

# 45 ANOS DA PANDEMIA DE HIV/AIDS: UMA ANÁLISE SOBRE AS CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADAS NO BRASIL

João Luís da Silva<sup>1</sup> 

Davi Miranda Falcão Lopes<sup>2</sup> 

Ísis Maria de Sousa Brito<sup>3</sup> 

Everton José Almeida Gomes<sup>4</sup> 

Leonardo Sobral de Lima<sup>5</sup> 

Juliane da Silva Ferreira<sup>6</sup> 

1. Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru, PE, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** O presente estudo possui como objeto uma análise transversal e quantitativa mais detalhada acerca da epidemia de HIV/AIDS, iniciada da década de 1980 até os dias atuais. **Método:** Tal análise foi feita a partir de dados epidemiológicos nacionais que abordam categorias como gênero, orientação sexual, condições médicas, acidentes com material biológico, transmissão vertical e ignorados. Trata-se de um levantamento descritivo, baseado em dados secundários obtidos durante o período de 1980 a 2023, constantes no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), disponível no DataSUS. **Resultados:** A abordagem teórica evidencia a forma de transmissão e a orientação sexual a fim de delinear os perfis epidemiológicos que surgiram a partir de 1980 e como se modificaram ao longo do tempo, destacando um contexto passível de possíveis políticas públicas de saúde de acordo com a realidade dos dados. **Conclusão:** A observação das principais tendências anuais e por década auxilia na descrição de como esses achados podem influenciar o planejamento de políticas públicas de saúde. **Palavras-chave:** HIV; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Pandemias; Serviços de Vigilância Epidemiológica; Sorodiagnóstico da AIDS.

## 45 YEARS OF THE HIV/AIDS PANDEMIC: AN ANALYSIS OF HIERARCHIZED EXPOSURE CATEGORIES IN BRAZIL

### ABSTRACT

**Introduction:** This study presents a more detailed cross-sectional and quantitative analysis of the HIV/AIDS epidemic, from its onset in the 1980s to the present day. **Method:** The analysis was based on national epidemiological data addressing categories such as gender, sexual orientation, medical conditions, accidents involving biological material, vertical transmission, and unknown cases. This is a descriptive survey based on secondary data obtained between 1980 and 2023 from the Notifiable Diseases Information System (SINAN), available on DataSUS. **Results:** The theoretical approach highlights modes of transmission and

sexual orientation to outline the epidemiological profiles that have emerged since 1980 and how they have evolved over time, emphasizing a context that may guide potential public health policies according to the data reality. **Conclusion:** Observing the main annual and decade-based trends helps describe how these findings may influence the planning of public health policies.

**Keywords:** HIV; Sexually Transmitted Diseases; Pandemics; Epidemiologic Surveillance Services; AIDS Serodiagnosis.

## 45 AÑOS DE LA PANDEMIA DE VIH/SIDA: UN ANÁLISIS SOBRE LAS CATEGORÍAS DE EXPOSICIÓN JERARQUIZADAS EN BRASIL

### RESUMEN

**Introducción:** El presente estudio tiene como objetivo un análisis transversal y cuantitativo más detallado sobre la epidemia de VIH/SIDA, desde su inicio en la década de 1980 hasta la actualidad. **Métodos:** Dicho análisis se realizó a partir de datos epidemiológicos nacionales que abordan categorías como género, orientación sexual, condiciones médicas, accidentes con material biológico, transmisión vertical y casos ignorados. Se trata de un estudio descriptivo, basado en datos secundarios obtenidos durante el período de 1980 a 2023, registrados en el Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN), disponible en DataSUS. **Resultados:** El enfoque teórico pone de relieve las formas de transmisión y la orientación sexual con el fin de delinear los perfiles epidemiológicos que surgieron desde 1980 y cómo se han modificado a lo largo del tiempo, destacando un contexto susceptible de orientar posibles políticas públicas de salud de acuerdo con la realidad de los datos. **Conclusión:** La observación de las principales tendencias anuales y por década ayuda a describir cómo estos hallazgos pueden influir en la planificación de las políticas públicas de salud.

**Palabras clave:** VIH; Enfermedades de Transmisión Sexual; Pandemias; Servicios de vigilancia Epidemiológica; Serodiagnóstico del SIDA.

### INTRODUÇÃO

A pandemia de HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é geralmente considerada como tendo seu início nos anos 1980. Os primeiros casos de uma doença enigmática, que mais tarde seria identificada como AIDS, foram registrados nos Estados Unidos em 1981. No entanto, há evidências de que o vírus ancestral que originou o HIV-1 B, sorotipo mais prevalente nas Américas e Europa, provavelmente migrou da África e se estabeleceu em ilhas do Caribe nos anos 1960. A partir do Caribe, o HIV-1 B se espalhou para os Estados Unidos e, do território americano, alcançou outros continentes, estabelecendo sua linhagem pandêmica (Junqueira; Almeida, 2016).

Vários estudos retrospectivos identificaram casos de infecção pelo HIV que datam da década de 1970. Dentre estes, destacam-se as investigações de Elvin-Lewis *et al.* (1973), sugerindo que o vírus estava presente nos Estados Unidos antes da década de 1980, e a pesquisa de Frøland *et al.* (1988), sobre um marinheiro norueguês e dois de seus filhos que morreram de uma doença

desconhecida em 1976. Esses e outros estudos apontam a presença do HIV antes do reconhecimento oficial da AIDS nos anos 1980, sugerindo que o vírus já circulava em populações humanas décadas antes de ser isolado e identificado como a causa da doença em 1983 pelos pesquisadores do Instituto Pasteur, na França, liderados por Luc Montagnier (Elvin-Lewis *et al.*, 1973; Frøland *et al.*, 1988)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) não fez uma declaração formal específica decretando a pandemia de HIV/AIDS em um ano específico, como foi o caso da pandemia de COVID-19. No entanto, a OMS reconheceu a gravidade da crise global de HIV/AIDS e declarou o HIV/AIDS como uma prioridade de saúde pública internacional no início dos anos 1980, após os primeiros casos de AIDS serem relatados nos Estados Unidos em 1981. Em 1986, a OMS criou o Programa Global de AIDS (GPA) para coordenar a resposta internacional à epidemia. Portanto, embora não haja um ano exato em que a OMS tenha formalmente declarado a pandemia de HIV/AIDS, a resposta global organizada pela agência de saúde começou em meados dos anos 1980, refletindo o reconhecimento da crise global (UNAIDS, 2023).

O primeiro caso de AIDS no Brasil foi notificado retrospectivamente na cidade de São Paulo, especificamente no Hospital Emílio Ribas, em 1980. No entanto, foram necessários mais dois anos para que o diagnóstico fosse confirmado e classificado como AIDS. Tratava-se de um jovem homossexual com febre, perda de peso e gânglios pelo corpo, diagnosticado com tuberculose disseminada (Amato Neto *et al.*, 1983; Brasil, 1999). Após este caso inicial, outros casos foram identificados, principalmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. As categorias de exposição preponderantes incluíam homens que faziam sexo com homens (homossexuais e bissexuais masculinos), hemofílicos e pessoas que receberam sangue e hemoderivados (Bastos *et al.*, 1995).

Passados quase quarenta e cinco anos do início desta pandemia, continua sendo muito importante a realização de análises aprofundadas sobre as principais categorias de exposição hierarquizadas para a infecção por HIV em virtude de vários motivos, mas, sobretudo, pelo fato dessas categorias de exposição estarem intimamente ligadas a todos os estigmas e preconceitos enfrentados por pessoas que vivem com HIV. Tais categorias de exposição podem ser assim encontradas nos sistemas de informação em saúde do Brasil via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS): orientação sexual (homossexuais, bissexuais e heterossexuais), usuários de drogas injetáveis, hemofílicos, transfusão de sangue, acidente com material biológico, transmissão vertical e categoria de exposição ignorada.

Ao longo da última década, a expressão estigmatizadora “grupos de risco” foi paulatinamente substituída por “comportamentos de risco” relacionados ao HIV na elaboração de políticas e ações de prevenção. Tal fato se deu, justamente por não haver qualquer lastro epidemiológico que sustente a primeira expressão que, além de tudo, é explicitamente discriminatória, limitadora da compreensão epidemiológica do que significa um determinado risco (enquanto chance estatística) diante de alguma doença ou agravo e não reflete com precisão a dinâmica da transmissão do HIV/AIDS. Ao adotar uma abordagem baseada em comportamentos e determinantes sociais denotados no uso da segunda expressão, a saúde pública pode ser mais eficaz e equitativa na resposta à epidemia de HIV/AIDS.

No entanto, as conferências internacionais de HIV/AIDS apontam a persistência do estigma relacionado com o HIV como o maior obstáculo ao tratamento e à prevenção (Souza *et al.*, 2022). O medo gerado pelo desconhecimento sobre a infecção, bem como as atitudes e julgamentos negativos em relação às pessoas com HIV/AIDS, persistem apesar de décadas de campanhas de informação e conscientização (Gesese *et al.*, 2017; Parker, 2013).

Como a pandemia de HIV/AIDS e seus estigmas continuam a ser um desafio global, com impactos significativos no Brasil, onde é um fenômeno de grande magnitude e extensão, este trabalho tem como objetivo analisar a caracterização e as mudanças epidemiológicas nos perfis de infecção por HIV segundo as categorias de exposição hierarquizadas de 1980 a 2023.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, realizado a partir da perspectiva quantitativa e de caráter simultaneamente descritivo e analítico, realizado por meio da coleta de dados secundários retrospectivos no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), disponível na plataforma Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram incluídos todos os casos de HIV/AIDS notificados no Brasil e disponibilizados na referida fonte de dados no período de 1980 a 2023.

A definição de caso confirmado de HIV/AIDS baseia-se nos critérios adotados pelo Ministério da Saúde. De modo geral, nos dias atuais, são necessários dois exames (testes rápidos ou laboratoriais) “positivos” para confirmar a infecção pelo HIV. Já os casos de AIDS são caracterizados pela redução no número de linfócitos T CD4 +, que varia em decorrência da faixa etária do paciente, e/ou aparecimento de doenças oportunistas. A identificação de tais situações é de notificação compulsória e torna-se essencial para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país (Brasil, 2018; Brasil, 2013).

O DATASUS contém dados referentes aos casos que foram notificados no país, como ano do diagnóstico e informações relacionadas ao indivíduo infectado: local de residência, raça/cor, nível de escolaridade, sexo e forma de exposição ao vírus. O foco adotado nesta análise é a variável proporção de casos de AIDS por “Categoria de Exposição Hierarquizada”, definida pelo DATASUS como sendo o espelho da proporção de casos de AIDS confirmados nas distintas categorias de exposição hierarquizadas (sexual, sanguínea e transmissão vertical), por sexo e com recorte entre adultos e crianças, refletindo a forma como os indivíduos foram expostos ao vírus HIV (DATASUS, 2010).

A partir da utilização da estatística descritiva, os dados foram processados e analisados em números absolutos e relativos percentuais no *Microsoft Office Excel*, através dos quais também foram construídas tabelas.

Para tanto, o estudo dessas variáveis obedeceu a divisão temporal de décadas, o que corresponde a um período de 10 anos, com o objetivo de analisar as particularidades de cada época no que tange ao perfil de acometimento supracitado. Assim, tem-se a década de 1980 (1980-1989), a qual corresponde a confirmação do primeiro caso e disseminação pandêmica, seguida pelos anos 1990 (1990-1999), onde surgem as primeiras alternativas farmacológicas de tratamento e virada do milênio (2000-2009; 2010-2019), período caracterizado pelas estratégias de prevenção farmacológica como a Profilaxia Pré-exposição ao HIV até os dias atuais (2020-2023).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de 1980 a junho de 2023, foram notificados 1.124.063 casos de HIV/AIDS no Brasil. Desses, 66,2% (n = 743.596) ocorreram em homens e 43,3% (n = 486.160) foram registrados em pessoas com idades entre 20 e 34 anos. Em termos de cor/raça, as pessoas de cor branca representaram 23,7% (n = 265.937) das notificações, conforme pode ser observado na Tabela 1. No entanto, ao somar o total de pessoas pretas (n = 62.454) e pardas (n = 219.517), observa-se que as pessoas negras, no total, correspondem a 25,1% (n = 281.971), configurando-se como o grupo racial com o maior percentual de casos notificados.

Ainda sobre a análise desta variável, é importante destacar que mais de 50% dos casos de HIV/AIDS notificados constam nos sistemas de informação do Brasil com “raça/cor ignoradas”, o que representa um grande desafio para a composição de um panorama epidemiológico capaz de revelar minimamente a real magnitude desta patologia no país. O mesmo problema ocorre na notificação das categorias de exposição hierarquizadas relacionadas à transmissão do HIV/AIDS. Embora as pessoas de orientação heterossexual representem o maior percentual entre os que vivem

com HIV, totalizando 37,1% (n = 417.553), há uma quantidade expressiva de casos registrados como "categoria de exposição ignorada" (Tabela 1).

**Tabela 1. Caracterização geral dos casos de HIV/AIDS. Brasil. 1980 - 2023**

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	743.596	66,2
Feminino	380.346	33,8
Ignorado	121	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>1.124.063</b>	<b>100,0</b>

  

<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
< 1 ano	8.450	0,8
De 01 a 04	10.394	0,9
De 05 a 09	5.471	0,5
De 10 a 14	3.731	0,3
De 15 a 19	23.278	2,1
De 20 a 34	486.160	43,3
De 35 a 49	428.220	38,1
De 50 a 64	136.304	12,1
De 65 a 79	20.416	1,8
80 e mais	1.437	0,1
Ignorado	202	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>1.124.063</b>	<b>100</b>

  

<b>Raça/Cor</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Branca	265.937	23,7
Preta	62.454	5,6
Parda	219.517	19,5

Amarela	3.308	0,3
Indígena	1.656	0,1
Ignorado	571.191	50,8
<b>TOTAL</b>	<b>1.124.063</b>	<b>100,0</b>

<b>Categoria de exposição</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Heterossexual	417.553	37,1
Homossexual	139.757	12,4
UDI	74.314	6,6
Bissexual	54.389	4,8
Transmissão Vertical	19.008	1,7
Transfusão	2.380	0,2
Hemofílico	1.320	0,1
Acid. Material Biológico	26	0,0
Ignorado	415.316	36,9

Fonte:  
própria, a  
do Ministério  
SINAN, 2024

<b>TOTAL</b>	<b>1.124.063</b>	<b>100</b>
--------------	------------------	------------

Elaboração  
partir de dados  
da Saúde –

Historicamente, a transição e a evolução dos sistemas de notificação e vigilância epidemiológica, especialmente com a introdução de novas tecnologias e metodologias de coleta e registro de dados, podem ter gerado períodos de adaptação onde categorização de muitas variáveis não foram tão precisas, aumentando o número de casos classificados como "ignorados".

A falta de treinamento específico e contínuo dos profissionais de saúde sobre a importância da coleta de dados detalhados e precisos pode levar a notificações inadequadas, resultando em um maior número de casos com categoria de exposição ignorada.

Se a desinformação gera preconceito, precisamos qualificar as estratégias de notificação das variáveis relacionadas ao HIV/AIDS para que, nos próximos quarenta anos, não tenhamos o mesmo cenário de características ignoradas e apagadas dos sistemas de informação em saúde.

A evolução do perfil epidemiológico do HIV/AIDS no Brasil, com a doença afetando novos grupos demográficos (por exemplo, mulheres heterossexuais, idosos), pode ter impactado a categorização dos dados, especialmente se esses grupos tiverem comportamentos de risco menos documentados ou compreendidos.

Além disso, o estigma associado ao HIV/AIDS pode levar muitas pessoas a não revelar informações sobre práticas sexuais ou comportamentos de risco. Esse fator é importante, pois o medo de discriminação pode resultar em dados incompletos ou não categorizados.

A soma desses fatores resulta em um impacto significativo na qualidade dos dados epidemiológicos, dificultando a formulação de políticas públicas eficazes e a alocação de recursos adequados para o combate ao HIV/AIDS no Brasil. Uma abordagem multifacetada, incluindo melhorias nos sistemas de vigilância, treinamento adequado para profissionais de saúde e campanhas de redução do estigma, é essencial para melhorar a precisão e a completude dos dados de notificação.

O apagamento é uma constante na história dessa pandemia e se dá de diversas formas e em várias esferas e em cadeia, em rede. Não é apenas no sistema de informações em saúde que os dados referentes ao HIV/AIDS somem ou são ignorados. As políticas públicas de enfrentamento e prevenção neste setor também têm sofrido um processo progressivo de apagamento e desfinanciamento.

Em 1980, foi notificado apenas um caso de HIV/AIDS, enquanto em 1981 não houve notificações. A partir de 1982, houve um aumento exponencial, indicando possível subnotificação devido à falta de conhecimento sobre a epidemia. Nesse período, a epidemia se espalhou além dos grupos mais afetados. Em 1983, começaram a ser notificados casos entre hemofílicos, um grupo vulnerável devido à necessidade de controle de qualidade na triagem do suprimento sanguíneo. No entanto, apenas em 1985 houve notificações oficiais de casos por transfusão de sangue.

A partir de meados da década de 1980, grupos além daqueles identificados como “de risco” (homossexuais e usuários de drogas injetáveis), viram seus percentuais na categoria de exposição hierárquica aumentarem consideravelmente. No ano de 1986, o número de hemofílicos contaminados dobrou em comparação ao ano anterior (23 versus 46), apesar de não existirem diferenças em números relativos (4,31% versus 4,10%) em decorrência do aumento total de casos confirmados. Há, também, situação parecida com transfusões de sangue, na qual os acontecimentos saltaram de 21 (1985) para 115 (1987).

Ademais, a propagação do patógeno responsável pela AIDS atingiu, consideravelmente, crianças ainda no útero de suas mães. A quantidade de casos notificados de transmissão vertical, em 1986, era um total de 2 (0,18% do total do ano). Durante todos os anos da segunda metade do primeiro decênio (1980-1989) houve aumentos, de modo a culminar em 112 casos (1,86%) em 1989. Todas essas situações podem ter como motivo a descoberta, em 1983, da forma de contaminação do HIV: fluidos corporais de pessoas infectadas. Apesar da permanência de preconceitos entre a população em geral e, até mesmo, profissionais da saúde, tal fato pode ter suscitado maior busca e vigilância naqueles considerados fora dos “grupos de risco”.

Nesse sentido, no ano de 1987, surgiu uma das primeiras possibilidades de tratamento para a Aids, zidovudina, sendo mais conhecida como AZT, foi um dos mais importantes marcos da história do tratamento da doença mundial e que causou grande impacto nos anos seguintes no Brasil, pois ofereceu uma maneira de retardar a progressão da doença e iniciou a transformação do HIV de uma sentença de morte para uma doença crônica mais manejável (Souza Vieira, 2018).

A partir de 1992, a categoria heterossexual se tornou a com o maior número de casos, apresentando o maior crescimento total e a maior taxa média de crescimento anual, mantendo-se em ascensão constante até 1998. Embora as categorias bissexual e homossexual tenham mostrado um aumento constante no número de casos, a taxa de crescimento foi bem menor em comparação à heterossexual, sugerindo uma estabilização na transmissão de tais categorias.

A disseminação do vírus HIV para outros grupos, como observado pela maior incidência de casos em heterossexuais (23,90%) se comparado a homossexuais (19,96%) no ano de 1992, pode ter como causa uma cultura preconceituosa presente no país. Dentro de tal contexto, homens que fazem sexo com homens (HSH) são indivíduos que possuem relação sexual com pares do mesmo sexo, mas não se identificam com uma identidade gay. À época, a falta de identificação significava, em diversos momentos, a manutenção de tais práticas em sigilo, pois era buscado um certo padrão “heteronormativo” (posições “ativas” e “passivas”). Logo, resultaram-se práticas extraconjugais entre heterossexuais - diante de uma visão social - e homossexuais/ bissexuais, de modo a culminar nos dados apresentados. É importante ressaltar que apesar de existir um papel importante de HSH na proporção da epidemia de HIV/AIDS no Brasil, as políticas públicas e a sociedade seguiam uma postura homofóbica.

Ainda dentro das amarras preconceituosas que envolvem o Brasil, o ideal de masculinidade culturalmente construído pode ter forte influência na predominância de infecções HIV + em heterossexuais (28,48%) se comparado à população LGBT+, formado por homossexuais e

bissexuais, (27,51%) em 1993. Destarte, comportamentos de risco, como consumo de bebidas alcoólicas e multiparceria sexual, são valorizados e normalizados entre homens heterossexuais. Ademais, há uma ideia de necessidade de prover e se mostrar como pilar de força na família que pode afastar dos serviços de saúde.

Ademais, a partir de 1999, observa-se a primeira queda no número absoluto de casos totais e em todas as categorias de sexualidade desde a primeira notificação de casos. Também é importante destacar que a categoria de casos de usuários de drogas injetáveis atingiu o maior crescimento absoluto e valores, com seu pico histórico em 1996, representando aproximadamente 80% dos casos notificados naquele ano. No entanto, a partir do ano seguinte, houve uma queda constante durante o restante da década de 90.

Nesse contexto, durante esse período, houve associação com a forte mobilização social de luta contra a epidemia e a mudança da política nacional, tendo em vista que anteriormente a distribuição do tratamento com antirretrovirais pelo Ministério da Saúde não era uma proposta inicial durante toda década de 80, sendo disponibilizado na rede pública por meio de ações isoladas de políticas estaduais ou municipais e, em muitos casos, sob ação judicial (Barros; Vieira-da-Silva, 2017; Souza Vieira, 2018).

Em relação aos hemofílicos, houve uma redução significativa, com uma queda em quase toda a década, possivelmente devido a melhorias nos protocolos de segurança do sangue. Tanto a transfusão quanto a transmissão vertical apresentaram um crescimento constante até 1995, destacando-se a última por ter o maior crescimento relativo da categoria. No entanto, a partir de 1996, os casos de transfusão caíram vertiginosamente, com uma redução de cerca de 95% até 1999.

Vale ressaltar que em 1995 foi notificado o primeiro caso de acidente com material biológico. Durante toda a década de 90, apenas dois casos isolados foram identificados, um em 1995 e outro em 1996.

Ainda com a relação histórica desse período, o sancionamento da lei 9.313 de 1996 representou o maior marco da década na saúde pública do Brasil, a qual busca garantir o acesso gratuito e universal ao tratamento antirretroviral. Assim, o governo federal passou a assumir a responsabilidade não apenas de uma política nacional preventiva, mas também de garantir que o tratamento fosse distribuído de maneira contínua e gratuita, além de protagonizar um papel internacional na luta contra a redução dos preços dos medicamentos antirretrovirais. No entanto, houve forte pressão contrária ao sancionamento do campo político, público e médico, sob opiniões

preconceituosas e discursos de que a questão orçamentária não tornaria viável o projeto ou que era uma medida “discriminatória” com os pacientes de outras patologias (Souza Vieira, 2018).

A primeira década do século XXI é marcada pelo início de uma mudança importante na notificação dos casos de HIV/AIDS no SINAN, tendo em vista que as pessoas diagnosticadas passaram, a partir do ano de 2000, a serem muito menos colocadas dentro das opções de transmissão do que em comparação aos anos anteriores, algo que pode ser observada quando se compara o número de casos em que a caracterização do paciente foi ignorada nessa década em comparação ao ano anterior, visto que, em 2000, 33,67% dos diagnósticos de infecção por HIV realizados tiveram caracterização do tipo de transmissão e de orientação sexual ignorados, enquanto no ano de 1999 apenas 12,43% e essa tendência de aumento dos casos ignorados se manteve ao longo dos anos seguintes, o que reflete na diminuição percentual de todos os critérios de orientação sexual a partir do presente século.

É possível observar que, tratando-se da orientação sexual apenas, mesmo com uma maior proporção de casos onde a notificação ignora a forma de infecção, a proporção de novos casos de HIV entre pessoas declaradamente heterossexuais estabilizou, de modo que a porcentagem no início da década de 2000 foi praticamente igual a do final de 2010, enquanto a quantidade proporcional de homossexuais infectados, que vinha em uma tendência de queda até 1999 voltou a aumentar, apresentando uma diferença de 2% nos novos casos de 2010 quando comparados aos de 2000, tendência que se manteve mesmo após o fim da década. Entre os bissexuais, os casos mantiveram-se constantes em relação ao século passado.

A tendência de crescimento do acometimento de heterossexuais, principalmente homens, pela HIV/AIDS têm, de certa forma, componente estatal. Durante o decênio supracitado (2000-2009), diversas medidas foram tomadas visando o controle da epidemia em outros grupos populacionais. Nesse ínterim, foram lançadas, em 2007, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST e Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays, HSH e Travestis. Apesar de em 2009 existirem movimentações voltada à população homem heterossexual, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem era muito abrangente. Como anunciado pelo próprio nome, não possui foco no HIV. Assim, enquanto no período de 1998-2005, a testagem em mulheres quase triplicou, em homens manteve-se praticamente igual.

Outro ponto de destaque na década de 2000 é que entre 2002 e 2010 não houve casos de infecção por HIV decorrentes de acidente por material biológico e os casos de transmissão vertical e

transmissão para hemofílicos ou por transfusão sanguínea apresentaram tendência importante de queda quando comparado aos anos anteriores, o que provavelmente está relacionado com uma demonstração de eficácia das políticas públicas de prevenção e assistência implementadas nos anos 90 visando reduzir a contaminação e, principalmente, com as mudanças desenvolvidas no início da década de 2000, como a Lei nº 10.205, aprovada em 2001, que regulamentou os procedimentos de transfusão de sangue no Brasil e a Rede Nacional de Genotipagem do HIV-1 do Ministério da Saúde, que permitiu a quebra de patente de antirretrovirais (ARV), reduzindo o custo do tratamento e tornando as pessoas já infectadas menos capazes de transmitir o vírus (Valadão *et al.*, 2022).

Durante o decênio 2010-2019, a contaminação pelo vírus HIV através de transfusão sanguínea, acidente com material biológico ou para tratamento de hemofílicos atingiu um valor ínfimo. Tais categorias de exposição, somadas, compunham apenas 0,02% do total de casos notificados no período. A manutenção dos baixos índices se dá por alguns fatores diversos. Dentre eles, está a possibilidade de esterilização do plasma e uso seguro dos produtos derivados deste em portadores de hemofilia, que foi iniciada ainda durante a década de 80 após o registro de inúmeras situações de contaminação pelo vírus HIV em indivíduos com o distúrbio de coagulação supracitado (Bogdanich; Koli, 2003).

Ademais, há um rigoroso processo de triagem imposto aos doadores de sangue. Nesse ínterim, são realizadas entrevistas clínicas seguidas de testagem sorológica e molecular, de modo a evitar a propagação de enfermidades transmitidas via sanguínea, como o HIV, aos receptores. No entanto, há a possibilidade do doador estar em um momento denominado de janela imunológica, que consiste na presença da doença, mas sem detecção pelos exames aplicados. Essa situação pode ser apresentada como um dos motivos para a presença, mesmo que mínima, de contaminação via transfusão sanguínea (Brasil, 2017).

Ainda durante a década de 2010, nota-se manutenção na redução do número de casos de AIDS em comparação ao período anterior em decorrência do uso de drogas injetáveis (UDI) ou através da transmissão vertical (TV). Destarte, proporcionalmente ao total de casos, há diminuição na participação em ambas as situações. Em 2010, 2,85% das infecções foram ocasionadas pelo UDI, enquanto 1,47% tiveram como motivo a transmissão de mãe para filho. Em 2019, os números caíram para 1,08% e 0,79%, respectivamente.

Ainda durante a década de 2010, nota-se manutenção na redução do número de casos de AIDS em comparação ao período anterior em decorrência do uso de drogas injetáveis (UDI) ou através da transmissão vertical (TV). Destarte, proporcionalmente ao total de casos, há diminuição

na participação em ambas as situações. Em 2010, 2,85% das infecções foram ocasionadas pelo UDI, enquanto 1,47% tiveram como motivo a transmissão de mãe para filho. Em 2019, os números caíram para 1,08% e 0,79%, respectivamente.

A redução no número de crianças infectadas pelo HIV por transmissão vertical é impulsionada pelo Ministério da Saúde, por meio de diretrizes que indicam testagem para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) durante o pré-natal (primeiro e terceiro trimestre) e parto, uso de terapia antirretroviral antes e após o parto, possibilidade de cesárea ou uso de composto lácteo a depender da quantidade de vírus circulantes na parturiente. Ademais, houve uma ampliação do acesso às medicações antiretrovirais, responsáveis por levar à carga viral ao caráter de indetectável e, conseqüentemente, cessar os riscos de transmissão, bem como redução no número de mulheres acometidas. No entanto, cabe ressaltar, que esses números podem estar subnotificados, como relatado em estudo realizado em Tocantins após análise de dados dos anos 2000-2018 (Vasconcelos *et al.*, 2021).

O uso de drogas ilícitas é, de certa forma, comum no Brasil. Dentre elas, encontram-se as drogas injetáveis, que são aquelas, prioritariamente, administradas em veias periféricas. Como forma de reduzir a passagem do vírus HIV em UDI, foram implementados programas para redução de danos no país já no final dos anos 90. Eles consistem em diminuir os danos causados pelo uso de drogas, sem, necessariamente, levar a abstinência. Assim, nesse âmbito, foram responsáveis por levar conhecimento aos usuários com vistas à contenção da epidemia de HIV. Apesar de apresentarem fragilidade de manutenção e precarização no território brasileiro, podem ser responsáveis pela queda observada ao longo dos decênios (Inglez-Dias *et al.*, 2017). Além disso, atualmente, as substâncias ilegais mais utilizadas no Brasil são a maconha e a cocaína (Bastos *et al.*, 2017). Ou seja, a diminuição da transmissão de HIV nesse grupo pode ter sido derivada de uma redução na quantidade de usuários.

Concordante com decênios anteriores, há maior proporção de infectados heterossexuais se comparado à população LGBT+ (homossexuais e bissexuais). Entretanto, tal discrepância afunila-se ao longo dos anos da década 2010-2019 devido, principalmente, ao aumento de notificações de casos com a categoria de exposição ignorada. Em 2019 (53,26%), mais da metade dos fatos enquadravam-se em tal condição. Esse panorama pode ter como causa a falta de acolhimento nos serviços de saúde à comunidade LGBT+, o que desencoraja os indivíduos a declararem práticas não-heteronormativas ou pela baixa diversidade de gênero e orientação sexual disponíveis nos serviços de notificação.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a epidemia de HIV/AIDS atinge, especialmente, profissionais do sexo, gays e homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais nas Américas (OPAS, 2024). O DATASUS, por exemplo, não inclui a população transexual em suas estatísticas, que além de ser um dos grupos mais vulneráveis à infecção pelo HIV, também associa-se ao trabalho relacionado ao sexo. Ademais, outros segmentos vulneráveis, como HSH, não estão listados. Dessa maneira, o crescente número de casos ignorados pode ocorrer devido a falta de identificação com os grupos presentes em formulários, de modo a prejudicar ações de prevenção e proteção da contaminação pelo vírus causador da AIDS.

De modo geral, os primeiros anos (2020-2023) da década que deveria culminar no fim da AIDS em 2030 mantém o mesmo perfil de categoria de exposição do decênio anterior (2010-2019). Cabe destacar, no entanto, redução no número de notificações no ano de 2020, provavelmente pela pandemia de COVID-19 (UNAIDS, 2023). Ademais, estratégia visando a mitigação da transmissão vertical foi lançada em 2022, como pode ser observado pela publicação de um pacto nacional para eliminação da transmissão vertical de algumas ISTs, como o HIV, até 2025. Esse fato corrobora para sequência na diminuição da proporção de casos de HIV ocasionados por tal exposição (Brasil, 2022).

Apesar dos entraves, o boletim epidemiológico de HIV e Aids lançado em 2023 afirma que a taxa de infecção apresentou 20,8% de decréscimo no Brasil entre os anos de 2012 a 2022, sendo mais expressivo entre o sexo feminino em relação ao masculino, o que ampliou ainda mais a disparidade do quantitativo de infecções entre os sexos, a qual atingiu a marca de 25 homens para cada 1 mulher convivendo com HIV no Brasil (Brasil, 2023).

Nos anos 1980 a epidemia de HIV/AIDS resultou na repatologização da homossexualidade masculina. Desse modo, a orientação de gênero foi vista como um problema epidemiológico. Um exemplo disso é a denominação inicial da AIDS como Deficiência Imunológica Relacionada à Homossexualidade, o que gerou pânico sexual generalizado (Ferreira; Miskolci, 2020).

Antes da implementação das terapias antirretrovirais, a partir da segunda metade dos anos 1990, a AIDS remetia a uma suposta relação com a homossexualidade, à sexualidade recreativa, ao comportamento com múltiplos parceiros e ao uso de drogas. Essa percepção evocava uma espécie de punição moral, como se o vírus representasse uma reação para eliminar um suposto mal da humanidade. Nesse sentido, grupos do incipiente movimento homossexual tiveram um papel pioneiro no desenvolvimento de respostas à epidemia, por meio das primeiras Organizações Não Governamentais voltadas ao combate à AIDS (ONGs-aids), especialmente ao longo dos anos 1990.

Um exemplo de resultado desses esforços foi a promulgação da Lei 12.984/2014, que criminaliza a discriminação a portadores do HIV e doentes de AIDS, incluindo a perseguição em ambiente de trabalho, a negação de assistência de saúde e a divulgação da condição de portador ou doente com propósito de ofensa à dignidade pessoal (Simões, 2018).

Em 1986, foi estabelecido o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, com o propósito de incorporar a prevenção ao HIV entre os cuidados de saúde, abrangendo todas as orientações sexuais. Desde a criação do programa, houve um significativo aumento de notificações, o que supõe-se estar relacionado ao maior conhecimento da população sobre a doença, em razão da implementação dessa iniciativa. Um exemplo de ações governamentais foi a criação, em 2002, do Projeto “Nascer-Maternidade”, que possibilitou a prevenção à transmissão vertical ao tornar obrigatória a realização de testes rápidos de HIV durante o pré-natal e no trabalho de parto. Destacam-se entre as tendências atuais de prevenção à infecção por HIV as profilaxias pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) (Amaral; Oliveira Silva; Lessa, 2023).

No período de 1986 a 1997, observou-se um aumento significativo nas infecções transmitidas por transfusões de sangue. Uma estratégia para aumentar a segurança do processo de triagem é o "voto de autoexclusão". Isso permite ao doador informar confidencialmente que sua doação pode não ser adequada para transfusão, caso tenha omitido informações importantes durante a entrevista, impedindo o uso da bolsa pelo serviço de hemoterapia (Hokama; Bonequini; Hokama, 2021).

No entanto, estudos indicam que alguns indivíduos de alto risco para infecção por HIV não utilizam a opção de voto de autoexclusão por medo de que seu sangue não seja testado. Isso evidencia a necessidade de intensificar estratégias de conscientização pública sobre os riscos do HIV, uma vez que a principal medida para reduzir o risco de transmissão de doenças infecciosas por transfusões é a educação e conscientização da população, a fim de garantir que todos os doadores compreendam e respeitem o processo de triagem (Souza *et al.*, 2019).

No período de 2000-2009 uma série de mudanças globais contribuiu para um melhor tratamento e prevenção da transmissão de HIV/AIDS. Em 2000 a ONU instituiu o combate à epidemia da AIDS como um dos objetivos do novo milênio até 2015, levando em consideração a luta contra as disparidades sociais enfrentadas pelas populações. Em 2001 é aprovada em assembleia geral na ONU a Declaração de Compromissos sobre o HIV/Aids, além da declaração de Doha, a qual permitiu à saúde pública se sobrepor aos direitos de patente, o que foi utilizado no

Brasil para quebrar compulsoriamente a patente do Efavirenz (um potente antirretroviral que mudou a história do tratamento para a infecção por HIV).

No ano de 2003 a UNAIDS/ONU lançou a iniciativa “3 by 5”, que visava a garantia de ARVs para a população de países de baixa e média renda, tendo como meta atingir 3 milhões de pessoas vivendo com HIV até 2005. Em 2007, por fim, há o licenciamento compulsório do Efavirenz, o qual começa a ser fabricado nacionalmente, todas essas ações contribuíram para a mudança no padrão de novos casos notificados a partir do século XXI, bem como para as mudanças no que diz respeito à redução da mortalidade e criação de novas políticas públicas voltadas para a prevenção da infecção e promoção de saúde da pessoa que convive com HIV (Greco, 2016).

Atualmente, o envelhecimento da população com HIV tem sido destacado como uma tendência da epidemia no Brasil. No entanto, os idosos raramente são alvo de intervenções para a redução do contágio. Supõe-se que esse grupo iniciou sua vida sexual antes do surgimento do vírus. Desse modo, são menos propensos a usar preservativos, o que os torna mais expostos ao HIV (Pellini; Chiaravalloti-Neto; Zanetta, 2020).

A Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP), realizada em 2013 com indivíduos de 15 a 64 anos, apontou que, dentre as razões para a “segunda onda” de infecção entre gays e HSH, estão o baixo índice de testagem (86,1% das pessoas do sexo masculino nunca haviam se testado para o HIV na vida) e a ocorrência de maior número de parcerias casuais entre jovens, além de maior percentual de relações sexuais com pessoas conhecidas por meio da internet (Brasil, 2016).

Desde 2013, o Ministério da Saúde adota a terapia com antirretrovirais para todas as pessoas com diagnóstico de infecção por HIV, independentemente dos níveis de células T CD4<sup>33</sup>. Os dados do DATASUS demonstram que até o ano de 2013 a maior parte dos casos notificados correspondia a pessoas declaradamente brancas, algo que mudou drasticamente nos anos seguintes, pois a partir de 2015 os casos notificados entre pretos e pardos tornaram-se mais da metade dos casos notificados ao SINAN, essa mudança de panorama ocorreu após uma menor abrangência de casos com a cor/raça ignorada na ficha de notificação, a qual foi reduzida pela metade no ano de 2007. A maior incidência de infecção se dá entre pessoas declaradamente pardas e o padrão de distribuição de casos por cor é semelhante entre os sexos masculino e feminino, representando aproximadamente 50% das notificações.

Quanto à mortalidade, há um padrão crescente na população preta/parda, enquanto na população branca a mortalidade tem sido reduzida ao longo dos últimos 10 anos. Esses dados

refletem os intempéries da condição social da população preta no Brasil, a qual sofreu com centenas de anos de escravidão e segregação social, dos quais o Estado Brasileiro e a sociedade civil não se demonstrou capaz de trazer justiça social, muito menos de garantir condições equitativas de acesso aos direitos garantidos na consituição, mesmo que essas pessoas compreendam a maior parte da população brasileira, o que culmina em uma maior exposição ao vírus e em uma maior dificuldade de acesso ao cuidado em saúde devido a estigmas sociais bem estabelecidos (Teixeira *et al.*, 2022).

Entre as limitações deste estudo, evidencia-se o alto percentual da categoria “ignorado” entre os dados secundários, o que demonstra informações ausentes. Esse fator dificulta a análise do perfil dos pacientes da epidemia no país. No entanto, na última década houve uma melhora na qualidade das notificações de casos de AIDS no SINAN.

## CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico do HIV/AIDS no Brasil entre 1980 e 2023 revelou uma deficiência no reconhecimento precoce nos primeiros anos da epidemia, o que retardou medidas de controle e prevenção. Nesse sentido, observou-se uma predominância entre homens jovens adultos, com discreta prevalência na população negra, embora a distribuição racial mostre semelhanças com a proporção observada na população branca. Desse modo, é importante ressaltar o elevado número de notificações incompletas ou ignoradas em relação à raça/cor e à forma de transmissão do HIV/AIDS. Essa observação destaca a necessidade de iniciativas educativas direcionadas aos profissionais de saúde, enfatizando a importância da notificação completa, para o aprimoramento de políticas públicas, bem como para mitigar o apagamento social e o estigma enfrentado pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Durante a década de 1990, período em que tanto as políticas públicas, quanto a sociedade em geral mantinham uma postura homofóbica, a categoria heterossexual emergiu como aquela com o maior número de casos de HIV/AIDS. No entanto, a implementação da Lei 9.313 em 1996, que garantiu acesso gratuito ao tratamento antirretroviral contribuiu para a adoção de políticas de saúde pública mais inclusivas. Entretanto, o progresso não tem sido uniforme entre todos os grupos populacionais, de modo que disparidades raciais e socioeconômicas continuam a impactar desproporcionalmente a população preta e parda, que enfrenta maior vulnerabilidade ao HIV. Além disso, a persistência de preconceitos e lacunas nas estratégias de monitoramento, particularmente entre grupos marginalizados, como a população LGBT+, evidenciam a necessidade de uma abordagem sensível à diversidade da população afetada.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## USO DE TECNOLOGIAS ASSISTIDAS E IA

Declaramos que o manuscrito submetido contou com o uso da ferramenta de Inteligência Artificial ChatGPT para tradução do resumo para os idiomas inglês e espanhol, sob nossa supervisão e responsabilidade, sem prejuízo à originalidade e à integridade científica do conteúdo.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, G. M. C.; OLIVEIRA SILVA, L. E.; LESSA, S. S. Análise de medidas de prevenção combinadas sobre a incidência de HIV/AIDS no Brasil (1980–2020). **Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases**, [S.l.] v. 35, p. e23351389, jan. 2023.

AMATO NETO, V.; UIP, D. E.; BOULOS, M. *et al.* Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS): descrição do primeiro caso autóctone do Brasil e estudo imunológico. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 101, n. 4, p. 165–168, 1983.

BARROS, S. G.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. **Saúde em Debate**, [S.l.], supl. 3, p. 114–128, set. 2017.

BASTOS, F. I.; TELLES, P. R.; CASTILHO, E. A. *et al.* A epidemia de AIDS no Brasil. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Os Muitos Brasís: Saúde e População na Década de 80**. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

BASTOS, F. I. P. M.; VASCONCELLOS, M. T. L.; DE BONI, R. B. *et al.* **III levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT, 2017. 528 p.

BOGDANICH, W.; KOLI, E. **2 paths of Bayer drug in 80's: riskier one steered overseas**. The New York Times, Washington, D.C., p. 1-1, 22 maio 2003.

BRASIL. **Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 56 p.

BRASIL. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 149 p.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, v. XII, Semana Epidemiológica 09 a 21, mar./maio, 1999.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016: redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção I, p. 37, 5 fev. 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 224 p.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Pacto nacional para a eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas como problema de saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 29 p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim epidemiológico HIV e AIDS 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira – PCAP 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). **Proporção de casos de aids por categoria de exposição – D.31**. 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/idb2010/d31.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2024.
- ELVIN-LEWIS, M.; WITTE, M.; WITTE, C. *et al.* Systemic Chlamydial infection associated with generalized lymphedema and lymphangiosarcoma. **Lymphology**, Tucson (AZ), v. 6, n. 3, p. 113–121, set. 1973. PMID: 4766275.
- FERREIRA, J. P.; MISKOLCI, R. O desejo homossexual após a AIDS: uma análise sobre os critérios acionados por homens na busca por parceiros do mesmo sexo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 999–1010, 2020.
- FRØLAND, S. S.; JENUM, P.; LINDBOE, C. F. *et al.* HIV-1 infection in Norwegian family before 1970. **The Lancet**, London, v. 1, n. 8598, p. 1344–1345, 11 jun. 1988. DOI: 10.1016/s0140-6736(88)92164-2. PMID: 2897596.
- GESESEW, H. A.; GEBREMEDHIN, A. T.; DEMISSIE, T. D. *et al.* Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, [S.l.], v. 12, n. 3, mar. 2017.
- GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da AIDS no Brasil, 1985–2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1553–1564, maio 2016.
- HOKAMA, N. K.; BONEQUINI, P.; HOKAMA, P. D. O. M. Sigilo, anonimato e confidencialidade de doadores de sangue com HIV. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 287–294, 2021.
- INGLEZ-DIAS, A.; RIBEIRO, J. M.; BASTOS, F. L. *et al.* Políticas de redução de danos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 19, n. 1, p. 147, 2014.
- JUNQUEIRA, D. M.; ALMEIDA, S. E. de M. HIV-1 subtype B: Traces of a pandemic. **Virology**, [S.l.], v. 495, p. 173–184, 1 ago. 2016.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **HIV/AIDS**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hivaids>. Acesso em: 29 jun. 2024.
- PARKER, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (org.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 25–46.
- PELLINI, A. C. G.; CHIARAVALLOTI-NETO, F.; ZANETTA, D. M. T. Aids em homens no município de São Paulo, 1980–2012: análise espacial e espaço-temporal. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 54, p. 96, 2020.
- SIMÕES, J. A. Gerações, mudanças e continuidades na experiência social da homossexualidade masculina e da epidemia de HIV-Aids. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 313–339, 2018.
- SOUZA, D.; PEREIRA, C.; RAXACH, J. Relatos sobre um livro com experiências de estigma/discriminação de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 46, supl. 7, p. 264–276, 2022.

SOUZA, J. C.; CRISPIM, M. A. E.; ABRAHIM, C. *et al.* High rate of seromarkers for HIV, HBV and syphilis among blood donors using confidential unit exclusion, before and after HIV-NAT implementation at a major public blood bank in the Brazilian Amazon. **Transfusion**, [S.l.], v. 59, n. 2, p. 629–638, 2019.

SOUZA VIEIRA, A. C. Política de saúde e HIV: direito à saúde e reformas regressivas. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 10, n. 1, p. 72–87, 2018.

TEIXEIRA, L. G.; CHAGAS, B. L. F.; ALVES, F. S. *et al.* O perfil epidemiológico da AIDS no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 1980–1992, jan. 2022.

UNAIDS. **O caminho que põe fim à AIDS: relatório global do UNAIDS 2023**. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2023.

VALADÃO, R. C.; SENA, C. P.; VILAR, E. A. *et al.* A pandemia de HIV/AIDS no Brasil, de 1980 aos dados do Boletim Epidemiológico de 2022. **Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 27, n. 122, mai. 2023.

VASCONCELOS, C. S. D. S.; PEREIRA, R. J.; SANTOS, A. F. B. S. *et al.* Medidas de prevenção para transmissão vertical do HIV: acompanhamento de gestantes infectadas e crianças expostas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 207–215, 2021.

**Autor Correspondente:**

Davi Miranda Falcão Lopes

Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru, PE, Brasil.

Email: [davimirandaf.lopes@gmail.com](mailto:davimirandaf.lopes@gmail.com)

Submissão em 14 de setembro de 2025.

Aceite em 16 de setembro de 2025.

Publicado 17 de setembro de 2025.