

Notificações no SINAN, SISCEL e SIM sobre AIDS no BRASIL, 1982-2023: Estudo ecológico de séries históricas

Notifications in SINAN, SISCEL and SIM about AIDS in BRAZIL, 1982-2023: Ecological study of historical series

Notificaciones en SINAN, SISCEL y SIM sobre SIDA en BRASIL, 1982-2023: Estudio ecológico de series históricas

Fabício Werner Brenneke Martins¹, Lincoln Agudo Oliveira Benito²

How to cite: Martins FWB, Benito LAO. Notificações no SINAN, SISCEL e SIM sobre AIDS no Brasil, 1982-2023: Estudo ecológico de séries históricas. REVIS. 2025; 14(2): 1619-42. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v14.n2.p1619a1642>

REVIS

1. Centro Universitário de Brasília.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0914-6335>

2. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8624-0176>

Received: 14/01/2025
Accepted: 22/03/2025

RESUMO

Objetivo: Analisar o quantitativo de notificações do SINAN, SISCEL e SIM sobre AIDS no Brasil, nos anos de “1982 a 2023”. **Métodos:** Estudo ecológico de série histórica, comparativo, quantitativo. Os dados foram extraídos no Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS/MS). **Resultados:** Foi identificado o universo de “1.124.062” registros com média e desvio-padrão (26.763,4±15.406,8). As maiores preponderâncias foram, 37,6% (n=423.187) da região Sudeste (SE), 23,2% (n=260.307) de São Paulo (SP), 66,2% (n=743.595) do sexo masculino, 23,7% (n=265.937) da cor/raça branca, 37,1% (n=417.553) eram heterossexuais e 73,9% (n=831.078) eram do SINAN. **Considerações finais:** Foi identificado aumento na frequência de notificações de AIDS no recorte geográfico e histórico analisados.

Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HIV; Soropositividade para HIV.

ABSTRACT

Objective: To analyze the number of notifications from SINAN, SISCEL and SIM about AIDS in Brazil, from “1982 to 2023”. **Methods:** Ecological study of historical series, comparative, quantitative. The data were extracted from the Information and Informatics Department of the Unified Health System of the Ministry of Health (DATASUS/MS). **Results:** The universe of “1,124,062” records was identified with mean and standard deviation (26,763.4±15,406.8). The highest prevalences were 37.6% (n=423,187) from the Southeast region (SE), 23.2% (n=260,307) from São Paulo (SP), 66.2% (n=743,595) male, 23.7% (n=265,937) white, 37.1% (n=417,553) were heterosexual and 73.9% (n=831,078) were from SINAN. **Final considerations:** An increase in the frequency of AIDS notifications was identified in the geographic and historical context analyzed.

Descriptors: Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV; HIV Seropositivity.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el número de notificaciones del SINAN, SISCEL y SIM sobre SIDA en Brasil, en los años “1982 a 2023”. **Métodos:** Estudio ecológico de series históricas, comparativo, cuantitativo. Los datos fueron extraídos del Departamento de Información e Informática del Sistema Único de Salud del Ministerio de Salud (DATASUS/MS). **Resultados:** Se identificó un universo de “1.124.062” registros con media y desviación estándar (26.763,4±15.406,8). Las preponderancias más altas fueron, 37,6% (n=423.187) de la región Sudeste (SE), 23,2% (n=260.307) de São Paulo (SP), 66,2% (n=743.595) del sexo masculino, 23,7% (n=265.937) blancos, 37,1% (n=417.553) eran heterossexuales y 73,9% (n=831.078) del SINAN. **Consideraciones finales:** Se identificó un aumento en la frecuencia de notificaciones de SIDA en el contexto geográfico e histórico analizado.

Descritores: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; VIH; Seropositividad al VIH.

ORIGINAL

Introdução

O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH/HIV) permanece na atualidade enquanto um dos principais desafios enfrentados pela saúde pública global, impactando direta e indiretamente em milhões de pessoas anualmente e, exigindo uma resposta contínua e eficiente, para o seu combate, controle e prevenção.^{1,7,12,15,25} Nesse contexto, este vírus ao invadir o sistema imunológico, compromete as defesas naturais do organismo, tornando esses pacientes suscetíveis a uma variedade de processos infecciosos e, outras complexas enfermidades relacionadas.^{1,7,12,15,25}

Historicamente e, segundo alguns pesquisadores, é considerado que os vírus “HIV-1” e o “HIV-2”, tenham se originado de primatas junto ao centro-oeste do continente africano e, posteriormente, foram transferidos para seres humanos no início do século XX.^{12,15,25,50} Assim, o “HIV-1” parece ter sua origem identificada junto ao sul (S) de Camarões, nação pertencente geograficamente a África Central, através de sua evolução do SIV(cpz), ou seja, o vírus da imunodeficiência símia (SIV).^{1,10,15,25,50,51,52}

O SIV possui a capacidade e potencialidade de infectar chimpanzés selvagens e, desta forma, é possível entender que o “HIV-1”, descende do “SIVcpz” endêmico, nas subespécies de chimpanzés-central, possuidor da designação científica “*Pan troglodytes troglodytes*”.^{25,51,52} No caso dos seres humanos, o HIV direciona seu ataque especificamente aos linfócitos “T CD4+”, sendo elas células fundamentais para a sua resposta imunológica, à medida que o vírus se reproduz, essas células são progressivamente destruídas, resultando em uma redução significativa no processo de imunidade e, defesa corporal da pessoa.^{7,25,51,52}

Assim, essa deterioração nas defesas do corpo, irá acarretar uma maior vulnerabilidade a infecções graves e, a certos tipos de cânceres, culminando no estágio avançado da infecção, conhecido enquanto AIDS.^{1,7,8,25,45} Em sua fase classificada enquanto inicial, essa infecção conhecida como aguda, apresenta os seus primeiros sintomas incluindo febre, cansaço, dores na garganta, dores musculares e, nas articulações, dor de cabeça, dor nos olhos e aumento dos gânglios linfáticos.^{1,8,14,15,17}

Posteriormente, na fase classificada enquanto latente, o vírus pode se manter em silêncio por vários anos, sem apresentar sintomas e, tornando o monitoramento laboratorial, especialmente a contagem dos linfócitos “T CD4+”, fundamental para acompanhar o progresso desta infecção.^{11,12,15,16,17,25} Com a progressão para a AIDS, os sintomas se tornam bem mais severos, incluindo a perda de peso corporal, a febre prolongada, as infecções recorrentes e ainda, manifestação(ões) de neoplasias raras, características da fase mais avançada desta doença.^{2,10,11,12,15,16,17}

Pessoas vivendo com HIV/AIDS, frequentemente sofrem com doenças oportunistas, que agravam ainda mais a sua condição, sendo que às infecções oportunistas mais comuns nesses pacientes são a tuberculose (TB), a pneumonia (PNM), o citomegalovírus (CMV), a neurocriptococose, a candidíase oroesofágica, o vírus da hepatite C (VHC/HCV) e, outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).^{5,8,12,13,15,16,18,25,31,36} Nesse contexto clínico, aproximadamente cinquenta por cento (50%) das pessoas diagnosticadas com AIDS, desenvolvem câncer (CA), sendo os mais prevalentes o Sarcoma de Kaposi (SK), o Linfoma Não-Hodgkin (LNH) e o Câncer do Colo do Útero

(CCU) e, desta forma, esses tipos de neoplasia(s) maligna(s), estão diretamente associados ao processo de imunossupressão.^{1,8,12,15,16,17,25}

No ano de 2023, foram notificados o universo de 1,3 milhões de novos casos de HIV/AIDS em escala global, ressaltando a urgente necessidade de reduzir esse número para cerca de 370 mil até o ano de 2025, sendo que regiões geográficas da África, América Latina, Ásia Central, Europa Oriental, Oriente Médio e Norte da apresentaram um aumento preocupante no quantitativo de casos identificados.^{11,12,15,16,25,48} Atualmente, cerca de trinta e nove milhões (39.000.000) de pessoas vivem com HIV/AIDS em todo o mundo, incluindo mais de 1 milhão só no Brasil, sendo estimado que cerca de 135 mil pessoas, convivam com esse vírus sem o seu diagnóstico realizado.^{25,38,37}

Esse cenário é particularmente alarmante, diante da crescente incidência e registros de HIV/AIDS entre pessoas jovens homoafetivas brasileiras, que representam uma parcela significativa de pessoas infectadas, além da discriminação e ainda, os fortes estigmas enfrentados por essa importante comunidade, no que se refere ao agravamento deste problema, dificultando o acesso à informações e serviços de saúde adequados, além de levar muitas pessoas, a evitarem a realização de testes e de tratamentos.^{10,11,25,37,41} Nesse contexto e, no imaginário social, receber um diagnóstico de HIV/AIDS, pode acarretar uma série de questões e desafios pessoais, se constituindo enquanto um verdadeiro e complexo “estigma social” dos mais significativos, frequentemente levando a pessoa a necessidade de isolamento, exclusão social, automutilação e até o autoextermínio.^{1,2,10,11,12,25}

Desta forma, a resposta do Brasil à epidemia de HIV/AIDS historicamente, começou a se fortalecer já na última década de 80, principalmente com a criação e desenvolvimento de políticas preventivas, com a expansão do acesso gratuito por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), à medicamentos e, em 1985, foi iniciado a comercialização de testes anti-HIV, além do início das atividades e estruturação do Programa Nacional de IST/AIDS.^{1,2,10,11,12,31} Já no ano de 1988, foram também estabelecidas ações terapêuticas, assim como, campanhas de conscientização, promoção à saúde, educação em saúde e prevenção à esta enfermidade, que aumentaram à sensibilização da população, no que se refere ao HIV/AIDS e suas complicações.^{1,2,10,11,12,15}

Em 1996, o Brasil garantiu o acesso universal à terapia antirretroviral (TARV), sendo reconhecido mundialmente enquanto exemplo, no tratamento com terapias gratuitas para todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS.^{1,2,10,11,12,15} No ano de 2014, o processo de discriminação contra pessoas portadores de HIV/AIDS foi judicializada, fortalecendo ações de proteção dos direitos desses cidadãos e também, reforçando a importância de uma abordagem inclusiva, respeitosa, justa e democrática.^{1,2,11,12,15}

Segundo alguns pesquisadores, enquanto forma de combate a AIDS, a “profilaxia pré-exposição” (PrEP) foi implementada no Brasil no ano de 2017 pelo SUS, sendo priorizada para grupos classificados enquanto mais vulneráveis, ou “hipervulneráveis”, como por exemplo, profissionais do sexo e a comunidade LGBTQIA+.^{1,10,11,12,15,38,39,40,46} Nesse contexto, o uso regular da PrEP se mostrou ser eficiente nos pacientes que a receberam, reduzindo em até o 95% a chance de infecção pelo HIV/AIDS e, funcionando enquanto uma importante forma de barreira, objetivando realizar o combate à sua replicação

viral e ainda, auxiliando no processo de prevenção de novas infecções.^{10,11,12,15,38,46}

Para outros pesquisadores, o desenvolvimento de uma vacina contra o HIV/AIDS, ainda enfrenta obstáculos, como por exemplo, a sua elevada taxa de mutação viral, e também, a ausência de uma resposta imunológica natural eficiente.^{19,33,47} Todavia, novas abordagens como às vacinas de ácido ribonucleico - RNA mensageiro (mRNA), desenvolvidas pelas indústrias Moderna®, estão sendo exploradas objetivando de induzir a uma resposta imunológica eficaz, focada na glicoproteína de envelope do HIV.^{19,33,47}

Outra abordagem estratégica extremamente promissora na atualidade, é a de indução de anticorpos amplamente neutralizantes (bNAbs), que possuem a capacidade de desenvolver o processo de anular diversas cepas do HIV.^{19,33,47} Nesse sentido, se constituiu enquanto objetivo da presente pesquisa, analisar o quantitativo de notificações desenvolvidas junto ao SINAN, SISCEL e SIM sobre AIDS no Brasil, nos anos de “1982 a 2023”.

Metodologia

Estudo ecológico de série histórica, comparativo e de abordagem quantitativa, que objetivou analisar o quantitativo de notificações desenvolvidas junto ao “SINAN”, “SISCEL” e “SIM”, sobre a AIDS, no recorte geográfico formado pelo “Brasil”, no recorte histórico formado pelos anos de “1982 a 2023” ou seja, quarenta e um (41) anos. É importante lembrar que o “SINAN”, “SISCEL” e “SIM”, são gerenciados pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e, alimentados pelo Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS).

Para fins metodológicos, o “*Sistema de Informação de Agravos de Notificação*” (SINAN) do MS, possui enquanto objetivo, o registro e o processamento dos dados sobre agravos de notificação, em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal.^{24,32,53,54} O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da “*Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória*”, Portaria de Consolidação nº 4, de 28/09/2017, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.^{24,32,53,54}

Já o “*Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV*” (SISCEL) do MS, foi desenvolvido para facilitar o controle do cadastramento de pacientes, o gerenciamento do processo analítico e o armazenamento do histórico de realização dos exames de contagem de linfócitos “T CD4+” e carga viral do “HIV”.^{55,56,57} Nesse contexto, é importante lembrar também que o SISCEL, é utilizado em situações previstas no “*Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*” e no “*Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças*”.^{55,56,57}

O “*Sistema de Informação Sobre Mortalidade*” (SIM), foi desenvolvido pelo MS no ano de 1975, sendo produto da unificação de mais de quarenta (40) modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados

sobre mortalidade no país.^{58,59} Ele possui variáveis que permitem, a partir da *causa mortis* atestada pelo profissional médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas, que venham contribuir para a eficiência da gestão em saúde.^{58,59}

Para fins explicativos, é importante destacar que o SICLOM utilizou para validação dados do SISCEL e, SINAN e SISCEL foram consolidadas até 30/06/2023 e o SIM de 2000 a 2022.^{24,32,53,54,55,56,57,58,59} Por entender que a presente pesquisa utilizará os referidos bancos de dados gerenciados pelo MS, a mesma se classifica por utilizar dados secundários, inexistindo a necessidade de submissão de um projeto a um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), respeitando integralmente a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), relacionada às “Diretrizes e Normas Regulamentadoras em Pesquisa Utilizando Seres Humanos”.⁶⁰

Após a extração dos dados dos referidos bancos, eles foram organizados na forma de cinco (05) tabelas explicativas, utilizando o software *Microsoft Excel 2021*®, pertencente ao Pacote *Microsoft Office 2021*®, for *Windows*®, sendo implementada análise estatística do tipo descritiva, com os cálculos percentuais (%), média (Me) e desvio padrão (DP). Após a identificação das principais preponderâncias, elas foram contextualizadas utilizando artigos de periódicos científicos, dentre outras referências derivadas de levantamentos bibliográficos eletrônicos, junto a bases de dados informatizadas, sendo eles a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o *Google Scholar* (Google Acadêmico), o MINERVA-UFRJ, o Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (LUME), o Repositório Institucional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), o Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia - UFU (DUCERE), o Repositório Institucional da Universidade Federal do Ceará – UFC, o SABER-USP, o Teses-FIOCRUZ, dentre outros.

Na realização do processo de aquisição das referências, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde da BVS, sendo eles “Antirretrovirais” com o Identificador DeCS “38332” e o ID do descritor “D044966”, “Discriminação Social” com o Identificador DeCS 55088 e o ID do descritor “D063508”, “HIV” com o Identificador DeCS “29416” e o ID do descritor “D006678”, “Homofobia” com o Identificador DeCS “55085” e o ID do descritor “D063509”, “Infecções Oportunistas Relacionadas com a AIDS” com o Identificador DeCS “30862” e o ID do descritor “D017088”, “Minorias Sexuais e de Gênero” com o Identificador DeCS “56859” e o ID do descritor “D000072339”, “Pessoas Transgênero” com o Identificador DeCS “55143” e o ID do descritor “D063106”, “Políticas Públicas Antidiscriminatórias” com o Identificador DeCS “59209” e o ID do descritor “D000080033”, “Política de Saúde” com o Identificador DeCS “6442” e o ID do descritor “D006291”, “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” com o Identificador DeCS “29364” e o ID do descritor “D000163”, “Sobreviventes de Longo Prazo ao HIV” com o Identificador DeCS “33924” e o ID do descritor “D020276”, “Soroprevalência de HIV” com o Identificador DeCS “24719” e o ID do descritor “D015528”, “Soropositividade para HIV” com o Identificador DeCS “29422” e o ID do descritor “D006679”.

Objetivando implementar melhor associação e conjugação dos DeCS da BVS selecionados, foram utilizados os “Operadores Lógicos Booleanos em Pesquisa”, conforme a estratégia apontada pela “EBSCO Connect” (*Discovery & Search*), acessável em seu portal eletrônico [<https://connect.ebsco.com/>].⁶¹ Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesses.

Resultados

No processo de organização e análise dos dados, foi possível identificar o universo de “1.124.062” registros de notificações de casos de AIDS, no recorte geográfico e histórico instituídos, além de média e desvio-padrão de (26.763,4±15.406,8). Também foi possível verificar que, a região Sudeste (SE) foi aquela que, quando comparada as demais, registrou a maior preponderância de registros com 37,6% (n=423.187) e a Norte (N) a menor com 4,4% (n=49.780), conforme encontrado na tabela 1.

Tabela 1 – Apresentação dos registros de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por “categoria de exposição hierarquizada” e “região”, Brasil, 1982-2023 (n=1.124.062):*,**,***

Categ. Exp. Hierar. ****	Total	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro-Oeste	Norte	Ignor/Exterior
Heterossexual	417.553 (37,1)	190.000 (44,9)	100.391 (58,2)	68.296 (51,5)	28.837 (54,4)	30.029 (60,3)	-
Homossexual	139.757 (12,4)	77.960 (18,4)	20.945 (12,1)	22.915 (17,3)	9.186 (17,3)	8.751 (17,6)	-
UDI *****	74.314 (6,6)	47.511 (11,2)	19.094 (11,1)	3.262 (2,5)	3.263 (6,2)	1.184 (2,4)	-
Bissexual	54.388 (4,8)	29.203 (6,9)	7.948 (4,6)	10.314 (7,8)	3.333 (6,3)	3.590 (7,2)	-
TV *****	19.008 (1,7)	8.854 (2,1)	4.742 (2,7)	3.095 (2,3)	964 (1,8)	1.353 (2,7)	-
Transfusão	2.380 (0,2)	1.855 (0,4)	168 (0,1)	198 (0,1)	83 (0,2)	76 (0,2)	-
Hemofílico	1.320 (0,1)	818 (0,2)	158 (0,1)	160 (0,1)	151 (0,3)	33 (0,1)	-
AMB *****	26 (0,0)	11 (0,0)	7 (0,0)	6 (0,0)	1 (0,0)	1 (0,0)	-
Ignorado	415.316 (36,9)	66.975 (15,8)	19.007 (11)	24.378 (18,4)	7.209 (13,6)	4.763 (9,6)	292.984 (100)
Total	1.124.062 (100)	423.187 (100)	172.460 (100)	132.624 (100)	53.027 (100)	49.780 (100)	292.984 (100)

Fonte: Adaptado do DATSI/SVSA/MS, 2025. * Os autores são fiéis aos dados consultados; ** Por conta de várias questões e situações, os dados apresentados podem sofrer modificação(ões) e atualização(ões); *** Dados extraídos na segunda quinzena do mês de dezembro do ano de 2024, às 18:00hs; **** Categoria de exposição hierarquizada; ***** UDI: Usuários de drogas injetáveis; ***** TV: Transmissão vertical; ***** AMB: Acidentes por materiais biológicos.

Em relação a categoria de exposição hierarquizada, a maior preponderância identificada, foram de pessoas que se declararam heterossexuais registrando 37,1% (n=417.553) e a menor foram de pessoas vitimadas de acidentes com material biológico, contabilizando 0,0% (n=26). Ainda na categoria de exposição hierarquizada, foram identificados em segunda, terceira e quarta colocações, registrando respectivamente 12,4% (n=139.757) para homoafetivos, 6,6% (n=74.314) para UDI e 4,8% (n=54.388) para bissexuais.

Na quinta, sexta e sétima colocações da categoria de exposição hierarquizada, foram identificados respectivamente, 1,7% (n=19.008) pessoas que contraíram AIDS por transmissão vertical (TV), 0,2% (n=2.380) por transfusão sanguínea e 0,1% (n=1.320) por hemofílicos. Ainda nessa categoria,

foram identificados 36,9% (n=415.316) registros ignorados, o que aponta para a subnotificação dos dados.

Quando analisado o universo de registros de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por “unidades federativas” (UFs), foi verificado que São Paulo (SP) registrou a maior preponderância com 23,2% (n=260.307) e a menor no Acre (AC) com 0,1% (n=1.234), conforme identificado na tabela 2.

Tabela 2 – Apresentação dos registros de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por “unidades federativas” e “categoria de exposição hierarquizada”, Brasil, 1982-2023 (n=1.124.062): ***,***

UFs	Total	Hetero ssexual	Homos sexual	UDI	Bisse xual	TV	Trans fusão	Hemo fílico	AMB	Igno.
SP	260.307 (23,2)	115.315 (27,6)	47.143 (33,7)	39.866 (53,6)	17.290 (31,8)	5.670 (29,8)	952 (40)	501 (38)	2 (7,7)	33.568 (8,1)
RJ	94.157 (8,4)	40.538 (9,7)	18.547 (13,3)	3.086 (4,2)	7.314 (13,4)	1.883 (9,9)	632 (26,6)	228 (17,3)	4 (15,4)	21.925 (5,3)
RS	85.148 (7,6)	47.027 (11,3)	8.205 (5,9)	9.921 (13,4)	3.540 (6,5)	2.454 (12,9)	61 (2,6)	97 (7,3)	4 (15,4)	13.839 (3,3)
MG	54.868 (4,9)	26.657 (6,4)	10.102 (7,2)	3.812 (5,1)	3.628 (6,7)	877 (4,6)	247 (10,4)	52 (3,9)	3 (11,5)	9.490 (2,3)
SC	46.133 (4,1)	29.239 (7)	6.230 (4,5)	5.710 (7,7)	2.028 (3,7)	1.297 (6,8)	54 (2,3)	11 (0,8)	2 (7,7)	1.562 (0,4)
PR	41.179 (3,7)	24.125 (5,8)	6.510 (4,7)	3.463 (4,7)	2.380 (4,4)	991 (5,2)	53 (2,2)	50 (3,8)	1 (3,8)	3.606 (0,9)
PE	30.249 (2,7)	15.239 (3,6)	5.116 (3,7)	413 (0,6)	2.334 (4,3)	781 (4,1)	37 (1,6)	38 (2,9)	1 (3,8)	6.290 (1,5)
BA	27.719 (2,5)	14.272 (3,4)	4.869 (3,5)	1.481 (2)	1.974 (3,6)	690 (3,6)	69 (2,9)	44 (3,3)	3 (11,5)	4.317 (1)
CE	22.326 (2)	9.396 (2,3)	4.307 (3,1)	309 (0,4)	1.641 (3)	427 (2,2)	31 (1,3)	41 (3,1)	1 (3,8)	6.173 (1,5)
PA	17.849 (1,6)	10.753 (2,6)	3.315 (2,4)	570 (0,8)	1.297 (2,4)	543 (2,9)	44 (1,8)	14 (1,1)	1 (3,8)	1.312 (0,3)
GO	16.734 (1,5)	8.568 (2,1)	3.110 (2,2)	937 (1,3)	863 (1,6)	242 (1,3)	17 (0,7)	32 (2,4)	-	2.965 (0,7)
AM	16.234 (1,4)	8.835 (2,1)	3.001 (2,1)	272 (0,4)	1.318 (2,4)	452 (2,4)	5 (0,2)	9 (0,7)	-	2.342 (0,6)
DF	14.551 (1,3)	5.731 (1,4)	3.535 (2,5)	1.172 (1,6)	1.433 (2,6)	263 (1,4)	33 (1,4)	28 (2,1)	1 (3,8)	2.355 (0,6)
ES	13.855 (1,2)	7.490 (1,8)	2.168 (1,6)	747 (1)	971 (1,8)	424 (2,2)	24 (1)	37 (2,8)	2 (7,7)	1.992 (0,5)
MA	13.641 (1,2)	9.399 (2,3)	1.994 (1,4)	171 (0,2)	1.030 (1,9)	443 (2,3)	16 (0,7)	10 (0,8)	-	578 (0,1)
MT	11.195 (1)	7.854 (1,9)	1.366 (1)	348 (0,5)	444 (0,8)	229 (1,2)	7 (0,3)	80 (6,1)	-	867 (0,2)
MS	10.547 (0,9)	6.684 (1,6)	1.175 (0,8)	806 (1,1)	593 (1,1)	230 (1,2)	26 (1,1)	11 (0,8)	-	1.022 (0,2)
PB	8.543 (0,8)	4.471 (1,1)	1.316 (0,9)	180 (0,2)	562 (1)	161 (0,8)	20 (0,8)	7 (0,5)	1 (3,8)	1.825 (0,4)
AL	8.359 (0,7)	4.075 (1)	1.280 (0,9)	216 (0,3)	626 (1,2)	175 (0,9)	9 (0,4)	5 (0,4)	-	1.973 (0,5)
PI	8.092 (0,7)	4.473 (1,1)	1.195 (0,9)	142 (0,2)	883 (1,6)	160 (0,8)	4 (0,2)	3 (0,2)	-	1.232 (0,3)
RN	7.690	3.619	1.667	182	683	105	6	11	-	1.417

	(0,7)	(0,9)	(1,2)	(0,2)	(1,3)	(0,6)	(0,3)	(0,8)		(0,3)
RO	6.124 (0,5)	4.270 (1)	945 (0,7)	175 (0,2)	329 (0,6)	118 (0,6)	19 (0,8)	2 (0,2)	-	266 (0,1)
SE	6.005 (0,5)	3.352 (0,8)	1.171 (0,8)	168 (0,2)	581 (1,1)	153 (0,8)	6 (0,3)	1 (0,1)	-	573 (0,1)
TO	2.919 (0,3)	2.019 (0,5)	431 (0,3)	50 (0,1)	169 (0,3)	82 (0,4)	2 (0,1)	6 (0,5)	-	160 (0,0)
RR	2.812 (0,3)	1.691 (0,4)	421 (0,3)	57 (0,1)	204 (0,4)	54 (0,3)	3 (0,1)	2 (0,2)	-	380 (0,1)
AP	2.608 (0,2)	1.603 (0,4)	424 (0,3)	40 (0,1)	181 (0,3)	79 (0,4)	1 (0,0)	-	-	280 (0,1)
AC	1.234 (0,1)	858 (0,2)	214 (0,2)	20 (0,0)	92 (0,2)	25 (0,1)	2 (0,1)	-	-	23 (0,0)
I/B	292.984 (26,1)	-	-	-	-	-	-	-	-	292.984 (70,5)
Total	1.124.062 (100)	417.553 (100)	139.757 (100)	74.314 (100)	54.388 (100)	19.008 (100)	2.380 (100)	1.320 (100)	26 (100)	415.316 (100)

Fonte: Adaptado do DATHI/SVSA/MS, 2025. * Os autores são fiéis aos dados consultados; ** Por conta de várias questões e situações, os dados apresentados podem sofrer modificação(ões) e atualização(ões); *** Dados extraídos na segunda quinzena do mês de dezembro do ano de 2024, às 18:00hs;

Quando analisado os registros de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por sexo, foi possível verificar que a maior preponderância foi contabilizada entre pessoas do sexo masculino com 66,2% (n=743.595) e a menor em pessoas do sexo feminino com 33,8% (n=380.346), conforme apresentado junto a tabela 3.

Tabela 3 - Apresentação dos registros de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por “categoria de exposição hierarquizada” e “sexo”, Brasil, 1982-2023 (n=1.124.062): *,**,***

Categ. Exp. Hierar.	Total	Masculino	Feminino	Em Branco
Heterossexual	417.553 (37,1)	191.488 (25,8)	226.065 (59,4)	-
Homossexual	139.757 (12,4)	137.642 (18,5)	2.113 (0,6)	2 (1,7)
UDI	74.314 (6,6)	61.217 (8,2)	13.095 (3,4)	2 (1,7)
Bissexual	54.388 (4,8)	53.375 (7,2)	1.012 (0,3)	1 (0,8)
TV	19.008 (1,7)	9.466 (1,3)	9.542 (2,5)	-
Transfusão	2.380 (0,2)	1.326 (0,2)	1.054 (0,3)	-
Hemofílico	1.320 (0,1)	1.319 (0,2)	1 (0,0)	-
AMB	26 (0,0)	16 (0,0)	10 (0,0)	-
Ignorado	415.316 (36,9)	287.746 (38,7)	127.454 (33,5)	116 (95,9)
Total	1.124.062 (100)	743.595 (100)	380.346 (100)	121 (100)

Fonte: Adaptado do DATHI/SVSA/MS, 2025. * Os autores são fiéis aos dados consultados; ** Por conta de várias questões e situações, os dados apresentados podem sofrer modificação(ões) e atualização(ões); *** Dados extraídos na segunda quinzena do mês de dezembro do ano de 2024, às 18:00hs.

Já quando analisado o quantitativo de registros de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por “cor/raça”, foi possível verificar que a maior preponderância identificada, foram de pessoas brancas com 23,7% (n=265.937) e a menor foram de pessoas indígenas com 0,1% (n= 1.656), conforme demonstrado junto a tabela 4.

Tabela 4 - Apresentação dos registros de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por “categoria de exposição hierarquizada” e “cor/raça”, Brasil, 1982-2023 (n=1.124.062): *,**,***

Categ. Exp. Hierar.	Total	Branca	Parda	Preta	Amarela	Indígena	Ignor.
Heterossexual	417.553 (37,1)	146.139 (55)	123.209 (56,1)	37.124 (59,4)	1.882 (56,9)	990 (59,8)	108.209 (18,9)
Homossexual	139.757 (12,4)	51.174 (19,2)	36.218 (16,5)	8.775 (14,1)	616 (18,6)	281 (17)	42.693 (7,5)
UDI	74.314 (6,6)	15.798 (5,9)	6.925 (3,2)	3.181 (5,1)	140 (4,2)	47 (2,8)	48.223 (8,4)
Bissexual	54.388 (4,8)	14.723 (5,5)	12.504 (5,7)	3.093 (5)	184 (5,6)	100 (6)	23.784 (4,2)
TV	19.008 (1,7)	5.087 (1,9)	4.859 (2,2)	1.199 (1,9)	43 (1,3)	64 (3,9)	7.756 (1,4)
Transfusão	2.380 (0,2)	139 (0,1)	60 (0,0)	29 (0,0)	6 (0,2)	1 (0,1)	2.145 (0,4)
Hemofílico	1.320 (0,1)	101 (0,0)	63 (0,0)	24 (0,0)	1 (0,0)	2 (0,1)	1.129 (0,2)
AMB	26 (0,0)	12 (0,0)	10 (0,0)	-	-	1 (0,1)	3 (0,0)
Ignorado	415.316 (36,9)	32.764 (12,3)	35.669 (16,2)	9.029 (14,5)	436 (13,2)	170 (10,3)	337.248 (59)
Total	1.124.062 (100)	265.937 (100)	219.517 (100)	62.454 (100)	3.308 (100)	1.656 (100)	571.190 (100)

Fonte: Adaptado do DATHI/SVSA/MS, 2025. * Os autores são fiéis aos dados consultados; ** Por conta de várias questões e situações, os dados apresentados podem sofrer modificação(ões) e atualização(ões); *** Dados extraídos na segunda quinzena do mês de dezembro do ano de 2024, às 18:00hs;

Quando analisado o quantitativo de registros de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por banco de origem de dados, foi possível verificar que a maior preponderância constituída foi junto ao “SINAN” com 73,9% (n=831.078) e a menor foi pelo “SIM” com 7,1% (n=79.829), conforme exposto junto a tabela 5.

Tabela 5 - Apresentação dos registros de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por “categoria de exposição hierarquizada” e “banco de origem de dados”, Brasil, 1982-2023 (n=1.124.062): *,**,***

Categ. Exp. Hierar.	Total	SINAN	SISCEL	SIM
Heterossexual	417.553 (37,1)	417.553 (50,2)	-	-
Homossexual	139.757 (12,4)	139.757 (16,8)	-	-
UDI	74.314 (6,6)	74.314 (8,9)	-	-
Bissexual	54.388 (4,8)	54.388 (6,5)	-	-
Transfusão	2.380 (0,2)	2.380 (0,3)	-	-
Hemofílico	1.320 (0,1)	1.320 (0,2)	-	-
TV	19.008 (1,7)	19.008 (2,3)	-	-
AMB	26 (0,0)	26 (0,0)	-	-
Ignorado	415.316 (36,9)	122.332 (14,7)	213.155 (100)	79.829 (100)
Total	1.124.062 (100)	831.078 (100)	213.155 (100)	79.829 (100)

Fonte: Adaptado do DATHI/SVSA/MS, 2025. * Os autores são fiéis aos dados consultados; ** Por conta de várias questões e situações, os dados apresentados podem sofrer modificação(ões) e atualização(ões); *** Dados extraídos na segunda quinzena do mês de dezembro do ano de 2024, às 18:00hs;

Discussão

Em relação a região Sudeste (SE) ser aquela que registrou a maior preponderância nos registros de casos de HIV/AIDS no recorte histórico e geográfico analisados, foi identificada correlação com o que é defendido junto a literatura científica, pois, ela se constitui enquanto a região mais populosa e urbanizada do Brasil, concentrando importantes centros urbanos e, é marcada por uma intensa mobilidade populacional, o que facilita a disseminação do vírus em ambientes de alta densidade populacional.^{3,6,12,15,34} Desta forma e, conforme o MS, a urbanização acelerada identificada na região SE, além da concentração de serviços de saúde existentes e em atividade, contribuem diretamente para a dinâmica de detecção, registro e notificação dos casos de HIV/AIDS.^{3,6,12,15,34}

Em relação a região SE, é defendido que ela concentra uma área geográfica total de “924 620 km²”, ou seja, cerca de “1/10” da superfície do Brasil, sendo a região mais desenvolvida nacionalmente, composta por uma população no ano de 2024 por aproximadamente “88.617.693” habitantes e, responsável por “55,2%” do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro.^{63,64,65} Nesse contexto, a região SE possui enquanto indicadores econômicos o PIB em 2019 de “R\$ 3.917.485,00” milhões, o PIB *per capita* em 2019 de “R\$ 40.321,68” e também, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2017 de “0,795”.^{63,64,65}

A infraestrutura de saúde da região SE, apesar de ser mais avançada do que em outras integrantes do país, tem um papel duplo neste contexto, por um lado, a maior disponibilidade de testes de HIV/AIDS e de TARV, facilitando o acesso ao diagnóstico e tratamento e, permitindo que a população, tenha uma detecção precoce e, um acompanhamento mais adequado dos casos.^{6,34,46,49} Esse fator, por si só, é positivo, possibilitando um melhor controle da doença e, maior QV para os pacientes, no entanto, também implica na prevalência, de casos notificados na região SE seja percebida como mais alta, já que mais casos são identificados em comparação as outras regiões, com menor acesso a esses serviços de saúde.^{6,34,46,49}

Por outro lado, a economia robusta da região SE, se destaca como um polo de desenvolvimento econômico, que atrai um fluxo constante de turistas e, migrantes de diferentes partes do Brasil e do mundo.^{3,6,34,49} Nesse intenso movimento de pessoas, aliado à presença de grandes eventos culturais e de negócios, gera(m) ampliada(s) oportunidade(s) de exposição ao HIV/AIDS, favorecendo sua posterior propagação.^{3,34,49}

A própria estrutura social da região SE, com uma grande população jovem em idade economicamente ativa, cria um cenário propício à interação em diversos ambientes sociais, alguns dos quais, apresentam maior vulnerabilidade para a transmissão do HIV/AIDS.^{3,6,34,49} Outro fator relevante nesse contexto analítico, é o comportamento sexual da população, especialmente relacionado ao uso inadequado ou à redução de uso de preservativos, com dificuldade em manter práticas preventivas consistentes, somada à diversidade e à intensidade das interações sociais nas áreas urbanas, contribuindo para a manutenção e expansão dos casos de HIV/AIDS.^{3,34,49}

No que se refere ao estado de São Paulo (SP), ter registrado o maior quantitativo de registros de casos HIV/AIDS no recorte geográfico e histórico analisados, foi identificada relação com a literatura científica, quando é

defendido que essa unidade federativa (UF) brasileira, apresenta a maior prevalência de casos de HIV/AIDS no país, o que pode ser atribuído a uma série de fatores históricos, sociais, econômicos e estruturais.^{3,34,49} Nesse contexto, é importante destacar que o estado de SP, juntamente com o Rio de Janeiro (RJ), Minas Gerais (MG) e o Espírito Santo (ES), constituem a região SE, considerada a mais industrializada, quando comparada aos outras integrantes do Brasil.^{3,34,49}

Analisando geograficamente o estado de SP, ele possui segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), área total de “248 219,481 km²”, população registrada no último Censo (2022) de “44.411.238” pessoas, densidade demográfica (2022) “178,92 habitante por km²” e, rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* em 2024 de “R\$ 2.662”.^{68,69} Nesse contexto, o estado de SP geograficamente é composto por 645 unidades municipais, classificado enquanto o estado mais populoso do Brasil, além da subdivisão nacional mais populosa, inclusive do continente americano, sendo que economicamente essa UF registrou IDH no ano de 2021 de “0,806”, além de ter contabilizado o total de receitas brutas realizadas em 2023 de “R\$ 343.634.435.413,40”.^{68,69}

Desenvolvendo uma pesquisa junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS, no que se refere ao quantitativo de leitos complementares no estado de SP, foi identificado que essa UF possui “8.673” leitos habilitados e “18.143” existentes, além de, para a especialidade clínico/cirúrgico, “60.274” leitos existentes e “33.187” leitos habilitados.^{54,70,71} Ainda em relação ao quantitativo total geral de leitos menos complementar, foram identificados junto ao CNES/MS para SP, “55.165” leitos habilitados e “96.297” leitos existentes, respectivamente.^{54,70,71}

Ainda no que se refere ao quantitativo de leitos disponibilizados para o estado de SP, a pacientes com diagnóstico de AIDS em seu tratamento clínico, foi identificada a existência de “476” leitos, sendo “415” são disponibilizados pelo SUS.^{54,70,71} Já em relação ao quantitativo de leitos disponibilizados para atendimento em “hospitais dia” para pacientes com diagnóstico de AIDS, foram identificados “112” leitos existentes, sendo que destes, “103” eram de responsabilidade do SUS.^{54,70,71}

Por outro lado e, segundo o MS no ano de 1997, a proporção homens/mulheres já era de 2:1 e, nesse contexto, metade destas pessoas viviam com diagnóstico positivado de HIV/AIDS no estado de SP.^{26,67} No que se refere a identificação de pessoas do sexo masculino registrarem a maior preponderância, no que se refere as notificações de soropositividade por HIV/AIDS, foi identificada correlação com o que é defendido pela literatura científica, quando defendida homens ainda possui maior prevalência de casos.^{20,62}

Nesse contexto, o fenômeno da “masculinidade hegemônica” é marcada por um padrão que privilegia homens heterossexuais, brancos, com vida sexual ativa e bem-sucedidos economicamente, que se destacam por seus corpos saudáveis e desejavelmente fortes.^{9,20,21} Práticas como a busca por múltiplas parcerias sexuais e a percepção de “invulnerabilidade ao HIV” e outras ISTs, são particularmente problemáticas e perigosas, expondo esses homens a uma maior vulnerabilidade e, dificultando a adoção de comportamentos de prevenção.^{9,20,21,22,24,31}

A masculinidade, ao ser associada à virilidade e ao desprezo por comportamentos considerados “fracos”, podem promover uma “falsa

sensação” de autoproteção, aumentando a exposição a práticas sexuais de risco à saúde.^{9,20,21,22} Este modelo, embora não seja o único, define uma hierarquia que impõe as pessoas do sexo masculino, a diversas formas de expressão de sua masculinidade, muitas das quais, podem se traduzir enquanto comportamentos perigosos e prejudiciais à saúde.^{9,20,21,22}

O ideal de suportar a dor, ser forte, demonstrar domínio e também, evitar a vulnerabilidade, não apenas molda a identidade masculina, mas também, tende a contribuir para a construção de uma cultura de risco.^{9,20,21,22,24} Além disso, o fenômeno da desigualdade de gênero agrava essa vulnerabilidade, ao afetar não apenas os homens, mas também as mulheres, que enfrentam situações. Por exemplo, de violência física, doméstica e sexual, além da violação de direitos humanos e de desigualdades socioeconômicas.^{9,20,21,22,24}

Essas relações assimétricas, tende, a estabelecer uma dupla moral sexual na qual, as mulheres são pressionadas a serem recatadas e fiéis, enquanto as pessoas do sexo masculino, são frequentemente vistas enquanto “predadores sexuais”, mesmo em relações afetivas, classificadas enquanto estáveis.^{9,20,22,24} A naturalização do desejo sexual masculino, como um contínuo e inesgotável símbolo de virilidade, coloca tanto os homens quanto os(as) seus(as) parceiros(as) em situações de risco, especialmente no que diz respeito à saúde sexual.^{9,10,20,21,b22}

Nesse cenário, muitos homens sentem a necessidade de aproveitar todas as oportunidades de relação(ões) sexual(is), mesmo que extraconjugais, muitas vezes, ignorando a importância e a necessidade de utilização de preservativo(s).^{9,12,20,22,24} Para o “modelo hegemônico de masculinidade”, o preservativo é considerado necessário apenas, para contracepção ou quando a parceira é percebida como “mulher fácil”, que poderia representar um risco à saúde.^{9,10,12,20,22,23}

Essa perspectiva, leva muitas pessoas do sexo masculino a abandonarem o uso de métodos de prevenção à ITSs e ao HIV/AIDS, após os primeiros encontros, acreditando que seus ou suas parceiros(as) não os traem, mesmo que mantenham relações classificadas enquanto extraconjugais.^{9,20,22,23,24} Por sua vez, as mulheres, ao relacionarem o amor à abnegação de si mesmas, muitas vezes, confiam excessivamente em seus parceiros, o que pode prejudica sua percepção(ões) do(s) risco(s) de infecções por HIV/AIDS e outras ITSs.^{9,10,20,22,24,31}

Paradoxalmente a esta importante questão e, com o decorrer dos anos, é possível perceber a ampliação no quantitativo de casos notificados entre pessoas do sexo feminino pela AIDS, o que aponta que, qualquer sexo está suscetível à sua aquisição.^{10,20,22,24,26,62} Para alguns pesquisadores, durante muitos anos, foi possível verificar que, em algumas nações, a epidemia do HIV/AIDS cresceu mais fortemente em pessoas do sexo masculino, como foi o caso do Brasil.^{20,22,24,25,66}

Em relação a maior preponderância de pessoas com diagnóstico de AIDS se declararam de cor/raça branca, foi identificada correlação com o que se encontra sustentado na literatura científica, no que se refere a combinação de fatores sociais, comportamentais e de acesso à saúde, sendo a taxa de incidência do HIV/AIDS, por exemplo, é especialmente elevada entre homens jovens, adultos e brancos.^{13,20,21,22,23} Desta forma e, além dos aspectos comportamentais, o estigma social relacionado ao HIV/AIDS, também impacta

a forma como que a população branca busca tratamento e adota práticas de prevenção.^{13,16,20,21,22,23}

Nesse contexto, a crença de que a doença afeta principalmente grupos considerados vulneráveis ou marginalizados, como é o caso da população de cor/raça negra, pode criar uma falsa sensação de segurança entre os de cor/raça branca, resultando em atraso na busca por diagnóstico e tratamento, o que contribui para a disseminação do vírus nesse grupo.^{13,15,18,22,23} Para outros autores, outro ponto relevante é a educação em saúde, fundamental na prevenção do HIV/AIDS e, a ausência de campanhas direcionadas especificamente à população de cor/raça branca, que pode gerar desinformação sobre métodos de prevenção, como o uso de preservativos e a PrEP.^{13,15,20,22,23,46}

Essa postura, tende a facilitar o aumento da vulnerabilidade à ITSs, especialmente entre grupos que têm menos diálogo sobre a questão da sexualidade e da saúde sexual.^{13,15,20,21,23,46} Embora a população de cor/raça branca, em média, tenha mais recursos para acessar o sistema de saúde, a burocracia e a ineficiência de políticas públicas para prevenção e tratamento do HIV/AIDS, ainda representam obstáculos, podendo levar a diagnósticos tardios e a maiores complicações na questão saúde.^{13,20,21,24,23,45}

No que se refere a questão da maior preponderância de pessoas que se declaram enquanto heterossexuais e que contraíram HIV/AIDS no recorte geográfico e histórico analisados, foi identificada correlação com o que é encontrado junto a literatura científica, quando é defendido que nos dados oficiais, os homens heterossexuais representam cerca de 49% dos casos, os homoafetivos 38% e os bissexuais 9,1%, respectivamente.^{18,20,22,23,25,72} Nesse contexto e, segundo alguns pesquisadores, os homens heterossexuais, tendem a ficar mais inseridos na categoria de “população geral”, não recebendo destaque, no que se refere às políticas, políticas públicas, políticas públicas em saúde, ou também, junto às ações de prevenção, combate e controle ao HIV/AIDS.^{20,21,24,25,72,73}

Já para outros pesquisadores, as pessoas do sexo masculino heterossexuais, tendem a possuir reduzidas oportunidades para a implementação do diagnóstico do HIV/AIDS e, para além do gênero, são sujeitos a situação de vulnerabilidade considerada(s) programática(s).^{20,22,23,72,73,74} É importante destacar que, nesse contexto se dissemina a categoria de homens que fazem sexo com homens (HSH), a fim de incluir pessoas que não se identificam na categoria homoafetivo, mas que se expõem ao HIV/AIDS, por meio de práticas sexuais com outras pessoas do sexo feminino.^{18,20,26,27,28,29,42,72,73,74}

Nesse contexto e, entre as pessoas do sexo masculino, as questões relacionadas ao gênero, tendem a serem impostas, principalmente junto às relações entre homens e mulheres, e ainda, junto as relações entre homens com outros homens, principalmente do que se denominado de “masculinidade hegemônica”.^{20,23,24,72,73,74} É importante destacar, no que se refere ao que é entendido enquanto “*invisibilidade dos homens heterossexuais*”, em relação a epidemia/pandemia de AIDS, e também, suas inúmeras implicações, no setor saúde na contemporaneidade.^{20,23,24,72,73,74}

A complexidade desta questão é tamanha que, segundo alguns especialistas no assunto, homens heterossexuais possuem em seu entendimento ou imaginário que, “homens de verdade” estão imunes de contrair HIV/AIDS,

apontando o seu desconhecimento para com os riscos desta ITS.^{16,20,23,72,73,74} Nesse contexto, é desta forma que um quantitativo significativo pessoas do sexo masculino e heterossexuais, tem o diagnóstico positivado de TB, já possuindo HIV/AIDS e, após a procura pelos serviços de saúde, necessita iniciar o tratamento destes problema de saúde, muitas vezes reincidente.^{10,20,22,24,72,73,74}

No que se refere a questão da subnotificação de registros e notificações de casos de pessoas com o diagnóstico de AIDS, foi identificada correlação com o que se encontra junto a literatura científica, quando é defendido que, este se constitui enquanto um fator crucial, dificultando um melhor entendimento desta enfermidade, contribuindo para a alta prevalência de casos no Brasil e, junto as outras nações internacionais.^{6,10,12,14,20,31} Desta forma, esse complexo problema ocorre quando os casos diagnosticados, não são devidamente registrados, e também, resultam em um quantitativo oficial de registros, menor do que a realidade.^{6,7,9,10,12,14,20,23}

Nesse contexto analítico, vários autores defendem que essa discrepância, afeta diretamente a compreensão da pandemia, e ainda, a eficácia das políticas de saúde pública, sendo que vários fatores contribuem para essa situação, como o reduzido acesso a testes diagnósticos e, ao diagnóstico tardio, frequentemente em estágios avançados da AIDS.^{6,9,13,14,16,19,20} Além disso, o estigma associado ao HIV/AIDS e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, especialmente em regiões mais vulneráveis, tendem a ter mais agravado, junto a áreas classificadas enquanto rurais, e ainda, junto a comunidades mais marginalizadas, possuindo carência em sua infraestrutura e de informações, que podem levar ao registro de pessoas infectadas a não procurarem atendimento médico.^{6,10,14,16,41,44}

Desta forma, o processo de subnotificação de óbitos por AIDS, se constitui enquanto um problema classificado enquanto recorrente, muitas vezes relacionado à ausência de sinais e de sintomas visíveis, junto aos estágios iniciais da infecção, levando muitas pessoas a desconsiderarem a necessidade de testagem com os exames, o que dificulta o seu diagnóstico precoce.^{6,10,13,14,16} Também pode ser defendido que os profissionais de saúde, nem sempre conseguem identifica a AIDS, enquanto a causa subjacente da óbito, especialmente quando o paciente apresenta comorbidade(s) classificada(s) enquanto associada(s), mesmo quando eles procuram ao atendimento, muitos não conseguem ser testados de forma adequada, devido a reduzida capacitação, ou de treinamento insuficiente dos profissionais.^{6,10,11,14,16}

Fatores como registros médicos incompletos, o estigma social, o preconceito e discriminação, associado(s) a(s) pessoa(s) com diagnóstico de HIV/AIDS, segundo alguns pesquisadores, também contribuem para que a ITS não seja mencionada nas declarações de óbito.^{6,8,9,10,14} Essa situação é ainda mais preocupante, principalmente entre pessoas pertencentes a grupos mais vulneráveis, como homens gays e UDIs, que enfrentam barreiras adicionais no acesso aos serviços de saúde.^{6,14,16,18,27,28,35,43,44,45}

As dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde, no processo de documentação e registro preciso dos casos de pessoas com HIV/AIDS, também contribuem para essa situação, além do reduzido tempo para realização desta atividade de interesse e, de conhecimento sobre a importância do preenchimento correto das declarações de óbito, pode resultar em dados imprecisos ou ilegíveis.^{6,14,16,18,18,35} Essa dificuldade de desempenho de atividades com maior rigor, por exemplo, na coleta de dados referentes à

políticas públicas e estratégias de intervenção menos eficazes, pode potencializa a perpetuação do ciclo de subnotificação, e também, de desinformação sobre a realidade da epidemia de HIV/AIDS no país.^{6,14,18,35,44}

Por fim, a subnotificação de casos de HIV/AIDS no Brasil, não é apenas uma questão de números, mas também, um reflexo segundo alguns especialistas no assunto, de desigualdades estruturais na sociedade, de reduzido acesso a serviços de saúde, de discriminação, além de estigma, que afetam desproporcionalmente os grupos considerados mais vulneráveis.^{14,16,26,27,28,29,35,44} Para abordar essa questão, é fundamental que sejam implementadas políticas públicas, que garantam acesso universal aos testes para realização do diagnóstico, e também, ao tratamento do HIV/AIDS, além da ampliação de campanhas de conscientização da sociedade e que, promovam a inclusão e a sua desestigmatização.^{6,14,16,35,44}

No que se refere ao SINAN registrar a maior preponderância de notificações de casos de AIDS no recorte histórico e geográfico instituídos, foi identificada correlação com a literatura científica, quando é defendido que ele se constitui enquanto uma ferramenta essencial para a gestão de dados, sobre casos de HIV/AIDS no Brasil, desempenhando um papel fundamental no monitoramento epidemiológico.^{24,32,53,54} Nesse contexto e, desde sua implementação, ele tem facilitado o processo de identificação de tendências e padrões de infecção, fornecendo informações importantes para a formulação de políticas públicas de saúde.^{24,32,53,54}

A análise dos dados do SINAN/MS, também revela subgrupos de maior risco, como por exemplo, homens gays e bissexuais, que apresentam aumento junto as taxas de infecção, destacando a necessidade de intervenções de saúde pública mais específicas.^{24,27,28,29,32,53,54} A ausência de campos no SINAN para registrar práticas sexuais e orientação sexual, podem ser identificados enquanto “fragilidades” e “impeditivos” de uma melhor compreensão, além de mais detalhada, das necessidades de certos grupos populacionais, como é o caso de mulheres LGBTQIAP+, que declaram enfrentarem barreiras no acesso para utilização de serviços de saúde.^{9,16,24,26,27,28,29,32,39,40,44,53,54}

Essas limitações apontadas, tendem a comprometerem sobremaneira, a elaboração de políticas de saúde mais direcionadas, e ainda, mais eficazes, para o cuidado especializado desta complexa e numerosa extrato da sociedade.^{24,27,28,32,39} Embora os dados do SINAN indiquem o fenômeno de redução no quantitativo total de casos de HIV/AIDS notificados, é possível entender que a população LGBTQIAP+, permanece desproporcionalmente afetada pela epidemia.^{24,26,27,28,29,32,39,40,44}

Parte dessa aparente redução identificada, pode estar diretamente associada a dificuldades no processo de transferência de informações, entre os diferentes níveis do SUS, além da “lentidão” nas atividades de atualização dos dados, especialmente identificada durante a pandemia de COVID-19 e, de suas variantes conhecidas.^{10,16,24,29,32} Além disso, é possível observar o processo de “feminização” da epidemia de HIV/AIDS no Brasil, com o aumento das infecções entre pessoas do sexo feminino, refletindo direta e indiretamente em mudanças junto as dinâmicas sociais e também, nos padrões de transmissão deste vírus.^{9,26,27,28,29,32}

Nesse contexto pandêmico do COVID-19, a qualidade dos dados coletados e organizados pelo SINAN/MS, impactou diretamente junto a formulação de mais efetivas políticas públicas, estratégias de prevenção e

combate, além do processo de tratamento do HIV/AIDS.^{9,24,32,53,54} Desta forma, um processo de coleta de dados mais rigoroso e inclusivo, permitiria uma análise bem mais aprofundada das vulnerabilidades sociais existentes, contribuindo desta forma, para o desenvolvimento de novos e melhores programas de prevenção, mais adequados às especificidades da população LGBTQIAP+ e ainda, de outras populações consideradas vulneráveis.^{9,10,11,26,27,28,29,42,44}

Considerações Finais:

Por meio do presente estudo, foi possível verificar aumento no quantitativo de notificações de pessoas com diagnóstico de AIDS, no recorte geográfico e histórico constituídos. Apesar da presente pesquisa possuir limitações em sua constituição, os objetivos instituídos foram cumpridos integralmente.

A presente pesquisa contribuirá para melhor entendimento no que se refere ao fenômeno do aumento no quantitativo de pessoas com diagnóstico de AIDS no Brasil nas últimas quatro (4) décadas, facilitando desta forma, a implementação de políticas públicas de saúde, direcionadas para essas pessoas e grupos sociais. O combate e controle do HIV/AIDS se constitui enquanto temática de fundamental importância na cotidianidade, sendo necessário o apoio das pessoas com o seu diagnóstico positivado, profissionais de vários campos do conhecimento, associações científicas e do poder político nacional e internacional em suas várias instâncias.

Medidas de auxílio e cuidado a pessoas que contraíram essa ITS, como por exemplo, a disponibilização do PrEP, a disponibilização de consultas multiprofissionais para o monitoramento dos sinais e sintomas, políticas públicas de apoio a estes pacientes, dentre muitas outras, também se constituem enquanto importantes estratégias e metodologias a serem adotadas mais fortemente. A implementação de pesquisas que venha analisar a questão do processo de notificação de grupo em situação de vulnerabilidade ou hipervulnerabilidade para com o HIV/AIDS, como é o caso de pessoas idosas, homoafetivos, UDIs, bissexuais, hemofílicos, vitimados por acidentes por materiais biológicos, se constituem enquanto importantes estratégias para melhor entender, combater e mitigar esta complexa ITS.

Agradecimento

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Almeida AIS, Ribeiro JM, Bastos FI. Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(3):837-848. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.45862020>.

2. Alves JDM. Enfrentamento da soropositividade ao HIV/Aids na atualidade. 2021. 30 f. TCC (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2021. Disponível em: [<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/33624>]. Acesso em: 23 fev. 2025.
3. Aguiar TS, Fonseca MC, Santos MC dos, *et al.* Perfil epidemiológico de HIV/AIDS no Brasil com base nos dados provenientes do DataSUS no ano de 2021. *Research, Society and Development*. 2022;11(3):e4311326402. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26402>.
4. Araujo D. “Cavalgar sem sela”: ensinamentos, demandas e incitações do currículo bareback em oposição às normas do uso do preservativo. 2021. 390 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação. Belo Horizonte. 2021. Disponível em: [<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/38849>]. Acesso em: 19 out. 2024.
5. Brito FPG, Aragão HT, Oliveira ML de L, *et al.* Opportunistic infections in patients with hiv/aids in specialized care service in Aracaju City, SE, Brazil. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4(3):10509-10525. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-073>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2023. Brasília: MS. 2023. 84p. Número especial. Disponível em: [<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>]. Acesso em: 23 fev. 2025.
7. Castro KK. A percepção do portador do VIH/SIDA sobre o tratamento recebido pela equipe multiprofissional em um hospital do DF. 2018. 19f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2018.
8. Costa LDLN, Kennelly AS, Souza DAC de, *et al.* Risco de Câncer em Pacientes que Vivem com HIV/Aids: Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Cancerologia*.2020;66(4): e-0410532020. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n4.1053>.
9. Campany, LN da S, Amaral DM, Santos RN de OL dos. HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. *Revista Bioética*. 2021;29(2):374-383. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292475>.
10. Cardoso MR, Ferro LF. Health and LGBT community: needs and specificities under discussion. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2012;32(3):552-563. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300003>.
11. Calazans GJ, Pinheiro TF, Ayres JR de CM. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids

voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Sex., Salud Soc.* 2018;29:263–293. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.13.a>.

12. Cárdenas CMM. 40 anos de epidemia de HIV/Aids: reconfigurações de uma agenda político-acadêmica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2022; 32(4); e320400. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320400>.

13. Cazeiro F, Leite JF, Costa AJ da. Por uma decolonização do HIV e interseccionalização das respostas à aids. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2023. 33. e33024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333024>.

14. Carmo RA do, Policena GM, Alencar GP, *et al.* Subnotificação de óbitos por AIDS no Brasil: linkage dos registros hospitalares com dados de declaração de óbito. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2021;26(4):1299–1310. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.15922019>.

15. Cruz MR da, Barbosa BBL, Camelo IM, Monteiro PVA, Lopes RE da S, Sousa GJB, *et al.* Viver com HIV/aids em situação de rua: representações sociais de pessoas hospitalizadas. *Rev. baiana enferm.* 2023; 37.e49947. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.49947>.

16. Caiaffa WT, Bastos FI. Usuários de drogas injetáveis e infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana: epidemiologia e perspectivas de intervenção. *Rev. bras. epidemiol.* 1998;1(2):190–202. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X1998000200009>.

17. Dias J, Sousa SGC de, Furtado DRL, *et al.* Principais sintomas e alterações imunológicas decorrentes da infecção pelo vírus HIV: uma revisão bibliográfica. *REAS.* 2020;(40): e2715. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2715.2020>.

18. Dourado I, Magno L, Greco D B, *et al.* Prevenção combinada do HIV para homens adolescentes que fazem sexo com homens e mulheres adolescentes transexuais no Brasil: vulnerabilidades, acesso à saúde e expansão da PrEP. *Cad. Saúde Pública.* 2023; 39(Suppl 1): e00228122. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT228122>.

19. Willis JR, *et al.* Human immunoglobulin repertoire analysis guides design of vaccine priming immunogens targeting HIV V2-apex broadly neutralizing antibody precursors. *Immunity.* 2022. DOI: [10.1016/j.immuni.2022.09.001](https://doi.org/10.1016/j.immuni.2022.09.001).

20. Knauth DR, Hentges B, Macedo JL de; *et al.* O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cad. Saúde Pública.* 2020;36(6); e00170118. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170118>.

21. Leal AF, Knauth DR, Couto MT. The invisibility of heterosexuality in HIV/AIDS prevention for men. *Rev. bras. epidemiol.* 2015;18(Suppl 1):143–155. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050011>.

22. Lourenço GO, Amazonas MCL de A, Lima RDM de. Nem santa, nem puta,

apenas mulher: a feminização do HIV/aids e a experiência de soropositividade. *Sex., Salud Soc.* 2018;30:262–281. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.13.a>.

23. Limas FM, Brandão ML, Luccas DS de, *et al.* Estudo ecológico da epidemia hiv/aids em adultos jovens: estamos prevenindo ou tratando? *Cogitare Enferm.* 2021;26.e72693. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.72693>.

24. Lucas RGS, Antonagi HB, Oliveira JVN de; *et al.* Determinantes sociais e comportamentais do aumento de casos de hiv na última década: uma revisão integrativa *Revista FT.* 2024;28(132). DOI: [10.5281/zenodo.10869062](https://doi.org/10.5281/zenodo.10869062).

25. Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Relatório Global sobre AIDS 2024. Resumo Executivo. A urgência do agora a aids frente a uma encruzilhada. 2024. 24p. Disponível em: [<https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2024/07/RelatorioGlobalPTBR.pdf>]. Acesso em: 4 out. 2024.

26. Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cad. Saúde Pública.*2019; 35(4): e00111318. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111318>.

27. Miskolci R, Signorelli MC, Canavese D, *et al.* Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2022;27(10):3815–3824. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06602022>.

28. Malta M, Bastos F, Monteiro M. Manejo do paciente usuário de drogas vivendo com HIV/Aids. In: Alarcon S, Jorge MAS. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 239-264. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415399.0013>.

29. Martins RS. O uso de substâncias psicoativas antes ou durante o sexo e suas implicações na saúde sexual de mulheres transexuais e travestis. 2024. 77 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2024. Disponível em: [<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/282762>]. Acesso em: 24 fev. 2025.

30. Moretto JDA. Enfrentamento da soropositividade ao HIV/Aids na atualidade. 2021. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2021. Disponível em: [<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/33624>]. Acesso em: 24 fev. 2024.

31. Oliveira LG. Comportamento sexual de risco após diagnóstico de sífilis. 2023. 78 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2023. Disponível em: [<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/73596>]. Acesso em: 19 jul. 2023.

32. Pereira GFM, Pimenta MC, Giozza SP, *et al.* HIV/AIDS, STIs and viral hepatitis in Brazil: epidemiological trends. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22(Suppl 1): E190001. DOI: [10.1590/1980-549720190001.supl.1](https://doi.org/10.1590/1980-549720190001.supl.1).
33. Rerks-Ngarm S, Pitisuttithum P, Nitayaphan S, *et al.* Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to Prevent HIV-1 Infection in Thailand. *N Engl J Med.* 2009;361(23):2209–2220. DOI: [10.1056/NEJMoa0908492](https://doi.org/10.1056/NEJMoa0908492).
34. Rodrigues IM, Faria BM, Marquez LV, *et al.* Análise epidemiológica dos casos de Aids no Sudeste brasileiro de 2010 a 2019. *Población y Salud en Mesoamérica.* 2022;19(2):162-183. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v0i19.46802>.
35. Rocha RMG, Pereira DL, Dias TM. O contexto do uso de drogas entre travestis profissionais do sexo. *Saude soc.* 2013;22(2):554–565. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200024>.
36. Santana JC, Silva CP da, Pereira CA. Principais doenças oportunistas em indivíduos com hiv. *Humanidades e Tecnologia(FINOM).* 2019;16(1):405–422.
37. Souza W dos S. O uso da estratégia redução de danos na prevenção ao HIV/aids: uma revisão integrativa. 2023. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.
38. Silveira PP de S, Silva BS, Sousa CV, *et al.* Uso da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) como prevenção combinada na contenção da disseminação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em grupos de risco. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.*2022;15(6): e10267. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e10267.2022>.
39. Serra RB, Bassichetto KC, Costa PMB, *et al.* Prevalência de HIV entre travestis e mulheres transexuais em situação de vulnerabilidade social - Manaus, Amazonas, 2020-2021. *BEPA, Bol. Epidemiol. Paul.* 2023;20: e38963. DOI: <https://doi.org/10.57148/bepa.2023.v.20.38963>.
40. Santos RCS. Na escuridão do arco íris: A vivência das relações afetivo sexuais de jovens gays após o diagnóstico de HIV. 2015. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: [<https://doi.org/10.11606/D.6.2015.tde-23032015-095719>]. Acesso em: 24 fev. 2025.
41. Schmidt AC, Caramão GS, Ceolin S, *et al.* Vulnerabilidade da população gay vivendo com HIV: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development.* 2020.9(11): e4849119910. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9910>.
42. Sousa LRM, Elias HC, Caliari J de S, *et al.* Uso inconsistente do preservativo masculino entre homens HIV negativos que fazem sexo com homens. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2023;31:e3890. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6327.3892>.

43. Silva RR da, Neves MP das, Silva LA da, *et al.* Consumo de drogas psicoativas em contexto de sexual entre homens gays como fator de risco para transmissão de HIV/Aids. *Glob Acad Nurs.* 2020;1(3):e57. DOI: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200057>.
44. Souza IC. Vulnerabilidades da população LGBTQIA+ relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis e ao consumo de drogas. 2021. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021. Disponível em: [<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/62694>]. Acesso em: 03 dez 2021.
45. Sehnem GD, Merigo GK, Saraçol DNM, Nunes L de S, Rezer JFP. Chemsex e seu impacto na saúde. *Open Science Research X.* 2023:593–608. DOI: <https://dx.doi.org/10.37885/230111695>.
46. Silva PG da. Determinantes individuais e sociais na adesão ao uso da profilaxia pré-exposição de risco a infecção pelo HIV (PrEP) entre trabalhadores do entretenimento adulto. 2024. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024. Disponível em: [<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06112024-141627/>]. Acesso em: 24 fev. 2025.
47. National Institutes of Health. NIH Director's Blog. Tabak L. Encouraging First-in-Human Results for a Promising HIV Vaccine. 2023. Disponível em: [<https://directorsblog.nih.gov/2023/06/06/encouraging-first-in-human-results-for-a-promising-hiv-vaccine/>]. Accessed on: February 24, 2025.
48. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS Brasil. Relatório Global sobre AIDS 2024. Fim da pandemia de AIDS até 2030 exige mais investimentos e proteção dos Direitos Humanos, diz novo relatório do UNAIDS. Disponível em: [<https://unaids.org.br/2024/07/relatorio-global-sobre-a-aids-2024/>]. Acesso em: 24 fev. 2025.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial HIV/Aids 2019. Brasília: MS, 2019. 72p. Disponível em: [<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids2019>]. Acesso em: 24 fev. 2025.
50. Sharp PM, Hahn BH. Origins of HIV and the AIDS pandemic. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2011;1(1):a006841. DOI: [10.1101/cshperspect.a006841](https://doi.org/10.1101/cshperspect.a006841).
51. Gao F, Bailes E, Robertson DL, *et al.* Origin of HIV-1 in the chimpanzee *Pan troglodytes troglodytes*. *Nature.* 397 (6718): 436–41. DOI: <https://doi.org/10.1038/17130>.

52. Keele BF, van Heuverswyn F, Li YY, Bailes E, Takehisa J, Santiago ML, Bibollet-Ruche F, Chen Y, Wain LV, Liegois F, Loul S, Mpoudi Ngole E, Bienvenue Y, Delaporte E, Brookfield JFY, Sharp PM, Shaw GM, Peeters M, Hahn BH. Chimpanzee Reservoirs of Pandemic and Nonpandemic HIV-1. *Science*. 313(5786):523–526. DOI: [10.1126/science.1126531](https://doi.org/10.1126/science.1126531).
53. Brasil. Portal do Governo Brasileiro. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. O Sinan. Disponível em: [<https://portalsinan.saude.gov.br/>]. Acesso em: 25 fev. 2025.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html]. Acesso em: 25 fev. 2025.
55. Brasil. Portal do Governo Brasileiro. Ministério da Saúde. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Sistemas de informação. Siscel. Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (Siscel). Atualizado em 20/01/2025, 14h00. Disponível em: [<https://www.gov.br/aids/pt-br/sistemas-de-informacao/siscel>]. Acesso em: 25 fev. 2025.
56. 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 o Manejo da Infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 412 p. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf]. Acesso em: 25 fev. 2025.
57. 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. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 149 p. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf]. Acesso em: 25 fev. 2025.
58. Brasil. Portal do Governo Brasileiro. Ministério da Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Apresentação. Disponível em: [<https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/sim/apresentacao/>]. Acesso em: 25 fev. 2025.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília: MS, Funasa. 2001. 36p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sis_mortalidade.pdf]. Acesso em: 25 fev. 2025.

60. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html]. Acesso em: 25 fev. 2025.
61. Ebsco Connect. Discovery & Search. Pesquisa com Operadores Booleanos. 28 nov. 2028. Disponível em: [https://connect.ebsco.com/s/article/Pesquisa-com-Operadores-Booleanos?language=en_US]. Acesso em: 26 fev. 2025.
62. Zancan S, *et al.* Série histórica dos casos de HIV notificados de 1980 a 2020 no Brasil. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2022;33(02):09-19. DOI: <https://doi.org/10.51723/ccs.v33i02.1107>.
63. Ramos ALP, De Seta MH. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(4): e00089118. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00089118>.
64. Melo MC de, Donalisio MR, Cordeiro RC. Sobrevida de pacientes com AIDS e coinfeção pelo bacilo da tuberculose nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(11):3781-3792. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26352015>.
65. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT de. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(Sup.1):7-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000700002>.
66. Paiva V. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(6):1609-1620. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600015>.
67. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - AIDS, XIV(2). Semana Epidemiológica 14 a 26, abril/junho. 2001. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_2001_ii_aids.pdf]. Acesso em: 03 mar. 2025.
68. Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. São Paulo. Disponível em: [<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/panorama>]. Acesso em: 04 mar. 2025.
69. Brasil. Governo Federal. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil. 2023. Disponível em: [<https://anuario.ibge.gov.br/>]. Acesso em: 04 mar. 2025.
70. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta. São Paulo. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=35&VMun=&VComp=202501]. Acesso em: 04 mar. 2025.
71. Brasil Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação

nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html]. Acesso em: 04 mar. 2025.

72. Parker R. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção e política. Rio de Janeiro: Editora 34; 2000. 160p.

73. Kimmel MS, Kimmel MS. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. Horiz Antropol. 1998; 4(9):103-117. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71831998000200007>.

74. Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. Rev Saúde Pública. 2008;42(2):242-248. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000004>.

Autor de Correspondência

Lincoln Agudo Oliveira Benito
SEPN 707/907, Via W 5 Norte, Campus
Universitário. CEP: 70790-075. Asa Norte.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
linconlbenito@yahoo.com.br