

QUATRO DÉCADAS DA AIDS NO BRASIL: AVANÇOS E RETROCESSOS

Ivan da Silva Mendonça¹
Leony Souza da Silva²
Sandra Gonçalves Anes Santos³
Edineia Graciliano Queiroz⁴
Teodomira Sampaio Massa⁵
Kacia Bruno de Albuquerque⁶
Lisa Graciliano Queiroz⁷
Rosete Pedrosa Ferreira⁸

RESUMO: A AIDS surgiu na década de 1980 e até os dias atuais é uma doença sem cura, embora o tratamento adequado possa controlar a doença, possibilitando a qualidade de vida ao indivíduo infectado. Frente a isso, o objetivo desse estudo foi apresentar a evolução da Aids no Brasil, verificando avanços e retrospectos sobre as taxas de contágio e mortalidade, bem como os avanços ou retrocessos sobre as formas de tratamento e sua eficácia. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica, considerando os estudos publicados nesse século, encontrados nas bases de pesquisa Biblioteca Virtual em Saúde, Periódico Capes, Pubmed e Redalyc e Scielo. Os resultados indicam que a taxa de mortalidade reduziu ao longo dos anos, fato que corresponde a uma melhor qualidade de vida ofertada através da TARV. Conclui-se que o avanço médico impactou positivamente no avanço sobre o tratamento da AIDS no Brasil, embora os aspectos econômicos e sociais ainda impactem consideravelmente o acesso e adesão ao tratamento.

Palavras-chave: AIDS. Dados. Avanços. Retrocessos.

3360

ABSTRACT: AIDS emerged in the 1980s and to this day is a disease without a cure, although adequate treatment can control the disease, enabling the quality of life to the infected individual. In view of this, the objective of this study was to present the evolution of Aids in Brazil, verifying advances and retrospectives on the rates of contagion and mortality, as well as advances or setbacks on the forms of treatment and its effectiveness. For this, a Bibliographic Review was carried out, considering the studies published that century, found in the research bases Biblioteca Virtual em Saúde, Periódico Capes, Pubmed and Redalyc and Scielo. The results indicate that the mortality rate has reduced over the years, a fact that corresponds to a better quality of life offered through art. It is concluded that medical advances have had a positive impact on advances in the treatment of AIDS in Brazil, although economic and social aspects still have a considerable impact on access to and adherence to treatment.

Keywords: AIDS. Data. Advances. Setbacks.

¹ Mestre em enfermagem e gestão Sanitária - UEA- Universidad Europea del Atlantico-Espanha.

² Técnico de Enfermagem. IFAM Instituto Federal do Amazonas-CSGC.

³ Técnico de Enfermagem. IFAM Instituto Federal do Amazonas-CSGC.

⁴ Técnico de Enfermagem. IFAM Instituto Federal do Amazonas-CSGC.

⁵ Técnico de Enfermagem. IFAM Instituto Federal do Amazonas-CSGC.

⁶ Técnico de Enfermagem. IFAM Instituto Federal do Amazonas-CSGC.

⁷ Técnico de Enfermagem. IFAM Instituto Federal do Amazonas-CSGC.

⁸ Técnico de Enfermagem. IFAM Instituto Federal do Amazonas-CSGC.

1 INTRODUÇÃO

No começo da década de 1980, uma grande quantidade de pacientes homens, residentes em San Francisco e Nova York, nos Estados Unidos (EUA), manifestaram sintomas clínicos parecidos, marcados pela ocorrência de sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e enfraquecimento do sistema imunológico. Isso revelou uma nova doença, que desde o início parecia ser contagiosa e transmissível (Campany; Amaral; Santos, 2021).

No Brasil, o Human Immunodeficiency Virus (HIV), causador da *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) também surgiu na década de 1980, criando um cenário sombrio repleto de dúvidas e incertezas. Com isso, ao surgirem os primeiros sintomas e o subsequente diagnóstico, o indivíduo acometido pela AIDS enfrentava uma sentença de óbito e escassas possibilidades de sobrevivência (Arantes, 2019; Rosas, 2022).

O número total de indivíduos vivendo com AIDS em 2019 foi de 36,9 milhões, equivalendo a 0,5% da população global, com uma incidência de 476 casos por 100 mil habitantes. Ademais, observa-se uma tendência de crescimento nas taxas de infecção em diversas áreas, incluindo América do Norte, América do Sul, Oceania e Europa (Govender *et al.*, 2021). No Brasil, em 2020, cerca de 29 mil novos casos de AIDS foram registrados, resultando em 10.417 mortes decorrentes da doença (Brasil, 2021), sem contar os casos subnotificados (Carmo *et al.*, 2021).

No entanto, os esforços internacionais contra a AIDS têm alcançado avanços significativos relacionados à prevenção e tratamento. Existe, assim, um compromisso global para reduzir a disseminação dessa doença, bem como para mitigar o preconceito associado ao HIV, que muitas vezes é a causa de mortes decorrentes da não procura por tratamento ou problemas de saúde secundários (Pedroza *et al.*, 2015).

Historicamente, o Brasil tem realizado grandes investimentos no diagnóstico, monitoramento e tratamento de indivíduos afetados pela AIDS, tornando-se uma referência para diversas nações (Carmo *et al.*, 2021), visto a melhora na expectativa de vida de pessoas com HIV/AIDS (Pedroza *et al.*, 2015). Desse modo, considerando os 42 anos da doença no Brasil e o exposto, cabe questionar: após mais de 40 anos da AIDS no Brasil, como estão as taxa de contágio, mortalidade, distribuição geográfica, métodos de tratamento, produção de medicamentos e eficácia dos tratamentos?

A hipótese desse estudo é de que, após mais de 40 anos do surgimento da AIDS no Brasil, as taxas de contágio diminuíram, à medida que os avanços da medicina, incluindo opções de tratamento, produção de medicamentos e métodos de prevenção aumentaram. No entanto, essa hipótese também contempla que, as regiões com maior desigualdade social são aquelas onde o número de infectados é maior, uma das razões que perpetua o preconceito sobre pessoas que tem a doença.

Considerando mais de 40 anos do surgimento da Aids no Brasil, compreender avanços e retrospectos é fundamental. Isso, pois, ao abordar fatores históricos e contemporâneos, o estudo busca contribuir com as políticas de saúde e estratégias futuras de combate à doença, bem como à promoção de melhor qualidade de vida dos portadores do HIV.

Assim, o objetivo geral desse estudo foi apresentar a evolução da Aids no Brasil, verificando avanços e retrospectos sobre as taxas de contágio e mortalidade, bem como os avanços ou retrocessos sobre as formas de tratamento e sua eficácia. Para isso, os objetivos específicos que sustentaram tal foco, foram: a) Descrever as principais fatores que marcaram a evolução da Aids, no Brasil; b) Identificar as taxas de contágio e mortalidade, discutindo os percentuais com base na literatura; e, c) Refletir sobre as formas de tratamento existentes na atualidade, comparando-as com aquelas existentes nos anos anteriores.

3362

Esse estudo foi uma revisão bibliográfica, utilizando as seguintes bases de pesquisa: Biblioteca Virtual em Saúde, Periódico Capes, Pubmed e Redalyc e Scielo. Para a busca nessas bases, foram utilizadas as palavras-chave “AIDS” e “Brasil”. Foram considerados os estudos publicados na língua portuguesa, espanhola e/ou inglesa, publicados a partir dos anos 2000. Logo, os critérios de exclusão, são os trabalhos publicados há mais de 20 anos e disponíveis em outros idiomas.

2 DESENVOLVIMENTO

Esse capítulo foi dividido em 3 seções, para atender aos objetivos específicos propostos, de forma organizada. Na primeira seção é explorado a trajetória da Aids no Brasil e como a doença evoluiu, sendo destacada as ações que permearam determinados períodos. Em seguida, é feita uma análise sobre os dados estatísticos, bem como uma reflexão sobre esses dados. Por fim, a terceira seção discorre sobre a evolução do tratamento, para refletir sobre os avanços e retrocessos, para o entendimento da evolução da luta contra a doença.

2.1 Trajetória da AIDS no Brasil: A evolução da epidemia

O conceito de epidemia utilizado para definir a disseminação da AIDS no Brasil, indica que além dessa doença ser um problema epidemiológico, também tornou-se um evento social, à medida que criou respostas sociais (Calazans; Parker; Terto Junior, 2023). Essa epidemia teve o primeiro caso no Brasil, em 1983, ainda no período anterior à democracia, quando o militarismo controlava o Estado. Desse modo, a primeira década da Aids no Brasil estava envolto em um processo de redemocratização, o que impactava na oferta da saúde e como o governo lidaria com tal ameaça (Lima, 2022).

Referente ao posicionamento da doença no contexto social, as primeiras notícias a definira como uma doença oriunda da população homossexual, trazendo um estigma negativo para pessoas com esse gênero (Valle, 2002). Além disso, os pacientes identificados com a doença eram portadores de Sarcoma de Kaposi, incomum na população mais jovem, o que trazia mais complexidade para entender a doença não apenas para a população, mas por todos, pois “Não havia testes sorológicos, o diagnóstico era clínico” (Barros; Vieira-da-Silva, 2016, p. 3).

Dois anos após o primeiro caso identificado no Brasil e considerando os diversos movimentos sociais realizados pela população homossexual, hemofílicos e talassêmicos, ações foram tomadas para o controle da doença:

Em fevereiro de 1985, iniciaram-se as ações de controle da aids no governo federal por meio do Programa Capacitação de Recursos Humanos para o Controle de Infecções Hospitalares [...] Quando Carlos Sant’Anna, médico, deputado e um dos articuladores da campanha de Tancredo Neves à presidência da república assumiu o Ministério da Saúde (MS) em março de 1985, Fabíola Nunes assumiu a SNPES, onde, na Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS), seria criado o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids (PNAids). As primeiras medidas adotadas pelo MS foram vigilância epidemiológica, educação e informação sanitária, testagem voluntária e caracterização de uma epidemia que afetava toda a população, buscando reduzir o estigma e a discriminação dos grupos mais afetados (Barros; Vieira-da-Silva, 2016, p. 7).

O texto anterior esclarece que o contexto político da época influenciou as medidas tomadas para contenção da doença, bem como as ações para o tratamento. Nesse contexto, Rio de Janeiro e São Paulo foram os primeiros estados com ações estruturadas, servindo como base para pressionar o governo federal a tomar ações nacionalmente. Isso favoreceu as primeiras pesquisas para delimitar procedimentos de manejo, a partir de uma investigação epidemiológica, laboratorial e clínica, sistemas de notificação da doença, além da

organização de práticas de educação sanitária para os casos suspeitos e confirmados (Marques, 2002).

Organizando a cronologia da doença no Brasil, Calazans, Parker e Terto Junior (2023) divide esse período em quatro ondas. Desde 1981, com a identificação do primeiro caso de Aids até 1991, o período foi descrito como os “anos de crise”, visto que houve resistência das comunidades afetadas, aumentando a discriminação e a falta de políticas efetivas contra a doença.

Contudo, Fernandes e Bruns (2021) destacam a primeira década dessa doença como fundamental para a formulação de respostas contra a AIDS no mundo. Nesse período, a etiologia da doença foi identificada por equipes médicas do pesquisador Robert Charles Gallo, nos Estados Unidos, pelo *National Cancer Institute* e pelo médico pesquisador Luc Montagnier, na França, pelo do Instituto *Pasteur*.

Entre 1991 e 2001, a segunda onda foi marcada pela Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS’ (Ungass) e a Declaração de Doha, período em que esforços foram reunidos para controle da doença, ao nível global (Calazan; Parker; Terto Junior, 2023; Greco, 2016). Nesse caminho, em 1996, foi iniciado esforços para garantir medicamentos e tratamentos, especialmente, aos mais pobres (Marques, 2002).

3364

Em seguida, de 2001 a 2011, essa epidemia foi marcada pelo posicionamento dos países que se comprometeram em enfrentar a doença, garantindo a acessibilidade do tratamento. Diante disso, durante esses anos diversas políticas foram articuladas, contribuindo para o fortalecimento da rebiomedicalização⁹ (Calazan; Parker; Terto Junior, 2023; Parker *et al.* 2022). Finalmente, entre 2011 e 2020, a quarta década da doença vislumbra o “fim da Aids” por instituições e autoridades, (Lucas; Böschemeier; Souza, 2023; Muniz; Brito, 2022).

A Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) declararam que a erradicação global da AIDS até 2030 era uma possibilidade viável. Eles estabeleceram uma meta intermediária para 2020, conhecida como Meta 90-90-90, que exigia que até este ano 90% das pessoas vivendo com HIV soubessem de sua condição, 90% estivessem em tratamento antirretroviral contínuo e 90% das pessoas em tratamento atingissem níveis indetectáveis de carga viral (Lucas; Böschemeier; Souza, 2023) razão que

⁹ É um termo que se refere à crescente tendência na sociedade de usar intervenções biomédicas para resolver problemas que têm causas sociais, políticas ou econômicas.

testifica a necessidade de avaliar se essa expectativa é palpável ou uma utopia para a década de 2021 a 2030.

2.2 Análise epidemiológica: taxas de contágio e mortalidade da aids no Brasil

O primeiro ponto a ser observado, é o número de óbitos registrados desde o reconhecimento da AIDS no Brasil até essa década:

Tabela 1 – Óbitos por AIDS, de 1980 a 2022

Ano de óbito	Número de óbitos			Razão M/F	Coeficiente de mortalidade		
	Masculino	Feminino	Total ⁽¹⁾		Masculino	Feminino	Total
1980	1	0	1	-	0,0	0,0	0,0
1981	1	0	1	-	0,0	0,0	0,0
1982	1	0	1	-	0,0	0,0	0,0
1983	1	0	1	-	0,0	0,0	0,0
1984	4	1	5	4,0	0,0	0,0	0,0
1985	140	6	155	24,8	0,2	0,0	0,1
1986	363	22	385	16,5	0,5	0,0	0,3
1987	878	85	963	10,3	1,3	0,1	0,7
1988	1800	256	2056	7,0	2,6	0,4	1,5
1989	2840	434	3274	6,5	4,1	0,6	2,3
1990	4632	750	5383	6,2	6,5	1,0	3,7
1991	6135	1229	7364	5,0	8,5	1,7	5,0
1992	7449	1564	9013	4,8	10,2	2,1	6,1
1993	9239	2220	11459	4,2	12,3	2,9	7,6
1994	10582	2790	13371	3,8	13,9	3,6	8,7
1995	11599	3535	15134	3,3	15,1	4,5	9,7
1996	11176	3828	15004	2,9	14,4	4,8	9,6
1997	8749	3321	12070	2,6	11,1	4,1	7,6
1998	7871	3095	10966	2,5	9,6	3,8	6,7
1999	7487	3027	10514	2,5	9,3	3,6	6,4
2000	7540	3187	10727	2,4	9,0	3,7	6,3
2001	7317	3428	10745	2,2	8,9	3,9	6,4
2002	7580	3473	11053	2,2	8,8	3,9	6,3
2003	7672	3610	11283	2,1	8,8	4,0	6,4
2004	7458	3562	11020	2,1	8,5	3,9	6,2
2005	7364	3736	11100	2,0	8,1	4,0	6,0
2006	7342	3704	11046	2,0	8,0	3,9	5,9
2007	7585	3785	11370	2,0	8,2	3,9	6,0
2008	7797	4042	11839	1,9	8,4	4,2	6,2
2009	7962	4171	12133	1,9	8,5	4,3	6,3
2010	7926	4151	12077	1,9	8,3	4,2	6,2
2011	7920	4171	12091	1,9	8,2	4,2	6,2
2012	7801	4217	12018	1,8	8,0	4,2	6,1
2013	8257	4238	12495	1,9	8,4	4,2	6,2
2014	8363	4143	12507	2,0	8,5	4,0	6,2
2015	8338	4265	12603	2,0	8,4	4,1	6,2
2016	8208	4259	12467	1,9	8,2	4,1	6,1
2017	7726	3935	11661	2,0	7,6	3,7	5,6
2018	7509	3662	11171	2,1	7,4	3,4	5,4
2019	7104	3530	10634	2,0	6,9	3,3	5,1
2020	7246	3349	10595	2,2	7,0	3,1	5,0
2021	7801	3712	11513	2,1	7,5	3,4	5,4
2022	7499	3489	10988	2,1	7,1	3,2	5,1
Total	268272	113982	382254	-	-	-	-

Fonte: Boletim Epidemiológico, Brasil (2023).

A tabela 1 apresenta dados de óbitos por AIDS de 1980 a 2022, discriminando por gênero e incluindo coeficientes de mortalidade. Observa-se um aumento significativo nos óbitos entre 1992 e 1996, estabilizando-se nos períodos posteriores, embora os números continuem altos. A razão entre óbitos masculinos e femininos diminuiu ao longo dos anos, indicando uma distribuição mais equilibrada de casos entre os gêneros. Assim, a mortalidade masculina continuou a ser superior à feminina, embora a diferença tenha se reduzido ao longo do tempo.

Tabela 2 – Registro de AIDS, por região do Brasil e seus Estados

UF/Região de residência	1980-2011 ^d	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Brasil	253843	12019	12499	12507	12605	12470	11663	11176	10634	10596	11515	10994	382521
Norte	9107	903	1132	1159	1172	1274	1232	1225	1196	1202	1359	1328	22289
Rorônia	891	81	83	80	87	100	120	73	66	64	110	89	1844
Acre	172	10	16	18	11	21	26	30	19	21	26	12	382
Amazonas	2337	218	298	297	299	351	304	303	276	296	355	322	5656
Roraima	373	18	27	30	32	38	24	39	31	37	47	49	745
Pará	4705	513	600	623	659	669	662	685	708	667	710	725	11926
Amapá	217	26	54	50	30	38	43	37	48	58	47	59	707
Tocantins	412	37	54	61	54	57	53	58	48	59	64	72	1029
Nordeste	28439	2202	2490	2449	2657	2679	2594	2468	2455	2494	2626	2610	56263
Maranhão	3033	326	421	356	440	432	377	402	427	361	366	385	7326
Piauí	1098	136	115	118	122	137	130	128	133	142	132	159	2550
Ceará	3935	323	346	308	396	366	358	325	326	363	334	348	7728
Rio Grande do Norte	1165	107	112	92	83	149	147	144	136	121	146	170	2572
Paraíba	1602	119	142	136	160	132	140	129	144	162	181	164	3211
Pernambuco	7956	585	549	615	612	628	601	526	516	496	522	515	14121
Alagoas	1190	117	137	148	144	150	141	138	111	135	166	168	2745
Sergipe	898	73	81	90	78	88	99	101	96	112	96	97	1909
Bahia	7562	516	587	586	622	597	601	575	566	602	683	604	14101
Sudeste	160927	5524	5512	5617	5414	5279	4700	4568	4205	4265	4360	4147	214518
Minas Gerais	16850	810	812	852	859	816	739	716	694	671	708	656	25183
Espírito Santo	3349	265	238	262	229	210	215	202	206	221	232	261	5890
Rio de Janeiro	40842	1788	1784	1839	1772	1737	1570	1566	1460	1430	1429	1370	58587
São Paulo	99886	2661	2678	2664	2554	2516	2176	2084	1845	1943	1991	1860	124858
Sul	43006	2519	2634	2538	2537	2430	2333	2145	2039	1968	2360	2132	68641
Paraná	9834	628	643	634	591	564	569	544	468	464	643	547	16129
Santa Catarina	9393	494	572	535	592	525	502	439	438	398	512	455	14855
Rio Grande do Sul	23779	1397	1419	1369	1354	1341	1262	1162	1133	1106	1205	1130	37657
Centro-Oeste	12364	771	731	744	825	808	804	770	739	667	810	777	20810
Mato Grosso do Sul	2576	157	144	156	187	166	191	150	178	145	185	179	4414
Mato Grosso	2736	190	193	206	197	220	210	220	182	167	214	204	4939
Goiás	4176	313	269	255	328	311	296	288	281	259	318	309	7403
Distrito Federal	2876	111	125	127	113	111	107	112	98	96	93	85	4054

Fonte: Boletim Epidemiológico, Brasil (2023).

Na tabela 2, observa-se uma distribuição desigual de óbitos entre os estados, com São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, respectivamente, registrando as maiores quantidades. Embora alguns estados tenham mantido uma média de óbitos a partir de 2012, há uma tendência geral de redução nos óbitos ao longo dos anos em algumas regiões, destacando-se o Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro. Além disso, foi verificado que, em 2012, o número total de óbitos identificados no Brasil foi de 12.019 e, em 2022, 10.994, indicando uma baixa redução de óbitos no país, com uma diferença de apenas 1.028 casos, nos últimos 10 anos.

Tabela 3 – Dados de infecção por escolaridade

Escolaridade ¹⁴	1980-2011 ¹⁵		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	16529	3,0	677	2,1	693	2,1	672	2,0	528	1,9	497	2,0	480	2,0	439	1,9	443	2,1	263	1,6	311	1,7	306	1,7	135	1,9	2913	2,6
1ª à 4ª série incompleta	90508	16,3	2386	7,4	2272	7,0	2108	7,0	1885	6,9	1584	6,3	1385	5,7	1267	5,8	1170	5,5	810	4,9	843	4,6	862	4,9	359	5,0	10741	12,9
4ª série completa	13132	2,4	1790	5,6	1594	4,9	1532	5,0	1335	4,9	1109	4,4	977	4,1	902	4,0	777	3,7	573	3,5	603	3,4	555	3,1	210	2,9	25079	3,0
5ª à 8ª série incompleta	129752	23,2	5294	16,4	5266	16,5	4703	15,6	4048	14,8	3674	14,7	3393	14,1	3024	13,4	2750	13,0	1902	11,6	1874	10,3	1792	10,1	802	11,0	16774	20,2
Fundamental completo	20261	3,6	2991	9,3	3078	9,5	2670	8,9	2321	8,5	2169	8,7	2013	8,3	1852	8,2	1700	8,0	1220	7,4	1332	7,3	1287	7,3	472	6,5	43366	5,2
Médio incompleto	73865	13,3	2072	6,4	2006	6,2	1900	6,3	1744	6,4	1673	6,7	1620	6,7	1447	6,4	1460	6,9	1226	7,5	1336	7,6	1236	7,0	495	6,9	9720	11,7
Médio completo	26137	4,7	5503	17,1	5800	17,8	5615	18,6	5183	18,9	4874	19,5	4780	19,8	4620	20,5	4628	21,8	3810	23,2	4368	24,0	4426	25,0	1850	25,7	8574	9,8
Superior incompleto	5040	0,9	1226	3,8	1404	4,3	1403	4,7	1333	4,9	1202	4,8	1253	5,2	1177	5,2	1025	4,8	825	5,0	873	4,8	824	4,7	320	4,4	17905	2,2
Superior completo	40602	7,3	2387	7,2	2387	7,3	2281	7,8	2243	8,2	2046	8,2	2122	8,8	1997	8,9	1857	8,8	1572	9,6	1823	10,0	1650	9,3	672	9,3	63640	7,7
Subtotal	415226	74,6	24268	75,3	24600	75,6	22874	75,9	20620	75,4	18626	75,3	18033	74,8	16755	74,3	15810	74,6	12201	74,2	13413	73,7	12938	73,1	5315	73,7	62881	74,7
Não se aplica	12277	2,2	313	1,0	273	0,8	242	0,8	191	0,7	189	0,8	198	0,8	157	0,7	137	0,6	89	0,5	76	0,4	78	0,4	35	0,5	14255	1,7
Ignorado	128857	23,2	7633	23,7	7674	23,6	7034	23,3	6553	23,9	5986	23,9	5888	24,4	5637	25,0	5247	24,8	4160	25,3	4721	25,9	4695	26,5	1858	25,8	18943	23,6
Total	526360	100,0	32174	100,0	32547	100,0	30150	100,0	27364	100,0	25003	100,0	24119	100,0	22546	100,0	21194	100,0	16450	100,0	18210	100,0	17711	100,0	7208	100,0	83039	100,0

3367

Fonte: adaptado de Boletim Epidemiológico, Brasil (2023).

A tabela 3 mostra a distribuição dos indivíduos com AIDS no Brasil, categorizada por níveis de escolaridade desde o início do registro até 2020. A maioria dos casos está entre indivíduos com 5ª a 8ª série incompletos (20,2%), seguido por aqueles com 1ª a 4ª série incompleta (12,9%) e ensino médio incompleto (11,1%). Os dados indicam uma possível correlação entre níveis de educação e vulnerabilidade ou acesso à informação sobre prevenção e tratamento da AIDS, indicando falhas na educação sobre a doença e métodos de prevenção.

Outro dado preocupante, é o número de mulheres grávidas, infectadas pelo HIV, visto que, segundo o Ministério da Saúde, a Transmissão Vertical é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil (Brasil, 2000):

Tabela 4 - Casos de gestantes infectadas pelo HIV

Variáveis	2000-2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evidência laboratorial do HIV																												
Antes do pré-natal	14963	22,4	3401	48,1	3476	48,9	3641	47,4	3881	49,1	4106	52,0	4305	54,8	4806	55,9	4991	59,7	4801	58,9	4850	58,4	4740	59,7	3015	62,4	64916	41,0
Durante o pré-natal	13398	20,1	2904	4,1	2899	40,8	3272	42,6	3273	41,4	3116	39,5	2935	37,3	3189	37,1	2886	34,5	2839	34,8	2959	35,6	2758	34,7	1585	32,8	48013	30,3
Durante o parto	3040	4,6	631	8,9	619	8,7	635	8,8	640	8,1	577	7,3	538	6,8	525	6,1	489	5,8	437	5,4	432	5,2	381	4,8	190	3,9	9104	5,7
Após o parto	725	1,1	130	1,8	116	1,6	101	1,3	116	1,5	97	1,2	85	1,1	84	1,0	64	0,8	71	0,9	67	0,8	64	0,8	42	0,9	1762	1,1
Não informado/ignorado	34566	51,8	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,1	1	0,0	0	0,0	0	0,0	34574	21,8
Total	66692	100,0	7067	100,0	7110	100,0	7689	100,0	7910	100,0	7896	100,0	7863	100,0	8604	100,0	8360	100,0	8154	100,0	8309	100,0	7943	100,0	4832	100,0	158429	100,0
Realização de pré-natal																												
Sim	28563	42,8	6314	89,3	6372	88,2	6815	88,6	7119	90,0	7121	90,2	7060	89,8	7778	90,4	7555	90,4	7454	91,4	7517	90,5	7117	89,6	4421	91,5	111106	70,1
Não	2519	3,8	518	7,3	569	8,0	560	7,3	519	6,6	482	6,2	550	7,0	559	6,5	511	6,1	455	5,6	439	5,3	488	6,1	243	5,0	8122	5,3
Não informado/ignorado	35610	53,4	235	3,3	269	3,8	314	4,1	272	3,4	283	3,6	253	3,2	267	3,1	294	3,5	245	3,0	353	4,2	338	4,3	168	3,5	38901	24,6
Total	66692	100,0	7067	100,0	7110	100,0	7689	100,0	7910	100,0	7896	100,0	7863	100,0	8604	100,0	8360	100,0	8154	100,0	8309	100,0	7943	100,0	4832	100,0	158429	100,0
Uso de antirretrovirais no pré-natal																												
Sim	21837	32,7	4883	70,5	4999	70,3	5333	69,4	5406	68,3	5478	69,4	5420	68,9	5812	67,5	5779	69,1	5786	71,0	5678	68,3	5303	66,8	3345	69,2	85159	53,8
Não	4866	7,3	920	13,0	811	11,4	948	12,3	1020	12,9	996	12,6	982	12,5	1115	13,0	1018	12,2	1014	12,4	1122	13,5	1070	13,5	597	12,4	16429	10,4
Não informado/ignorado	39989	60,0	1164	16,5	1300	18,3	1408	18,3	1484	18,8	1422	18,0	1461	18,6	1677	19,5	1563	18,7	1354	16,6	1509	18,2	1570	19,7	890	18,4	56791	35,8
Total	66692	100,0	7067	100,0	7110	100,0	7689	100,0	7910	100,0	7896	100,0	7863	100,0	8604	100,0	8360	100,0	8154	100,0	8309	100,0	7943	100,0	4832	100,0	158429	100,0
Tipo de parto																												
Vaginal	7785	11,6	1516	21,5	1487	21,1	1624	21,1	1638	20,7	1631	20,7	1500	19,1	1644	19,1	1628	19,5	1669	20,5	1644	19,8	1515	19,1	742	15,4	26013	16,4
Cesárea eletiva	15205	22,7	3049	4,3	2966	4,1	3164	4,1	2976	37,6	2947	37,3	3016	38,4	3054	35,5	2983	35,7	3102	38,0	3046	36,7	2698	34,0	1334	27,4	49450	31,2
Cesárea de urgência	2454	3,7	649	9,2	585	8,2	638	8,3	723	9,1	716	9,1	746	9,5	781	9,0	689	8,2	668	8,1	697	8,4	590	7,4	342	7,1	10248	6,5
Não se aplica	1097	1,6	337	4,8	314	4,4	458	6,0	395	5,0	350	4,4	333	4,2	357	4,1	421	5,0	375	4,6	448	5,4	446	5,6	221	4,6	5552	3,5
Não informado/ignorado	40251	60,4	1516	21,5	1748	24,6	1805	23,5	2178	27,5	2252	28,5	2268	28,8	2788	32,4	2639	31,6	2250	28,8	2474	29,8	2694	33,9	2203	45,6	67166	42,4
Total	66692	100,0	7067	100,0	7110	100,0	7689	100,0	7910	100,0	7896	100,0	7863	100,0	8604	100,0	8360	100,0	8154	100,0	8309	100,0	7943	100,0	4832	100,0	158429	100,0
Evolução da gravidez																												
Nascido vivo	24704	37,0	5031	71,2	4864	68,4	5239	68,1	5174	65,4	5133	65,0	5115	65,1	5318	61,8	5164	61,8	5312	65,1	5244	63,1	4666	58,7	2330	48,2	83294	52,6
Natimorto	504	0,8	114	1,6	103	1,4	116	1,5	98	1,2	100	1,3	89	1,1	92	1,1	70	0,8	95	1,2	89	1,1	84	1,1	39	0,8	1593	1,0
Aborto	826	1,2	220	3,1	235	3,3	263	3,4	264	3,3	256	3,2	294	3,7	334	3,9	360	4,3	335	4,1	347	4,2	311	3,9	167	3,5	4212	2,7
Não se aplica	552	0,8	293	4,1	262	3,7	359	4,7	337	4,3	337	4,3	276	3,5	301	3,5	284	3,4	279	3,4	287	3,5	384	4,8	238	4,9	4189	2,6
Não informado/ignorado	40106	60,1	1409	19,9	1646	23,2	1712	22,3	2037	25,8	2070	26,2	2089	26,6	2559	29,7	2482	29,7	2133	26,2	2342	28,2	2498	31,4	2058	42,6	65141	41,1
Total	66692	100,0	7067	100,0	7110	100,0	7689	100,0	7910	100,0	7896	100,0	7863	100,0	8604	100,0	8360	100,0	8154	100,0	8309	100,0	7943	100,0	4832	100,0	158429	100,0
Início da profilaxia com antirretroviral na criança																												
Nas primeiras 24h	23260	34,9	4796	67,9	4546	63,9	4825	62,8	4853	61,4	4830	61,2	4737	60,2	4944	57,5	4849	58,0	4995	61,3	4867	58,6	4263	53,7	2126	44,0	77891	49,2
Após 24h	302	0,5	46	0,7	112	1,6	158	2,1	90	1,1	55	0,7	98	1,2	69	0,8	69	0,8	48	0,6	85	1,0	163	2,1	75	1,6	1370	0,9
Não se aplica	1021	1,5	285	4,0	309	4,3	439	5,7	316	4,0	322	4,1	333	4,2	381	4,4	367	4,4	352	4,3	366	4,4	373	4,7	209	4,3	5073	3,2
Não realizado	579	0,9	136	1,9	109	1,5	141	1,8	111	1,4	128	1,6	130	1,7	136	1,6	152	1,8	173	2,1	181	2,2	185	2,3	96	2,0	2257	1,4
Não informado/ignorado	41530	62,3	1804	25,5	2034	28,6	2126	27,6	2540	32,1	2581	32,4	2565	32,6	3074	35,7	2923	35,0	2586	31,7	2810	33,8	2959	37,3	2326	48,1	78838	45,3
Total	66692	100,0	7067	100,0	7110	100,0	7689	100,0	7910	100,0	7896	100,0	7863	100,0	8604	100,0	8360	100,0	8154	100,0	8309	100,0	7943	100,0	4832	100,0	158429	100,0

Fonte: adaptado de Boletim Epidemiológico, Brasil (2023).

A tabela 4 apresenta dados sobre gestantes infectadas pelo HIV entre 2000 e 2023, incluindo informações sobre diagnóstico, uso de antirretrovirais e tipo de parto. Observa-se que a houve um aumento no caso de gestantes com evidência laboratorial de HIV antes do pré-natal (41%), indicando que sua condição era conhecida. Contudo, existe um grupo de mulheres que só descobriram durante o pré-natal (30,3%), destacando a importância deste serviço para detecção e prevenção da transmissão vertical.

No entanto, ainda existem mulheres grávidas que só descobrem durante o parto (5,7%) ou após o parto (1,1%), o que pode favorecer a transmissão de mãe para filho. No mesmo contexto, foi verificado que o uso de retrovirais é alto (53,8%), mas os casos ignorados/não informados¹⁰ (35,8%) denotam a necessidade de investigar tais situações, para mitigar os casos de transmissão vertical.

O início da profilaxia na criança é outro ponto importante e é indicando que essa taxa não chega a metade dos casos (49,2%). Por outro lado, a taxa de casos ignorados/não informados é de 45,3%, indicando a necessidade de melhor notificação dessas situações, assim como na questão anterior, sobre o uso de retrovirais pelas gestantes com HIV.

Essa análise sobre a evolução da AIDS no Brasil, identificou um pico de óbitos entre 1992 e 1996, com uma estabilização, embora os números permaneçam altos. Além disso, foi verificado uma lenta e progressiva equidade na distribuição de casos entre gêneros, com a mortalidade masculina ainda predominante, embora a discrepância tenha reduzido.

Ainda, foi possível compreender a distribuição geográfica da AIDS, mostrando uma desigualdade significativa entre os estados, com uma tendência de redução dos óbitos em certas áreas e a permanência de média dos óbitos, em outras. Nesse contexto a relação entre escolaridade e vulnerabilidade foi um ponto importante, que indicou uma maior incidência em indivíduos com a Educação Básica incompleta.

Por fim, foi constatado que a transmissão vertical do HIV ainda é um desafio, permitindo deduzir a importância do diagnóstico precoce e do tratamento antirretroviral em gestantes para reduzir a transmissão mãe-filho. Todos esses dados, indicam a necessidade de avaliar a evolução no tratamento da AIDS e suas lacunas, visto que vislumbra-se a necessidade de reduzir o número de casos e evitar a transmissão vertical.

¹⁰ Casos ignorados/não informados delimitam situações em que a informação específica não está disponível ou não foi coletada de forma adequada.

2.3 Evolução no tratamento da aids: uma reflexão entre o passado e o presente

Batista *et al.* (2023) afirmam que a diminuição na taxa de incidência da AIDS no Brasil é um ponto positivo, que teve como ponto de partida a década de 1980 e 1990, quando foi criada a Política Nacional de DST/AIDS pelo Ministério da Saúde, onde o país obteve destaque ao oferecer terapias antirretrovirais (TARV). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2023, p. 2), o uso da TARV “reduz morbidade e mortalidade relacionadas à AIDS, tem impacto na qualidade de vida das PVHA e estabelece seu status de condição crônica”, reduzindo a transmissão da doença, a mortalidade e contribuindo com a qualidade de vida dos pacientes infectados.

Govender *et al.* (2021) explicam que tanto os países desenvolvidos quanto aqueles subdesenvolvidos, enfrentam desafios com relação ao tratamento, frente às questões sociais, políticas e econômicas locais que refletem em seus sistemas de saúde. Com isso, os gestores e profissionais da saúde enfrentam situações difíceis na oferta do tratamento, especialmente, aquelas que envolvem a administração das TARV.

Fernandes e Bruns (2021) expõem que entre 1980 e 1996 foi feita a introdução e troca do tratamento anti-HIV monoterápico por outro que contemplava terapias combinadas, ou seja, a combinação de várias drogas para bloquear a multiplicação do vírus. Brojan *et al.* (2020) e Lima (2022) citam a Lei 9.313 de 1996, indicando que a partir dela, foi garantida a distribuição gratuita desses medicamentos aos portadores de HIV e pacientes com AIDS. A partir da descoberta do coquetel antirretroviral em 1996, foi possível atacar completamente o ciclo do vírus, o que transformou essa doença, anteriormente fatal, em uma doença crônica.

Além disso, Calazan, Parket e Terto Junior (2022) descrevem que na virada dos anos 2000, com a descentralização do modelo de saúde, a fundamentação dos direitos humanos e a prevenção e tratamento da AIDS, contribuiu com a ampliação das medidas no Brasil. Isso foi possível com a incorporação dessas medidas no Sistema Único de Saúde, fortalecido pelas ações que buscavam proporcionar maior acesso a toda a população, especialmente, os mais pobres, onde a taxa de contágio é maior.

Dessa forma, se antes a doença possuía um avanço letal rápido; agora, é uma doença controlável, com características uniformes e evolução lenta (Lima e Freitas, 2013).

Brojan *et al.* (2020) destacaram o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), criado em 2002 pelo Ministério da Saúde para o controle da infecção, através das recomendações sobre os esquemas terapêuticos, que são ofertados através de combinações

de mais de um fármaco antirretroviral. A partir disso, o sucesso da TARV teve por objetivo explícito, reduzir as cópias virais e a recuperação da imunidade, com o aumento da quantidade de linfócitos TCD₄⁺.

Pugliese *et al.* (2019) esclarecem que a primeira linha de tratamento é prescrita imediatamente após o diagnóstico. Caso essa TARV não cause a supressão viral e recuperação imunológica, uma nova linha e tratamento deve ser prescrita e assim, posteriormente, caso necessário. Contudo, essas linhas de tratamento, —combinações de fármacos, podem gerar reações adversas.

Efeitos adversos neuropsiquiátricos são comuns, atingindo até 50% das pessoas no início do tratamento. Tonturas, alterações do sono, sonhos bizarros e alucinações costumam ser de leve a moderada intensidade e tendem a arrefecer após as primeiras duas a quatro semanas de uso. Distímia e sintomas depressivos podem permanecer de forma sutil durante todo o tratamento. Aumento do risco de suicídio, sobretudo em pessoas com histórico de afecções psiquiátricas, foi identificado em alguns estudos (Brasil, 2023, p. 24).

Nesse contexto, Lima e Freitas (2013) destacam ser fundamental o uso racional da TARV, através de evidências científicas, para contornar a pressão exercida pela indústria farmacêutica para introduzir novas drogas de maneira não planejada, sem considerar a realidade do paciente. Colaborando, Lacerda *et al.* (2019) afirmam que os avanços tecnológicos sobre os fármacos antirretrovirais oferecem maior facilidade em seu uso, uma maior potência e menores efeitos adversos, baseada em uma linha de cuidado para reduzir a internação desses pacientes por doenças advindas da fragilidade biológica, reduzindo a mortalidade.

3371

Para a oferta do tratamento na população adulta, o PCDT apresenta alguns fármacos disponibilizados pelo SUS, que Brojan *et al.* (2020) destacam como prevalentes: o tenofovir, a lamivudina, a efavirenz e o dolutegravir, comumente usados na primeira linha de tratamento. Ainda, o PCDT explica que a primeira linha de tratamento, deve:

[...] incluir três medicamentos antirretrovirais, sendo dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN) e um terceiro de outra classe: um inibidor da integrase (INI), um inibidor da protease potencializado com ritonavir (IP + RTV) ou um ITRNN (Brasil, 2023, p. 17).

No caso de crianças, recomenda-se a genotipagem pré-tratamento. A genotipagem é um procedimento que envolve a análise do material genético do vírus HIV antes de iniciar a TARV. Essa análise ajuda a identificar mutações genéticas do vírus que podem influenciar na eficácia dos fármacos. Com isso, os médicos podem combinar os medicamentos mais adequados para o tratamento, maximizando sua eficácia. Dependendo da idade, a primeira

linha de tratamento recomendada é o ITRN + IP ou ITRN + INI. Todavia, os fármacos usados para o tratamento são os mesmo da população adulta, sendo alterado a quantidade e o manejo (Brasil, 2017).

Marzolo Maria, Carvalho e Fassa (2023, p. 2) explicam que a adesão ao TARV para o tratamento da infecção pelo HIV, precisa que a ingestão de medicamentos seja “superior a 95% das doses de antirretrovirais para que haja uma supressão viral sustentada”. Isso, pois, a baixa adesão do tratamento não contribui com o sucesso terapêutico, além de levar ao desenvolvimento e a disseminação das cepas de HIV resistentes aos medicamentos, prejudicando a eficácia do tratamento.

Essa ineficácia é possível, pois o PCDT não vislumbra todas as opções de tratamento, cabendo ao profissional qualificado indicar o tratamento mais adequado, quando necessário, de acordo com o histórico e avaliação do paciente. Isso é testificado no estudo de Brojan *et al.* (2020) que verificou o uso da monoterapia na TARV, que é contraindicada pelo Ministério da Saúde.

Além disso, Santos *et al.* (2022) afirmam que para uma adesão satisfatória, não basta a prescrição correta. É necessário que o paciente cumpra os horários, as doses e as demais indicações. Por outro lado, reconhecem que isso não é suficiente, pois indicam que o avanço do tratamento no Brasil esbarra com limitantes sociais e econômicos.

Resende *et al.* (2018) afirmam que mesmo com a evolução do tratamento, a adesão à terapia envolve fatores sociodemográficos, destacando a idade, estado civil, cor da pele, escolaridade, renda, vulnerabilidade e o acompanhamento clínico. Esses fatores, ainda geram uma relativa diferença no avanço do tratamento em diferentes populações. Colaborando, considerando a evolução do tratamento da AIDS, Azmach, Hamza e Husen (2019) afirmam haver uma correlação positiva entre a idade e adesão à TARV.

Contudo, estudo de Garbin, Gatto e Garbin (2017) expõem que a depender da localidade das pessoas infectadas, essa taxa varia entre 18% e 74,3%, indicando a necessidade de melhorar a adesão à terapia em algumas regiões. Ainda, o estudo de Marzolo Maria, Carvalho e Fassa (2023) verificaram que indivíduos de cor preta e parda possuem menores níveis de adesão ao TARV, bem como a continuidade do tratamento, indicando que a maior vulnerabilidade social impacta na eficácia do tratamento.

Os autores verificaram que pessoas do sexo masculino, de cor branca e com acompanhamento em ambos os níveis de atenção, apresentaram maior adesão ao tratamento

medicamentoso. Esse mesmo estudo, realizado em Santa Catarina, verificou que alguns municípios ainda não atingiram a meta de 90% dos usuários com parâmetros de supressão viral e com dispensação da medicação em dia, embora a meta esteja próxima, com 85%, similar a estudos anteriores (Marzolo Maria; Carvalho; Fassa, 2023).

CONCLUSÃO

Ao longo dos 40 anos de enfrentamento da AIDS no Brasil, diversos avanços foram verificados, desde medidas para prevenção, como aquelas para o tratamento e controle da doença em populações infectadas. Com o avanço da ciência e a consequente evolução de fármacos, a associação medicamentosa favoreceu o sucesso do tratamento, desde que atendido alguns critérios e a adaptação desses fármacos ao paciente. Diante disso, a hipótese de que as taxas de contágio diminuíram na proporção dos avanços médicos, foi confirmada.

Nesse caminho, os objetivos desse estudo foram atingidos, considerando que foi apresentando a trajetória da AIDS no Brasil, uma breve análise epidemiológica sobre os dados de interesse desse estudo e a evolução no tratamento da AIDS. A partir disso, os resultados indicam que a taxa de mortalidade reduziu ao longo dos anos, fato que corresponde a uma melhor qualidade de vida ofertada através da TARV.

3373

Contudo, assim como disposto na hipótese desse estudo, a desigualdade social possui relação com a quantidade de indivíduos infectados, embora o estudo não tenha apresentado dados que indiquem que por essa razão, o preconceito sobre a doença ainda exista. Por outro lado, os estudos afirmam que os aspectos econômicos e sociais impactam consideravelmente a adesão ao TARV, além de indicar maiores impactos da doença em pessoas com mais idade, pretas e de menor poder econômico.

Outro resultado verificado, foram as altas taxas de transmissão vertical do HIV, indicando a necessidade de desenvolver mais estudos sobre a aplicação da TARV em crianças, adolescentes e gestantes. Além disso, verifica-se a necessidade de práticas de prevenção mais efetivas, especialmente, voltadas à educação em saúde, visto que a população que mais sofre com a doença, é aquela com um menor grau de escolaridade.

Conclui-se que o avanço médico impactou positivamente no avanço sobre o tratamento da AIDS no Brasil, embora os aspectos econômicos e sociais ainda impactem consideravelmente o acesso e adesão ao tratamento. Diante disso, recomenda-se que novos estudos sejam realizados para explorar a relação entre os desafios socioeconômicos e a

adesão ao tratamento, bem como as estratégias em saúde para mitigar ainda mais as taxas de infecção e o sucesso do tratamento aos infectados pela doença.

REFERÊNCIAS

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Sextante, 2019.

AZMACH, N. N.; HAMZA TA, HUSEN, A. A. Socio - economic and demographic statuses as deter - minants of adherence to antiretroviral treat - ment in HIV infected patients: a systematic review of the literature. **Current HIV Research**, v. 17, p. 161-172, 2019. DOI: 10.2174/1570162X17666190919130229. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31538899/>. Acesso em: 05 jun. 2024.

BARROS, S. G.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A gênese da política de luta contra a aids e o Espaço Aids no Brasil (1981-1989). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 1-12, 2016. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050005801. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67247719028>. Acesso em: 05 jun. 2024.

BATISTA, J. F. C. *et al.* Distribuição espacial e tendência temporal da AIDS no Brasil e regiões entre 2005 e 2020. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, p. 1, 2023. DOI: 10.1590/1980-549720230002.2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230002.2>. Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em crianças e adolescentes**. Brasília, DF: 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e-adolescentes-modulo-1-diagnostico-manejo-e-acompanhamento-de-criancas-expostas-ao-hiv>. Acesso em: 05 jun. 2024.

3374

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico: HIV e Aids 2021**. Brasília, DF, dez. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf/view>. Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico: HIV e Aids 2023**. Brasília, DF, dez. 2023. 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: 05 jun. 2024.

BROJAN, L. E. F. *et al.* Uso de antirretrovirais por pessoas vivendo com HIV/AIDS e sua conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. **Einstein**, São Paulo, v. 18, p. 1-7, 2020. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO4995. Disponível em: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4995. Acesso em: 05 jun. 2024.

CALAZANS, G. J.; PARKER, R.; TERTO JUNIOR, V. Refazendo a prevenção ao HIV na 5ª década da epidemia: lições da história social da Aids. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.

46, n. especial 7, p. 207-222, dez. 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E715. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2022.v46nspe7/207-222/pt>. Acesso em: 05 jun. 2024.

CAMPANY, L. N. S.; AMARAL, D. M. ; SANTOS, R. N. O. HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. **Revista Bioética**, v. 29, n. 2. p. 374-383, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021292475>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/59QZ8jvL3p5Kq6qJnSKqdrJ/>. Acesso em: 01 jun. 2024.

CARMO, R. A. *et al.* Subnotificação de óbitos por AIDS no Brasil: linkage dos registros hospitalares com dados de declaração de óbito. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 1299-1310, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021264.15922019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.15922019>. Acesso em: 01 jun. 2024.

FERNANDES, I.; BRUNS, M. A. T. Revisão sistematizada da literatura científica nacional acerca da história do HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 32, n. 1, p. 60-67, 2021. DOI: 10.35919/rbsh.v32i1.916. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/916. Acesso em: 01 jun. 2024.

GARBIN, C. A. S., GATTO, R. C. J., & GARBIN, A. J. I. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: Uma revisão da literatura. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 2, p. 65-70, 2017. <https://doi.org/10.21270/archi.v6i2.1787>. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1787>. Acesso em: 01 jun. 2024.

GOVENDER, R. D. *et al.* Global epidemiology of HIV/AIDS: a resurgence in North America and Europe. **Journal of Epidemiology and Global Health**, v. 11, n. 3, p. 296-301, 2021. DOI: 10.2991/jegh.k.210621.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34270183/>. Acesso em: 30 mai. 2024.

3375

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015215.04402016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/65XMXBCdW7mX6mMY5Zp4QHS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 mai. 2024.

LACERDA, J. S. *et al.* Evolução medicamentosa do HIV no Brasil desde o Azt até o coquetel disponibiliza - do pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 1, p. 83-91, 2019. Disponível em: https://www.semanticscholar.org/paper/EVOLU%C3%87%C3%83OMEDICAMENTO_SADOHIVNOBRASILDESDEOAZLacerdaPaulo/154774c14c680bcb6078478bodi7do34ebd9a56b. Acesso em: 30 mai. 2024.

LIMA, T. C.; FREITAS, M. I. P. Caracterização de população com 50 anos ou mais atendida em serviço de referência em HIV/Aids, Brasil. **Revista Ciência Médica**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 77-86, maio/ago. 2013. DOI: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v22n2a2129>. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/2129>. Acesso em: 30 mai. 2024.

LIMA, A. C. T. A construção das respostas do Estado brasileiro à AIDS: representações da doença e o poder do ativismo (1982-1996). **Humanidades em Revista**, v. 4, n. 1, p. 131-145, 2022. Disponível em: <https://seer.unirio.br/hr/article/view/11505>. Acesso em: 05 jun. 2024.

LUCAS, M. C. V.; BÖSCHEMEIER, A. G. E.; SOUZA, E. C. F. Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, e33053, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333053>. Disponível em: <http://www.scilit.net/article/10.1590/S0103-7331202333053>. Acesso em: 05 jun. 2024.

MARZOLLO MARIA, M. P.; CARVALHO, M. P.; FASSA, A. C. G. Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/AIDS em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 1-3, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT099622. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2023000100996&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 jun. 2024.

MUNIZ, C. G.; BRITO, C. O que representa o diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 1093-1106, out./dez. 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213510. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bJ3jGxzKfFYnCKKWxfMhvSr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jun. 2024.

PEDROZA, N. L. *et al.* Série histórica da AIDS no Estado do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1177-1184, abr. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015204.00582014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/V9HTkPvqHCwkG4dJwRk9gCd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jun. 2024.

3376

PUGLIESE, P. *et al.* Dat'AIDS group. Which antiretrovirals should be prescribed as first-line treatments? Changes over the past 10 years in France. **Médecine et Maladies Infectieuses**, v. 49, n. 4, p. 264-269, 2019. DOI: 10.1016/j.medmal.2018.10.005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30409541/>. Acesso em: 05 jun. 2024.

RESENDE, K. A. S. *et al.* Social welfare related to AIDS in Brazil: factors associated with social assistance and social security, 2004 – 2016. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 42, p. 1-7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.73>. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49078/v42e732018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 mai. 2024.

ROSAS, E. V. B. "Eu e meu mundo": Oficina com pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 31, e0423, p. 1-13, 2023. DOI: 10.1590/psicodrama.v31.598. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psicodrama/a/sMRgZk5wkYbcJL9Vn5Q4YfQ/>. Acesso em: 30 mai. 2024.

SANTOS, A. P. *et al.* Instrumentos para avaliar a adesão medicamentosa em pessoas vivendo com HIV: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 112, 2022. DOI: 10.11606/s1518-8787.2022056004475. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/TK3gJJK7YL4nsLcPLhVbKbH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mai. 2024.

VALLE, C. G. Horizontes antropológicos: identidades, doença e organização social no contexto da epidemia de AIDS. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 179-210, jun. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832002000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/HFxjkCBBsCnvHdN8Nfk7ncS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mai. 2024.