

## **O PERFIL DE EXPOSIÇÃO DOS CASOS DE HIV REGISTRADOS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: UMA ANÁLISE A LUZ DA LITERATURA**

THE EXPOSURE PROFILE OF REGISTERED HIV CASES AND PUBLIC HEALTH  
POLICIES: AN ANALYSIS IN THE LIGHT OF THE LITERATURE

**Luan Azevedo Gonçalves Magalhaes**

Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom  
Jesus do Itabapoana-RJ. [luanx2009@gmail.com](mailto:luanx2009@gmail.com)

**Guilherme Santos Dauaire**

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade de Nova Iguaçu, Itaperuna-RJ.  
[guilherme-dauaire@hotmail.com](mailto:guilherme-dauaire@hotmail.com)

**Saulo Pimentel da Silva Araújo**

Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom  
Jesus do Itabapoana-RJ. [saulo.pimenteldasilvaaraujo@gmail.com](mailto:saulo.pimenteldasilvaaraujo@gmail.com)

**Laís Poubel de Medeiros Moura**

Graduanda em Medicina da Universidade de Nova Iguaçu - UNIG. Email:  
[laispmoura@gmail.com](mailto:laispmoura@gmail.com);

**Aloisio Tinoco Siqueira Filho**

Docente do Curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom  
Jesus do Itabapoana-RJ. [Atsiqueira@gmail.com](mailto:Atsiqueira@gmail.com)

**Wálace Érick de Medeiros Moura**

Médico. Professor da Universidade de Nova Iguaçu - UNIG. E-mail:  
[medeiros\\_moura@yahoo.com.br](mailto:medeiros_moura@yahoo.com.br)

**Antônio Neres Norberg**

Docente do Curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ. antonionorberg@gmail.com

**Sandra Tavares da Silva**

Docente do Curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ. tavares.sandra86@gmail.com

**Bianca Magnelli Mangiavacchi**

Docente do Curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ. bmagnelli@gmail.com

**RESUMO**

O presente artigo visa analisar o perfil dos casos registrados de HIV segundo as características hierarquizadas de exposição ao vírus. O estudo também visa avaliar o desenho da política pública voltada para as pessoas existente no Brasil expostas ao HIV. O comportamento de epidemia não se apresenta homogêneo quando se consideram as taxas de incidência, os grupos populacionais acometidos e os índices de sobrevivência observados. O Brasil representa um novo modelo no processo de descentralização das ações de HIV/AIDS e com um dos maiores e mais vastos programas de HIV/AIDS entre os países ascendentes. A pesquisa foi realizada através dos métodos de análise documental das bases de dados do Ministério da Saúde, em boletins epidemiológicos e com coleta de dados a partir do Sistema de Informação de Agravos e Notificações do Ministério da Saúde. Um estudo mais aprofundado do perfil de casos se faz necessário, com vistas a identificar a incidência de casos, bem como, o arranjo institucional de políticas públicas que promovam ações visando a redução de danos, e assim, uma reincidência de AIDS ou o ressurgimento de alguns agravos de saúde pública nesta população, como as hepatites B e C ou tuberculose.

**Palavras-chave:** HIV; Políticas Públicas; Epidemiologia.

**ABSTRACT**

This article aims to analyze the profile of registered HIV cases according to hierarchical characteristics of exposure to the virus. The study also aims to evaluate the design of public policy aimed at people exposed to HIV in Brazil. The behavior of an epidemic is not homogeneous when considering the incidence rates, the affected population groups, and the observed survival rates. Brazil represents a new model in the process of decentralization of HIV/AIDS actions and with one of the largest and most extensive HIV/AIDS programs among rising countries. The research was carried out using the methods of document analysis of the Ministry of Health databases, in epidemiological bulletins and with data collection from the Information System of Diseases and Notifications of the Ministry of Health. A more in-depth study of the profile of cases is necessary, with a view to identifying the incidence of cases, as

well as the institutional arrangement of public policies that promote actions aimed at reducing harm, and thus, a recurrence of AIDS or the resurgence of some public health problems in this population, such as hepatitis B and C or tuberculosis.

**Keywords:** HIV; Public Politics; Epidemiology.

## INTRODUÇÃO

O primeiro caso clínico de AIDS no Brasil ocorreu em 1983 em paciente portador de sarcoma de Kaposi. Estudos feitos posteriormente permitiram identificar o retrospecto dos casos no período 1980-1982 (BANCO MUNDIAL, 2004). No início da década de 80, o reconhecimento de novos casos continuou restrita aos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro. O perfil epidemiológico indicado por pacientes do sexo masculino, alto nível socioeconômico, com transmissão de caráter homossexual/bissexual. Na segunda metade daquela década, foi observado a propagação da doença em mais regiões do país, ocorrendo uma mudança progressiva do perfil epidemiológico inicial para perfil ascendente de acometimento em heterossexuais: mulheres, indivíduos de baixa renda, em cidades de médio e pequeno porte (GALVÃO, 2000). Um exemplo dessa transição foi a mudança da predominância por sexo, de 25 casos masculinos para um feminino em 1991, para duas ocorrências masculinos contra um feminino no ano 2000 (BRASIL, 2001).

Outro fator relevante no Brasil como um todo é comportamento da epidemia não se apresentar homogênea, podendo ser exemplificado pela redução de incidência nos estados das regiões Sul e Sudeste. As variáveis de sobrevivência após o diagnóstico também apresentam resultados mais favoráveis nessas regiões. Em consequência, pode-se descrever a epidemia no Brasil como sendo uma formação de várias subepidemias, em um contexto de diferentes realidades, em desvantagem aos variados perfis de renda e de escolaridade da população e às diferentes capacidades de investimentos na saúde (BRASIL, 2001)

Segundo, Fonseca et al. (2006), o impacto da epidemia da contaminação do HIV/ AIDS no contexto social foi semelhante ao visto nos países de primeiro mundo e proporcionou desde o começo uma intensa mobilização a favor da prevenção, buscando os direitos dos pacientes e familiares, principalmente a luta contra o preconceito e a busca pelo acesso ao tratamento sendo responsabilidade do Estado; assim como o aparelhamento da rede de coleta e distribuição do sangue e derivados, que passaram a ser controlados pelo Estado.

Em 1989, a descoberta da zidovudina (AZT), inibidor da transcriptase reversa (ITR), abriu novas possibilidades de tratamento, visando ampliar o tempo de sobrevivência. No ano de 1992, o Ministério da Saúde no Brasil começou a fornecer gratuitamente o AZT e

medicamentos utilizados na quimioprofilaxia a pacientes cadastrados em serviços de referência. Foram incorporados a didanosina (ddl) e a zalcitabina (ddC) a partir de 1995. A partir de 1996, um novo conceito terapêutico denominado de "*High Active Antiretroviral Therapy*" (HAART) veio propiciar um considerável aumento na sobrevivência aos pacientes portadores do vírus (BANCO MUNDIAL, 2004).

A oferta dessa terapia anti-retroviral considerada de alta potência, gratuito, para todos os pacientes soropositivos, gerou um impacto de grande repercussão na realidade da epidemia no Brasil, com a diminuição da morbi-mortalidade, diminuição das internações hospitalares e mudança progressiva na forma da sociedade e dos profissionais da saúde em lidar com pacientes (BANCO MUNDIAL, 2004).

Apesar do acometimento em regiões do interior ser uma tendência atual da epidemia, os casos de AIDS, permanecem concentrados em municípios mais populosos. Cidades brasileiras com menos populosas (< de 50 mil habitantes) emprazam apenas 11% de todos os casos do país, enquanto 1% dos municípios brasileiros, que tem mais de 500 mil habitantes notificam 51,5% de todos os casos de AIDS (MARTINS et al, 2014).

O método adotado para o desenvolvimento do presente trabalho será análise documental, utilizando coleta de dados, a partir do Sistema de Informação de Agravos e Notificações do Ministério da Saúde, boletins epidemiológicos e documentos públicos. A revisão bibliográfica será também um importante instrumento de pesquisa utilizado para enriquecer a discussão proposta neste artigo.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: PRIMEIROS CONTORNOS**

A AIDS é a doença infectocontagiosa com maior taxa de mortalidade no planeta. A doença é transmitida através do contato com o vírus HIV ou imunodeficiência adquirida, que causa um déficit no funcionamento do sistema imune, não permitindo a realização de sua função de proteção do organismo contra as ameaças externas e contra células cancerígenas. Com o sistema imunológico comprometido, o paciente contaminado se torna mais vulnerável a tipos raros de carcinomas, o linfoma cerebral e, às patologias oportunistas. Por meio da amamentação da mãe contaminada do contato com o sangue contaminado, relação sexual com parceiros soropositivos que se pode obter o vírus HIV. Ela pode ser adquirida através do contato com resíduos contaminados, no decorrer do ato sexual sem proteção adequada,

dividindo seringas, agulhas e objetos cortantes, no transplante sanguíneo, durante o parto e amamentação.

O HIV é um retrovírus, pertencente a subfamília dos *Lentiviridae*. Esses vírus têm algumas características em comum: período de incubação estendido antes do aparecimento dos sintomas da patologia, contaminação das células sanguíneas e do sistema nervoso e o sistema imune comprometido (FIOCRUZ, 2013, p. 1).

Possuir o vírus HIV não quer dizer que o indivíduo já desenvolveu os sintomas de AIDS. Pessoas contaminadas pelo HIV podem continuar por mais de dez anos sem apresentar sintomas da doença. De acordo com as estatísticas, maior parte dos soropositivos demonstram os sintomas de AIDS após oito anos de infecção. Depois da infecção o sistema imunológico é atacado pelo vírus. Isso ocorre logo na primeira fase, denominada de infecção aguda, que se pode modificar por um tempo de três a seis semanas e nesse tempo o organismo passa a elaborar anticorpos anti-HIV (FIOCRUZ, 2013, p. 1).

Nesse período, é possível que o exame anti-HIV determine como negativo, apesar do indivíduo já estar contaminado pelo HIV, pela falta de anticorpos anti-HIV no sangue e, como os sintomas da infecção aguda são semelhantes com diversas outras doenças de natureza mais branda o diagnóstico não pode ser feito neste momento. Por isso, deve-se ter um bom aconselhamento e boas informações antes de realizar este exame. Durante o aconselhamento será possível perceber se o indivíduo está na fase em que não se apresenta anti-HIV, se for este o caso o indivíduo é orientado a repetir o exame após quatro a seis semanas.

A fase seguinte da infecção é caracterizada por uma interação intensa entre as células de defesa e as contínuas e ligeiras alterações do vírus. Entretanto, o organismo não debilita o suficiente para a oportunidade de contrair novas doenças, pois os vírus se desenvolvem e morrem de forma igualitária. Essa fase, que pode durar aproximadamente dez anos, é denominada de assintomática. Porém, ocorre um processo inflamatório contínuo no organismo que conseqüentemente acaba envelhecendo prematuramente as células e os órgãos, gerando uma maior chance de desenvolver doenças cardiovasculares, degenerativas e neoplásicas. E, além disso, o infectado mesmo não demonstrando sintomas ele ainda pode infectar outras pessoas.

Com o vírus em atividade as células de defesa se tornaram menos eficientes até serem arruinadas. O organismo acaba por ficar cada vez mais suscetível a infecções mais comuns. Neste período assintomática diminuem nos linfócitos T CD4 –(glóbulos brancos do sistema imunológico), que acabam por ficar abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> de sangue. Em adultos saudáveis e não infectados pelo HIV, esse valor varia entre 800 a 1.200 células/mm<sup>3</sup>. Nesta fase os sintomas mais comuns podem ser: diarreia, febre, emagrecimento e suores noturnos. (FIOCRUZ, 2013, p. 1)

Com a diminuição da imunidade há o surgimento das doenças oportunistas, doenças essas que se beneficiam da fraqueza do organismo. Exames sorológicos no sangue são usados para identificar a AIDS. Variados são os exames sorológicos para determinar a infecção, tais como: Elisa, imunofluorescência e Western-Blot (FIOCRUZ, 2013). Conforme dito estes exames determinam a existência de anticorpos anti-HIV no sangue. Detectando o anticorpo HIV, a pessoa está contaminada, caso não haja a detecção do anticorpo anti-HIV a pessoa deve refazer o exame após três meses para confirmação do resultado. No tratamento: o Brasil apresenta o Programa de AIDS do Ministério da Saúde, os medicamentos para tratamento da infecção são fornecidos de graça para os indivíduos contaminados. (FIOCRUZ, 2013).

Os medicamentos são compostos por antirretrovirais e são usados em conjunto para que a eficiência seja maior. O uso combinado de antirretrovirais é denominado como “coquetel”. A terapia é aconselhada a todos os contaminados pelo vírus HIV com CDS menor que 500 células/mm<sup>3</sup>. O bom desempenho do tratamento está relacionado com o comprometimento do paciente com o uso dos medicamentos. O paciente que tomar de forma desorganizada os medicamentos o tratamento pode vir ter falhas e assim resultando mutações no HIV. Essas mutações são traços que o HIV adquire para se tornar mais persistente, o que acaba causando dificuldades no tratamento. O tratamento tem como finalidade alcançar a carga viral irreconhecível no sangue, por ter um número de vírus tão baixa no sangue as medidas de detecção mais recentes não reconhecem sua presença. (FIOCRUZ, 2013).

A partir de uma carga irreconhecível, o organismo é capaz de regenerar a quantidade de CD4, que tem a função de defesa contra as infecções oportunistas. A carga viral irreconhecível no sangue, além de estimular a recuperação da imunidade da pessoa infectada, ajuda na diminuição da transmissão do HIV. Recentes estudos demonstram que a o tratamento eficiente da infecção do HIV além de diminuir a evolução de doenças relacionadas à AIDS, diminuem a transmissão da doença em 96 % para parceiros HIV negativos.

A Prevenção Combinada do HIV envolve diferentes ações de prevenção direcionadas tanto ao combate do HIV quanto aos fatores associados à infecção. Essas ações são baseadas em três eixos de intervenção: biomédicas, comportamentais e estruturais (FIGURA 1). A combinação dessas abordagens deve considerar os indivíduos, seus grupos sociais e a sociedade em que estão inseridos. É essencial observar as especificidades dos sujeitos e seus contextos. As intervenções biomédicas visam reduzir o risco de exposição ao HIV, com estratégias para impedir a transmissão entre pessoas infectadas e não infectadas. As

intervenções comportamentais abordam os diferentes graus de risco a que os indivíduos estão expostos. Já as intervenções estruturais visam interferir nos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos que criam ou aumentam a vulnerabilidade ao HIV em indivíduos ou grupos sociais.



FIGURA 1: Mandala da Prevenção Combinada. Fonte: BRASIL, 2018

## EPIDEMIOLOGIA DA AIDS

A epidemia de HIV/AIDS continua a ser um desafio global de saúde pública. Desde a identificação dos primeiros casos na década de 1980, o vírus HIV se espalhou por todo o mundo, afetando milhões de pessoas e causando impactos significativos na saúde e

sociedade. Nos últimos 30 anos, a epidemia de AIDS gerou consequências destrutivas para os familiares, comunidades e países, se tornando uns grandes desafios para a saúde pública. Mais de 7.000 pessoas são contaminadas pelo vírus diariamente, e uma pessoa morre a cada 20 segundos de uma doença adquirida a partir da deficiência imunológica causada pela AIDS. A doença atualmente é a 5ª causa de morte entre adultos e a maior causa entre as mulheres com idades entre 15 e 49 anos (MARTINS et al, 2014).

Além da repercussão causada pela epidemia na saúde, o HIV vem aumentando os malefícios na sociedade e as deficiências de nossos sistemas sociais. Desta maneira em resposta a epidemia os governos de países mais acometidos tem proporcionado uma chance de fortalecer o tecido social, melhorar a justiça social e reforçar os sistemas prestadores serviços que são essenciais aos segmentos mais acometidos das comunidades. É necessário a obtenção da estabilidade entre a intensificação do trabalho nos países mais afetados e a identificação de outros contextos, como os grandes centros urbanos, onde o impacto da doença está atingindo comunidades específicas, principalmente homens homossexuais, profissionais do sexo e usuários drogas (MARTINS et al, 2014)

De acordo com estimativas da UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS), até o final de 2020, aproximadamente 38 milhões de pessoas estavam vivendo com o HIV em todo o mundo em relação à prevalência da AIDS, que é a proporção de pessoas vivendo com AIDS em relação à população total, os dados variam entre as regiões do mundo. A África Subsaariana é a mais afetada, representando cerca de 67% de todos os casos de HIV e AIDS globalmente. Dentro da região, países como Eswatini, Lesoto, Suazilândia e África do Sul têm uma alta prevalência da doença. Outras regiões, como o Caribe, América Latina, Europa Oriental e Ásia Central também apresentam níveis significativos de prevalência da AIDS.

Em relação à incidência da AIDS, que se refere ao número de novos casos de AIDS em um determinado período, a taxa tem variado ao longo dos anos. De acordo com o relatório da UNAIDS, em 2020, estima-se que tenham ocorrido cerca de 1,5 milhão de novas infecções por HIV em todo o mundo. No entanto, é importante ressaltar que esses números podem estar sujeitos a subnotificação e variações na capacidade de coleta de dados em diferentes países.

As taxas de prevalência e incidência da AIDS são influenciadas por uma série de fatores, como acesso a serviços de saúde, programas de prevenção, testagem e tratamento do HIV, além de determinantes sociais, econômicos e culturais. É fundamental que esses aspectos sejam abordados de forma abrangente para reduzir a disseminação do HIV e melhorar os resultados relacionados à AIDS em nível global.

## PREVALÊNCIA DA AIDS E GRUPOS DE RISCOS

A AIDS no Brasil é caracterizada pelo número de casos nos principais centros urbanos e em populações específicas, com destaque para taxas de prevalência do HIV de 4,8% entre profissionais do sexo; 13,6% em homens homossexuais (HSH) e 1 em usuários de drogas. Os principais fatores para este grande impacto da epidemia nesses grupos estão diretamente relacionados ao indivíduo e aos contextos social e institucional, sobretudo ao negligenciar práticas seguras ao se relacionar sexualmente e uso de drogas, discriminação, desigualdades sociais e adversidades de acesso aos serviços. (GRANGEIRO et al, 2012).

Segundo os dados apresentados pelo Boletim do Ministério da Saúde (2022), em 2021, a principal forma de transmissão entre pessoas com 13 anos ou mais de idade foi a sexual, tanto em homens (77,8%) quanto em mulheres (84,7%). Observou-se que, entre os homens, a exposição mais comum foi por meio de relações sexuais entre homens (42,9%), superando a proporção de casos notificados como exposição heterossexual (34,9%). O uso de drogas injetáveis (UDI) representou uma porcentagem menor de casos, diminuindo ao longo dos anos, sendo 2,0% entre homens e 1,3% entre mulheres em 2021, de acordo com a Figura 1.

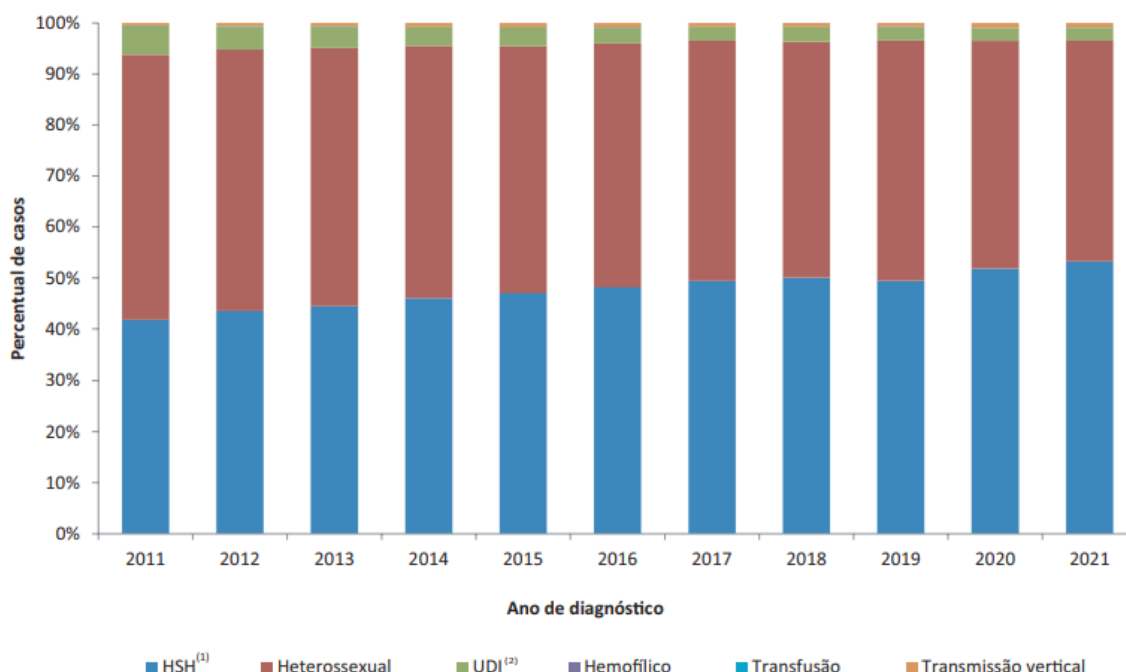


Figura 1: Distribuição percentual dos casos de aids em homens de 13 anos ou mais segundo categoria de exposição, por ano de diagnóstico. Brasil, 2011 a 2021 Fonte: Sinan (atualizado em 30/06/2022). Notas: (1) HSH – homens que fazem sexo com homens; (2) UDI – usuários de drogas injetáveis

No Brasil, a epidemia de AIDS foi dividida em três fases distintas. A primeira fase foi caracterizada pelos primeiros casos de contaminação, principalmente entre homens homossexuais com nível de escolaridade considerado alto. Essa fase foi marcada pelo conceito de "grupos de risco". Na segunda fase, adotou-se o conceito de "comportamento de risco" devido ao alto número de contaminações por uso de drogas injetáveis, atingindo um maior número de heterossexuais. Isso resultou na terceira e atual fase, onde houve um aumento no número de casos entre mulheres, pessoas com nível de escolaridade baixo e a disseminação da AIDS para áreas mais afastadas, o que levou ao conceito de "vulnerabilidade" (MOURA; FARIA, 2017).

Segundo os dados recentes (BRASIL, 2022) observa-se que a principal forma de transmissão entre homens e mulheres com 13 anos ou mais de idade foi a sexual em todas as regiões do Brasil. Em 2021, nas regiões Sudeste, Norte, Centro-Oeste e Nordeste, a exposição predominante entre os homens foi por meio de relações sexuais entre homens (51,2%, 45,5%, 43,2% e 35,2%, respectivamente), enquanto na região Sul predominou a exposição heterossexual (45,2%). No mesmo ano, a região Sul registrou o maior percentual de casos relacionados ao uso de drogas injetáveis, representando 2,3% dos casos, de acordo com a Figura 16 e a Tabela 26. Entre as mulheres, a forma de transmissão mais comum em todas as regiões foi a sexual, com percentuais acima de 80%. A categoria de uso de drogas injetáveis (UDI) apresentou a maior proporção de casos na região Sudeste (1,8%) em 2021.

Em relação aos homens, nas faixas etárias de 13 a 19 anos, 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, a categoria de exposição predominante nos casos de AIDS detectados foi a de relações sexuais entre homens (homossexual e bissexual), correspondendo a 64,1%, 65,1% e 43,2% dos casos nessas faixas etárias, respectivamente. Para homens com mais de 40 anos, a exposição heterossexual é predominante, representando 45,7% dos casos para os de 40 a 49 anos e 54,3% para os com 50 anos ou mais. Entre as mulheres, a principal forma de exposição (mais de 80% dos casos) é a heterossexual, em todas as faixas etárias (BRASIL, 2022).

## **POLÍTICAS EM SAÚDE: AIDS/HIV**

Poucas são as informações sobre os arranjos das instituições que afetam as respostas governamentais para o HIV/AIDS. Em países como Uganda, a contramedida à epidemia de HIV/AIDS está sendo centralizada pelo governo federal desde os anos 1990. As autoridades vêm buscando o encorajando o estabelecimento e a consolidação de órgãos da sociedade

civil, com a finalidade de busca pelos seus interesses e a procura financiamento internacional (FONSECA, 2005). No Brasil, ao contrário, os órgãos da sociedade civil promovem um papel importante na institucionalização do programa de AIDS, já no seu início, a partir de 1992 (SZWARCOWALD, 2000)

O Programa Nacional de DST e AIDS/Ministério da Saúde (PN-DST/AIDS) patrocinou os programas de prevenção à AIDS no Brasil de 1993 a 2002 através de acordos feitos com 27 Estados e 177 municípios. Também foram patrocinados, na mesma época, 976 projetos de organizações da sociedade civil, 186 deles projetos preventivos a AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI). A origem dos recursos, nesta época, foi devido ao empréstimo do Banco Mundial ao governo brasileiro, conhecidos como "AIDS I" e "AIDS II", que somam US\$ 350 milhões (PROGRAMA DST/AIDS, 2006).

Até 2002, os recursos eram transferidos aos Estados e municípios estratégicos, por meio do convênio firmado com o PN-DST/ AIDS e através de disputas públicas com os órgãos da sociedade civil. Porém, o mecanismo utilizado no convenio demonstrou ser limitado, burocrático e inflexível devido às regras definidas pelo Banco Mundial e pela legislação brasileira, a partir de acordos desta natureza (BANCO MUNDIAL, 2004). Gradualmente, o PN-DST/AIDS foi se integrando as regras mais amplas de transferência de recursos da política nacional de saúde.

O Plano de Ações e Metas passou a ser o meio optado pelas secretarias estaduais e municipais de saúde para a habilitação dos gestores no recebimento do capital, proporcionando a inclusão dos planos e metas locais à política nacional de controle da epidemia de AIDS (FONSECA, 2006). As predileções públicas para projetos das organizações da sociedade civil se tornaram responsabilidade unicamente das Secretarias Estaduais de Saúde, que tem como dever repassar 10% dos recursos transferidos para projetos das organizações da sociedade civil, respeitando critérios relativos às características epidemiológicas, geográficas e demográficas de diversas localidades, e não se esquecendo da viabilidade e o custo-efetividade dessas ações (FONSECA, 2006). Recursos não foram realocados exclusivamente para esse fim, no Plano de Ações e Metas dos municípios.

A gestão dos Planos de Ações e Metas é dever das instâncias envolvidas. No nível federal a fiscalização está a cargo do PN-DST/AIDS e no nível local a cargo de Estados e municípios. O sistema de monitoramento foi aprovado pela Portaria nº.1.679/04 e é alimentado eletronicamente, sendo os dados aberto para consulta pública (BRASIL, 2004). Procede-se a orientação da evolução de cinco categorias: Objetivos a serem alcançados do Plano de Ações e Metas, parâmetros e índice composto de DST, aplicação dos recursos financeiros, cooperações com organizações da sociedade civil e cumprimento e execução das

ações acordadas nas comissões Inter gestoras para adquirir os insumos estratégicos [medicamentos (para) DST, infecções oportunistas e preservativos].

As atitudes de prevenção à AIDS entre UDI, que, no Brasil, são em sua maioria instaladas por organizações da sociedade civil e recebiam capital do PN-DST/AIDS, passaram, em 2002, a ser escolhidas através de disputas pública no patamar dos Estados e municípios. Em seguida, alguns atributos da epidemia de AIDS entre UDI serão explicadas e a representação da epidemia de AIDS nessa população determinada no Brasil e no Rio de Janeiro. As atitudes de prevenção à AIDS entre UDI no Brasil são identificadas como Programas de Redução de Danos (PRD). Por meio desses programas, os UDI têm obtenção de seringas novas/estéreis, em troca de seringas usadas, recolhidas da comunidade, diminuindo com isso o fluxo de seringas possivelmente contaminadas. Contudo, tais programas proporcionam uma chance única de aproximar-se de uma população de difícil trato, e de executar, de forma participativa, diversas medidas de saúde pública, como: vacinação para a hepatite B, distribuição de preservativos, ajuda e direcionamento dos usuários de drogas a serviços de tratamento. Os UDI realizam um papel efetivo na dinâmica da epidemia em algumas regiões do país (Sudeste, Sul, parte meridional do Nordeste e parte do Centro-Oeste), afetando, significativamente, nestas regiões, populações residentes em municípios de médio e pequeno porte, e nas principais áreas metropolitanas.

A cobertura e o uso da prevenção combinada do HIV entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens (medido pelo uso de pelo menos dois serviços de prevenção nos últimos três meses) relatados nos últimos anos foram baixos em todas as regiões, variando de 27% na Ásia e no Pacífico a 53% na África ocidental e central. A cobertura da prevenção do HIV entre pessoas transgênero também ficou abaixo das metas estabelecidas para 2025 em todas as regiões, com relatórios recentes indicando que pessoas transgênero que utilizaram pelo menos dois serviços de prevenção nos últimos três meses variaram de 28% (no leste e sul da África) a 77% (no leste da Europa e na Ásia central).

A cobertura dos serviços de prevenção específicos para o HIV oferece alguns pontos positivos. Em 2021, 24 dos 83 países que reportaram dados atingiram a meta de 90% de cobertura do uso de preservativos na última relação sexual entre trabalhadores do sexo. Em oito países, a cobertura foi acima de 95%. Dezoito países relataram atingir a meta de 90% de uso de agulhas e seringas estéreis na última injeção, com seis ultrapassando 95% de cobertura. No entanto, lacunas significativas persistem e a realização completa das metas para 2025 requer uma ampla variedade de opções de prevenção.

Em 2021, mais de 1,6 milhão de pessoas em todo o mundo estavam recebendo a profilaxia pré-exposição oral (PrEP) (UNAIDS, 2022). O número de pessoas que utilizaram a

PrEP pelo menos uma vez durante o ano relatado aumentou aproximadamente duas vezes, de 820.000 em 2020 para 1,6 milhão em 2021. O aumento no uso da PrEP em 2021 ocorreu apesar da pandemia de COVID-19 e representa a continuação do aumento no uso da PrEP desde 2016, embora ainda esteja longe da meta de 10 milhões de pessoas para 2025 (BROZ et al., 2021). Até recentemente, o uso da PrEP estava concentrado em países de alta renda.

Os últimos dois anos, no entanto, mostraram uma adesão significativa à PrEP no leste e sul da África. Em 2021, Quênia, África do Sul e Zâmbia impulsionaram a rápida adesão à PrEP no leste e sul da África, com progresso mais modesto em outros países da região. Em contraste, outras regiões de países de baixa e média renda tiveram progresso mínimo na expansão do acesso e uso da PrEP (BROZ et al., 2021). Desde 2017, dos 54 países que relataram o número de agulhas e seringas distribuídas por pessoa que usa drogas injetáveis por ano por meio de programas de troca de seringas, apenas seis relataram alcançar a recomendação de 200 agulhas e seringas distribuídas por pessoa que usa drogas injetáveis. No mesmo período, apenas 18 dos 40 países que relataram alcançaram a meta de 90% de cobertura de práticas seguras de injeção (UNAIDS, 2022). É necessário um maior empenho político e a solução das lacunas de financiamento para a introdução e ampliação da terapia agonista opioide e dos programas de troca de seringas para atingir as metas de 2025, especialmente em regiões onde as epidemias são predominantemente entre UDI e seus parceiros sexuais (UNAIDS, 2022).

A redução das mortes relacionadas à AIDS por meio da expansão agressiva dos testes de HIV e da terapia antirretroviral foi um dos maiores sucessos da era de Aceleração da Resposta Global ao HIV (UNAIDS, 2022). No entanto, em 2021, 650.000 pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS. As crianças (com idade de 0 a 14 anos) continuam a ter uma parcela desproporcional de mortes relacionadas à AIDS: em 2021, as crianças representaram 4% das pessoas vivendo com HIV, mas 15% das mortes relacionadas à AIDS. Se as tendências atuais continuarem, estima-se que 460.000 pessoas morrerão por causas relacionadas à AIDS em 2025. Isso representa um aumento de 83% em relação à meta de menos de 250.000 mortes em 2025 (BROZ et al., 2021). Se a comunidade internacional pretende alcançar a meta de 2025, é necessário aumentar o ritmo dos testes e tratamentos de HIV, alcançando efetivamente aqueles que ainda estão excluídos por meio do acesso ampliado ao tratamento, garantindo que todos os diagnosticados com HIV sejam prontamente encaminhados para cuidados e aumentando a retenção nos cuidados e as taxas de supressão viral.

A tuberculose e a meningite criptocócica são as principais causas de morbidade e mortalidade em estágios avançados da doença pelo HIV: a meningite criptocócica representou

15% de todas as mortes relacionadas à AIDS no mundo em 2014 (UNAIDS, 2022). É crucial garantir que pessoas em risco de contrair o HIV sejam vinculadas a serviços integrados centrados nas pessoas e específicos para seu contexto, incluindo diagnóstico, tratamento e implementação de triagens preventivas. Conforme destacam as novas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), o diagnóstico precoce e o tratamento aprimorado da doença criptocócica e suas complicações são essenciais para reduzir a incidência e a alta taxa de mortalidade da meningite criptocócica em países de baixa e média renda (UNAIDS, 2022).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O artigo visa aprofundar conhecimento sobre a incidência do vírus HIV analisando o perfil dos casos infectados e identificando os grupos de maior incidência, bem como, o arranjo institucional de uma política pública que venha a ser bem-sucedida. Visto que o Brasil possui uma política de saúde descentralizada e um dos maiores e mais vastos programas de HIV/AIDS entre os países que se encontram em ascensão.

A partir desse contexto, pode ser observado em todos os aspectos observados, teve as taxas de infecção reduzidas. A política de prevenção e tratamento da AIDS, apesar de sua eficiência já existente, deve ser sempre tratada com a devida importância pelos órgãos responsáveis, uma vez que se trata de uma doença que não tem cura e a única maneira de reduzir e tentar acabar com a incidência é levando a sério os projetos de prevenção e tratamento da doença.

A América Latina apresentou pouco progresso na redução de novas infecções por HIV desde 2000, com um aumento de 5% entre 2010 e 2021. Atualmente, cerca de 2,2 milhões de pessoas vivem com HIV na região. Embora a maioria das pessoas conheça seu status sorológico e esteja em tratamento, ainda há disparidades entre homens e mulheres, e a cobertura para crianças é baixa. A região enfrenta desafios na garantia de diagnóstico oportuno, adesão ao tratamento e disponibilidade de medicamentos antirretrovirais. A cobertura da profilaxia pré-exposição (PrEP) e do autoteste de HIV é limitada, e a disponibilidade de terapia antirretroviral de primeira linha varia entre os países.

## **REFERÊNCIAS**

BANCO MUNDIAL (Brasil). Washington Dc (Org.). Grupo de Avaliação Setorial e Temática Departamento de Avaliação de Operações, 2004. **Primeiro e segundo projetos de**

**controle de AIDS e DST:** relatório de avaliação de desempenho de projeto. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000154&pid=S0102-311X200600040001500037&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000154&pid=S0102-311X200600040001500037&lng=pt)>. Acesso em: 12 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de redução de danos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS, Ministério da Saúde. Política de incentivo**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/incentivo/>>. Acesso em: 5 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Técnica-incentivo HIV/AIDS e outras DST nº. 01/2002**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/incentivo/>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria Ministerial Nº. 1.679, de 13 de agosto de 2004**. Aprova normas relativas ao Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST e AIDS, e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1679\\_13\\_08\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1679_13_08_2004.html)>. Acesso em: 5 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria Ministerial nº. 2.314, de 20 de dezembro de 2002**. Aprova a norma técnica incentivo HIV/AIDS e outras DST. Disponível em:

<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1631>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria Ministerial nº. 2.129, de 6 de novembro de 2003**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1631>. Acesso em: 12 mai. 2018.

BROZ, Dita et al. Syringe services programs' role in ending the HIV epidemic in the US: why we cannot do it without them. **American journal of preventive medicine**, v. 61, n. 5, p. S118-S129, 2021.

FIOCRUZ. **AIDS: A doença e agentes causadores**. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/aids>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

FONSECA, Elize Massar da. **Políticas de redução de danos ao uso de drogas: O contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros**. 112f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4604>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

\_\_\_\_\_ et all. Programas de redução de lesões por uso de drogas no Brasil: caracterização preliminar de 45 programas. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, abr. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000400015)>. Acesso em 09 jun. 2018.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira interdisciplinar de AIDS/Editora 34, 2000.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. In: **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 674-684, j2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/4111.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

HUNTER, W. Assessing civil-military relations in post authoritarian Brazil. In: KINGSTONE, P; POWER T. (ed.). **Democratic Brazil: actors, institutions, and processes**. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1999.

MARTINS et all. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. Ceará: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. In: **Rev. Fisioter. S. Fun.**, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 4-7, jan.-jun. 2014. Disponível em:

<<http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/viewFile/425/pdf>>  
. Acesso em: 10 mai. 2018.

MOURA, Josely Pinto de; FARIA, Michele Rodrigues de. Caracterização e Perfil Epidemiológico das Pessoas que vivem com HIV/AIDS. In: **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, supl. 12, p. 5.214-5.220, dez. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22815>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

PUTZEL, J. The politics of action on AIDS: a case study of Uganda. In: **Public. Adm. Dev.**, v. 24, 2004, p. 19-30. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pad.306>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

SZWARCWALD, Celia Landmann et al. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2000, p. 7-19. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v16s1/2209.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

TAGLIETTA, M. F. B. **Avaliação da implantação do incentivo no âmbito do programa nacional de HIV/ AIDS e outras DST em dois municípios do Estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000094&pid=S0102-311X200700090002100004&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000094&pid=S0102-311X200700090002100004&lng=pt)>. Acesso em: 5 mai. 2018.

UNAIDS. **In danger: UNAIDS global AIDS update 2022**. UN, 2022. Disponível em: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2022-global-aids-update\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update_en.pdf)

## **SOBRE OS AUTORES:**

**AUTOR 1:** Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ. [luanx2009@gmail.com](mailto:luanx2009@gmail.com)

**AUTOR 2:** Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade de Nova Iguaçu, Itaperuna-RJ. [guilherme-dauaire@hotmail.com](mailto:guilherme-dauaire@hotmail.com)

**AUTOR 3:** Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ. [saulo.pimenteldasilvaaraujo@gmail.com](mailto:saulo.pimenteldasilvaaraujo@gmail.com)

**AUTOR 4:** Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Nova Iguaçu, Itaperuna-RJ. [laispmoura@gmail.com](mailto:laispmoura@gmail.com)

**AUTOR 5:** Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (1982). Tem experiência na área de Medicina Intensiva, de Urgência, Infectologia, Reumatologia e docência. Possui: Pós-graduação em Administração de Serviços de Saúde, Saúde Pública e Administração Hospitalar - UNAERP, 1991; Especialista em Clínica Médica, pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica, desde outubro de 1995; Especialista na Área de Atuação de Medicina de Urgência pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica desde outubro de 1999; Especialista em Medicina Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, desde abril de 2000; Ministrou as disciplinas de Introdução à Saúde Pública, Epidemiologia e Farmacologia na Faculdade Redentor, Itaperuna, RJ, de 2002 a 2005; Ministra a disciplina de Reumatologia desde 2012 e a disciplina de Semiologia Prática desde janeiro de 2017, na UNIG, Campos-Itaperuna,RJ. Ministrou a disciplina de Imunologia de agosto de 2018 a dezembro de 2019 e conduz as discussões médicas da disciplina Integração Ensino-Trabalho-Cidadania: Prática Clínica V na Faculdade Metropolitana São Carlos, FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana, RJ, desde 07/2019. [Atsiqueira@gmail.com](mailto:Atsiqueira@gmail.com)

**AUTOR 6:** Graduação em Medicina da Universidade Iguazu (UNIG) Campus V - Itaperuna - RJ. Participou do Programa Mais Médicos por 2 anos. Médico Plantonista do Pronto Socorro de Miracema (RJ). Médico da Estratégia Saúde e Família CEHAB no município de Miracema (RJ). Pós Graduando em Endocrinologia e metabologia pela Universidade São Judas Tadeu (SP). Mestrado Profissionalizante - Meio Ambiente e Sustentabilidade (Linha de Pesquisa: Ambiente e Saúde) pelo Centro Universitário de Caratinga (Dissertação de Mestrado defendida em 04 de maio de 2006). Coordenador do Programa Saúde e Família do Município de Ipatinga - MG no período de 15 de fevereiro de 2005 a 09 de março de 2009. Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Caratinga (2001). Pós ? Graduação na área de Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica pelo Centro Universitário de Caratinga. Atualmente Professor titular das disciplinas: Supervisor de estágio de Clínica Escola, Estágio Supervisionado I, hidrocinestoterapia, fisioterapia em saúde pública, fisioterapia preventiva e do trabalho, Clínica e Fisioterapia Ortopédica/traumatológica, eletrotermofototerapia da Universidade Iguazu (UNIG) Campus V - Itaperuna - RJ. Membro do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Iguazu (UNIG) Campus V - Itaperuna - RJ. Membro da Comissão de Avaliação do Programa de Iniciação Científica (PIC) da Universidade Iguazu (UNIG) - Campus V - Itaperuna - RJ. Membro do Núcleo Docente Estruturante do Curso de Fisioterapia da Universidade Iguazu (UNIG) Campus V - Itaperuna - RJ.

**AUTOR 7:** Graduado em Medicina pelo Fundação Educacional Serra dos Órgãos (1978). Graduado em Medicina Veterinária pela Universidade Federal Fluminense - UFF (1973). Especialização em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (1978), especialização em Medicina do Trabalho pelo Fundação Educacional Serra dos Órgãos (1979), especialização em Parasitologia pela Universidade Severino Sombra (1981), especialização em Didática do Ensino Superior pela Universidade Severino Sombra (1980), especialização em Imunopatologia pela UNIGRANRIO (1983), especialização em Microbiologia pela Universidade Severino Sombra (1982), especialização em Análises Clínicas pela Universidade Severino Sombra (1983), especialização em Patologia Clínica pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (1984), especialização em Patologia Animal pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (1984), aperfeiçoamento em Patologia Clínica pelo Instituto de Biologia do Exército (1978), especialização em Saúde da Família pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (2021), especialização em Gestão Escolar e Coordenação Pedagógica pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (2021). mestrado em Patologia Clínica pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (1986), doutorado em Parasitologia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (1992). Atualmente é professor titular da disciplina de Microbiologia no curso de Medicina da FAMESC. Coordenador do curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC. Tem experiência na área de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia, Patologia Clínica, Clínica Médica, Infectologia, Saúde Pública e Diagnóstico Laboratorial. Coordenador e docente dos cursos de mestrado e doutorado em Ciências Biológicas com ênfase em Doenças Parasitárias da Universidad Autónoma de Asunción, Paraguay. Membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar. antonionorberg@gmail.com

**AUTOR 8:** Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), mestrado em Ciência da Nutrição (UFV), pós-graduada em Gestão em Saúde Pública (EMESCAM, Vitória, ES) e especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica (GANEP-SP). É nutricionista clínica do serviço de nutrição e dietética da Secretaria Estadual da Saúde (SESA) do Espírito Santo, em São José do Calçado, ES. Tem experiência na área de Nutrição Clínica, Nutrição Experimental, Educação Nutricional, Epidemiologia, Saúde Pública e Docência. Ministra disciplinas da área de nutrição clínica para os cursos de nutrição e enfermagem do Centro Universitário UniRedentor, Itaperuna, RJ e as disciplinas Saúde e Sociedade e Ética e Bioética para o curso de Medicina na FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana, RJ. tavares.sandra86@gmail.com

**AUTOR 9:** Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2006), graduação em Complementação pedagógica em Biologia

pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo (2016), graduação em Pedagogia pela Universidade Norte do Paraná (2020), mestrado em Biociências e Biotecnologia pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2009) e doutorado em Biociências e Biotecnologia pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2016). Atualmente é membro do comitê de ética animal - ceua do Instituto Federal Fluminense, mediadora presencial da Fundação Centro de Ciências e Educação Superior à Distância do Estado do RJ. É avaliador institucional do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira INEP. Coordenadora do curso de licenciatura de ciências biológicas da Faculdade Metropolitana São Carlos e Coordenadora do Ciclo Básico do curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos. [bmagnelli@gmail.com](mailto:bmagnelli@gmail.com)