

MORTALIDADE RELACIONADA AO HIV/AIDS NO BRASIL: TRANSFORMAÇÕES NO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PERSISTÊNCIA DAS DESIGUALDADES TERRITORIAIS, 2010–2024

HIV/AIDS-RELATED MORTALITY IN BRAZIL: CHANGES IN THE
SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE AND PERSISTENT TERRITORIAL INEQUALITIES,
2010–2024

MORTALIDAD RELACIONADA CON EL VIH/SIDA EN BRASIL: CAMBIOS DEL PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO Y PERSISTENCIA DE DESIGUALDADES TERRITORIALES, 2010–
2024

Getúlio Antônio de Freitas Filho¹
Diana Maria de Almeida Lopes²
Mateus Henrique Dias Guimarães³
Wesley Matheus Ferreira Ribeiro⁴
Emanoela Therezinha Bessa Mendes⁵
Alana Coêlho Maciel⁶
Flaviano Palmeira dos Santos⁷
Giovanna Sarah de Almeida Vale⁸
Marilane Vilela Marques⁹
Ana Edimilda Amador¹⁰

RESUMO: Objetivo: Analisar a mortalidade relacionada ao HIV/AIDS no Brasil segundo evolução quinquenal, perfil sociodemográfico, local de ocorrência e distribuição territorial, entre 2010 e 2024. Métodos: Estudo ecológico descritivo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Incluíram-se os códigos B20–B24 da CID-10, agrupados em 2010–2014, 2015–2019 e 2020–2024. Calcularam-se frequências, proporções, razão de sexo e variações percentuais. Resultados: Foram registrados 174.205 óbitos. O total diminuiu de 61.514 para 53.840, redução de 12,48%. Predominaram homens e pessoas de 40 a 59 anos; a razão masculino/feminino aumentou de 1,93 para 2,12. A participação de pessoas com 60 anos ou mais cresceu de 8,20% para 17,02%, e a categoria parda tornou-se predominante. O Sudeste manteve o maior número absoluto, mas sua participação caiu, enquanto Norte e Nordeste aumentaram. Conclusão: A redução nacional coexistiu com envelhecimento do perfil e desigualdades sociodemográficas e territoriais persistentes, exigindo prevenção, diagnóstico oportuno e cuidado contínuo orientado pela equidade.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Mortalidade. Desigualdades em Saúde. Brasil.

¹ Doutor em Ciências da Saúde. Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

² Doutora em Farmacologia. Universidade Federal do Ceará (UFC).

³ Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

⁴ Especialista em Epidemiologia e Vigilância em Saúde. Universidade da Amazônia (UNAMA).

⁵ Mestra em Educação e Saúde da Família. Universidade Estadual do Ceará (UECE).

⁶ Doutora em Ciências e Tecnologia de Alimentos. Universidade Federal do Pará (UFPA).

⁷ Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

⁸ Especialista em Saúde da Família. Faculdade Integrada de Patos (FIP-PB).

⁹ Mestra em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

¹⁰ Doutora em Demografia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

ABSTRACT: Objective: To analyze HIV/AIDS-related mortality in Brazil by five-year period, sociodemographic profile, place of death, and territorial distribution between 2010 and 2024. Methods: Descriptive ecological study using Mortality Information System data. ICD-10 codes B20–B24 were grouped into 2010–2014, 2015–2019, and 2020–2024. Frequencies, proportions, sex ratios, and percentage changes were calculated. Results: A total of 174,205 deaths were recorded. Deaths decreased from 61,514 to 53,840, a 12.48% reduction. Men and people aged 40–59 years predominated; the male-to-female ratio increased from 1.93 to 2.12. The share of people aged 60 years or older rose from 8.20% to 17.02%, and mixed-race people became the predominant category. The Southeast retained the largest absolute number, but its share declined while the North and Northeast increased. Conclusion: The national decline coexisted with population ageing and persistent sociodemographic and territorial inequalities, requiring equitable prevention, timely diagnosis, and continuous care.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Mortality. Health Inequalities. Brazil.

RESUMEN: Objetivo: Analizar la mortalidad relacionada con el VIH/sida en Brasil según quinquenio, perfil sociodemográfico, lugar de defunción y distribución territorial entre 2010 y 2024. Métodos: Estudio ecológico descriptivo con datos del Sistema de Información sobre Mortalidad. Los códigos B20–B24 de la CIE-10 se agruparon en 2010–2014, 2015–2019 y 2020–2024. Se calcularon frecuencias, proporciones, razón por sexo y variaciones porcentuales. Resultados: Se registraron 174.205 defunciones. El total disminuyó de 61.514 a 53.840, una reducción del 12,48%. Predominaron los hombres y las personas de 40 a 59 años; la razón hombre/mujer aumentó de 1,93 a 2,12. La participación de personas de 60 años o más creció del 8,20% al 17,02%, y la categoría parda pasó a ser predominante. El Sudeste mantuvo el mayor número absoluto, pero su participación disminuyó mientras aumentaron el Norte y el Nordeste. Conclusión: La reducción nacional coexistió con envejecimiento y desigualdades sociodemográficas y territoriales persistentes, lo que exige prevención, diagnóstico oportuno y atención continua con equidad.

Palabras clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Mortalidad. Desigualdades en Salud. Brasil.

2

1 INTRODUÇÃO

A terapia antirretroviral combinada modificou profundamente o prognóstico da infecção pelo HIV, com redução da progressão para AIDS e aumento expressivo da sobrevida. Esse avanço, contudo, não tornou a mortalidade irrelevante: óbitos relacionados ao HIV persistem quando o diagnóstico é tardio, o início do tratamento é retardado, a retenção no cuidado é descontínua ou a supressão viral não é alcançada (DOURADO *et al.*, 2006; MELO *et al.*, 2018).

No Brasil, a resposta pública universal produziu declínio importante da mortalidade após a introdução da terapia antirretroviral de alta potência. A tendência nacional, entretanto, encobre diferenças entre sexos, grupos etários e territórios. Guimarães *et al.* (2017) demonstraram redução da mortalidade entre 2000 e 2015, acompanhada de contrastes persistentes entre Unidades da Federação, enquanto Cunha *et al.* (2022) identificaram padrões heterogêneos segundo características sociodemográficas.

A distribuição social da epidemia resulta da interação entre exposição, vulnerabilidade e acesso efetivo aos serviços. Em uma coorte brasileira de ampla escala, Lua *et al.* (2023)

observaram associação entre determinantes sociais adversos e maior carga de AIDS, reforçando que renda, escolaridade, raça/cor e condições territoriais influenciam o percurso entre infecção, diagnóstico, tratamento e desfecho.

As desigualdades territoriais também permanecem centrais. Estimativas subnacionais para países latino-americanos revelaram grande heterogeneidade municipal da mortalidade por HIV e aumento relativo das desigualdades geográficas, mesmo em contextos de redução nacional (LOCAL BURDEN OF DISEASE HIV COLLABORATORS, 2021). Assim, contagens agregadas para o país podem ocultar áreas nas quais a resposta assistencial alcançou menor efetividade.

Sexo e idade são dimensões indispensáveis para compreender a transformação do perfil dos óbitos. A maior mortalidade masculina pode refletir diferenças de exposição, testagem, procura por cuidado e continuidade terapêutica. Paralelamente, o envelhecimento das pessoas que vivem com HIV desloca parte da carga para idades mais avançadas, onde multimorbidade, fragilidade e interações medicamentosas tornam o cuidado mais complexo (CUNHA; CRUZ; TORRES, 2016; SOUZA *et al.*, 2023).

A análise da causa básica de morte, embora sujeita à qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito, permite acompanhar tendências de longa duração e comparar a distribuição da carga registrada. A melhoria da cobertura e da completude do Sistema de Informações sobre Mortalidade ampliou sua utilidade para estudos de desigualdade, mas diferenças residuais de registro devem ser consideradas na interpretação (LIMA; QUEIROZ, 2014; SZWARCOWALD *et al.*, 2019).

Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo analisar a mortalidade relacionada ao HIV/AIDS no Brasil entre 2010 e 2024, considerando evolução temporal, sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil, local de ocorrência, macrorregiões, Unidades da Federação e composição segundo os códigos B20–B24 da CID-10.

2 MÉTODOS

Trata-se de estudo ecológico descritivo, de série temporal e abrangência nacional, baseado em dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2026). A unidade de análise correspondeu aos óbitos de residentes nas 27 Unidades da Federação, ocorridos entre 2010 e 2024, cuja causa básica foi classificada nos códigos B20 a B24 da Décima

Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (OMS, 2019).

Foram analisadas as variáveis sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil, local de ocorrência, macrorregião e Unidade da Federação de residência. Os registros foram agregados em três quinquênios: 2010–2014, 2015–2019 e 2020–2024. Na tabela de caracterização, preservaram-se os valores originalmente observados e as categorias ignoradas, para permitir a avaliação da completude. Nas comparações que exigiam categorias válidas, os ignorados foram redistribuídos proporcionalmente segundo $N \text{ corrigido}_i = N_i + [(N_i / \sum N \text{ válidos}) \times N \text{ ignorado}]$.

Calcularam-se frequências absolutas, proporções, razão masculino/feminino, participação regional e variação percentual entre períodos, expressa por $[(\text{valor final} - \text{valor inicial}) / \text{valor inicial}] \times 100$. As faixas etárias foram consolidadas em menor de 1 a 14 anos, 15 a 29, 30 a 39, 40 a 59 e 60 anos ou mais. As análises foram descritivas e não empregaram testes de hipótese. Como não foram utilizados denominadores populacionais nem padronização por idade, os resultados representam contagens e proporções de óbitos registrados e não devem ser interpretados como taxas ou medidas individuais de risco.

A interpretação da causa básica e da completude das variáveis considerou as orientações nacionais para o preenchimento da Declaração de Óbito (BRASIL, 2022). Por utilizar dados públicos, agregados e sem identificação individual, o estudo dispensou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016. A redação observou recomendações aplicáveis a estudos observacionais e ecológicos.

4

3 RESULTADOS

Foram identificados 174.205 óbitos relacionados ao HIV/AIDS no período. Entre o primeiro e o terceiro quinquênio, o número passou de 61.514 para 53.840, correspondendo a redução de 12,48%. A mudança não foi linear: ocorreu diminuição de 4,33% entre 2010–2014 e 2015–2019 e de 8,51% entre 2015–2019 e 2020–2024.

Tabela 1 – Óbitos relacionados ao HIV/AIDS por quinquênio e sexo, Brasil, 2010–2024.

Quinquênio	Total	Masculino	Feminino	Razão de sexo
2010–2014	61.514	40.511	21.003	1,93
2015–2019	58.851	39.113	19.738	1,98
2020–2024	53.840	36.592	17.248	2,12
Total	174.205	116.216	57.989	2,00

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade SIM/DATASUS).

A participação masculina aumentou de 65,86% para 66,46% e 67,96% nos três quinquênios, enquanto a feminina diminuiu de 34,14% para 33,54% e 32,04%. Consequentemente, a razão masculino/feminino passou de 1,93 para 1,98 e 2,12.

A faixa de 40 a 59 anos concentrou a maior proporção dos óbitos em todos os períodos, mantendo-se próxima de 48%. A principal mudança etária ocorreu entre pessoas com 60 anos ou mais, cuja participação aumentou de 8,20% para 17,02%, enquanto as faixas de 15 a 29 e de 30 a 39 anos diminuíram proporcionalmente.

Na raça/cor, a categoria branca predominou em 2010–2014 (42,69%), mas foi superada pela parda em 2015–2019 (43,97%) e 2020–2024 (46,89%). Os registros ignorados diminuíram de 5,28% para 1,92%. Na escolaridade, quatro a sete anos foi a categoria mais frequente nos dois primeiros quinquênios, e oito a 11 anos predominou no último (29,46%); os ignorados caíram de 25,70% para 16,96%.

Pessoas solteiras concentraram a maior participação em todos os períodos, aumentando de 59,88% para 62,50%. Os hospitais permaneceram como principal local de ocorrência, embora sua participação tenha diminuído de 90,52% para 83,54%; paralelamente, aumentaram os óbitos em outros estabelecimentos de saúde e no domicílio.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e local de ocorrência dos óbitos relacionados ao HIV/AIDS, Brasil, 2010–2024.

Variável	Categoria	2010–2014		2015–2019		2020–2024	
		n	%	n	%	n	%
Faixa etária	<1 a 14 anos	531	0,86	300	0,51	166	0,31
	15 a 29 anos	8.257	13,42	7.536	12,81	6.302	11,71
	30 a 39 anos	18.444	29,98	15.600	26,51	12.367	22,97
	40 a 59 anos	29.072	47,26	28.177	47,88	25.783	47,89
	60 anos e mais	5.045	8,20	7.121	12,10	9.166	17,02
Raça/Cor	Branca	26.260	42,69	22.553	38,32	19.344	35,93

Variável	Categoria	2010–2014		2015–2019		2020–2024	
		n	%	n	%	n	%
Escolaridade	Preta	8.187	13,31	8.067	13,71	7.855	14,59
	Amarela	114	0,19	155	0,26	181	0,34
	Parda	23.563	38,31	25.879	43,97	25.246	46,89
	Indígena	142	0,23	143	0,24	182	0,34
	Ignorado	3.248	5,28	2.054	3,49	1.032	1,92
	Nenhuma	3.229	5,25	3.370	5,73	3.262	6,06
	1 a 3 anos	12.045	19,58	11.046	18,77	7.776	14,44
	4 a 7 anos	15.723	25,56	15.222	25,87	13.583	25,23
	8 a 11 anos	11.274	18,33	13.751	23,37	15.862	29,46
	12 anos e mais	3.431	5,58	3.945	6,70	4.224	7,85
Estado civil	Ignorado	15.812	25,70	11.517	19,57	9.133	16,96
	Solteiro	36.837	59,88	35.810	60,85	33.652	62,50
	Casado	9.617	15,63	8.070	13,71	6.518	12,11
	Viúvo	3.009	4,89	2.846	4,84	2.601	4,83
	Separado judicialmente	3.924	6,38	3.994	6,79	3.637	6,76
	Outro	1.989	3,23	2.712	4,61	2.405	4,47
	Ignorado	6.138	9,98	5.419	9,21	5.027	9,34
Local de ocorrência	Hospital	55.683	90,52	51.415	87,36	44.977	83,54
	Outro estabelecimento de saúde	2.451	3,98	3.638	6,18	4.244	7,88
	Domicílio	2.836	4,61	3.268	5,55	3.989	7,41
	Via pública	99	0,16	124	0,21	162	0,30
	Outros	415	0,67	399	0,68	459	0,85
	Ignorado	30	0,05	7	0,01	9	0,02

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS).

A distribuição regional modificou-se ao longo do período. O Sudeste concentrou o maior número absoluto nos três quinquênios, mas sua participação diminuiu de 45,91% para 37,83%. Em sentido oposto, o Norte aumentou de 8,24% para 11,98% e o Nordeste, de 18,83% para 23,91%.

Tabela 3 – Distribuição dos óbitos relacionados ao HIV/AIDS segundo macrorregião e quinquênio, Brasil, 2010–2024.

Região	2010–2014		2015–2019		2020–2024	
	n	%	n	%	n	%
Norte	5.069	8,24	6.120	10,40	6.452	11,98

Região	2010–2014		2015–2019		2020–2024	
	n	%	n	%	n	%
Nordeste	11.586	18,83	12.943	21,99	12.871	23,91
Sudeste	28.243	45,91	24.290	41,27	20.370	37,83
Sul	12.879	20,94	11.520	19,57	10.351	19,23
Centro-Oeste	3.737	6,08	3.978	6,76	3.796	7,05

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS).

No último quinquênio, São Paulo (9.194), Rio de Janeiro (6.650), Rio Grande do Sul (5.472), Pará (3.460) e Minas Gerais (3.427) apresentaram os maiores números. Entre os períodos extremos, ocorreram reduções importantes em São Paulo (–34,25%), Distrito Federal (–25,62%), Rio de Janeiro (–24,83%) e Rio Grande do Sul (–22,26%). Em contrapartida, aumentos superiores a 30% foram observados no Acre, Roraima, Amapá, Rio Grande do Norte, Paraíba e Sergipe.

Tabela 4 – Óbitos relacionados ao HIV/AIDS por Unidade da Federação e quinquênio, Brasil, 2010–2024.

UF	2010–2014	2015–2019	2020–2024	VP Q3/Q1 (%)
RO	385	447	477	23,90
AC	66	108	113	71,21
AM	1.310	1.535	1.603	22,37
RR	144	166	222	54,17
PA	2.736	3.396	3.460	26,46
AP	180	198	266	47,78
TO	248	270	311	25,40
MA	1.740	2.091	1.915	10,06
PI	559	655	717	28,26
CE	1.480	1.776	1.644	11,08
RN	513	662	717	39,77
PB	633	709	849	34,12
PE	2.782	2.913	2.550	–8,34
AL	652	691	843	29,29
SE	401	467	528	31,67
BA	2.826	2.979	3.108	9,98
MG	4.171	3.854	3.427	–17,84
ES	1.241	1.064	1.099	–11,44

UF	2010–2014	2015–2019	2020–2024	VP Q3/Q1 (%)
RJ	8.847	8.145	6.650	-24,83
SP	13.984	11.227	9.194	-34,25
PR	3.087	2.753	2.690	-12,86
SC	2.753	2.500	2.189	-20,49
RS	7.039	6.267	5.472	-22,26
MS	745	879	854	14,63
MT	974	1.035	1.026	5,34
GO	1.417	1.520	1.469	3,67
DF	601	544	447	-25,62

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS).

4 DISCUSSÃO

Os resultados mostraram 174.205 óbitos relacionados ao HIV/AIDS no Brasil entre 2010 e 2024 e redução de 12,48% entre os quinquênios extremos. A queda foi mais intensa entre 2015–2019 e 2020–2024 do que no intervalo anterior. Esse comportamento é compatível com o efeito acumulado da ampliação do diagnóstico e do tratamento, mas a persistência de mais de 53 mil mortes no último quinquênio evidencia que a efetividade populacional da resposta permanece incompleta. A literatura brasileira já havia descrito declínio nacional acompanhado de motivos para preocupação, especialmente em estados com evolução menos favorável (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

A participação masculina aumentou de 65,86% para 67,96%, e a razão masculino/feminino passou de 1,93 para 2,12. Esse alargamento relativo não deve ser explicado apenas por diferenças biológicas. Barreiras à testagem, menor utilização preventiva dos serviços, diagnóstico tardio e perdas na continuidade do cuidado podem contribuir para a maior mortalidade entre homens. Análises nacionais por características sociodemográficas também identificaram comportamento desigual das tendências segundo sexo e outros marcadores sociais (CUNHA *et al.*, 2022).

O perfil etário revelou simultaneamente concentração entre 40 e 59 anos e crescimento expressivo da participação de pessoas com 60 anos ou mais, de 8,20% para 17,02%. Esse deslocamento é coerente com maior sobrevivência das pessoas tratadas e com o envelhecimento da epidemia. Ainda assim, a permanência de óbitos entre adultos jovens representa perda elevada de anos potenciais de vida. A distribuição espaço-temporal da mortalidade em idosos já

demonstrou áreas de maior risco e necessidade de respostas específicas para multimorbidade e cuidado longitudinal (SOUZA *et al.*, 2023).

A mudança da predominância da categoria branca para a parda e o crescimento proporcional das categorias preta e parda devem ser interpretados no contexto das desigualdades estruturais brasileiras. Raça/cor sintetiza diferentes exposições a pobreza, discriminação, instabilidade ocupacional e barreiras de acesso, e não uma determinação biológica do desfecho. Evidências de uma coorte com 28,3 milhões de pessoas mostraram associação robusta entre determinantes sociais desfavoráveis e maior ocorrência de AIDS, com gradiente relacionado à vulnerabilidade socioeconômica (LUA *et al.*, 2023).

Na escolaridade, houve aumento da participação de oito a 11 anos de estudo e redução dos registros ignorados. A mudança pode refletir transformações na composição educacional da população, maior completude da informação ou alteração real do perfil dos óbitos. Por isso, percentuais entre categorias não devem ser tomados isoladamente como incidência. O declínio dos ignorados fortalece a análise, mas também pode modificar a composição aparente ao redistribuir observações antes sem classificação (ABOUZHR *et al.*, 2015).

A proporção de óbitos hospitalares diminuiu de 90,52% para 83,54%, enquanto aumentaram os óbitos em outros estabelecimentos de saúde e no domicílio. Esse resultado pode indicar diversificação da rede assistencial, maior cuidado fora do hospital ou barreiras de acesso em fases avançadas. O local de ocorrência, contudo, não informa sozinho a oportunidade nem a qualidade do cuidado. A descentralização do acompanhamento do HIV para a atenção primária amplia o potencial de continuidade, mas requer integração efetiva com os serviços especializados (MELO *et al.*, 2018).

A redistribuição regional foi marcante. O Sudeste permaneceu com o maior número absoluto, porém sua participação caiu de 45,91% para 37,83%; Norte e Nordeste aumentaram de 8,24% para 11,98% e de 18,83% para 23,91%, respectivamente. O padrão confirma que o progresso nacional não ocorreu de modo homogêneo. Modelagens subnacionais demonstraram grande variação municipal e persistência de desigualdade geográfica no Brasil, mesmo diante da redução das estimativas nacionais (LOCAL BURDEN OF DISEASE HIV COLLABORATORS, 2021).

Os resultados estaduais reforçam essa heterogeneidade: enquanto São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Distrito Federal apresentaram reduções expressivas nas contagens, diversos estados do Norte e do Nordeste registraram aumento. Como a análise empregou

números absolutos, não é possível afirmar que esses estados apresentaram maior risco. Ainda assim, a direção divergente das contagens sugere prioridades territoriais para investigação com taxas padronizadas, cobertura terapêutica e indicadores da cascata de cuidado (GRANGEIRO *et al.*, 2010).

O último quinquênio abrange a pandemia de COVID-19, período em que interrupções da testagem, do acompanhamento clínico e da dispensação de medicamentos podem ter alterado tanto a ocorrência dos óbitos quanto seu registro. O agrupamento quinquenal reduz oscilações anuais, mas não isola esses efeitos. Assim, a redução observada entre 2020 e 2024 deve ser examinada futuramente com séries anuais e métodos de tendência segmentada, considerando simultaneamente mortalidade, diagnóstico e supressão viral (BAMBRA *et al.*, 2020).

Entre as fortalezas do estudo destacam-se a abrangência nacional, o horizonte de 15 anos, a análise de três quinquênios e a descrição conjunta de dimensões sociodemográficas e territoriais. As limitações incluem uso da causa básica, possibilidade de sub-registro ou classificação inadequada, ausência de denominadores populacionais, não padronização etária e impossibilidade de inferir causalidade individual. Embora o SIM tenha alcançado avanços importantes, a qualidade das variáveis sociais permanece desigual e requer monitoramento contínuo (MIKKELSEN *et al.*, 2015).

10

Os achados indicam que a resposta ao HIV deve avançar além da expansão formal do tratamento. Diagnóstico oportuno, início rápido da terapia, retenção, supressão viral e manejo de comorbidades precisam ser articulados a estratégias sensíveis a sexo, idade, raça/cor e território. A experiência brasileira demonstra que ganhos sustentados dependem de políticas universais combinadas com ações focalizadas nos grupos e regiões que acumulam desvantagens (DOURADO *et al.*, 2006).

5 CONCLUSÃO

A mortalidade relacionada ao HIV/AIDS diminuiu no Brasil entre 2010 e 2024, mas permaneceu elevada e distribuída de forma desigual. O aumento da razão de sexo, o envelhecimento do perfil dos óbitos, a maior participação de pessoas pardas, o crescimento dos óbitos fora do ambiente hospitalar e o deslocamento proporcional para Norte e Nordeste mostram que a redução nacional não foi homogênea.

Os resultados sustentam o fortalecimento da prevenção combinada, do diagnóstico oportuno, do início rápido do tratamento, da retenção no cuidado e do manejo de comorbidades,

com prioridades definidas segundo vulnerabilidade social e territorial. Também reforçam a necessidade de aprimorar a completude das variáveis sociais da Declaração de Óbito e de integrar informações de mortalidade aos indicadores da cascata de cuidado.

Estudos futuros devem utilizar taxas brutas e padronizadas, denominadores intercensitários, análise anual de tendência e métodos espaciais, especialmente para avaliar estados que apresentaram crescimento das contagens e separar possíveis efeitos da pandemia de COVID-19 das tendências seculares.

REFERÊNCIAS

ABOUZHR, C. *et al.* Civil registration and vital statistics: progress in the data revolution for counting and accountability. *The Lancet*, v. 386, n. 10001, p. 1373–1385, 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60173-8.

BAMBRA, C. *et al.* The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 74, n. 11, p. 964–968, 2020. DOI: 10.1136/jech-2020-214401.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>. Acesso em: 5 ago. 2026.

CUNHA, A. P. *et al.* Análise da tendência da mortalidade por HIV/AIDS segundo características sociodemográficas no Brasil, 2000 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 895–908, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022273.00432021.

CUNHA, A. P.; CRUZ, M. M.; TORRES, R. M. C. Tendência da mortalidade por AIDS segundo características sociodemográficas no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre: 2000–2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, n. 3, p. 477–486, 2016. DOI: 10.5123/S1679-49742016000300004.

DOURADO, I. *et al.* Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia antirretroviral. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, supl., p. 9–17, 2006. DOI: 10.1590/S0034-89102006000800003.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 12, p. 2355–2367, 2010. DOI: 10.1590/S0102-311X2010001200014.

GUIMARÃES, M. D. C. *et al.* Mortalidade por HIV/AIDS no Brasil, 2000–2015: motivos para preocupação? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, supl. 1, p. 182–190, 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700050015.

LIMA, E. E. C.; QUEIROZ, B. L. Evolution of the deaths registry system in Brazil: associations with changes in the mortality profile, under-registration of death counts, and ill-defined causes of death. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 8, p. 1721-1730, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00131113.

LOCAL BURDEN OF DISEASE HIV COLLABORATORS. Mapping subnational HIV mortality in six Latin American countries with incomplete vital registration systems. *BMC Medicine*, v. 19, art. 4, 2021. DOI: 10.1186/s12916-020-01876-4.

LUA, I. *et al.* The effects of social determinants of health on acquired immune deficiency syndrome in a low-income population of Brazil: a retrospective cohort study of 28.3 million individuals. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 24, art. 100554, 2023. DOI: 10.1016/j.lana.2023.100554.

MELO, E. A. *et al.* HIV/AIDS management at the primary care level in Brazil: a challenge for the Unified Health System? *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, e151, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.151.

MIKKELSEN, L. *et al.* A global assessment of civil registration and vital statistics systems: monitoring data quality and progress. *The Lancet*, v. 386, n. 10001, p. 1395-1406, 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60171-4.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde: décima revisão. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>. Acesso em: 5 ago. 2026.

SOUZA, K. O. C. *et al.* A space-time analysis of mortality in older people living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 26, e230020, 2023. DOI: 10.1590/1980-549720230020.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Evaluation of data from the Brazilian Information System on Live Births and the Mortality Information System. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, supl. 2, e00214918, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00214918.