID10: B20 A B24). Quando distribuídos pelas variáveis sociodemográficas mais incidentes constata-se que 70,53% das mortes ocorrem em homens, 58,19% na faixa etária dos 30 aos 49 anos, 82,87 % não brancos e 35,83% com ensino fundamental e/ou médio incompletos (Tabela 4).

**Tabela 4 - Características sociodemográficas das mortes por HIV/AIDS, Paraíba, 2010-2020**

| ANO | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | 2020 | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| **SEXO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Masculino** | 78 | **68,42** | 84 | **71,79** | 77 | **63,64** | 3 | **71,03** | 97 | **71,32** | 3 | **70,19** | 89 | **66,42** | 99 | **70,71** | 93 | **72,09** | 4 | **78,62** | 6 | **70,30** | 1063 | 70,5 |
| **Feminino** | 36 | **31,58** | 33 | **28,21** | 44 | **36,36** | 42 | **28,97** | 39 | **28,68** | 48 | **29,81** | 45 | **33,58** | 41 | **29,29** | 36 | **27,91** | 31 | **21,38** | 49 | **29,70** | 444 | 29,4 |
| **Total** | 114 | | 117 | | 121 | | 145 | | 136 | | 161 | | 134 | | 140 | | 129 | | 35 | | 165 | | 1507 | |
| **RAÇA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Branca** | 24 | **21,05** | 31 | **26,50** | 18 | **14,88** | 20 | **13,70** | 22 | **16,18** | 28 | **17,39** | 25 | **18,66** | 22 | **15,71** | 22 | **17,05** | 17 | **11,72** | 29 | **17,58** | 258 | 17,1 |
| **Não branca** | 90 | **78,95** | 86 | **73,50** | 103 | **85,12** | 125 | **86,30** | 114 | **83,82** | 133 | **82,61** | 109 | **81,34** | 118 | **84,29** | 107 | **82,95** | 128 | **88,28** | 136 | **82,42** | 1249 | 82,8 |
| **Total** | 114 | | 117 | | 121 | | 145 | | 136 | | 161 | | 134 | | 140 | | 129 | | 145 | | 165 | | 1507 | |
| **FAIXA ETÁRIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Menor 1 ano** | 0 | - | 1 | **0,85** | 0 | - | 0 | - | 2 | **1,47** | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 1 | **0,69** | 0 | - | 4 | 0,27 |
| **1 a 4 anos** | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 1 | **0,71** | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 1 | 0,07 |
| **5 a 9 anos** | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 1 | **0,62** | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 1 | 0,07 |
| **10 a 14 anos** | 0 | - | 0 | - | 1 | **0,83** | 2 | **1,38** | 0 | - | 1 | **0,62** | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 1 | **0,61** | 5 | 0,33 |
| **15 a 19 anos** | 2 | **1,75** | 3 | **2,56** | 2 | **1,65** | 2 | **1,38** | 3 | **2,21** | 3 | **1,86** | 1 | **0,75** | 1 | **0,71** | 3 | **2,33** | 0 | - | 2 | **1,21** | 22 | 1,46 |
| **20 a 29 anos** | 17 | **14,91** | 11 | **9,40** | 19 | **15,70** | 18 | **12,41** | 9 | **6,62** | 18 | **11,18** | 19 | **14,18** | 20 | **14,29** | 15 | **11,63** | 16 | **11,03** | 17 | **10,30** | 179 | 11,8 |
| **30 a 39 anos** | 45 | **39,47** | 31 | **26,50** | 37 | **30,58** | 37 | **25,52** | 49 | **36,03** | 48 | **29,81** | 39 | **29,10** | 33 | **23,57** | 36 | **27,91** | 36 | **24,83** | 41 | **24,85** | 432 | 28,6 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **23,6** | | **39,3** | | **31,4** | | **28,2** | | **25,0** | | **26,0** | | **29,1** | | **31,4** | | **30,2** | | **33,7** | | **27,8** | | 29,5 |
| **40 a 49 anos** | 27 | **8** | 46 | **2** | 38 | **0** | 41 | **8** | 34 | **0** | 42 | **9** | 39 | **0** | 44 | **3** | 39 | **3** | 49 | **9** | 46 | **8** | 445 | |
| | | **14,0** | | **11,9** | | | | **22,0** | | **21,3** | | **22,3** | | **18,6** | | **17,1** | | **14,7** | | **16,5** | | **20,0** | | 17,3 |
| **50 a 59 anos** | 16 | **4** | 14 | **7** | 10 | **8,26** | 32 | **7** | 29 | **2** | 36 | **6** | 25 | **6** | 24 | **4** | 19 | **3** | 24 | **5** | 33 | **0** | 262 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | **10,0** | | | | **10,3** | | **12,1** | | 7,50 |
| **60 a 69 anos** | 4 | **3,51** | 7 | **5,98** | 9 | **7,44** | 9 | **6,21** | 5 | **3,68** | 9 | **5,59** | 9 | **6,72** | 14 | **0** | 12 | **9,30** | 15 | **4** | 20 | **2** | 113 | |
| **70 a 79 anos** | 3 | **2,63** | 4 | **3,92** | 2 | **1,65** | 3 | **2,07** | 3 | **2,21** | 3 | **1,86** | 2 | **1,49** | 3 | **2,14** | 4 | **3,10** | 4 | **2,74** | 1 | **0,61** | 32 | 2,12 |
| **80 anos e mais** | 0 | **-** | 0 | **-** | 3 | **2,48** | 1 | **0,69** | 2 | **1,47** | 0 | **-** | 0 | **-** | 0 | **-** | 1 | **0,78** | 0 | **-** | 4 | **2,42** | 11 | 0,73 |
| | 11 | | 11 | | 12 | | 14 | | 13 | | 16 | | 13 | | 14 | | 12 | | 14 | | 16 | | | |
| **Total** | 4 | | 7 | | 1 | | 5 | | 6 | | 1 | | 4 | | 0 | | 9 | | 5 | | 5 | | 1507 | |
| **ESCOLARIDADE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | **10,5** | | | | | | **11,0** | | **13,9** | | **11,1** | | **11,1** | | | | **11,6** | | | | | | 9,82 |
| **Nenhuma** | 12 | **3** | 9 | **7,69** | 11 | **9,09** | 16 | **3** | 19 | **7** | 18 | **8** | 15 | **9** | 8 | **5,71** | 15 | **3** | 13 | **8,97** | 12 | **7,27** | 148 | |
| | | **15,7** | | **20,5** | | **12,4** | | **21,3** | | **23,5** | | **26,8** | | **26,8** | | **16,4** | | **15,5** | | **13,7** | | **10,3** | | 17,5 |
| **1 a 3 anos** | 18 | **9** | 24 | **1** | 15 | **0** | 31 | **8** | 32 | **3** | 28 | **7** | 36 | **7** | 23 | **3** | 20 | **0** | 20 | **9** | 17 | **0** | 264 | |
| | | **10,5** | | | | | | | | **13,9** | | | | | | **15,0** | | **17,0** | | **11,7** | | | | 10,1 |
| **4 a 7 anos** | 12 | **3** | 7 | **5,98** | 9 | **7,44** | 11 | **7,59** | 19 | **7** | 13 | **8,21** | 11 | **8,21** | 21 | **0** | 22 | **5** | 17 | **2** | 11 | **6,67** | 153 | |
| | | | | **11,1** | | | | **12,4** | | | | | | | | | | | | | | | | 8,16 |
| **8 a 11 anos** | 8 | **7,02** | 13 | **1** | 9 | **7,44** | 18 | **1** | 12 | **8,82** | 10 | **9,70** | 13 | **9,70** | 9 | **6,43** | 8 | **6,20** | 12 | **8,28** | 11 | **6,67** | 123 | |
| **12 anos e mais** | 4 | **3,51** | 2 | **1,71** | 5 | **4,13** | 5 | **3,45** | 3 | **2,21** | 8 | **2,99** | 4 | **2,99** | 7 | **5,00** | 7 | **5,43** | 8 | **5,52** | 9 | **5,45** | 62 | 4,11 |
| | | **52,6** | | **52,9** | | **59,5** | | **44,1** | | **37,5** | | **41,0** | | **41,0** | | **51,4** | | **44,1** | | **51,7** | 10 | **63,6** | | 50,2 |
| **Ignorado** | 60 | **3** | 62 | **9** | 72 | **0** | 64 | **4** | 51 | **0** | 84 | **4** | 55 | **4** | 72 | **3** | 57 | **9** | 75 | **2** | 5 | **4** | 757 | |
| | 11 | | 11 | | 12 | | 14 | | 13 | | 16 | | 13 | | 14 | | 12 | | 14 | | 16 | | 1507 | |
| **TOTAL** | 4 | | 7 | | 1 | | 5 | | 6 | | 1 | | 4 | | 0 | | 9 | | 5 | | 5 | | | |

**Fonte**: SIM (Brasil, 2023).

A macrorregião I - João Pessoa foi a mais acometida, com 64,89 % das mortes, em comparação com a Macrorregião II - Campina Grande (23,35%) e a Macrorregião III - Sertão/alto sertão (11,74%) (Tabela 5). Os municípios com maior número de casos de óbitos foram: João Pessoa (431), Campina Grande (188), Santa Rita (89), Bayeux (58), Cabedelo (47) e Patos (42), juntos somam mais de 56% das mortes pela doença em todo o estado da Paraíba (Brasil, 2023 - Dados não demonstrados em tabela).

**Tabela 5 - Óbitos por Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2010-2020**

| MACRORREGIÃO DE SAÚDE | ÓBITOS | % |
|---|---|---|
| **Macrorregião III - Sertão/alto sertão** | 177 | 11,75 |
| **Macrorregião II - Campina Grande** | 352 | 23,36 |
| **Macrorregião I - João Pessoa** | 978 | 64,90 |
| **Total** | 1507 | 100 |

**Fonte**: SIM (Brasil, 2023).

## 5. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo descrever a incidência de HIV e AIDS no Estado da Paraíba, e evidenciou dados relevantes sobre a evolução da doença entre 2010 e 2020. As notificações nas plataformas do MS referentes ao período estudado mostraram que há uma proporção significativa de casos correspondentes à doença (AIDS), à infecção pelo vírus HIV e aos óbitos, como desfecho de casos mais graves.

Conforme a Tabela 1, na Paraíba entre os anos de 2010 a 2015, observou-se um aumento gradativo dos casos notificados de HIV/AIDS, resultado similar visto na Coréia, em que um estudo transversal apontou aumento gradativo da incidência entre os anos 2009 e 2015 (Lee *et al*., 2020). Também se observa que a taxa de detecção de HIV/AIDS no ano de 2020 apresentou uma desaceleração no crescimento, passando de 14,58 % em 2019 para 6,06% em 2020. Segundo o Ministério da Saúde, essa diminuição ocorreu em quase todo o país, e pode estar relacionada à subnotificação de casos, em virtude da sobrecarga dos serviços de saúde, durante a pandemia de Covid-19 (BRASIL, 2021).

Por outro lado, Araújo *et al*. (2021) relacionam o declínio no número de casos diagnosticados, nos últimos anos, ao aumento das informações sobre a prevenção e a profilaxia

pré-exposição. Mas, é notório que as notificações reduziram ao decorrer da pandemia do novo coronavírus.

Com relação às características sociodemográficas dos indivíduos notificados com AIDS/HIV (Tabela 2), a maior incidência observada por faixa etária de 20 a 49 anos de idade para o período 2010-2020 foi de 80,64%. Resultado similar visto no estudo epidemiológico realizado na Polônia, que encontrou predomínio de diagnósticos de HIV/Aids entre pessoas de 20 a 39 anos (69,5%) (SZMULIK; NIEDFWIEDZKA-STADNIK, 2019).

Em nível nacional, Oliveira *et al*. (2020) ao verificarem o número de novos casos de HIV, entre 2007 e 2017, notificados no SINAN, SIM e SISCEL, expõem que existe uma maior concentração de novos casos entre os indivíduos com faixa etária de 20 a 49 anos. Essa faixa etária é caracterizada pela maior atividade sexual, mas também inclui muitos indivíduos em relacionamentos estáveis. Um problema significativo é a falsa crença de que essas pessoas estão imunes ao vírus, devido à confiança na fidelidade de seus parceiros. No entanto, essa confiança é muitas vezes infundada, pois a infidelidade tem aumentado significativamente, especialmente no Brasil e América Latina, onde é culturalmente aceita como algo normal. Isso representa um desafio importante na redução dos riscos de contaminação pelo HIV, nessa faixa etária (NEUNDORFER *et al*., 2005).

Quanto aos dados de incidência por raça, Araújo *et al*. (2021) destacam que ocorreram mudanças do perfil da cor da pele, deixando de ser predominado pela cor branca e passando a ter uma elevação aos de cor parda. No entanto, essa variável muitas vezes não condiz com a realidade, pois há ainda dificuldades nas classificações, dualidade no preenchimento ou até mesmo classificação única de pardos e pretos.

Para as variáveis raça/cor autodeclarada e categoria de exposição hierarquizada, observou-se uma proporção importante de casos classificados como ignorado, indicando lacunas no preenchimento destes campos nas fichas de notificação de agravos (Souza, 2022). A literatura destaca limitações no uso da variável raça, em estudos sobre desigualdades em saúde, incluindo a disponibilidade de dados, lacunas nas informações, questões metodológicas na categorização e complexidades na identificação étnico-racial (LAGUARDIA, 2004; MOREIRA, 2021).

Também se evidencia que na tendência temporal analisada a maioria dos casos foi identificada no sexo masculino, com 70,47%, em jovens adultos, 80,64%. Esse resultado assemelha-se à pesquisa realizada por Matos *et al*. (2023), ao descreverem características dos indivíduos infectados com HIV-AIDS em uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre (RS), com base nos dados do (SINAN), entre 2009 a 2018. Nessa pesquisa verificou-se que a

notificação de HIV aumentou 4.000%, e a de AIDS, 230%, com predominância no sexo masculino e adultos jovens. Outros estudos brasileiros realizados em torno do mesmo tema também encontraram essa similaridade (SILVA; OLIVEIRA, 2020; ARAÚJO *ET AL*., 2021; SOUZA, 2022).

Um estudo realizado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) apontou que o HIV/AIDS é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino, pois esse grupo apresenta baixa adesão ao uso dos preservativos, por razões diversas, incluindo dificuldade para utilizá-lo, sensação de diminuição da ereção e perda da sensibilidade durante o ato sexual, crença de que não há necessidade de uso em relações afetivas ou monogâmicas ou por acreditarem que a pausa para colocar o preservativo "quebra o clima" da relação (AGUIAR *et al*., 2020).

Estudos realizados no estado do Rio Grande do Sul, entre 1980 e 2015; no estado de Sergipe, entre 2008 e 2015; no estado de Rondônia, entre 2007 e 2016 e entre 2010 e 2019, na Região Sudeste do Brasil evidenciaram diferentes tendências na razão dos sexos ao longo do tempo, embora a proporção de casos entre indivíduos do sexo masculino seja sempre maior em relação ao sexo feminino (PEREIRA *et al*., 2018; OLIVEIRA; MORAIS; SOBRAL, 2018; CAMPOS *et al*., 2020; RODRIGUES *et al*., 2022).

Apesar da predominância da doença em homens em relação às mulheres, pesquisas identificaram dificuldades em determinar um gênero mais vulnerável, devido à escassez de estudos que definam fatores biológicos de suscetibilidade por sexo (ANTUNES *et al*., 2002; LIMA; MOREIRA, 2008). As diferenças fisiológicas entre os sexos não foram associadas a uma maior probabilidade de adquirir a doença, mas aos comportamentos de risco individuais. Portanto, os pesquisadores enfatizaram a importância de identificar os principais comportamentos de risco para a transmissão da doença, em vez de categorizar grupos de risco, devido a divergências ideológicas que não refletiam a dinâmica da doença (REIS *et al*., 2011; BARCELLOS; BASTOS, 1996).

A esse respeito, nessa pesquisa observou-se predominância de casos entre indivíduos do sexo masculino, com uma proporção de mulheres para homens de 0,41:1,0 e taxas de mortalidade com as maiores magnitudes em relação a indivíduos também do sexo masculino (Tabela 3 e 4).

Esses achados são semelhantes aos dados de estudos sobre perfis epidemiológicos realizados no Brasil, de acordo com as variáveis relacionadas a sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor e categoria de exposição, a exemplo de um estudo sobre tendência temporal de HIV/AIDS, no estado de Minas Gerais, utilizando dados do SINAN; estudo de coorte com pessoas vivendo com HIV, no estado de Pernambuco; estudo para avaliação do atendimento

ambulatorial, no estado do Rio Grande do Norte; e revisão de literatura sobre o perfil epidemiológico dos casos no Brasil (BRASIL, 2022; CASTRO *et al*., 2020; COELHO *et al*., 2022; SILVA *et al*., 2017; TAVARES *et al*., 2021).

Ao categorizar escolaridade na Tabela 2, o estudo verificou a maior incidência em níveis educacionais incompletos (32,91%). Coadunando Paiva (2022), é importante entender o nível de escolaridade da população, pois o baixo nível educacional pode interferir diretamente na compreensão e preocupação dos cuidados relevantes à saúde, à sexualidade, em especial às IST.

Corroborando essa assertiva, Fialho *et al*. (2023) ao analisarem o perfil epidemiológico de adolescentes que vivem com HIV/AIDS no Estado do Espírito Santo, Brasil, destacaram que o nível de escolaridade tem relevância para aqueles adolescentes que vivem com HIV/AIDS, pois, os com maior escolaridade, buscam mais informações sobre a doença e aderem melhor ao tratamento antirretroviral.

Apesar de quase quatro décadas de epidemia de AIDS, a associação da doença com determinados grupos ainda persiste na sociedade devido à forte presença da mídia no início da epidemia e ao impacto em celebridades homossexuais (KNAUTH *et al*., 2020). Para os homens heterossexuais, a AIDS muitas vezes é vista como uma doença distante de sua identidade sexual. No entanto, conforme Parker, Aggleton, Perez-Brumer (2016), a utilização de categorias epidemiológicas e biomédicas para descrever grupos específicos, como homens que fazem sexo com homens (HSH) e pessoas trans, sem levar em conta sua diversidade e sua relação com fatores como raça/cor e classe social, é problemática. A tentativa de priorizar grupos mais afetados pela epidemia por meio de noções de grupo ou comportamento de risco não conseguiu conter o aumento das taxas de HIV nesses grupos. Além disso, o uso dessas categorias pode levar à invisibilidade de segmentos mais vulneráveis e fazer com que certos grupos não se identifiquem com o HIV/AIDS (KAPLAN; SEVELIUS; RIBEIRO, 2018).

Nesse sentido, quanto à categoria de exposição mais comum vista neste estudo (Tabela 2), a orientação heterossexual prevaleceu em 49,85%, semelhante ao estudo realizado em um hospital na Índia, que avaliou o padrão epidemiológico durante um período de 13 anos e obteve prevalência da categoria heterossexual (95,5%) (GUPTA *et al*., 2019). Araújo *et al*. (2021) verificaram a predominância na transmissão por via sexual em heterossexuais e homossexuais. No entanto, na Polônia (69,5%) referem-se a via por relação homossexual (SZMULIK; NIEDŹWIEDZKA-STADNIK, 2019).

É possível compreender que o perfil da epidemia do HIV/AIDS passa por adaptações e modificações ao longo dos anos, variando de acordo com as características de uma região e

muito fortemente ligado aos determinantes sociais, econômicos e culturais das populações (FONSECA; BASTOS, 2007).

A taxa de incidência de novos casos da infecção pelo vírus HIV por 100.000 habitantes (Tabela 3) registrou o menor valor em 2016, com 4,42 e o maior em 2019, com 14,1. Rosa *et al*. (2022) ao caracterizarem a incidência da doença em Santa Cruz do Sul/RS, de 2001 a 2020 também verificaram uma maior taxa de incidência de HIV/AIDS, em 2019 (59,4/100 mil habitantes). Destaca-se que, a variação da incidência na presente pesquisa pode estar relacionada à atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), além da inclusão do HIV na relação de agravos de notificação compulsória, em 6 de julho de 2014 (Portaria MS nº 1.271) (BRASIL, 2014).

Considerando-se o atual cenário de mortalidade por HIV/AIDS na Paraíba, os dados verificados na Tabela 4 são de suma importância. A elevada mortalidade por HIV/AIDS no sexo masculino na Paraíba segue o padrão da mortalidade por HIV/AIDS observado no país e no mundo (PAULA *et al*., 2020; CROXFORD, *et al*., 2019; SMITH *et al*., 2014). Contudo, o sexo feminino também necessita de atenção, por manter tendência a crescimento em alguns estados, quando consideradas as doenças definidoras do agravo (CUNHA; CRUZ, 2022).

Sabe-se que, historicamente, os homens não têm o hábito de procurar por atendimento médico (MARANHÃO *et al*., 2020), o que os levam a serem menos propensos a realizar o teste anti-HIV, a buscar o tratamento antirretroviral e, consequentemente, mais prováveis de adoecer e morrer devido a doença (WHO, 2019).

É possível observar, culturalmente, a participação mais ativa das mulheres nos serviços de saúde no intuito de garantir a prevenção de doenças e outros agravos, o que contribui para os menores valores de mortalidade nessa população (TEIXEIRA, 2016). Dessa forma, é possível perceber que alguns homens apresentam esse sentimento devido a insegurança que possuem em conhecer sua situação de saúde, ou seja, retardam o diagnóstico por receio da sua descoberta (PEREIRA; NERY, 2014). Esta revelação, portanto, é considerada prejudicial para o dia a dia e que pode interferir nas condições de vida e saúde, gerando o descarte de estratégias de enfrentamento (ALBUQUERQUE *et al*., 2014).

A estratificação por cor/raça se deu com alterações significantes, em que os indivíduos "não brancos" são mais acometidos com relação à mortalidade, conforme Tabela 4. Nessa perspectiva, salienta-se que essa população possui uma vida sexual ativa associada aos níveis de informações reduzidos, em virtude da baixa escolaridade (com ensino fundamental e/ou médio incompletos), evidenciada em maior parte desse segmento étnico/racial. Partindo desse pressuposto, faz-se necessário que equipes multiprofissionais incrementem a educação em

saúde voltada à disseminação de informações básicas, como a utilização de preservativos e outros métodos de prevenção contra o HIV/AIDS, considerando as especificidades necessárias e atentando-se para particularidades de cada indivíduo (BRASIL, 2018).

Cunha *et al*. (2018) realizando uma análise no Brasil, verificaram que as tendências de mortalidade por raça foram crescentes entre pardos e negros, decrescentes entre brancos e estacionárias na raça preta. Há diferenças importantes entre as grandes regiões, destacando-se o Norte e Nordeste devido às tendências crescentes em todas as raças. Sendo assim, o estudo regionalizado da mortalidade por HIV/AIDS segundo raça/cor pode ser importante para a definição de estratégias de enfrentamento ao agravo.

A configuração da regionalização da saúde na Paraíba é dividida em três Macrorregiões. A primeira Macrorregião de Saúde tem sua sede em João Pessoa e é composta por quatro Regiões de Saúde. A segunda Macrorregião de Saúde, com sede em Campina Grande, inclui cinco Regiões de Saúde. Por fim, a terceira Macrorregião de Saúde possui sete Regiões de Saúde e duas sedes, uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão) (GOVERNO DA PARAÍBA, 2021).

Ao realizar o diagnóstico de óbitos de HIV/AIDS nas macrorregiões do estado da Paraíba (Tabela 5), verificou-se que a epidemia de Aids é uma realidade em todo o território estadual. Sake *et al*. (2006) pontuam que, em termos geográficos, a maior parte dos óbitos se concentra em grandes áreas urbanas, com progressivo aumento em áreas urbanas de médio e pequeno porte. Conforme a Tabela 5 vista neste estudo, as macrorregiões de João Pessoa com 64,90% e Campina Grande com 23,36% aparecem em primeiro e segundo lugares, respectivamente, durante todo o período analisado. Estes dados também são consonantes com os dados de morbi-mortalidade nacionais (CASTRO *et al*., 2020; CARDOSO *et al*., 2021; MONTANHA *et al*., 2021; PREIS *et al*., 2017), mas a análise por macrorregião, por outro lado, esconde aspectos da distribuição espacial por municípios importantes, para um conhecimento mais detalhado dos riscos de morte por HIV/AIDS no estado.

Portanto, a análise dos determinantes sociais relacionados aos casos de HIV/AIDS revela que é um problema que vai além da saúde e requer colaboração de diversos setores para proteger os direitos dos cidadãos. As análises de séries temporais mostram como as taxas mudam ao longo do tempo. No entanto, estão sujeitas a variações nos critérios de diagnóstico e na disponibilidade de dados. A capacidade de contextualizar as tendências históricas, sociais e de políticas públicas permite entender melhor onde ocorrem determinadas mudanças e como agir diante delas.

É importante destacar que, como este é um estudo ecológico, não é possível tirar conclusões individualizadas. No entanto, essa limitação não compromete os resultados, uma vez que o foco estava na população estadual e no embasamento da revisão literária.

## 6. CONCLUSÃO

O cenário do HIV/AIDS na Paraíba se mostrou estável no decorrer dos anos analisados; porém, com maior prevalência em homens jovens pardos, com baixa escolaridade, apresentando também uma maior letalidade nessa população, frente a casos mais graves da doença, principalmente, na macrorregião de saúde João Pessoa. Dessa forma, esse grupo merece maior atenção do Estado para a adoção de políticas públicas em saúde, para o início do tratamento antirretroviral, com celeridade e medidas preventivas da infecção, por meio da PREP/PEP, incentivo ao uso de preservativos físicos e campanhas de informação sobre sexualidade saudável e comportamento de risco.

Os achados desta investigação podem contribuir para o aprofundamento da análise da mortalidade por HIV/AIDS e, assim, apoiar o planejamento e a gestão de ações de saúde pública. No entanto, o estudo tem limitações, como o uso de dados secundários sujeitos às notificações de casos, o que impede a análise das diversas diferenças dentro do grupo de mulheres, como gênero, práticas sexuais e vulnerabilidades. Além disso, informações sobre raça/cor e categoria de exposição têm lacunas nos registros, por isso, são necessários estudos que aprofundem a presente análise.

Os dados para o estudo provêm principalmente do SINAN/SIM e foram complementados por outros sistemas. Mas, a subnotificação ainda é um problema. Dessa forma, é imprescindível a notificação de todos os casos de HIV/AIDS nas plataformas do MS e melhorar o preenchimento das fichas de notificação, por parte dos profissionais da saúde, para garantir dados mais precisos.

Sendo assim, percebe-se o quão importante são as medidas de prevenção para novas infecções pelo HIV, bem como seu diagnóstico precoce e notificação aos sistemas de agravos. Tais medidas mantiveram os números de infecções e óbitos relativamente estáveis e em queda ao longo desses 11 anos analisados. Verificar os números de casos de PVHIV/AIDS e suas características sociodemográficas é essencial, para descrever e interpretar as respostas à epidemia no estado. Nesse cenário, as análises dos dados informam as tendências de trajetória da doença e orientam o processo de tomada de decisões relacionadas às medidas de controle e de alocação de recursos, por parte do sistema de saúde público nacional.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. B. *et al*. Idosos vivendo com HIV–comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 575-584, 2020.

ALBUQUERQUE, G. A. *et al*. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 607-614, 2014.

ANTUNES, M. C. *et al*. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 88-95, 2002.

ARAÚJO, D. A. M. *et al*. Análise do perfil epidemiológico do número de casos de AIDS no Brasil nos últimos 10 anos. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 65, p. 6054-6065, 2021.

BARCELLOS, C. de C.; BASTOS, F. I. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. **Bol. Oficina. Sanit. Panam**, v. 121, n. 1, 1996.

BRASIL. Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis - DATHI. **Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros**. [s.d]. Disponível em: http://indicadores.aids.gov.br/. Acesso em: 18 ago. 2023.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Volume I. AIDS/Hepatites virais. Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília. FUNASA, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_1.pdf. Acesso em: 17 de ago. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 09 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dia mundial de luta contar a AIDS. **Casos de AIDS diminuem no Brasil**. Boletim Epidemiológico sobre a doença aponta queda na taxa de detecção de AIDS no país desde 2012. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/AIDS/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/casos-de-AIDS-diminuem-no-brasil. Acesso em: 18 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painéis de indicadores e dados básicos**. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/paineis-de-indicadores-e-dados-basicos. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política Nacional de DST/AIDS**: princípios e diretrizes. 1. ed. Brasília, 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Vigilância do HIV no Brasil**. Novas Diretrizes. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/162vig_hiv_005.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2022**. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: Acesso: 15 ago. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. HIV/AIDS | 2021. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais de 52 mil jovens de 15 a 24 anos com HIV evoluíram para AIDS nos últimos dez anos**. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/mais-de-52-mil-jovens-de-15-a-24-anos-com-hiv-evoluiram-para-AIDS-nos-ultimos-dez-anos#:~:text=Em%202021%2C%2040%2C8%20mil,HIV%2FAIDS%20do%20ano%20passado. Acesso em: 18 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 2014.

BRASIL. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020**. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, 2020.

CAMPOS, B. de S. *et al*. Análise da incidência dos casos de AIDS notificados no período de 2007 a 2016, Rondônia, Brasil. **South American Journal of Basic Education, Technical and Technological**, v. 7, n. 2, p. 322-335, 2020.

CARDOSO, J. V. R. *et al*. Análise do Perfil dos Idosos vivendo com Hiv/Aids Na Macrorregião Norte do Estado do Paraná. *In*: **Congresso Internacional em Saúde**. 2021.

CASTRO, S. de S. *et al*. Tendência temporal dos casos de HIV/aids no estado de Minas Gerais, 2007 a 2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2018387, 2020.

COÊLHO, M. R. C. D. *et al*. Retrospective observational study on the epidemiological profile of people living with HIV/AIDS in Pernambuco state, Brazil. **The Journal of Infection in Developing Countries**, v. 16, n. 02, p. 346-351, 2022.

COSTA, M. F. L.; SANDHL, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Belo Horizonte, v.12, n. 4, p. 189-201, 2003.

CROXFORD, S. et al. Mortality and causes of death in people diagnosed with HIV in the era of highly active antiretroviral therapy compared with the general population: an analysis of a national observational cohort. **The Lancet Public Health**, v. 2, n. 1, p. e35-e46, 2017.

CUNHA, A. P. da; CRUZ, M. M. da. Análise da tendência da mortalidade por doenças definidoras e não definidoras de HIV/aids segundo características sociodemográficas, por Unidade da Federação e Brasil, 2000-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, p. e2022093, 2022.

CUNHA, A. P. da *et al*. Tendência da mortalidade por HIV/Aids segundo raça/cor no Brasil e suas regiões entre 2000 e 2015. **Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2018.

FIALHO, C. B. *et al*. Perfil epidemiológico de adolescentes vivendo com HIV/AIDS no Espírito Santo, Brasil: um estudo transversal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 33, n. 1, p. 58, 2023.

FONSECA, M. G. P.; BASTOS, F. I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cadernos de saude publica**, v. 23, n. suppl 3, p. S333-S343, 2007.

GOVERNO DA PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde Paraíba 2020 - 2023**. - Resolução nº 154, de 14 de agosto 2020. 2021. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANOS-ESTADUAL-DE-SAUDE-PB-2020-2023.pdf. Acesso em: 08 set. 2023.

GUERRERO, A. F. H. *et al*. Perfil sociodemográfico e epidemiológico preliminar de pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Coari, Amazonas, Brasil, no período de 2005 a 2016. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 1, p. 103-112, 2019.

GUPTA, N. *et al*. Epidemiological trends in patients living with human immunodeficiency virus: a 13-year experience from a tertiary care center in India. **Infez. Med**, v. 27, n. 3, p. 308-315, 2019.

KAPLAN, R. L.; SEVELIUS, J.; RIBEIRO, K. In the name of brevity: the problem with binary HIV risk categories. *In*: **Rethinking MSM, Trans* and other Categories in HIV Prevention**. Routledge, 2018. p. 6-16.

KNAUTH, D. R. *et al*. O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00170118, 2020.

LAGUARDIA, J. O uso da variável" raça" na pesquisa em saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, p. 197-234, 2004.

LEE, E. *et al*. Estimation of the Number of HIV Infections and Time to Diagnosis in the Korea. **Journal of Korean Medical Science**, v. 35, n. 6, 2020.

LIMA, M. L. C.; MOREIRA, A. C. G. AIDS e feminização: os contornos da sexualidade. **Revista Subjetividades**, v. 8, n. 1, p. 103-118, 2008.

MARANHÃO, T. A. *et al*. Mortalidade pela síndrome da imunodeficiência adquirida e fatores sociais associados: uma análise espacial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

MATHIAS, L. A. **Epidemiologia**. 2014. Disponível em: https://www.fcav.unesp.br/Home/departamentos/medicinaveterinaria/LUISANTONIOMATHIAS/apostila-epidemiologia.pdf. Acesso em: 17 ago. 2013.

MATOS, S. L. *et al*. Casos de HIV/AIDS durante uma década em uma cidade na região metropolitana de Porto Alegre (RS). **Saúde e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 1-13, 2023.

MENENDEZ-ARIAS, L.; DELGADO, R. Update and latest advances in antiretroviral therapy. **Trends in pharmacological sciences**, v. 43, n. 1, p. 16-29, 2021. DOI: 10.1016/j.tips.2021.10.004.

MITIDIERI, P. **DATASUS:** o que é e qual é o objetivo do sistema?. 2020. Disponível em: https://conclinica.com.br/blog/datasus/. Acesso em: 19 ago. 2023.

MONTANHA, R. M. *et al*. Diagnóstico tardio do HIV/AIDS: uma realidade em uma região no sul do Brasil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 25, p. 101267, 2021.

MOREIRA, R. da S. Epidemiologia e a categoria das raças: reflexões onto-epistemológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00133721, 2021.

NEUNDORFER, M. M. *et al*. HIV-risk factors for midlife and older women. **The Gerontologist**, v. 45, n. 5, p. 617-625, 2005.

OLIVEIRA, C. S. de *et al*. Perfil epidemiológico da AIDS no Brasil utilizando sistemas de informações do Datasus. **RBAC**, v. 52, n. 3, p. 281-5, 2020.

OLIVEIRA, F. S.; MORAES, A. L. de J.; SOBRAL, M. A. de S. Estudo epidemiológico da AIDS no período 2008-2015 no estado de Sergipe. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, v. 6, n. 1, p. 17-33, 2018.

OLIVEIRA, M. S. C. de *et al*. **Book de aniversário de 29 anos do Datasus**. Realizações do último ano (2019-2020). A estrada para a transformação digital do SUS. Ministério da Saúde: Datasus, 2020. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/DATASUS-29-ANOS-Book-das-realiza%C3%A7%C3%B5es-de-

2019-a-2020-A-Estrada-para-aTransforma%C3%A7%C3%A3o-Digital-do-SUS.pdf. Acesso em: 19 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **HIV/AIDS**. 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/hivAIDS. Acesso em: 17 ago. 2023.

PAIVA, F. de A. S. **Infecções sexualmente transmissíveis em idosos: passado, presente e futuro**. 2022. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gerontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/25746/1/FranciscoDeAssisSilvaPaiva_Dissert.pdf. Acesso em: 06 jul. 2023.

PARKER, R.; AGGLETON, P.; PEREZ-BRUMER, A. G. The trouble with 'Categories': Rethinking men who have sex with men, transgender and their equivalents in HIV prevention and health promotion. **Global Public Health**, v. 11, n. 7-8, p. 819-823, 2016.

PAULA, A. A. de *et al*. Perfis de mortalidade em pessoas vivendo com HIV/aids: comparação entre o Rio de Janeiro e as demais unidades da federação entre 1999 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020.

PEREIRA, G. F. M. *et al*. Epidemiologia do HIV e aids no estado do Rio Grande do Sul, 1980-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, 2018.

PEREIRA, L. P.; NERY, A. A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 635-643, 2014.

PORTELA, M. C.; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/AIDS no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. suppl, p. 70-79, 2006.

PREIS, L. C. *et al*. Aspectos epidemiológicos da mortalidade por HIV/AIDS em Santa Catarina. **Anais eletrônicos**, Campinas, Galoá, 2017.

PUGLIESE, M. **Adesão ao tratamento antirretroviral em gestantes com HIv: uma revisão integrativa**. 2021. 38 f. TCC (Graduação) - Curso de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/240348/001141437.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 17 ago. 2023.

QIAO, Y.-C. *et al*. Epidemiological analyses of regional and age differences of HIV/AIDS prevalence in China, 2004–2016. **International journal of infectious diseases**, v. 81, p. 215-220, 2019.

REIS, R. K. *et al*. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, p. 565-575, 2011.

RODRIGUES, I. M. *et al*. Análise epidemiológica dos casos de Aids no Sudeste brasileiro de 2010 a 2019. **Población y Salud en Mesoamérica**, v. 19, n. 2, p. 162-183, 2022.

ROSA, P. B. *et al*. Distribuição espacial e incidência de casos de HIV/aids em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2001 a 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, p. e2022323, 2022.

SILVA, A. M. da. **Perfil das pessoas vivendo com HIV e Aids detectadas no período de 2010 a 2015 no Brasil**: análise dos fatores associados ao tratamento. 2018. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2018.

SILVA, R. A. R. da *et al*. Health care for people with HIV: evaluation of users. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 1, p. 21-27, 2017.

SILVA, S. F. M.; OLIVEIRA, A. V. de. Análise dos dados do HIV/AIDS no estado do Espírito Santo. **Boletim Epidemiológico nº 35 - CE IST HIV/AIDS – 2020 - Dados até Dez 2019**. 2020. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/NEVS/An%C3%A1lise%20dados%20HIV%20AIDS%20-%20ES%20-Boletim%20N.%2035%20-CE%20ES%20-2020-%20DRA.%20SANDRA%20FAGUNDES%20-20nov2020.pdf. Acesso em: 06 set. 2023.

SMITH, C. J. *et al*. Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D: A: D): a multicohort collaboration. **The Lancet**, v. 384, n. 9939, p. 241-248, 2014.

SOUZA, D. E. de. **Análise temporal e de fatores contextuais associados ao HIV/aids no Brasil no período de 2000 a 2019**. 2022. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/59811/denise_eliziana_souza_ensp_mest_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 09 set. 2023.

SZMULIK, K.; NIEDŹWIEDZKA-STADNIK, M.; ROSIŃSKA, M. HIV and AIDS in Poland in 2017. **Przegl Epidemiol**, v. 73, n. 2, p. 179-92, 2019.

TAVARES, M. de P. M. *et al*. Perfil epidemiológico da AIDS e infecção por HIV no Brasil: Revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 786-790, 2021.

TEIXEIRA, D. B. S. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 4, 2016.

UNAIDS. **Estatísticas**. 2023. Disponível em: https://unAIDS.org.br/estatisticas/. Acesso em: 15 de ago. de 2023.

UNAIDS. **O caminho que põe fim à AIDS**. 2023. Disponível em: https://unAIDS.org.br/wp-content/uploads/2023/07/JC3082_GAU2023-ExecSumm_v2_embargoed_PT_VF_Revisada-EA.pdf. Acesso em: 17 ago. 2023.

WAGNER, M. B. Medindo a ocorrência de doença: prevalência ou incidência?. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 157-62, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World AIDS Day 2019 Communities make the difference**. 2019. Disponível em: https://www.who.int/campaigns/world-aids-day/2019. Acesso em: 05 set. 2023.

ZUGE, S. S. *et al*. Adherence to antiretroviral treatment for hiv and inter-its relationship with the programmatic vulnerability. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, p. 3406-3417, 2015. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3406-3417.