



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

LAÍSA DE ALMEIDA PEREIRA

**Uma análise sobre as desigualdades do HIV/ AIDS em municípios
brasileiros, nos anos 1991, 2000 e 2010.**

BRASÍLIA, DF
2015

LAÍSA DE ALMEIDA PEREIRA

Uma análise sobre as desigualdades do HIV/ AIDS em municípios brasileiros, nos anos 1991, 2000 e 2010.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva na graduação em Saúde Coletiva, na Universidade de Brasília, Campus Ceilândia.

Orientador: Dr. Walter Massa Ramalho

BRASÍLIA, DF
2015

Laísa de Almeida Pereira

**Uma análise sobre as desigualdades do HIV/ AIDS em municípios brasileiros,
nos anos 1991, 2000 e 2010.**

Data de Defesa: 11/12/2015

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Walter Massa Ramalho

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Vanessa Resende Nogueira Cruvinel

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

"Um dia você aprende..."

...Aprende que as circunstâncias e os ambientes têm influência sobre nós, mas nós somos responsáveis por nós mesmos. Começa a aprender que não se deve comparar com os outros, mas com o melhor que pode ser. Descobre que se leva muito tempo para se tornar a pessoa que quer ser, e que o tempo é curto. Aprende que não importa onde já chegou, mas para onde está indo..."

O Menestrel - William Shakespeare

"...desistir dos sonhos é abrir mão da felicidade, porque quem não persegue seus objetivos está condenado a fracassar 100% das vezes..."

Augusto Cury

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por ter me proporcionado essa conquista, ter realizado um sonho que estar prestes a se concluir. A Nossa Senhora que sempre estar ao meu lado, dando-me força para continuar e nunca deixar-me abater pelas circunstâncias.

Agradeço aos meus pais que nunca mediram esforços para que suas filhas possam realizar seus sonhos, por isso essa vitória é dedicada à eles. Agradeço por sempre terem acreditado que eu era capaz, por todas as vezes que liguei desesperada e mesmo longe, era acalmada e confortada com suas palavras. Todas as decisões tomadas, nunca questionadas e mesmo quando algo dava errado, eles faziam com que eu levantasse a cabeça e continuasse. Por terem me dado à oportunidade de fazer meu futuro ainda incerto, no momento em que saí da minha terra, mesmo com muita dor, pois a saudade já apertava o coração.

Aos meus familiares que sempre estive de alguma forma ao meu lado. Aos meus avós, Joaquim e Ana, que mesmo longe, sempre mostrou presente. Minhas queridas irmãs, Larissa e Letícia, minha prima Taína, por dividir comigo, todos os dias, momentos de estresses e alegrias.

Agradeço ainda aos meus tios, José, Valda, Valdemar e Denise, que me acolheram, e sempre estiveram presente durante esta etapa da minha vida.

Ao meu namorado, pelos conselhos e motivação, pois somos todos capazes de realizar nossos sonhos, basta querer e fazer acontecer.

Aos amigos, da vida e da UnB, que infelizmente não vou poder citar todos, mas não posso deixar de falar da Gessika Cavalcante, que mesmo antes de iniciar a faculdade, dividimos a alegria da aprovação no vestibular. Luana Galeno, Leticia Carlos, Marcia Gonçalves, Jackeline Magalhães, como aquela primeira aula de LPTA, poderia guardar grandes amizade, obrigado por poder compartilhar todos esses momentos que a Universidade nos proporcionou: as viagens, festas e noites de desesperos. Michelle Cordeiro, nossa primeira palavras tiradas naquela fila do ajuste.

Algumas amizades foram adquirindo espaço com o passar dos semestres e se fortaleceram com o tempo, minhas queridas Layze Oliveira, Magda Machado e Ana Terra. Agradeço à todas, pela paciência e pelo amor que recebi por todo esse tempo.

Não posso esquecer-me de toda a sétima turma de Saúde Coletiva, alguns já se formaram, outros “ficaram para trás”, mas saibam que a graduação não seria a mesma sem a presença de vocês.

Aos professores pela dedicação e contribuição para meu crescimento, acadêmico e pessoal, em especial a Dr. Olga Maria, Dr. Antonia Tuesta, Dr. Larissa Grandi e o Dr. José Antônio Iturri de La Mata.

E Por fim, ao meu querido amigo e orientador, professor Dr. Walter Ramalho, que me acolheu logo nos primeiros semestres, obrigado pela paciência e dedicação.

A todos muito obrigado!

RESUMO

Introdução: A disseminação do vírus da imunodeficiência humana (HIV) na população configura-se um desafio de Saúde Pública no mundo, desde 1980. A AIDS possui um caráter pandêmico, e atualmente não se restringe mais aos grandes centros urbanos, e tem atingido mais da metade dos quase cinco mil municípios brasileiros.

Objetivo: descrever e analisar as associações entre a HIV/AIDS e as desigualdades, socioeconômicas, no contexto municipal nos anos: 1991, 2000, 2010. **Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico misto e que utilizou como indicadores de óbitos de AIDS notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no SISCEL e no SICLOM; A mortalidade proporcional de acordo com o Sexo, Faixa etária, Categoria de Exposição, Escolaridade e Raça/ Cor; e o IDHM dos últimos anos censitários. Os Métodos foram: Índice de Gini, Índice de Concentração e as Medidas relativas do tipo razão. Todas as variáveis foram estratificadas segundo indicador sócio econômico.

Resultados: Foram analisados 5.565 municípios brasileiros. O índice de Gini e a curva de Lorentz apresenta que os óbitos de Aids, ainda, estão extremamente concentrados em alguns municípios. A população mais afetada atualmente é o grupo feminino em uma faixa etária adulta, e volta a crescer em 2010 os números de óbitos em homossexuais e em heterossexual. Em todos os anos estudados o número de óbitos em indígenas foram os maiores na categoria Raça/Cor. Identificou-se uma maior concentração de óbitos naqueles municípios com melhor renda, em 1991, e concentrado principalmente nas regiões Sul e Sudeste. **Conclusão:** O presente estudo demonstrou que as regiões mais afetadas pelo HIV/AIDS foram aquelas com uma renda mais elevada. Apresentou que a renda não demonstrou fator de proteção, assim, quanto maior a renda do estrato, maior a taxa de detecção de óbitos de AIDS.

Palavras chaves: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Desigualdades em Saúde; Fatores Socioeconômicos; Estudos Ecológicos.

ABSTRACT

Introduction: The spread of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in the population sets up a public health challenge in the world, since 1980. The Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) has a of pandemic character, and currently no is restricted to large urban centers, and has reached more than half of five thousand Brazilian municipalities. **Goal:** describe and analyze the associations between HIV / AIDS and socioeconomic inequalities in the municipal context in the years: 1991, 2000, 2010. **Methodology:** It is a mixed ecological study, was used as indicators of AIDS deaths notified in Sinan, declared in the SIM and registered in SISCEL and SICLOM; The proportional mortality according to sex, age range, exposure category, education and race/color; and IDHM of the last census years. The methods were: Gini index, Concentration Index and Measures concerning the reason type. All variables were stratified by socioeconomic indicator. **Results:** Were analyzed 5.565 Brazilian municipalities. The Gini index and the Lorenz curve shows that AIDS, deaths, are still highly concentrated in some counties. The most affected population is currently the women's group in an adult age group, and grows back in 2010 the numbers of deaths in homosexual and heterosexual. In all the studied years the number of deaths in indigenous were the largest in Race / Color category. Were identified a higher concentration the number of deaths in those municipalities with higher income in 1991, and mainly concentrated in the South and Southeast regions. **Conclusion:** The present study demonstrated that the regions most affected by HIV / AIDS were those with a higher income. It showed that income did not show protection factor, thus the higher the income stratum, most AIDS deaths detection rate.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Health Inequalities; Socioeconomic Factors; Ecological Studies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: População Total, números de óbitos do HIV/AIDS e Valor do Índice de Gini, segundo indicador de saúde nos anos: 1991, 2000 e 2010.

Tabela 2: Distribuição de óbitos de AIDS notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom. Segundo: Sexo, Faixa etária, escolaridade, categoria de exposição e raça/cor, por Quartil, nos anos 1991, 2000 e 2010.

Tabela 3 – Indicadores de desigualdades da AIDS segundo estratos sócio econômicos, segundo municípios nos anos 1991, 2000 e 2010.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição de óbitos por HIV/AIDS, por municípios, nos anos: 1991, 2000 e 2010.

Figura 2: Concentração de óbitos por HIV/AIDS, ordenado por situação econômica segundo regiões municípios, 1991, 2000 e 2010.

Figura 3: Concentração de óbitos de HIV/AIDS dos municípios agrupados segundo IDHM- renda, por quartil, no Brasil; 1991, 2000, 2010.

LISTA DE ABREVIATURAS

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
HSH	Homens que fazem sexo com homens
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
UDI	Usuários de drogas injetáveis
PNDST/AIDS	Programa Nacional de DST e AIDS
CID	Classificação Internacional de Doenças
ARV	Antirretroviral
HAART	<i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
RNA	Ácido Ribonucleico
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
TR	Testes Rápidos
WB	<i>western blot</i> ,
IB	<i>Imunoblot</i>
LIA	<i>Line Immuno Assay</i>
IBR	<i>Imunoblot rápido</i>
IFI	Imunofluorescência indireta

PCDT/AIDS	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica AIDS
TARV	Terapia Antirretroviral
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/AIDS
SINAN	Sistema de Notificação Compulsória
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
OMS	Organização Mundial da Saúde
CDSS	Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.
SIM	Sistema de Mortalidade
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RT	Razão de Taxas
RA	Risco Atribuível
DT	Diferenças de Taxas
EE	Eventos Evitáveis
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa

Sumário

1. INTRODUÇÃO	14
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Histórico e Evolução da Doença.....	16
2.2. Aspectos Clínicos.	17
2.3. Programa Nacional de DST/AIDS.	18
2.4. Diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV.....	21
2.5. Aspectos Epidemiológicos.....	22
2.6. Desigualdades Sociais.....	23
2.7. Vulnerabilidade e Causalidades.....	25
1. OBJETIVO GERAL	27
1.1. GERAL.....	27
1.2. ESPECIFICOS	27
4. METODOLOGIA	28
4.1. Tipo de Estudo	28
4.2. Indicadores.....	28
4.3. Fonte de Dados	28
4.4. Método.....	29
4.5. Aspectos Éticos	30
4.6. Orçamento	30
5. RESULTADOS	31
5.1. O perfil da AIDS no Brasil nos anos de 1991, 2000 e 2010.....	31
5.2. Associações de causas, sociais e econômicas, relacionadas ao acometimento da AIDS no País, segundo municípios.	37
6. DISCUSSÃO	40
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45

1. INTRODUÇÃO

A disseminação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na população configura-se um desafio de Saúde Pública no mundo, desde 1980. Dados do Programa Conjunto das Nações Unidas (UNAIDS) sobre HIV/AIDS estimam que, em todo o mundo, 35 milhões de pessoas viviam com HIV, sendo que 2,1 milhões foram infectadas pelo HIV e que 1,5 milhão de pessoas morreram de doenças relacionadas à Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) em 2013. De tal modo, a epidemia pelo HIV/AIDS não se restringe mais aos grandes centros urbanos e atinge atualmente mais da metade dos quase cinco mil municípios brasileiros. (TEIXEIRA, et. al., 2014; SZWARCOWALD, et. al., 2000; UNAIDS, 2014).

A AIDS é uma doença emergente, que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade em virtude da sua gravidade e seu caráter pandêmico. Os infectados pelo HIV evoluem para grave disfunção do sistema imunológico, na medida em que são destruídos os linfócitos T CD4+. O HIV está presente no sangue, sêmen, secreção vaginal e leite materno. A doença pode ser transmitida através do sexo sem proteção; de mãe infectada para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação; uso da mesma seringa ou agulha contaminada; transfusão de sangue contaminado; por Instrumentos perfurocortantes; e materiais não esterilizados (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde (MS) estima que há aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS, no Brasil no ano de 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4%. Foram registrados até junho de 2014, 65,0% casos de AIDS em homens e 35,0% em mulheres. Nos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, as taxas de prevalência de HIV foram de 5,9% entre usuários de drogas 10,5% entre Homens que fazem sexo com homens (HSH) e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo, em estudos realizados pelo Departamento de Doenças sexualmente Transmissíveis (DST), AIDS e Hepatite Virais, em 2008/2009 (BRASIL, 2014a).

Desde 1980, início da epidemia, até dezembro de 2013, foram identificados 278.306 óbitos tendo como causa básica a AIDS, sendo a maioria na região Sudeste (61,8%), seguida do Sul (17,3%), Nordeste (11,9%), Centro-Oeste (5,0%) e Norte (4,0%). Ao avaliar o coeficiente de mortalidade padronizado, observou-se uma tendência significativa de queda nos últimos dez anos para o Brasil como um todo,

o qual passou de 6,1 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2004 para 5,7 em 2013. No entanto, essa tendência não se observa em todas as regiões do país; nas regiões Norte, a taxa aumentou 75,0% em 2013, e no Nordeste, aumentou 41,9% (BRASIL, 2014a).

Segundo o Ministério da Saúde os principais desafios ainda é a redução da incidência da AIDS nas populações em situação de risco e vulnerabilidade. Entretanto o Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS) trouxe alguns destaques para o enfrentamento da epidemia como: o acesso universal aos medicamentos (Decreto Presidencial de 13/11/96); criação de serviços específicos, distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS (Lei nº 9.313/ 96) um melhor controle da transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados; e a parceria com estados, municípios e sociedade civil.

Em dezembro de 2014, o Ministério da Saúde divulgou tendências que apontam que a AIDS está longe de ser controlada e que atingiu seus piores indicadores nos últimos anos. Desde 2011 a marca de quarenta mil novos casos, foi ultrapassada sem sinais de que voltará a reduzir em um curto período de tempo (BRASIL, 2014a; GRANGEIRO, CASTANHEIRA, NEMES, 2015; DUREVALL, LINDSKOG, 2012).

Segundo ROCHA (2003), é crescente o número de casos entre homossexuais, concentrados especificamente nos centros urbanos, com um aumento da razão masculino/feminino devido à redução da transmissão do HIV por meio do uso compartilhado de drogas injetáveis e da desaceleração da transmissão heterossexual, na qual as mulheres negras são as mais atingidas tanto para a incidência, quanto à morbimortalidade por AIDS.

Uma nova geração, nascida após meados da década de 90, também começou a apresentar taxas de incidência maiores do que as registradas entre aqueles que iniciaram sua vida sexual logo após o início da epidemia. Atualmente a AIDS exhibe um perfil epidemiológico que apresenta uma incidência fortemente concentrada em segmentos sociais específicos influenciados por aspectos sociais, políticos e econômicos, decorrente de um modelo de desenvolvimento que aumentou as desigualdades (BRASIL, 2014a; GRANGEIRO, CASTANHEIRA, NEMES, 2015).

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Histórico e Evolução da Doença.

A identificação da AIDS se deu na década de oitenta e tornou-se um marco histórico. A epidemia da infecção pelo HIV representa fenômeno global e dinâmico, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (BRITO, CASTILHO, SZWARCOWALD 2000).

Os primeiros casos foram avaliados em 1982 pelo Estados Unidos, Haiti e África Central. No Brasil, o primeiro caso se deu na cidade de São Paulo, a partir daí seguiram-se outros basicamente restritos às denominadas metrópoles nacionais, São Paulo e Rio de Janeiro. Atualmente, na Classificação Internacional de Doenças (CID- 10) o HIV está contemplado por um agrupamento de cinco categorias, B20 a B24. (BUCHALLA, et al., 1996).

As principais características da dinâmica epidemiológica da AIDS no mundo podem ser descritas por três tipologias: epidemia nascente (ou baixo nível), concentrada e generalizada. A primeira corresponde a países onde a prevalência da infecção mostra-se menor do que 5% em todas as subpopulações, como a Argélia, Chile, Costa Rica, Cuba, Suriname, Federação Russa e Polônia. No Brasil seria do tipo concentrada, juntamente com alguns países da América do Sul, Sudão, Tailândia e Etiópia, com prevalência superior a 5% em uma ou mais subpopulações em comportamento de alto risco, mas a prevalência entre gestantes atendidas em clínicas de pré-natal revela-se menor do que 5%. A epidemia generalizada refere-se a países onde a infecção pelo HIV deixou de ser restrita às subpopulações de comportamento de risco, como na África subsaariana e Haiti (BRITO, CASTILHO, SZWARCOWALD 2000).

Inicialmente, a AIDS foi considerada uma doença que atingia notadamente os homossexuais e bissexuais masculinos, os hemofílicos e as demais pessoas que receberam sangue e hemoderivados. Como resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira após transformações no perfil AIDS no Brasil, a epidemia pelo HIV/AIDS atinge mais da metade dos municípios brasileiros com disseminação espacial maior entre municípios pequenos, que são os mais pobres e têm a menor renda per capita (SZWARCOWALD, et al.,2000).

Em 1988 foi criado o Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS), que tinha como objetivo coordenar o Plano Nacional de Combate da AIDS. Surgiu, Em 1986, o primeiro antirretroviral (ARV), a Zidovudina. Entretanto, somente no ano de 1996 foi proposto o tratamento com associação de drogas ARV, inibidoras de duas enzimas essenciais para a multiplicação viral efetiva, a transcriptase reversa e a protease. Portanto, na terceira década da epidemia, com a introdução da terapia antirretroviral (*Highly Active Antiretroviral Therapy* - HAART), a AIDS configura-se como uma doença crônica, debilitante e contagiosa (GIR, VAICHULONIS, OLIVEIRA, 2005; BRASIL, 1996).

A história dessa infecção vem sendo transformada desde 1996, no Brasil. Segundo a LEI Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, o Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, é o responsável por padronizar os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). A distribuição dos ARV permitiu reduzir em 50% a mortalidade por AIDS no país, e aumentou em 80% o tratamento para as doenças oportunistas, o que reflete melhor qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS (GIR, VAICHULONIS, OLIVEIRA, 2005; ABRÃO, 2014; BRASIL, 1996).

2.2. Aspectos Clínicos.

O HIV é um retrovírus, ou seja, um vírus de ácido ribonucleico (RNA) cuja a cadeia é dupla. Para se multiplicar, o HIV necessita de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral em ácido desoxirribonucleico (DNA) e pode mover-se de uma célula infectada para outra adjacente não infectada, através do processo de fusão, ocultando-se desta forma do sistema imune (PASTORE, 2005).

O Vírus ataca o sistema imunológico comprometendo as células de defesa dos infectados, deixando-os gradativamente imunodeprimidos e mais suscetíveis a outras doenças e infecções, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+, uma das principais células alvo do vírus. Entre a infecção e o aparecimento dos sintomas, o período de incubação pode variar de 5 a 30 dias. Já para o

desenvolvimento da imunodeficiência, leva de 5 e 10 anos entre a infecção pelo HIV até a manifestação da AIDS (BRASIL, 2010; OMS, 2014).

A transmissão do vírus se dá por via sexual (esperma e secreção vaginal), pelo sangue, e pelo leite materno. Desde o momento de aquisição da infecção, o portador do HIV é transmissor. A similaridade entre os genomas do HIV-1 e HIV-2 é de aproximadamente 50%. Os dois vírus possuem a mesma ação no organismo humano, entretanto, os indivíduos com infecção mais recente ou imunossupressão avançada têm maior concentração do vírus no sangue e nas secreções sexuais (BRASIL, 2009).

A classificação do HIV é feita por meio da análise filogenética de sequências nucleotídicas dos vírus. A classificação atual é hierárquica e consiste em tipos, grupos, subtipos, sub-subtipos e formas recombinantes. Ao longo do tempo, tem-se verificado um aumento na complexidade da composição de subtipos virais e formas recombinantes nas diferentes regiões brasileiras (BRASIL, 2014b).

As DSTs como cancro mole e sífilis, aumentam o risco de infecção por HIV, devido à presença de lesões, verrugas, e úlceras, que facilitam a transmissão. Outros fatores de risco associados aos mecanismos de transmissão do HIV são: as relações sexuais desprotegidas; a utilização de sangue não testado; a reutilização de seringas e agulhas; a recepção de órgãos ou sêmen de doadores não testados; acidente durante a manipulação de instrumentos perfurocortantes contaminados e gestação em que a mãe está contaminada (BRASIL, 2009).

2.3. Programa Nacional de DST/AIDS.

O primeiro programa governamental brasileiro de DST/AIDS foi criado pela secretaria de Saúde do Estado de São Paulo em 1983, em resposta a demandas de grupos homossexuais militantes que cobravam uma posição do estado frente a nova epidemia. Até 1985, outros programas, baseados no pioneirismo e nas referências que a experiência paulista lhes proporcionara, já haviam sido criados em pelo menos dez unidades federativas do país: Alagoas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. (SOUTO, GIOVANELLA 2003).

Somente em 1986, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Controle de DST e AIDS como resposta à epidemia, que já atingia 22 estados da federação. Em parceria e com apoio financeiro da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), foi ministrado o primeiro curso para formação de gestores de Programas Estaduais de Controle de DST e AIDS. As diretrizes e normas do Programa Nacional foram elaboradas e divulgadas para direcionamento das ações de controle nos estados (FARIAS, 2007).

O PNDST/AIDS reestruturou-se somente sob a coordenação de Lair Guerra, arquiteta do programa. O ano de 1993 foi de muito investimento na capacitação das equipes estaduais e municipais. Iniciou as negociações do Governo Brasileiro com o Banco Mundial para o primeiro acordo de empréstimo para ampliar a capacidade de resposta à epidemia em todo o país. Este acordo foi responsável pelo firmamento do Projeto AIDS I e, posteriormente, AIDS II. O Projeto AIDS III, cuja vigência vai de 2003 a 2006, mantém as principais metas dos acordos de empréstimos anteriores, como a melhoria da cobertura e da qualidade das intervenções de prevenção e assistência; monitoramento e avaliação das ações; e a introdução de novas tecnologias no campo de vacinas e tratamento (FARIAS, 2007; SOUTO, GIOVANELLA, 2003).

A PNDST/AIDS apresenta sistemas de saúde, e busca promover maior integração das ações de promoção à saúde e prevenção das DST/AIDS e um fortalecimento da intervenção articulado com as esferas de governo (BRASIL, 1999)

1. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)

Os serviços de testagem e aconselhamento são ações de promoção à saúde e constituem em espaço de realização de diagnósticos de DSTs gratuitamente. Criado em 1988, funcionam como “porta de entrada” às questões psicossociais da epidemia do HIV/AIDS. (BRASIL, 1999b; SÃO PAULO, 2009)

O acesso possibilita o contato com grupos que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade. O atendimento é sigiloso e oferece a possibilidade de acompanhamento por uma equipe que a orientará o indivíduo sobre resultado final do exame, seguido de atividades de educação e aconselhamento. Quando o resultado for positivo, o sujeito será encaminhado ao tratamento no serviço de referência da região (BRASIL, 1999a).

O serviço de aconselhamento pode ser individual ou coletivo, que possui como objetivo oferecer um apoio emocional ao paciente e esclarecer dúvidas sobre as DSTs. Este serviço não se restringe apenas ao local, as ações também são realizadas fora da estrutura física, com a distribuição de preservativos, Kits de redução de danos aos usuários de drogas e gel lubrificante aos profissionais do sexo (BRASIL, 1999b).

Na PNDST/AIDS traz como objetivos do CTA a promoção do acesso ao diagnóstico do HIV preservando a identidade de forma ética e uma maior integração com outros programas da rede Pública de Saúde.

2. Centros de diagnóstico para o HIV-1

Visando ampliar o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, no SUS, criaram-se os Centros de diagnósticos para o HIV-1 como alternativa. Esse diagnóstico é regulamentado pela Portaria Nº 29, De 17 De Dezembro De 2013 que Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças.

O Manual apresenta fluxogramas que visam caracterizar com precisão uma amostra biológica submetida a testes para o diagnóstico da infecção pelo vírus HIV, considerando diferentes situações, localidades e disponibilidade de infraestrutura laboratorial para o estabelecimento do diagnóstico (BRASIL, 2013b).

3. Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE)

São serviços que realizam ações de prevenções, assistência e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou AIDS. Visando a descentralização para facilitar o acesso ao serviço de saúde, este é administrado por diferentes instituições como: universidades, Organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS. Possui como estratégia à qualidade na assistência, e possui atividades de cuidados, orientação, apoio psicológico, distribuição de antirretrovirais e atendimento em diversas áreas. Seu objetivo com essas ações é atender o princípio da integralidade por meio de uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2015).

2.4. Diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV.

Os testes para diagnóstico da infecção por HIV são produzidos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)- MS, e realizados gratuitamente pelo CTA e em outras unidades das redes pública de saúde. A infecção pelo HIV pode ser diagnosticada por meio da detecção direta de componentes do vírus. (BRASIL, 2015; BRASIL, 2014b).

Logo após a descoberta do HIV, foram desenvolvidos imunoenaios para o diagnóstico da infecção. Os testes rápidos (TR) são imunoenaios simples, que podem ser realizados em até 30 minutos. Existem vários formatos de TR, e os mais frequentemente utilizados são: dispositivos de imunocromatografia de fluxo lateral, imunocromatografia de dupla migração, dispositivos de imunocentralização e fase sólida. Podem ser realizados com fluido crevicular gengival, soro, plasma ou sangue total. Os TR são simples de executar e podem ser utilizados fora do ambiente de laboratório por pessoas capacitadas (BRASIL, 2014b).

Os testes complementares utilizam diferentes formatos e princípios. Estão incluídos nessa categoria: *western blot* (WB), *imunoblot* (IB) ou imunoenaios em linha (LIA, do inglês *Line Immuno Assay*), incluindo o *imunoblot* rápido (IBR) e imunofluorescência indireta (IFI). A IFI foi muito utilizada como teste complementar durante a primeira década da epidemia de HIV, mas atualmente foi substituída pelo WB e IB (BRASIL, 2014b).

Os medicamentos antirretrovirais surgiram na década de 1980, para impedir a multiplicação do vírus no organismo. Desde 1996, com a lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, o Brasil passou a distribuir gratuitamente o coquetel antiAIDS para todos que necessitam do tratamento. Segundo o protocolo clínico e diretrizes terapêutica (PCDT) AIDS a terapia antirretroviral (TARV) não tem o objetivo de erradicar a infecção pelo HIV, mas diminuir sua morbidade e mortalidade, melhorando a qualidade e a expectativa de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) (BRASIL, 2013c).

O PCDT/AIDS traz ainda que os medicamentos para iniciar a TARV são menos tóxicos e de menor custo, e pertencem a três classes:

1. Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos (ITRN/ITRNt);
2. Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN);
3. Inibidores da protease reforçados com ritonavir (IP/r).

2.5. Aspectos Epidemiológicos.

No decorrer dos últimos 30 anos a epidemia de AIDS trouxe consequências muito devastadoras para famílias, comunidades dos países. Mais de 7.000 pessoas são infectadas com o vírus diariamente, e uma pessoa morre a cada 20 segundos de uma doença relacionada à AIDS no mundo. De acordo com a UNAIDS no final de 2011, havia 34 milhões pessoas que vivem com HIV / AIDS no mundo. A região da África subsaariana continua sendo a mais atingida com 60% das pessoas vivendo com HIV no mundo, onde mulheres representam 58% deste total (MARTINS, et. al., 2014; TEIXEIRA, et. al., 2014; UNAIDS, 2014).

Até junho de 2014, foram notificados no Sistema de Notificação Compulsória (Sinan) 70.677 casos de infecção pelo HIV entre adultos e 773 em crianças. Nos últimos cinco anos, o Brasil tem registrado uma média de 39,7 mil casos de AIDS. Nos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, as taxas de prevalência de HIV encontradas em estudos realizados pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais em 2008/2009 foram maiores em HSH seguido de UDI. Outro estudo, realizado mediante uma parceria entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde/Fiocruz com usuários de crack em 2013, encontrou uma prevalência de 5,0% (BRASIL, 2013a).

Ao mesmo tempo, a distribuição proporcional dos casos de AIDS no Brasil segundo região mostra uma concentração dos casos nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo a 54,4% e 20,0% do total de casos identificados de 1980 até junho de 2014; as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem a 14,3%, 5,8% e 5,4% do total dos casos, respectivamente. Segundo as regiões, o Norte apresenta uma média de 3,5 mil casos ao ano; o Nordeste, 7,9 mil; o Sudeste, 17,0 mil; o Sul, 8,6 mil; e o Centro-Oeste, 2,7 mil (BRASIL, 2013a).

A Portaria Nº 1.271, de 6 de julho de 2014, do Ministério da Saúde torna obrigatória a notificação regular de casos de infecção pelo vírus do HIV, a partir da confirmação do diagnóstico. A notificação compulsória é obrigatória para os médicos e outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente. O Art. 4 da Lei informa que a notificação compulsória deve ser realizada em até 24 horas do primeiro atendimento ao paciente, pelo meio mais rápido disponível e será registrada no Sinan (BRASIL, 2014c).

2.6. Desigualdades Sociais.

Existem as chamadas desigualdades naturais que são classificadas como diferenças ou dessemelhanças entre os indivíduos, devido ao sexo, raça e idade; Já as Desigualdades sociais se originam na ocupação de posições diferentes no que diz respeito à organização social. As desigualdades naturais só propiciam o surgimento de desigualdades sociais em saúde quando são utilizadas por uma sociedade como critério para a atribuição de papéis sociais (SILVA, BARROS, 2002).

As principais diferenças na estrutura da sociedade não são dadas apenas pelos recursos (econômicos, educacionais e sociais) disponíveis, mas também pela forma como estes recursos contribuem para o desenvolvimento das classes sociais. Às vezes, as principais desigualdades estão nos setores como, por exemplo, rurais e urbanos, outras dentro do próprio setor. Essas desigualdades podem acarretar em iniquidades sociais em saúde, quando combinada características produzidas socialmente, Sistemática e injusta. (RIBEIRO, 2014; BRASIL, 2013c).

Em 1994, se iniciou uma tendência de diminuição da desigualdade de renda no Brasil, que se acentuou ainda mais a partir de 2002. Houve uma melhora da renda no país, embora o nível educacional da população brasileira ainda seja muito baixo. A educação, cultura, trabalho e renda são dimensões distintas que estão, de alguma forma, correlacionadas, mas não perfeitamente alinhadas (RIBEIRO, 2014).

A discussão sobre o “social” retoma lugar de destaque na agenda política da saúde quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) cria, em 2005, a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) com o objetivo de promover, em âmbito internacional, um reconhecimento sobre a importância dos determinantes

sociais na situação de saúde de indivíduos (GARBOIS, SODRE, DALBELLO-ARAÚJO, 2014).

No Brasil, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde foi criada em março de 2006, estabelecida através de Decreto Presidencial, que trouxe para a agenda política brasileira a discussão, já iniciada, sobre a necessidade de intervir nos determinantes sociais na busca pela equidade em saúde (BRASIL, 2006).

As características específicas do contexto social, como as condições de vida e trabalho, podem afetar a saúde dos sujeitos. Os atores sociais interagem na mediação entre as condições de vida e saúde. Nessa perspectiva, a saúde resulta da influência da rede social, do pertencimento familiar e comunitário, da economia e da cultura de uma sociedade, refletindo nas características do contexto social (RIQUINHO, GERHARDT, 2010).

2.7. Vulnerabilidade e Causalidades.

A ideia sobre vulnerabilidade surgiu para explicar que a relação entre a saúde e a doença não se dá apenas em função das atitudes das pessoas, mas está diretamente relacionada ao ambiente e suas relações. Para isso o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) apresenta a realidade dos municípios e reflete as especificidades e desafios regionais no alcance do desenvolvimento humano no Brasil. O IDHM é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade (longa e saudável), educação (acesso ao conhecimento) e renda. Assim, o IDHM descreve um pouco da história dos municípios em três importantes dimensões do desenvolvimento humano, durante duas décadas da história brasileira (BRASIL, 2013b).

Segundo a PNDST/HIV vulnerabilidade está diretamente associada aos fatores culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos e está relacionado a pouca (ou nenhuma) capacidade de decidir sobre sua situação de risco (BRASIL, 1999a).

No caso da AIDS, uma pessoa, um grupo ou uma comunidade está vulnerável quando apresenta uma maior facilidade à exposição ao HIV. Assim, vulnerabilidade tem a ver com condições de vida, autoestima, relações de gênero, existência ou não de situações de violência, situação econômica, nível de escolaridade, idade e as desigualdades enfrentadas pela população negra (BRASIL, 2008).

Com o aumento da expectativa de vida dos portadores do HIV, a AIDS passou a ser considerada uma doença crônica, marcada por uma trajetória do indivíduo e seus familiares acerca da aceitação, adaptação e inclusão de novos hábitos no cotidiano para melhoria na qualidade de vida. O estudo da epidemia pelo HIV/AIDS é duplamente complexo por tratar-se de uma pandemia que atravessa diferentes contextos socioculturais, e pelo fato, de uma das formas, da transmissão se dar a partir de interações íntimas entre os seres humanos, cuja leitura pode ser feita em níveis de agregação e complexidade que vão do sujeito singular aos padrões macrossociais, culturais e econômicos (MORGENSTERN, 1982, apud BASTOS 1995; Freitas 2012, apud ABRÃO, 2014).

Como consequência, a epidemia atualmente apresenta processos de interiorização, heterossexualização e feminização, em altas taxas de prevalência em populações específicas, notadamente homossexuais e populações confinadas às

diferenças regionais e sociais do País. Tais diferenças ocasionam diferentes comportamentos da doença, como o aumento de casos em indivíduos acima de 60 anos e homossexuais jovens (GRANGEIRO, CASTILHO, ESCUDER, 2010).

As ações de promoção e prevenção em DST/AIDS devem ter como finalidade as causalidades sociais, culturais, econômicas, comportamentais, epidemiológicas, demográficas e biológicas. Assim pressupõe entender que a epidemia não atinge de maneira uniforme toda a população, e sua distribuição é distinta nos diferentes grupos e regiões do país, apresentando, inclusive, diferenças significativas em uma mesma região, tanto nos aspectos sociais quanto nas vias de transmissão; as ações devem ser dirigidas aos indivíduos, aos grupos específicos e à população em geral, considerando-se os aspectos relacionados à situação de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 1999a).

1. OBJETIVO GERAL

1.1. GERAL

Analisar associações entre a HIV/AIDS e as desigualdades socioeconômicas, no contexto municipal nos anos 1991, 2000 e 2010.

1.2. ESPECIFICOS

1. Descrever o comportamento do perfil da AIDS no Brasil;
2. Analisar as associações de causas socioeconômicos, relacionadas ao acometimento da AIDS em todos os municípios brasileiros;

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo ecológico misto, ~~ao longo do tempo e nos municípios brasileiros~~, com o objetivo de analisar as associações entre a HIV/AIDS (CID 10 - B20 a B24) e as desigualdades socioeconômicas, baseados no IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal).

4.2. Indicadores

4.2.1. Saúde

Óbitos de HIV/AIDS notificados, registrados no Sistema de informação de agravos de notificação (Sinan), declarados no Sistema de Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), nos anos: 1990, 1991, 1992, 1999, 2000, 2001, 2009, 2010 e 2011.

Mortalidade proporcional segundo características segundo: Sexo; Faixa etária; Categoria de Exposição; Escolaridade e Raça/ Cor.

4.2.2. Demográficos

IDHM – O Índice Varia de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano do município. É composto por três dimensões, escolaridade, longevidade e renda; na qual a essa foi escolhida para a análise. Foi utilizado o IDHM dos anos censitários (1991, 2000 e 2010).

4.3. Fonte de Dados

O desenvolvimento deste trabalho se deu através de dados obtidos de fontes secundárias. Utilizou-se o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Sinan, SIM, SISCEL, SCLOM e o IDHM segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como fonte de informações para os óbitos notificados de AIDS e estimativas populacionais socioeconômicas com os dados censitários (1991, 2000 e 2010).

4.4. Método

O Método utilizado para medir as desigualdades neste estudo foram: Índice de Gini; Índice de Concentração e as Medidas relativas do tipo razão: Razão de Taxas (RT), o risco atribuível percentual (RA%), diferença de taxas/ Risco atribuível (RA) e número de eventos evitáveis do óbitos de AIDS (EE).

Os municípios foram estratificados, em quartil, segundo indicadores de sócio econômico. Para o Índice de Gini foram classificados segundo variável de saúde, para quantificar a área entre a curva de Lorenz e a diagonal da igualdade. Numericamente esse valor vai de zero a um, onde o zero corresponde a uma situação de total equilíbrio de igualdade. O coeficiente de Gini pode ser calculado com a Fórmula de Brown:

$$G = 1 - \sum_{i=0}^{k-1} (Y_i + 1 - Y_i) (X_i + 1 + X_i)$$

Onde:

Y_i , a proporção acumulada da variável de saúde até o grupo i

X_i , a proporção acumulada da variável de população até o grupo i

O índice de Concentração foi estratificado pelo indicador socioeconômico de renda. O Índice de concentração também é analisado segundo a diagonal de igualdade, onde quanto mais a curva se aproximar da diagonal, mais homogênea será a distribuição. Também foi obtido através do calculado com a Fórmula de Brown.

As medidas relativas do Tipo razão foram utilizadas para comparar medidas de frequência da doença em estratos da sociedade. Para o cálculo da RT, fez-se necessária a estratificação dos grupos segundo o indicador socioeconômico, na qual apresenta resultados < 1 com fator de proteção e > 1 fator de riscos.

O RA Indica a diferença entre os grupos estudados e as ocorrências que poderiam ser evitadas em ausência de exposição. O RA% refere-se a diferença percentual dos coeficientes de incidência dos grupos expostos e os não expostos. E os EE é o número absoluto de eventos que poderiam ser evitados, caso toda a

população tivesse a experiência do grupo de indivíduos com a melhor situação para o indicador em questão.

Para os cálculos, elaboração dos gráficos e figuras, utilizou-se o *software Microsoft Excel* 2010 e o Sistema de Informação Geográfica (QGIS) 2.4.0. Todos os dados foram calculados a partir da média dos anos censitários agrupados para um ano anterior e um ano posterior.

4.5. Aspectos Éticos

O estudo foi realizado exclusivamente com dados secundários obtidos de bases nacionais do SUS, de acesso público, disponibilizadas no sítio eletrônico do Datasus, sem identificação dos indivíduos. O presente estudo, de desenho ecológico, limitou-se a apresentar informações de agregados, e foi realizado em conformidade com os princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, constantes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Frente ao exposto, a proposta deste estudo é dispensada de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

4.6. Orçamento

A pesquisa não conta com apoio financeiro.

5. RESULTADOS

5.1. O perfil da AIDS no Brasil nos anos de 1991, 2000 e 2010.

Foram analisados dados de 5.565 municípios brasileiros. No ano de 1991 a taxa de mortalidade foi de 7,86 %. A taxa aumentou durante o período analisado onde em 2010 obteve mais de 20% de óbitos por 100.000 habitantes.

Segundo o Índice de Gini e a curva de Lorentz (Figura 1), é notável que os óbitos de AIDS, ainda, estão extremamente concentrados em alguns municípios. Ao observar a dinâmica da curva de Lorentz, em 1991 havia uma realidade extremamente desigual, onde de 70% dos óbitos estavam distribuídos em poucos municípios (20%). No ano 2000, ocorreu uma expressiva aproximação da curva à linha de igualdade e o valor do coeficiente de Gini foi de 0,497, apresentando uma diminuição quando comparado ao do ano de 1991 (0,674). Os óbitos ainda possuem acúmulo em uma determinada proporção da população, onde 50% dos óbitos se encontram nos mesmos 20% da população.

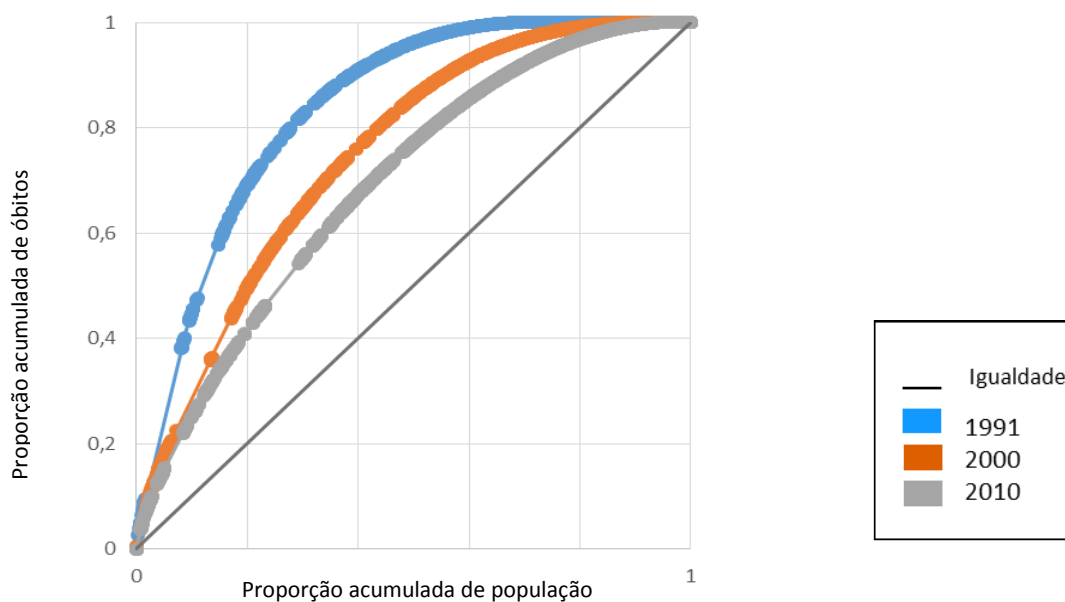
Com uma redução, entre os anos 2000 e 2010, este obteve um Gini no valor de 0,389, o mais próximo linha da igualdade dos três anos analisados. Para os mesmo 20% da população foram distribuídos 40% dos óbitos notificados. Quando comparado em 1991 e 2010 (70% e 50% dos óbitos respectivamente) na mesma proporção (20%) da população percebe-se uma redução da desigualdade em aproximadamente 30% dos óbitos.

TABELA 1: Média da População Total, números de óbitos do HIV/AIDS e Valor do Índice de Gini no Brasil, segundo indicador de saúde nos anos: 1991, 2000 e 2010.

Ano	1991	2000	2010
Média da População total	146.533.450	168.710.794	191.538.710
Média dos óbitos notificados	11.524	30.421	39.657
Taxa de Mortalidade	7,86	18,03	20,70
Índice de GINI	0,674	0,497	0,389

Fonte : SINAN/SIM/SISCEL/IBGE

Figura 1: Distribuição de óbitos por HIV/AIDS, por municípios, nos anos: 1991, 2000 e 2010.



Fonte dos dados: SIM / IBGE

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos óbitos de AIDS notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, segundo as variáveis: Sexo, Faixa etária, escolaridade, categoria de exposição e raça/cor, nos anos 1991, 2000 e 2010, todos estratificados por Quartil. Foi feita a estratificação segundo indicador sócio econômico, renda, onde o quartil 1 possui o melhor indicador socioeconômico e o pior indicador em saúde.

Foi observado uma predominância, em todos os anos e quartis analisados, de óbitos notificados relacionados ao sexo masculino. Em 1991 o sexo masculino foi mais atingido com uma diferença de mais de 80%, em todos os quartis, quando comparado ao sexo feminino. Ainda no ano de 1991 o quartil que possui a maior média de óbitos foi o quartil 1 com uma média de mais de 11.080 óbitos.

No ano 2000, houve um aumento dos óbitos notificados do sexo feminino, mas ainda com predominância o masculino. Não houve diferenças na proporção dos óbitos por sexo entre o quartil 1 e 4, contudo o primeiro ainda possui a maior quantidade de óbitos notificados. Em 2010, as notificações no sexo feminino voltaram a crescer, contudo é necessário observar que os óbitos no sexo masculino ainda foram maiores em todos os quartis, com predominância no quartil 1.

Segundo a variável faixa etária, em todos os anos o quartil 1 foi o que obteve maior números de óbitos notificados por faixa etária. Em 1991, a população mais atingida ficou entre 20 à 49 anos, com uma menor concentração de óbitos no quartil 4. No ano 2000 todas as faixas etárias obteve uma incidência maior de óbitos, com uma quantidade mais elevada nas faixas etárias entre 20 a 64 anos, em todos os quartis, notadamente com uma maior concentração de óbitos no quartil 1. Em 2010 a quantidade de óbitos em < 5 até os 14 anos diminuiu comparando com o ano 2000. Entretanto cresceu o número de faixas etárias com a quantidade de óbitos, envolvendo jovens, adultos e idosos (faixa etária de 15 a 79 anos).

Conforme a Escolaridade da população notificada com o HIV/AIDS, em 1991 a proporção para o maior números de óbitos no quartil 1 foi na população com até o nível fundamental (29,6%) e a menor foi em pessoas analfabetas (2,6). Para o mesmo ano, no quartil 4 a população com nível fundamental também foi a mais atingida com 54% da média dos óbitos desse quartil. No ano 2000 a escolaridade da população com a maior notificação no nível fundamental para o quartil 1 (32,1%) que se aproximou da proporção para aqueles de 1ª a 4ª série (31,9%). Para o quartil com

melhor indicador de saúde, a população com nível de escolaridade de 1ª a 4ª série (43,9) foi a que obteve maior média dos óbitos. Em 2010, no quartil com melhor indicador socioeconômico os níveis de escolaridades com maior proporção foi o Fundamental (36%) e médio (29,5%), os demais quartis se mantiveram com a maior proporção para fundamental seguido 1ª a 4ª série do ensino fundamental.

Segundo a variável Categoria de Exposição, a que menos obteve números de óbitos notificados foi a categoria transfusão, para os quartis 3 e 4 em todos os anos. Em 1991 a que obteve maior incidência de óbitos em 1991 foram os UDI com uma concentração média maior no quartil 1 e os homossexuais no quartil 4. No ano 2000 houve um aumento dos óbitos em todos os quartis para a categoria heterossexual, com uma proporção maior no quartil 4 (68,3% do quartil), e a menor proporção de 53,6% no quartil 1. A proporção dos óbitos em UDI e de homossexuais diminuíram. Em 2010 voltou a crescer o número de óbitos em homossexuais e em heterossexual, no quartil 1 (57,5% e 16,7% respectivamente) e o quartil 4 obteve a maior proporção em heterossexuais (70,9%).

Analisando a variável raça/ cor, foi identificado um elevado número em indígenas em todos os quartis no ano de 1991. No ano 2000 os óbitos notificados foram maiores na população denominada branca, concentrada principalmente no quartil 1 e 2 com as médias de 6.442,7 óbitos (24%) e 458,3 (17%). Ainda nesse ano, para os quartis 3 e 4 a população mais atingida eram notificadas como pardas. Em 2010 o quartil 1 ainda possui os óbitos concentrados na população branca (35,5%) e para o quartil 4 estava concentrados em pessoas declaradas pardas (45,8).

É necessário destacar as elevadas quantidades de óbitos notificados como ignorado, em todos os anos estudados tanto para a variável Categoria de Exposição quanto segundo raça/cor.

Tabela 2: Distribuição de óbitos de AIDS notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom. Segundo: Sexo, Faixa etária, escolaridade, categoria de exposição e raça/cor, por Quartil, nos anos 1991, 2000 e 2010.

	1991								2000								2010							
	1		2		3		4		1		2		3		4		1		2		3		4	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo																								
Masculino	9084,0	82,0	246,3	81,4	82,0	86,6	37,7	81,9	16647,3	64,0	1863,7	60,4	552,3	61,5	245,0	64,0	17101	63,6	5079	59,2	1567	58,9	873,7	58,1
Feminino	1996,7	18,0	56,3	18,6	12,7	13,4	8,3	18,1	9359,3	36,0	1224,3	39,6	345,3	38,5	138,0	36,0	9794	36,4	3497	40,8	1094	41,1	629,7	41,9
Faixa Etária																								
<5	245,3	2,2	8,3	2,8	0,3	0,4	0,7	1,4	725,0	2,8	98,7	3,2	28,0	3,1	9,7	2,5	321,3	1,1	81,3	1,4	49,7	2,1	33,7	2,6
5-9	31,7	0,3	1,0	0,3	1,7	1,8	0,7	1,4	183,3	0,7	23,0	0,7	7,0	0,8	1,7	0,4	109,7	0,4	36,3	0,6	21,0	0,9	18,0	1,4
10-14	33,7	0,3	2,3	0,8	0,3	0,4	0,3	0,7	66,3	0,3	6,7	0,2	4,3	0,5	0,7	0,2	127,0	0,4	29,7	0,5	11,3	0,5	7,3	0,6
15-19	386,0	3,5	9,3	3,1	3,3	3,5	0,7	1,4	469,7	1,8	64,0	2,1	25,3	2,8	7,7	2,0	486,0	1,6	109,7	1,9	43,0	1,8	24,3	1,9
20-34	6414,7	57,9	189,0	62,4	57,7	60,9	27,0	58,7	12183,3	46,8	1567,3	50,8	458,3	51,1	208,0	54,3	11880,7	39,3	2274,0	39,6	1033	43,7	563,7	44,2
35-49	3281,7	29,6	75,3	24,9	24,7	26,1	15,3	33,3	9993,0	38,4	1098,7	35,6	307,3	34,2	129,0	33,7	12483,7	41,3	2346,3	40,8	885,7	37,5	471,7	37,0
50-64	594,0	5,4	14,3	4,7	5,7	6,0	0,7	1,4	2075,7	8,0	207,0	6,7	62,7	7,0	25,3	6,6	4249,3	14,0	769,0	13,4	275,0	11,6	134,0	10,5
65-79	75,0	0,7	2,7	0,9	0,3	0,4	0,0	0,0	288,7	1,1	22,0	0,7	4,0	0,4	1,0	0,3	554,0	1,8	96,0	1,7	39,3	1,7	21,7	1,7
80 e mais	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,3	0,1	0,7	0,0	0,7	0,1	0,0	0,0	30,0	0,1	6,0	0,1	2,7	0,1	1,0	0,1
ignorado	16,0	0,1	0,3	0,1	0,7	0,7	0,7	1,4	7,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,3	0,0	1,3	0,0	1,0	0,0	0,7	0,1
Escolaridade																								
Analfabeto	210,0	2,6	8,7	4,0	8,7	12,4	6,3	18,3	787,7	4,0	150,7	6,6	86,0	12,7	54,3	18,0	351,7	2,2	104,3	4,1	97,0	8,4	94,0	13,9
1ª à 4ª Serie	2168,0	26,8	50,7	23,3	8,0	11,4	2,3	6,7	6214,3	31,9	792,0	34,9	266,7	39,3	132,7	43,9	2776,7	17,0	639,0	25,4	356,3	30,8	218,0	32,3
Fundamental	2401,7	29,6	87,3	40,2	28,3	40,5	15,7	45,2	6243,3	32,1	721,7	31,8	192,3	28,3	67,7	22,4	5982,7	36,6	993,3	39,4	419,0	36,2	235,0	34,9
Médio	1662,7	20,5	41,3	19,0	20,0	28,6	6,3	18,3	4011,3	20,6	412,7	18,2	90,7	13,3	33,0	10,9	4824,3	29,5	594,7	23,6	212,0	18,3	84,3	12,5
Superior	1410,7	17,4	20,3	9,4	4,7	6,7	3,3	9,6	1564,0	8,0	107,7	4,7	20,7	3,0	6,3	2,1	2214,0	13,6	151,0	6,0	43,3	3,7	21,7	3,2
não se aplica	249,3	3,1	8,7	4,0	0,3	0,5	0,7	1,9	634,7	3,3	86,3	3,8	23,0	3,4	8,3	2,8	189,7	1,2	38,0	1,5	29,7	2,6	21,0	3,1

Tabela 2: Distribuição de óbitos de AIDS notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom. Segundo: Sexo, Faixa etária, escolaridade, categoria de exposição e raça/cor, por Quartil, nos anos 1991, 2000 e 2010. (Continuação)

	1991								2000								2010							
	1		2		3		4		1		2		3		4		1		2		3		4	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Categoria de Exposição Hierárquica																								
Homossexual	2500,3	21,8	17,0	16,7	5,7	27,0	2,7	33,3	2807,0	10,9	176,3	11,7	9,7	9,0	1,3	9,8	3356,7	16,7	168,3	10,1	26,3	10,1	3,3	6,3
Bissexual	1380,0	12,0	22,0	21,6	3,7	17,5	0,7	8,3	1753,3	6,8	150,3	10,0	8,7	8,1	1,0	7,3	1122	5,6	64,0	3,8	11,7	4,5	2,3	4,4
Heterossexual	2382,7	20,7	28,7	28,1	6,7	31,7	2,0	25,0	13834,3	53,6	944,0	62,8	65,3	60,9	9,3	68,3	11553	57,4	1090,7	65,6	187,7	71,9	37,3	70,9
UDI	3505,0	30,5	21,0	20,6	3,3	15,9	1,0	12,5	3423,7	13,3	71,3	4,7	7,7	7,1	0,3	2,4	781,3	3,9	41,0	2,5	5,7	2,2	1,3	2,5
Hemofílico	98,7	0,9	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	66,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transfusão	192,7	1,7	1,7	1,6	0,3	1,6	0,3	4,2	22,0	0,1	1,7	0,1	0,7	0,6	0,0	0,0	6,3	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transmissão Vertical	233,3	2,0	1,3	1,3	0,0	0,0	0,3	4,2	854,7	3,3	44,3	2,9	1,7	1,6	0,0	0,0	359,7	1,8	37,3	2,2	12,7	4,9	3,0	5,7
Ignorado	1203,0	10,5	9,7	9,5	1,3	6,3	1,0	12,5	3073,0	11,9	115,7	7,7	13,7	12,7	1,7	12,2	2928,7	14,6	261,0	15,7	17,0	6,5	5,3	10,1
Raça/Cor																								
Branca	138,7	0,6	5,3	0,9	0,7	0,4	0,3	0,4	6442,7	24,5	548,3	17,8	109,3	12,2	35,7	9,3	10735,3	35,5	1234,0	21,5	276,3	11,7	110,3	8,6
Preta	30,3	0,1	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	1194,7	4,5	125,7	4,1	34,3	3,8	9,0	2,3	2143	7,1	406,3	7,1	127,7	5,4	63,7	5,0
Amarela	66,0	0,3	2,3	0,4	2,0	1,1	0,3	0,4	151,0	0,6	6,7	0,2	4,3	0,5	1,0	0,3	106,7	0,4	17,0	0,3	4,7	0,2	1,3	0,1
Parda	19,7	0,1	1,0	0,2	0,0	0,0	0,3	0,4	2546,7	9,7	524,0	17,0	181,3	20,2	90,3	23,6	6668	22,0	1495,7	26,0	1014	43,0	584,3	45,8
Indígena	10826,3	48,9	294,0	48,6	91,7	48,4	45,0	48,9	74,3	0,3	6,3	0,2	3,7	0,4	0,7	0,2	49,3	0,2	13,3	0,2	11,0	0,5	8,7	0,7
Ignorado	11081,0	50,0	302,7	50,0	94,7	50,0	46,0	50,0	15900,0	60,4	1877,7	60,8	564,7	62,9	246,3	64,3	10548,7	34,9	2583,3	44,9	927,3	39,3	507,7	39,8

Fonte :SINAN: Sistema de informação de Agravos de Notificação

SIM: Sistema de Mortalidade

SISCCEL: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos.

5.2. Associações de causas, sociais e econômicas, relacionadas ao acometimento da AIDS no País, segundo municípios.

Segundo o índice de concentração, os quartis foram estratificados segundo indicador socioeconômico. O estrato 1 é o que possui uma melhor situação econômica, e o pior indicador de saúde. Foi encontrado uma maior quantidade de óbitos naqueles municípios com melhor renda, no ano de 1991, conforme a curva de concentração (figura 2) o índice apresentou valor 0,585 (Tabela 3), que representa um acúmulo de mais que 95% dos óbitos em 60% da população total que corresponde ao estrato 1. No ano 2000, o mesmo estrato corresponde aproximadamente a 85% da concentração dos óbitos em pouco mais de 55% do total da população. Necessário observar que a curva obteve uma leve aproximação da linha de igualdade, um índice de 0,405 (tabela 3).

Com uma aproximação mais concreta da curva a linha de igualdade (Figura 2) em 2010 o índice foi de 0,229 (tabela 3) e os óbitos começam a ficarem menos concentrados quando comparado ao ano de 1991. O estrato 2 possui um aumento na proporção de óbitos e o estrato 1 uma diminuição. Para esse, aproximadamente 60% da população se concentra 88% dos óbitos. Entretanto, mesmo com essa diminuição da desigualdade econômica compreendida através da análise de curva (figura 2) os óbitos continuam, mesmo que de forma mais branda, concentrado em um determinado volume da população.

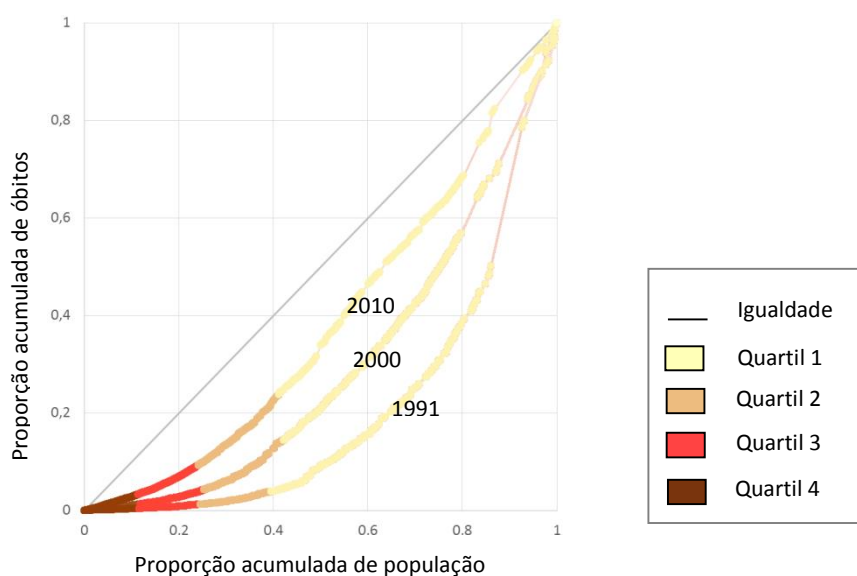
Diante da Figura 3, pode observar-se, uma grande concentração de óbitos, que corresponde ao quartil 1, nas regiões Sul e Sudeste, especificadamente nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, nos anos 1991 e 2000. Para o ano de 2010 a figura apresenta um crescente número de óbitos também na região centro-oeste, para o quartil 2. Na mesma figura é apresentado uma divisão entre as regiões, pois as regiões Norte e Nordeste possuem mais óbitos em uma população com renda mais baixa, diferente do que acontece nas regiões Sul, Sudeste e, atualmente, Centro-Oeste.

A Tabela 3 informa outros indicadores de desigualdades da AIDS segundo estratos sócio econômicos, segundo municípios nos anos estudados. No ano de 1991 a probabilidade do estrato 1 vir a óbito é de 46% em relação ao estrato 4. Nos anos 2000 e 2010 a probabilidade atenuou (13% e 4,5% respectivamente) em relação aos dois estratos.

Conforme o RA em uma condição de igualdade entre os estratos 1 e 4, seria possível evitar 12,38 óbitos em 1991 (98,83% por 100.000 habitantes). Em 2000 as ocorrências que poderiam ser evitadas foi de 24,87 que corresponde a 92,83 % e 21,21 óbitos em 2010 (78,15%).

Se todos possuísem a mesma experiência do pior grupo socioeconômico poderiam ser evitados em números absolutos 10.841 caso em 1991; 24.134 óbitos no ano 2000 e 23.641 no ano de 2010.

Figura 2: Concentração de óbitos por HIV/AIDS, ordenado por situação econômica segundo regiões municípios, 1991, 2000 e 2010.



Fonte dos dados: SIM / IBGE

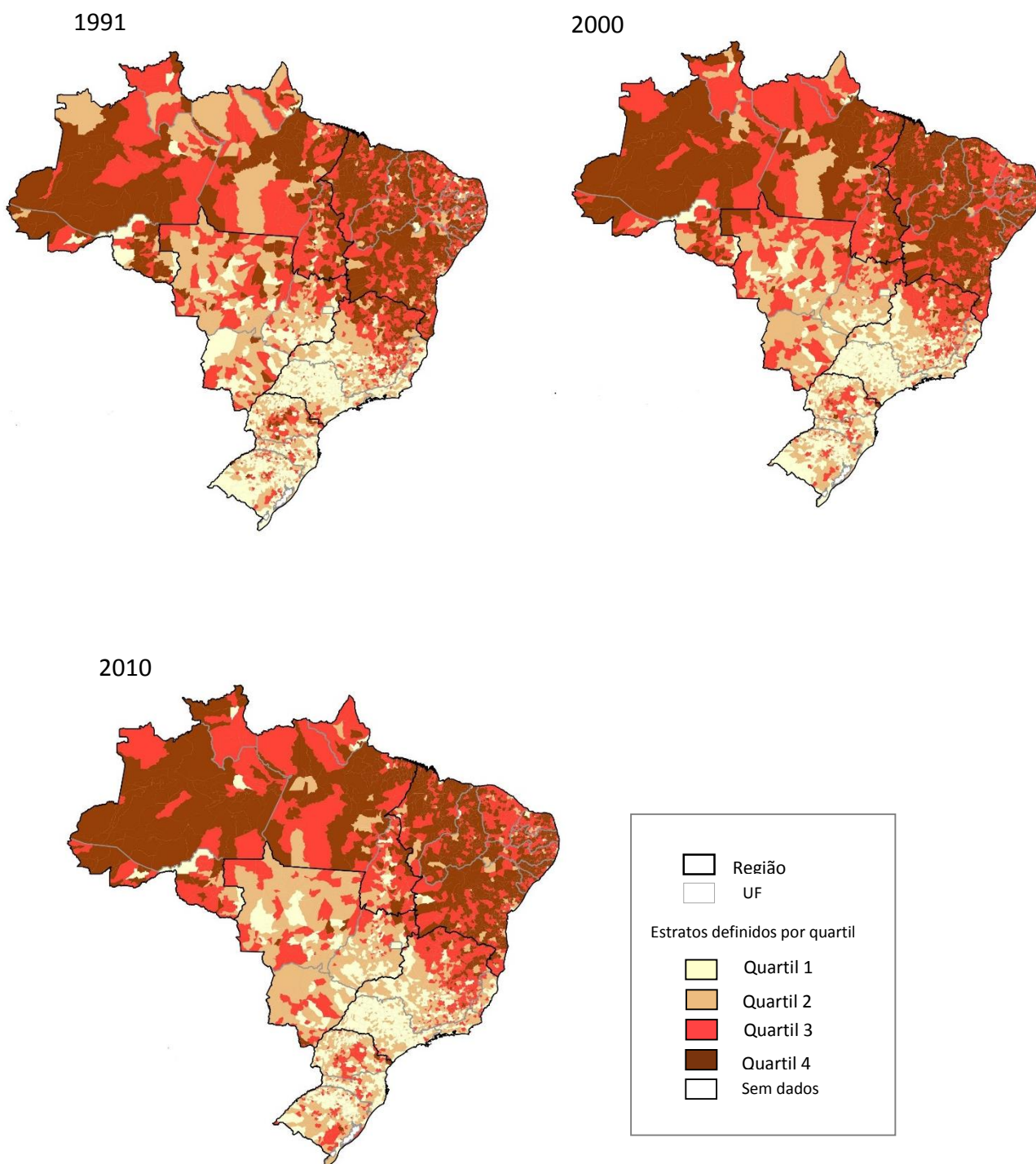
Tabela 3 – Indicadores de desigualdades da AIDS segundo estratos sócio econômicos, segundo municípios nos anos 1991, 2000 e 2010; por 100.000 habitantes.

	1991				2000				2010			
	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4
Índice de Concentração	0,585				0,405				0,229			
Razão de taxas	46,12	5,06	1,84	1	13,88	5,64	2,06	1	4,58	3	1,65	1
Risco Atribuível*	12,38	1,12	0,23	0	24,87	8,96	2,04	0	21,21	11,83	3,87	0
Risco Atribuível%	97,83%	80,26%	45,77%	0,00%	92,80%	82,26%	51,36%	0,00%	78,15%	66,61%	39,50%	0,00%
Eventos Evitáveis	10.841	243	43	0	24.134	2.541	461	0	23.641	3.830	933	0

*por 100.000 habitantes

Fonte: SIM / IBGE

Figura 3: Concentração de óbitos de HIV/AIDS dos municípios agrupados segundo IDHM-renda, por quartil, no Brasil; 1991, 2000, 2010.



Fonte dos dados: SIM / IBGE

6. DISCUSSÃO

O Brasil possui um extenso território, com múltiplas características demográficas e Granjeiro (2010) os reconhecem como importantes fatores de desigualdades regionais. Diante disso, constata-se as inúmeras desigualdades existentes no país que diante de fatores biológicos, de distribuição e as produzidas pela sociedade podem se transformar em iniquidades. Sobre uma visão ecológica os níveis de distribuição dos óbitos, na população com AIDS, se reflete a uma tendência de redução das desigualdades socioeconômicas.

No que refere às desigualdades naturais em saúde, ou seja, aquelas em que seu desfecho estão relacionadas a atributos como sexo e idade; identificou que a epidemia sofreu mudanças durante os anos estudados. Assim como no estudo de Granjeiro (2010), este estudo apresentou uma variação nos números de óbitos nos municípios; houve também uma redução na categoria UDI e homossexual para um aumento na categoria heterossexual.

Nesse estudo, assim como no da Szwarcwald, *et. al.* (2000), foi encontrado um aumento relativo nos óbitos concentrados no sexo feminino no decorrer dos anos analisados. Entre os homens, a epidemia já apresenta uma pequena desaceleração dos óbitos notificados por municípios. É interessante observar que foi bem significativa a diferença entre os sexos no ano 1991, o que não aconteceu nos anos 2000 e 2010. Talvez esse aumento se dê devido à crescente independência feminina.

Granjeiro (2010; 2015) afirma que atualmente a epidemia possui características similares ao seu início. Na década de 80, a AIDS possuía predominância na categoria de UDI e homossexuais, principalmente no sexo masculino. Características presentes no primeiro ano do estudo, com um leve aumento em heterossexuais, dados bem mais visíveis no ano 2000. Já no último ano, volta a crescer os óbitos em homossexuais e houve uma atenuação para os UDI, principalmente naquelas populações com condições financeiras mais elevadas.

Para esse evento, pode-se dizer que o aumento de óbitos em homossexuais possa estar relacionado à maior aceitação dessa categoria pela população. Em relação ao elevado número de óbitos em heterossexuais, pode estar relacionada a relações sexuais desprotegidas com diferentes parceiros e

devido a ocorrências em UDI. Como é colocado por Granjeiro (2010), os municípios com as maiores reduções entre homo/ bissexuais e UDI proporcionarem as menores razões de crescimento entre heterossexuais. Outros municípios que apresentam que mostraram a relação entre uso de drogas, práticas homo/bissexual e crescimento da transmissão heterossexual.

Para Chaimowicz (2001) os fatores demográficos (crescimento e envelhecimento da população) modificam os impactos dos fatores epidemiológicos e para os infectados pelo vírus não é diferente. Brito (2000) afirma que desde o início da epidemia a faixa etária mais atingida sempre foi entre 20-39 anos, para este trabalho não foi diferente. Uma grande parte da população infectada, desde 1991, está entre 20- 49 anos. Contudo em 2000 e 2010 houve um aumento da expectativa de vida dos portadores do HIV, começou a crescer o número de pessoas que vieram à óbito em faixas etárias mais elevadas, acima de 49 anos, em todas as classes sociais. Esse aumento pode estar relacionado ao atendimento universal e distribuição gratuita de coquetel antiAIDS pelo SUS para os que necessitam do tratamento, provavelmente a partir de 1996. Devido a isso a AIDS passou a ser considerada por alguns autores como uma doença crônica.

A expansão da AIDS, hoje em dia possui uma maior proporção na população branca, principalmente na população com melhor renda, como afirma López (2011), isso pode ter relação com os pressupostos racista da seleção e da proteção do segmento branco em comparação aos demais grupos da população. Entretanto, é necessário compreender que os dados sobre raça/cor é notificado segundo a auto referência ou referencias de terceiros.

Para aqueles com uma menor condição econômica, obteve um alto número de óbitos na população de 1ª à 4ª série. Esperava-se níveis de escolaridades mais elevados, pois depreende-se de que o grau financeiro da população esteja ligado ao seu nível de escolaridade, pessoas com melhor situação econômica investiria mais nos estudos, já que a população com melhor indicador econômico possui os piores indicadores de óbitos relacionados à AIDS. Entretanto o grupo mais afetada foi o com menor nível de escolaridade, em toda a população.

As desigualdades apresentadas, segundo Ribeiro (2014), enfraqueceram a partir de 1994, com melhoras na renda da população. Cabe destacar que a renda dos municípios apresentou uma melhora de 1991 até 2010 e que a dispersão da epidemia não se dá de forma homogênea. Entretanto, os segmentos populacionais mais diretamente afetados, sempre foram aqueles com uma melhor posição financeira em municípios de grande e médio porte (SZWARCOWALD, et al., 2000). Esse estudo, afirma ainda que em 2010 a concentração de óbitos está distribuída de forma mais homogênea quando comparada ao ano de 1991.

Greco (2008) afirma que há uma relação da pobreza com a disseminação de epidemias, e que a mesma impede a prevenção de doenças. Contudo, em um estudo com desenho ecológico, ao analisar os óbitos de HIV/AIDS e sua associação com as desigualdades, identificou que o perfil socioeconômico da população com AIDS é diferente daquelas acometidas por outras doenças, como a tuberculose que, conforme descrito no trabalho de Pinheiro (2013), a baixa renda é um fator associado aos óbitos.

Esse trabalho corrobora com a literatura que destaca a heterogeneidade da epidemia no Brasil (Bastos & Barcellos, 1995; Szwarcwald et al., 1997; Szwarcwald et al., 1998; Fonseca et al. 2000; Granjeiro, 2010; Durevall e Lindskog, 2014). Os resultados dessa análise indicam que a epidemia de AIDS possui um perfil epidemiológico ligado incidências concentradas em segmentos sociais específicos e recentemente indivíduos pobres são menos propensos a ser HIV positivo do que os mais ricos, mesmo em regiões com baixos indicadores sociais. Com isso, os achados podem estar mostrando que a epidemia de AIDS no Brasil ocorre, predominantemente, em contextos que apresentam o maior IDHM. Isso não se dá apenas no Brasil, também foi visto em outros estudos em países africanos, como Malawi, possui um perfil próximo ao analisado no Brasil.

A distribuição proporcional dos óbitos de AIDS no Brasil apresenta fenômeno de polarização, onde, percebemos uma concentração de óbitos em determinada população por região. Segundo o MS (2013^a), os óbitos estão concentrados principalmente nas regiões Sudeste e Sul, regiões com uma renda relativamente alta. E os municípios mais afetados pelo vírus nos três anos analisados foram: Porto Alegre- RS, Florianópolis- SC, Balneário- SC, Camboriú-

SC, São Caetano Do Sul- SP, São Bernardo Do Campo -SP, Santos- SP, Águas De São Pedro- SP e Niterói- RJ; todos nas regiões Sudeste e Sul.

Como esperado, neste estudo, uma boa posição econômica não se configura como fator protetor. A epidemia se concentra em municípios com uma melhor posição econômica. Talvez, devido às políticas públicas estarem voltadas principalmente a pessoas com maior vulnerabilidade social.

É necessário refletir na possibilidade do fato que a população com uma renda financeira melhor, possa possuir comportamentos de riscos, como relações sexuais desprotegidas, possivelmente devido ao acesso facilitado aos serviços de saúde privados, entendendo que um atendimento rápido poderia livrá-los das doenças.

É imprescindível que a prevenção deve considerar a especificidade de cada população, priorizando aqueles com maiores incidências, entretanto é necessário manter os demais em constante monitoramento.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao Refletir sobre as desigualdades e iniquidades relacionadas ao do HIV/AIDS o presente estudo demonstrou que a AIDS é uma doença diferente, ela não acomete apenas as regiões de baixa renda, pelo contrário, as regiões mais afetadas foram aquelas com uma renda mais elevada. Apresentou que a renda não demonstrou fator de proteção, assim, quanto maior a renda do estrato, maior a taxa de detecção de óbitos de AIDS.

A população mais afetada, atualmente é o grupo heterossexual, feminino em uma faixa etária adulta, assegurando que o HIV/AIDS esteja se tornando uma doença crônica devido ao tratamento eficaz com distribuição gratuita, de medicamentos, pelo SUS.

Na visão do sanitarista é necessária uma maior atenção àquelas populações mais afetadas, buscando, como prioridade a prevenção, para a promoção da saúde. É necessário estratégias para melhorarem a comunicação entre o Estado e a população, levantando as necessidades das pessoas infectadas pelo HIV/AIDS. É imprescindível um monitoramento efetivo para garantir a perfeita a execução das políticas públicas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABRÃO, F.M. S. et al. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/AIDS na cidade de Recife, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [Recife], v.38, n.1, jan./mar. 2014.

BASTOS, F.I.; BARCELLOS, C.. Geografia social da AIDS no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, [Rio de Janeiro], vol.29, n.1, p. 52-62, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais>>. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília, jun. 2015.

_____. Decreto-Lei, de 13 de março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. **lex: coletânea de legislação: edição federal**, Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn10788.htm> Acesso em: jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST** . Ano III nº 1, jan./jul. 2014a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, Maio. 2014b.

_____. Portaria MS/GM Nº 1.271, De 6 De Junho De 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, jun. 2014c, Seção 1, p.67-69.

_____. Portaria Nº 29, De 17 De Dezembro De 2013. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, dez, 2013b, Seção 1 Pág. 59.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST** Ano II, nº 1, dez, 2013a

_____. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. Série Atlas do **Desenvolvimento Humano no Brasil 2013** Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013.b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde departamento de DST, AIDS e hepatites virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/AIDS**, Brasília – DF, 2013c

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Análise de situação de saúde: livro-texto / Ministério da Saúde**, Universidade Federal de Goiás. Brasília : Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Prevenção das DST/HIV/AIDS em Comunidades Populares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Política Nacional de DST/AIDS: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e AIDS. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

_____. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) Manual**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

_____. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, dispõem sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes da AIDS. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Brasília, 14 nov. 1996.

BORGES, M. J. L.; **Integralidade da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS: uma avaliação de serviços de assistência especializada**. Recife, 2010. 137 p.:il. Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

BRITO, A. M.DE CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. [S.l.], v.34, n.2, p 207-217, mar./abr. 2000.

BUCHALLA,C.M.; et al. Avaliação do uso da Classificação Internacional de Doenças para codificar a síndrome da imunodeficiência adquirida. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v 30. n.5, p 479-82, 1996.

CHAIMOWICZ, F. Age transition of tuberculosis incidence and mortality in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [Belo Horizonte],v. 35, n. 1, p. 81-87, 2001.

DE OSWALDO CRUZ, III Casa. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil.

DE ALMEIDA RIBEIRO, A.; NARDOCCI, A. C. Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por câncer: revisão de estudos ecológicos, 1998-2008. **Saúde Sociedade**. São Paulo: v.22, n.3, p. 878-891, 2013.

DA SILVA, J.B; BARROS, M.B.A.. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Panam Salud Pública**, v. 12, n. 6, p. 375, 2002.

FARIAS, T.Q.; et al. Políticas públicas de DST/AIDS e concretização de direitos humanos. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 10 , n. 40, abr. 2007.

FONSECA M. G. et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2000.

GARBOIS,J. A.; SODRE, F.; DALBELLO-ARAUJO,M. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saúde sociedade**. São Paulo, v.23, n.4, p. 1173-1182, 2014.

GIR, E.; VAICHULONIS, C. G.; OLIVEIRA, M.D. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. **Rev Latino-am Enfermagem**. [S.l.] v. 13, n. 5 , p.634-643 set-out; 2005.

GRANJEIRO, A. CASTANHEIRA, E. R. NEMES, M.I.B. A re-emergência da epidemia de AIDS no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. [S.l.], v. 19, n. 52 , p.5-6 , 2015;

_____.; ESCUDER, M. L.; CASTILHO, E.A. Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios brasileiros de 2002-2006. **Rev. Saúde Pública**. [São Paulo], vol.44, n.3, p. 430-441, fev. 2010.

GRECO, D B. A epidemia da AIDS: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estud. av.**vol.22, n.64, pp. 73-94, 2008.

LÓPEZ, L C. Uma Análise das políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 590-603, 2011.

MARTINS, T. A.; et al. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. **Fisioterapia & Saúde Funcional**,[S.l.] v.3 , n. 1 , p.4-7, Jan- Jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **HIV/AIDS. Fact sheet no 360**. Disponível em: < www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV / AIDS. Gap report. Genebra, 2014. (English original, July 2014). ISBN 978-92-9253-062-4.

PASTORE,D. H. **A Dinâmica do HIV no Sistema Imunológico na Presença de Mutação**. 2005. 102 f. Tese (Doutorado em Ciências). CAPES. Rio de Janeiro, Brasil.

PINHEIRO RS, Oliveira GP, Oliveira EXG, Melo ECP, Coeli CM, Carvalho MS. Determinantes sociais e autorrelato de tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2013;

ROCHA, S. AIDS: uma questão de desenvolvimento?.in: AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. 5. 2003, Rio de Janeiro. **Seminário**. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. 204p

RIBEIRO, C. A. C. Mobilidade e estrutura de classes no Brasil contemporâneo. **Sociologias**. [Porto Alegre], v.16, n.37, pp. 178-217, Set-Dez. 2014.

RIQUINHO, D.L.; GERHARDT, T. E. Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. **Saúde sociedade**. São Paulo: v.19, n.2, p. 320-332, 2010.

SILVEIRA, E. A.; NETO, E.R. **Especialização em Epidemiologia**. Goiânia. 2009. P. 184- 185

SOUTO, M. C.; GIOVANELLA, L. **Projeto AIDS II e a implementação das ações de Prevenção do HIV/AIDS no estado do rio de janeiro**. 2003. 169 f. Dissertação (mestrado em saúde pública subárea de políticas públicas e saúde)- Fundação Oswaldo Cruz /Escola Nacional De Saúde Pública- FIOCRUZ/ ENSP. 2003.

SÃO PAULO (Estado). **Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado de São Paulo**. Revista Saúde Pública, v.43, n.2, p.383-6. 2009.

SZWARCWALD C.L.; et al. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cad. Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1 , p. 7-19, 2000.

TEIXEIRA, T.R.A.; et al.. Social geography of AIDS in Brazil: identifying patterns of regional inequalities. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.30, n.2, p. 259-271. Fev. 2014.