

Prevalência do HIV no Brasil 2005-2015: dados do Sistema Único de Saúde

HIV prevalence in Brazil 2005-2015: data from the Unified Health System

Prevalencia del VIH en Brasil 2005-2015: datos del Sistema Único de Salud

William Jones Dartora¹, Éder Propp Ânflor², Leticia Ribeiro Pavão da Silveira³

Histórico

Recibido:

15 de junio de 2017

Aceptado:

11 de agosto de 2017

1 Mestre, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Brasil. Autor para Correspondência: E-mail: dartorawilliam@gmail.com

2 Enfermeiro, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Brasil.

3 Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Brasil.

Resumo

Introdução: O HIV, tornou-se um dos maiores problemas da saúde pública no mundo. O Brasil tem apresentado avanços em relação ao tratamento, porém teve alguns retrocessos. O objetivo do estudo foi descrever a prevalência do HIV no Brasil no período de 2005-2015. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal com dados secundários do Sistema Único de Saúde (DATASUS) sobre notificações de HIV. A análise estatística se deu por meio do teste de qui-quadrado para comparar a frequência do número de casos de acordo com as variáveis de notificação de casos e obtenção das taxas de HIV. **Resultados:** O Brasil apresentou entre os anos de 2005-2015 aumento nas taxas de notificações de HIV, passando de 11 casos em para 18 casos/100 mil habitantes. A região sul apresentou aumento de 16,6 para 28,9 casos/100 mil habitantes. Homens possuem as taxas mais altas de notificações, sendo a faixa etária mais prevalente a dos 30-49 anos. A Cor/Raça branca teve o maior percentual médio (46,9%) de pessoas com notificação entre os anos de 2005-2012. Pessoas com menores níveis educacionais tiveram queda nas taxas de notificações entre 2005-2015, passando de 45,4%-27,9%. **Discussão:** No Brasil, observa-se no período avaliado o aumento nas taxas de prevalência de HIV, com predomínio de novos casos na faixa etária dos 30 aos 49 anos e do sexo masculino. **Conclusões:** São necessárias medidas de prevenção e educação em saúde desta população mais exposta ao risco sejam realizadas no país com maior frequência, principalmente nas regiões que se tem maior número de registros do país.

Palavras chave: HIV; Prevalência; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Abstract

Introduction: HIV has become one of the biggest public health problems in the world. Brazil has progressed in relation to treatment; however, it has had some setbacks. The aim of this study was to describe the prevalence of HIV in Brazil for the period from 2005-2015. **Materials and Methods:** Cross-sectional study with secondary data from the Unified Health System (DATASUS) on HIV notifications. Statistical analysis was performed by using the chi-square test to compare the frequency of the number of cases, according to the variables of case reporting and obtaining HIV rates. **Results:** Between 2005 and 2015, Brazil had an increase in the rates of HIV notifications, going from 11 cases to 18 cases per 100-thousand inhabitants. The southern region had an increase from 16.6 to 28.9 cases per 100-thousand inhabitants. Men had the highest rates of notifications, with the age range from 30 to 49 years of age being the most prevalent. The white color/race had the highest average percentage (46.9%) of people with notification between 2005 and 2012. People with lower educational levels had a drop in reporting rates between 2005 and 2015, from 45.4% to 27.9%. **Discussion:** In Brazil, increased HIV prevalence rates were observed during the period evaluated, with a prevalence of new cases in males 30 to 49 age group. **Conclusions:** Health prevention and education measures in this population most exposed to the risk are needed in the country with higher frequency, especially in regions with the highest number of records in the country.

Key words: HIV; Prevalence; Acquired Immunodeficiency Syndrome.

Resumen

Introducción: El VIH, se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo. Brasil ha presentado avances en relación al tratamiento, sin embargo tuvo algunos retrocesos. El objetivo del estudio fue describir la prevalencia del VIH en Brasil en el período 2005-2015. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal con datos secundarios del Sistema Único de Salud (DATASUS) sobre notificaciones de VIH. El análisis estadístico se dio por medio de la prueba de chi-cuadrado para comparar la frecuencia del número de casos de acuerdo con las variables de notificación de casos y obtención de las tasas de VIH. **Resultados:** Brasil presentó entre los años 2005-2015 un aumento en las tasas de notificaciones de VIH, pasando de 11 casos a 18 casos/100 mil habitantes. La región sur presentó un aumento de 16.6 a 28.9 casos/100 mil habitantes. Los hombres poseen las tasas más altas de notificaciones, siendo el grupo de edad más prevalente de los 30-49 años. El color/raza blanca tuvo el mayor porcentaje medio (46.9%) de personas con notificación entre los años 2005-2012. Las personas con menores niveles educativos cayeron en las tasas de notificaciones entre 2005-2015, pasando del 45.4%-27.9%. **Discusión:** En Brasil, se observa en el período evaluado el aumento en las tasas de prevalencia del VIH, con predominio de nuevos casos en la franja etaria de los 30 a los 49 años y del sexo masculino. **Conclusiones:** Son necesarias medidas de prevención y educación en salud de esta población más expuesta al riesgo se realicen en el país con mayor frecuencia, principalmente en las regiones que se tienen mayor número de registros del país.

Palabras clave: VIH; Prevalencia; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Como citar este artículo: Dartora WJ, Ânflor ÉP, Silveira LRP. Prevalência do HIV no Brasil 2005-2015: dados do Sistema Único de Saúde. Rev Cuid. 2017; 8(3): 1919-28. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.462>



©2017 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) surgiu como uma epidemia no final da década de 70, tornando-se um dos mais graves problemas da saúde pública no mundo, com os primeiros casos detectados nos Estados Unidos, Haiti e a África Central¹. A AIDS é uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e corresponde ao estágio mais avançado da infecção que ataca o sistema imunológico, ficando o organismo vulnerável a outras infecções².

As principais maneiras de contrair o vírus do HIV são: não utilizando preservativos; transmissão vertical, isto é, de mãe infectada para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação; manejo de instrumentação com perfuro cortantes; manejo de material biológico, como sangue; uso de materiais não esterilizados e ou transfusões³.

Segundo as estimativas do *Joint United* Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS no mundo é crescente, em 2005 havia cerca de 31,8 milhões, passando para 33,3 milhões em 2010 e chegando a 36,7 (34,0-39,8 milhões) em 2015⁴. Por outro lado, as taxas de mortalidade global caíram de 1,8 milhão de óbitos (1,7-1,9 milhões) em 2005, para 1,2 milhões de mortes (1,1-1,3 milhões) em 2015⁵. A redução da mortalidade está ligada à maior cobertura do tratamento antirretroviral. Em junho de 2016, no mundo todo, cerca de 18,2 milhões de pessoas tiveram acesso ao tratamento, o dobro do número registrado cinco anos atrás⁴.

A terapia antirretroviral tem sido limitada em alguns países, já que 40% das pessoas que vivem com HIV no mundo não conhecem o estado da sua doença⁶. Entretanto em países da América Latina, como a Brasil, Argentina, Chile, Peru e Uruguai as pessoas com HIV têm acesso fácil a terapia antirretroviral, cerca de 45% dos 1,6 milhões de pessoas que vivem com HIV. Já a Bolívia, possui uma cobertura menor de 20% na população com HIV no país⁷.

No Brasil, o primeiro caso diagnosticado de HIV positivo, ocorreu em 1980, no município de São Paulo¹. Desde então, até final de 2015 foram notificados cerca de 842.710 casos de AIDS no país, tendo registrado anualmente, uma média de 41,1 mil casos de AIDS nos últimos cinco anos⁸.

O Brasil é também o que mais concentra casos de novas infecções por HIV na América Latina, respondendo por 40% das novas infecções⁴. Na região sul do Brasil estão as maiores taxas de detecção de AIDS, destacando o estado do Rio Grande do Sul⁸.

A resposta brasileira no enfrentamento da AIDS, nestas três décadas, tem apresentado grandes avanços em relação ao tratamento⁹, como por exemplo a distribuição gratuita de medicamentos através da terapia antirretroviral de alta potência (High Active Antirretroviral Therapy – HAART)¹⁰. Os dados brasileiros apontam que o HIV/AIDS está longe de ser controlada e que atingiu seus piores indicadores nesses mais de trinta anos da doença. Desde 2011 a barreira dos quarenta mil casos novos anuais foi ultrapassada, sem sinais de que voltará a reduzir

em um curto período de tempo¹¹. As pesquisas de base populacionais realizadas no país¹², vêm contribuindo para a compreensão desse cenário, assim como dos determinantes da infecção/doença.

Este estudo tem por objetivo descrever a prevalência do HIV/AIDS no Brasil no período de 2005 a 2015 com dados coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS)¹³.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com dados secundários do Sistema Único de Saúde (DATASUS), sobre notificações de HIV para o conjunto do país, macrorregiões, Unidades da Federação (UF) e capitais. A evolução temporal das taxas de prevalência de HIV foi restrita ao período de 2005 a 2015.

As fontes utilizadas para a obtenção dos dados sobre as notificações dos casos de HIV/aids foram: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), além de dados obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL).

As variáveis sociodemográficas foram: sexo, idade (em anos – 15 a 29; 30 a 49; 50 a 69; 70 ou mais), escolaridade. As categorias de exposição foram: exposição sexual (homens homossexuais e bissexuais) e usuários de drogas injetáveis, de acordo com o critério de exposição hierarquizada.

Os dados para população adotada foram obtidos através das projeções da população do Brasil, por sexo e idade, do sítio do censo realizado em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹². Esses dados foram tabulados e as taxas obtidas no software Microsoft Excel 2013, juntamente com a elaboração de gráficos. A análise estatística se deu por meio do software SPSS na versão 18, em que foi feito o teste de qui-quadrado para comparar a frequência do número de casos em sexo, faixa etária, raça, escolaridade e categoria de exposição. O nível de significância previamente estabelecido foi de 5%. As variáveis com valores de ignorados foram excluídas para análise.

Por se tratarem de dados públicos *on line* obtidos através do DATASUS, não foi necessária a submissão de projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa, o que justifica ausência de um parecer do mesmo.

RESULTADOS

O Brasil apresentou entre os anos de 2005 a 2015 um aumento nas taxas de notificações de HIV, passando de 10,98 casos em 2005 para 18,24 casos/100 mil habitantes em 2015. A região do país que apresentou as maiores taxas foi a região sul, tendo um aumento de 16,6 para 28,9 casos /100 mil habitantes. Na região Sudeste, foi observado que no período entre os anos de 2005 e 2011 teve um aumento significativo nas taxas de notificações, passando por uma queda no restante do período (Figura 1).

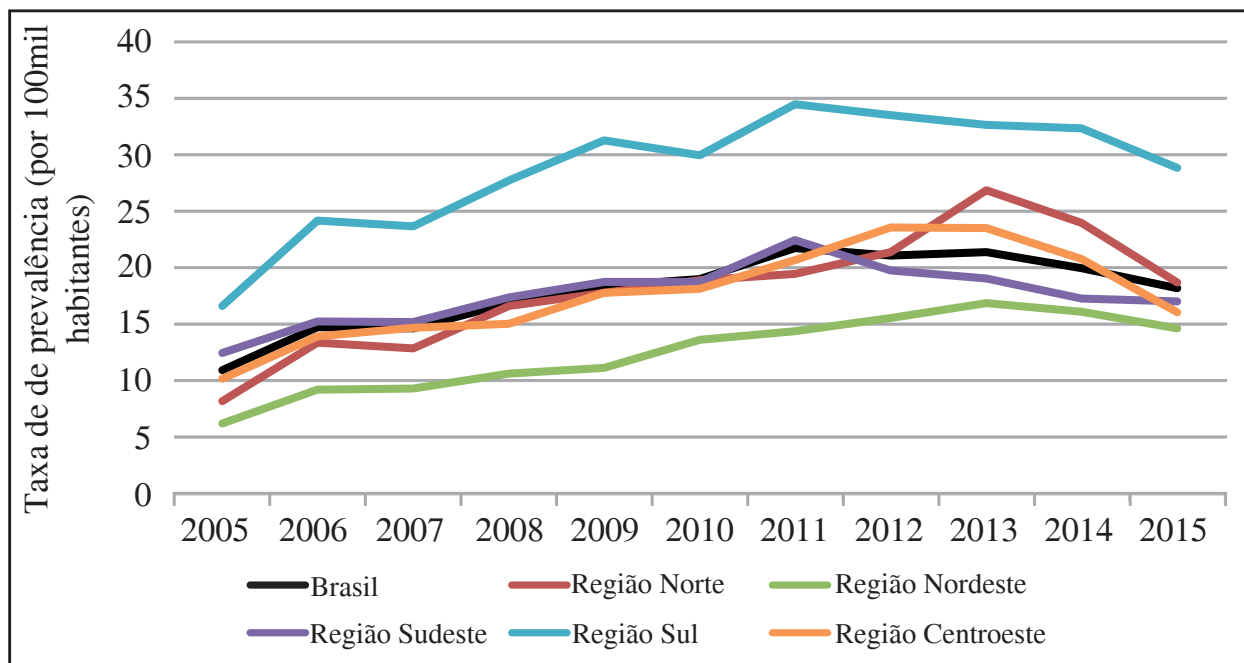


Figura 1. Taxa de prevalência de HIV no Brasil (número de casos por 100mil habitantes), segundo as regiões do país, 2005-2015

Fonte: dos autores, elaborado com dados coletados no DATASUS <http://datasus.saude.gov.br/>

A Figura 2, apresenta o comparativo entre as unidades da federação, capitais e o Brasil, em que pode-se observar que dentre os estados da região sul, o Rio Grande do Sul está com a maior taxa, sendo sua capital Porto Alegre com mais que o dobro das taxas do que o próprio estado e quase o triplo das taxas do país, ficando com valores próximos de 75,2/100 mil habitantes. O segundo estado com maiores taxas em sua capital encon-

tra-se Rondônia, sendo a capital Porto Velho com taxas de 47,3/100 mil habitantes e em terceiro o estado de Santa Catarina, com sua capital Florianópolis tendo atingido a taxa de 40,9/100 mil habitantes. Também é observado na figura que as unidades da federação que possuem as menores taxas são: Bahia, Rio Grande do Norte, Alagoas, Acre e Tocantins, sendo aproximadamente 11/100 mil habitantes.

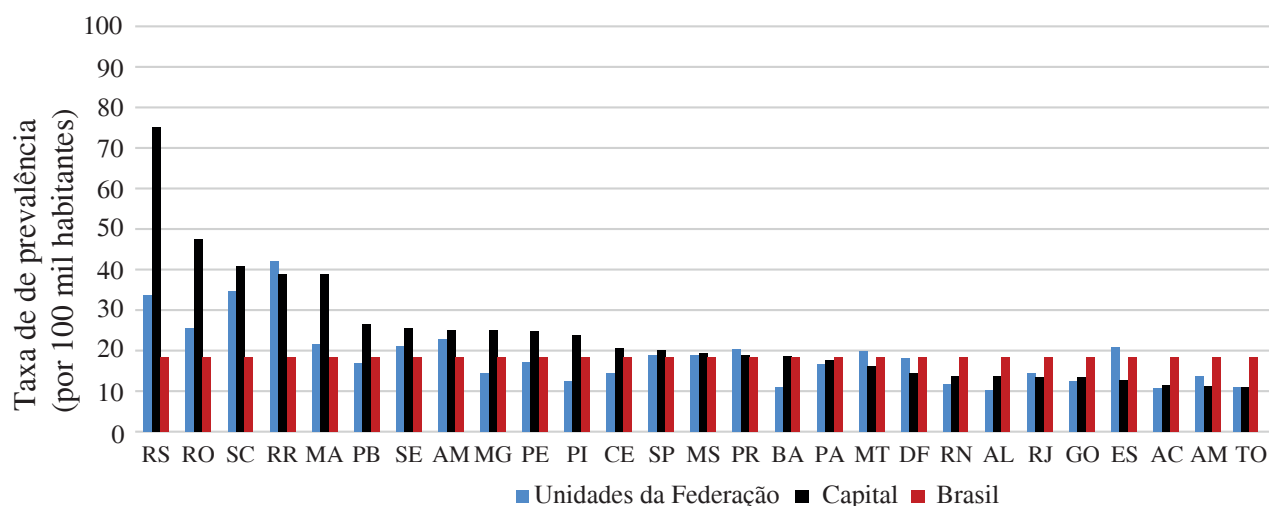


Figura 2. Distribuição das taxas de prevalência de HIV no Brasil para 100mil habitantes, segundo as Unidades da Federação e respectivas capitais, no ano de 2015

Fonte: dos autores, elaborado com dados coletados no DATASUS <http://datasus.saude.gov.br/>

Os homens possuem as taxas mais altas de notificações de HIV (Tabela 1), sendo a faixa etária mais prevalente a dos 30 aos 49 anos, com taxas de aproximadamente 10,3/100mil habitantes para este grupo e de 5,7/100mil habitantes para o grupo feminino nesta mesma faixa etária. Essa faixa etária apresentou razão de 18 casos em homens para 10 casos em mulheres (Tabela 2).

Tabela 1. Descrição das taxas de prevalência de HIV no Brasil no período de 2005, 2010 e 2015, estratificado por sexo

Indicadores	2005			2010			2015		
	n	%	Taxaa	n	%	Taxaa	n	%	Taxaa
Masculino	9178	62,5	7,0	17647	63,6	12,4	19280	67,3	12,5
Feminino	5504	37,5	4,0	10074	36,3	6,8	9369	32,7	5,8

a: Taxa de prevalência de HIV estratificado por sexo nos anos de 2005, 2010 e 2015.

Fonte: dos autores, elaborado com dados coletados no DATASUS <http://datasus.saude.gov.br/>

Tabela 2. Descrição das taxas de prevalência de HIV no Brasil no período de 2005 até 2015 de acordo com a faixa etária estratificado por sexo

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Razão ^a
	n	Taxa de prevalência	n	Taxa de prevalência	M:F
15-29	67623	4,32	40140	2,46	1,76
30-49	160810	10,27	92481	5,66	1,81
50-69	39336	2,51	25151	1,54	1,63
70 ou mais	2326	0,15	1287	0,08	1,89

^a: Razão entre as taxas de Masculino pelas taxas de Feminino de acordo com as faixas etárias; M: masculino; F: feminino.

Fonte: dos autores, elaborado com dados coletados no DATASUS <http://datasus.saude.gov.br/>

Na **Tabela 3**, as variáveis através do teste de qui-quadrado apresentaram valor de p significativo para os grupos, demonstrando que há diferença estatística entre as frequências nos mesmos. A população de cor branca teve o maior percentual de pessoas com notificação de HIV segundo o SINAN entre os anos de 2005 até 2012, média de 46,9%; sendo alcançado nos anos seguintes pelos de cor parda, ficando uma média de 40,9% e 40,8% para cor branca e parda respectivamente nos anos de 2013, 2014 e 2015 (**Tabela 3**).

A categoria de escolaridade que teve a maior prevalência de pessoas com notificações de HIV foi a de Ensino Fundamental Incompleto, que teve uma grande queda desde 2005 até 2015, em

que passou de 45,4% da população notificações para 27,9%. O oposto ocorreu com a população com Ensino Médio Completo, que passou de menos de 1% no início do período para 18,4% (**Tabela 3**).

Observando a **Tabela 3**, pode-se ver que nas categorias de exposição, o grupo com maior percentual no ano de 2005, 2010 e 2015 foi o grupo dos Bissexuais, com valores de 63,9%, 58,5% e 54,26% respectivamente nestes anos. Já o grupo dos Homossexuais passou por um aumento ao longo do período, variando de 10,6%, 15,3% e 19,9% nos anos de 2005, 2010 e 2015 respectivamente.

Tabela 3. Descrição das taxas de prevalência de HIV no Brasil no período de 2005 até 2015 de acordo com a faixa etária estratificado por sexo

Indicadores	2005		2010		2015		P*
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							< 0,001
Masculino	9178	62,5	17647	63,7	19280	67,3	
Feminino	5504	37,5	10074	36,3	9369	32,7	
Idade							< 0,001
15-29	3310	22,5	6846	24,7	7991	27,9	
30-49	9333	63,6	16458	59,4	15720	54,9	
50-69	1953	13,3	4224	15,2	4665	16,3	
70 ou mais	85	0,6		0,7	271	0,9	
Raça Cor							< 0,001
Branco	7226	49,2	12755	46,0	11579	40,4	
Preto	1669	11,4	2799	10,1	2855	10,0	
Amarelo	103	0,7	135	0,5	120	0,4	
Pardo	4369	29,8	9707	35,0	11700	40,8	
Índio	19	0,1	98	0,4	68	0,2	
Escolaridade							< 0,001
Analfabeto	570	3,9	628	2,3	583	2,0	
Fundamental Incompleto	6672	45,4	9119	32,9	8005	27,9	
Fundamental Completo	0	-	2911	10,5	2511	8,8	
Ensino Médio Incompleto	3325	22,6	1802	6,5	1822	6,4	
Ensino Médio Completo	0	-	3950	14,2	5262	18,4	
Superior incompleto	0	-	812	2,9	1297	4,5	
Superior Completo	1446	9,8	1598	5,8	2123	7,4	
Categoria de Exposição							< 0,001
Homossexuais	1556	10,6	4252	15,3	5694	19,9	
Heterossexuais	1000	6,8	1486	5,4	1418	4,9	
Bissexuais	9375	63,9	16207	58,5	15544	54,3	
Usuário de Drogas Injetáveis	1073	7,3	1217	4,4	775	2,7	
Hemofílico	6	-	7	-	8	-	
Transfusão Sanguínea	18	0,1	13	-	5	-	
Acidente material Biológico	0	-	1	-	0	-	
Transmissão Vertical	0	-	134	0,5	210	0,7	

*p- valor do teste de qui-quadrado para verificar a frequência de cada uma das variáveis de acordo com a população.

Fonte: dos autores, elaborado com dados coletados no DATASUS <http://datasus.saude.gov.br/>

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que entre os anos de 2005 a 2015 ocorreu aumento nas taxas de prevalência de HIV. Estes resultados acompanham a tendência global de novas infecções por HIV. Nos Estados Unidos, as projeções para 2013 a 2045 sugerem que o número de pessoas vivendo com HIV aumentará consistentemente, a partir de 917.294 para 1.232.054 novos casos¹⁴. Segundo o *Global Burden of Disease Study* (GBDS), no período de 2005 a 2015, dos 195 países avaliados, 102 tiveram um aumento anual de novas infecções. Por outro lado, na África subsaariana, 15 dos 46 países conseguiu diminuir a infecção anual durante o mesmo período⁴.

Na América Latina os países como Argentina, Venezuela, Colômbia, Cuba, Guatemala, México e Peru somados respondem por 41% dos novos casos de infecções por HIV, enquanto o Brasil representa cerca de 40%, o que quase equivale ao percentual total dos sete países mencionados⁶.

No que se refere ao sexo mais prevalente com notificações de HIV no período estudado, foi visto que os homens apresentaram taxas mais altas (64,1%), corroborando com estes achados um estudo realizado no Canadá, mostrou que o risco relativo de desenvolver HIV para as mulheres foi inferior ao dos homens 0,27 (95% CI 0,22 - 0,33)¹⁵. Nos Estados Unidos, em 2013, 76% das pessoas vivendo com HIV na população, eram do sexo masculino¹⁴. Na Polônia, no ano de 2014, as infecções pelo HIV foram detectadas principalmente entre homens (82,2%) e entre pessoas com idade entre 20 a 39 anos (72,0%)¹⁶. Ainda assim a taxa nas mulheres também é alta, e por sua vez existe a possibilidade da transmissão vertical, isto é, de mãe para bebê. Segundo o autor Santos *et al* a taxa de infecção vertical pode alcançar 20%¹⁷.

O presente estudo demonstra que a faixa etária com maior número de casos com média de 59,5% no período de 2005 até 2015 foi a dos 30 aos 49 anos de idade, tal achado é compatível com descritos na literatura, ao comparar os dados da população geral brasileira como os dados mostrados no boletim epidemiológico da cidade de Porto Alegre¹⁸, onde relata que o maior número de casos (33,3%) de HIV foram na faixa etária dos 30 aos 39 anos de idade, e um aumento no número de casos de indivíduos acima dos 60 anos, visto em série histórica do período de 2007 a 2014, sendo Porto Alegre a capital com as maiores taxas de HIV do país.

Em relação à escolaridade, no presente estudo a maior prevalência de pessoas com notificações de HIV foi a de Ensino Fundamental Incompleto, representando 37,1% dos casos em 2015. Outro estudo brasileiro, realizado no Distrito Federal, avaliou as práticas e conhecimentos sobre HIV entre jovens e encontrou que ter baixa escolaridade foi fator significativo de vulnerabilidade para contrair o vírus¹⁹. A escolaridade como fator de risco para infecção de HIV também foi avaliada em estudo realizado em Botswana, na África, entre os anos de 2004 e 2008, encontrando que para cada ano adicional de escolaridade levou a uma redução absoluta no risco acumulado de infecção por HIV ($p = 0,008$), sugerindo que aumentar a progressão no ensino médio pode ser uma medida de prevenção do HIV²⁰, porém visto aqui que a progressão do período avaliado tenha demonstrado que a categoria de Ensino médio completo teve um aumento em seu curso.

No presente estudo, a população de cor branca teve o maior percentual de pessoas com notificação de HIV com média de 46,9% entre os anos de 2005 até 2012; nos anos seguintes a cor parda apresentou-se crescente, ficando uma média de 40,9% e 40,8%. Em pesquisa realizada

nos Estados Unidos entre 2006 e 2009, em relação à raça/etnia, a incidência foi maior da epidemia entre os negros/afro-americanos e hispânicos/latinos do que em brancos, com taxas de 7,1 e 3,0 em 2006; 7,4 e 2,8 em 2007; 8,4 e 3,0 em 2008; e 7,7 e 2,9 em 2009, respectivamente²¹. A diferença pode se dar pelo fato da população brasileira ser majoritariamente constituída de brancos e pardos; segundo o IBGE cerca de 45,5% se declararam brancos e 45% pardos de acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio¹².

Os homens homossexuais, bissexuais e outros que fazem sexo com homens continuam a ter elevadas taxas de infecção pelo HIV em países de baixa, média e alta renda em 2016²². Beyrer *et al.* encontraram taxas crescentes de infecção pelo HIV em homens que fazem sexo com homens na Tailândia, passando de 4 casos para 8/100 mil habitantes entre os anos de 2003 a 2007²³. Na China a taxa de infecção através da transmissão homossexual aumentou constantemente entre 2006 e 2015. Houve mais de 30mil casos em 2015, 65,9 vezes o número em 2006 ($P < 0,001$)²⁴. O Brasil segue a mesma tendência global na incidência HIV, com maior prevalência de casos em bissexuais 54,3% e nos homossexuais, que passou por um aumento ao longo do período, variando de 10,6%, 15,3% e 19,9% nos anos de 2005, 2010 e 2015 respectivamente.

O DATASUS tem por objetivo disponibilização dos dados de acordo com a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde que tem como um de seus princípios o acesso a informação em saúde como um direito a todo o indivíduo²⁵. No entanto, as limitações do presente estudo encontram-se na maneira de coleta de dados, visto que os dados são disponibilizados por meio de base eletrônica do DATASUS, e talvez o registro dessas notificações por meio das

Unidades de Saúde não o seja feito com maior frequência e rigor, podendo em si subestimar e/ou superestimar alguns valores descritos aqui para a população em determinadas regiões do Brasil. De qualquer forma, acredita-se que, por se tratar de dados oficiais e de preenchimento obrigatório em todos os serviços de saúde no Brasil, permitiu-se o alcance do objetivo propostos neste estudo.

CONCLUSÕES

Conclui-se que a coleta de informações de livre acesso que subsidiam este tipo de estudo reduz tempo e custos para a pesquisadores, auxiliando assim a expor um panorama geral da população em estudo, e que possam vir a desenvolver sobre estes aspectos epidemiológicos políticas públicas para redução desses agravos na saúde da população.

Observando o comportamento das notificações de HIV no Brasil no período de 2005 até 2015, de acordo com os dados coletados no DATASUS, pode-se concluir que a prevalência desses valores não seguiu uma tendência linear, já que em meados do período teve um aumento de notificações em algumas regiões do país. Sabe-se que o Brasil está entre os países que possui ampla cobertura de tratamento antirretroviral no mundo para pessoas que vivem com HIV, porém, o predomínio de novos casos entre as pessoas da faixa etária dos 30 aos 49 anos e do sexo masculino chama a atenção, para que medidas de prevenção e educação em saúde desta população mais exposta ao risco sejam realizadas no país com maior frequência, principalmente na região que se tem maior número de registros do país.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- Sousa MA, Lyra A, Araújo CCF, Pontes JL, Freire RC, Pontes TL. A política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. *J Manag Prim Health Care*. 2012; 3(1):62-6.
- Ministério da Saúde, Brasil. Programa Nacional de DST-A. Brasília: *Ministério da Saúde*. 2017.
- Ministério da Saúde, Brasil. Portal da Saúde. Brasília: *Ministério da Saúde*. 2017.
- UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2016. Geneva: *AIDS by the numbers*. 2016.
- Murray CJL, Barber RM, Foreman KJ, Ozgoren AA, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: Quantifying the epidemiological transition. *Lancet*. 2015; 386(10009): 2145-91. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61340-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61340-X)
- UNAIDS. Prevention gap report 2016. Geneva: *AIDS by the numbers*. 2016.
- UNAIDS. Beginning of the end of the AIDS epidemic. Geneva: *AIDS by the numbers*. 2013.
- Ministério da Saúde, Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids/DST. Brasília: *Ministério da Saúde*. 2016.
- Greco DB. Thirty years of confronting the Aids epidemic in Brazil, 1985-2015. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(5): 1553-64. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.04402016>
- Villarinho VM, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein MS, Meirelles BHS, Andrade SR. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(2): 271-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018>
- Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. The reemergence of the Aids epidemic in Brazil: Challenges and perspectives to tackle the disease. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(52): 7-8. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília. *Contagem Populacional*. 2017.
- Ministério da Saúde, Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Brasília: *Ministério da Saúde*. 2017.
- Hood JE, Golden MR, Hughes JP, Goodreau SM, Siddiqi AE, Buskin SE, et al. Projected demographic composition of the United States population of people living with diagnosed HIV. *AIDS Care*. 2017; 10: 1-8. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1308466>
- Lima VD, Lourenço L, Yip B, Hogg RS, Phillips P, Montaner JSG. Trends in AIDS incidence and AIDS-related mortality in British Columbia between 1981 and 2013. *Lancet HIV*. 2015; 2(3): 92-7. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00017-X](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00017-X)
- Niedźwiedzka-Stadnik M, Pielacha M, Rosińska M. HIV and AIDS in Poland in 2014. *Przegl Epidemiol*. 2016; 70(2): 249-59.
- Santos MMC, Fialho FA, Dias IMAV, Silva EMM. El rol del profesional de enfermería frente a la lactancia materna en la madre con VIH. *Rev Cuid*. 2012; 3(1): 404-9. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v3i1.39>
- Secretaria Municipal de Saúde, Brasil. Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2015. Boletim Epidemiológico nº 58. 2015.
- Fontes MB, Crivelaro RC, Scartezini AM, Lima DD, Garcia AA, Fujioka RT. Determinant factors of knowledge, attitudes and practices regarding STD/AIDS and viral hepatitis among youths aged 18 to 29 years in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2017; 22(4): 1343-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.12852015>
- Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health*. 2015; 3(8): 470-7. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00087-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00087-X)
- Prejean J, Song R, Hernandez A, Ziebell R, Green T, Walker F, et al. Estimated HIV Incidence in the United States, 2006-2009. *PLOS ONE*. 2011; 6(8): 17502. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017502>
- Beyrer C, Baral SD, Collins C, Richardson ET, Sullivan PS, Sanchez J, et al. The global response to HIV in men who have sex with men. *Lancet*. 2016; 388(10040): 198-206. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30781-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30781-4)
- Beyrer C, Baral SD, Griensven FV, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*. 2013; 380: 367-77. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60821-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60821-6)
- Qin Q, Guo W, Tang W, Mahapatra T, Wang L, Zhang N, et al. Spatial Analysis of the Human Immunodeficiency Virus Epidemic among Men Who Have Sex with Men in China, 2006-2015. *Clin Infect Clin Infect Dis*. 2017; 64(7): 956-63. <https://doi.org/10.1093/cid/cix031>
- Ministério da Saúde, Brasil. Secretaria-Executiva. Departamento de monitoramento e Avaliação do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 56.