



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, NATURAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
***CAMPUS* PINHEIRO**
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

YASMIN CUNHA DA SILVA

**CASOS E ÓBITOS DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM HIV/AIDS NO
ESTADO DO MARANHÃO DE 2015 A 2024: UM ESTUDO
ECOLÓGICO**

PINHEIRO – MA

2025

YASMIN CUNHA DA SILVA

**CASOS E ÓBITOS DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM HIV/AIDS NO
ESTADO DO MARANHÃO DE 2015 A 2024: UM ESTUDO ECOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, *campus* Pinheiro, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Joelson dos Santos Almeida

PINHEIRO – MA

2026

Silva, Yasmin Cunha da

Casos e óbitos de mulheres diagnosticadas com HIV/Aids no Estado do Maranhão de 2015 a 2024: um estudo ecológico / Yasmin Cunha da Silva. — 2026.

43 f.

Orientador: Prof. Dr. Joelson dos Santos Almeida.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, Pinheiro, 2026.

1. HIV/Aids. 2. Mulheres. 3. Mortalidade. 4. Vigilância em Saúde Pública.
I. Almeida, Joelson dos Santos. II. Título.

CDD 616.979 2

CDU 616.98:578.828-055.2(812.1)

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBi/UFMA

Bibliotecária: Letycya Cristina Barbosa Vieira - CRB 13/867

YASMIN CUNHA DA SILVA

**CASOS E ÓBITOS DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM HIV/AIDS NO
ESTADO DO MARANHÃO DE 2015 A 2024: UM ESTUDO ECOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Enfermagem da
Universidade Federal do Maranhão,
campus Pinheiro, como requisito para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovado em ____ de ____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Joelson dos Santos Almeida (Orientador)
Doutorado em Saúde Coletiva – UECE
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Tamires Barradas Cavalcante (1º Examinador)
Doutorado em Saúde Coletiva – UFMA
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Vanessa Moreira da Silva Soeiro (2º Examinador)
Doutorado em Saúde Coletiva – UFMA
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Primeiramente eu agradeço a Deus por ser minha fortaleza em todos os momentos, por me conceder saúde, sabedoria e perseverança para enfrentar cada desafio ao longo dessa caminhada que foi essencial para que eu não desistisse diante as dificuldades e acreditasse que cada esforço valeria a pena. Sem sua graça, nada disso teria sido possível.

Ao meu orientador, Professor Dr. Joelson Almeida, pela disponibilidade, paciência, compromisso e valiosas contribuições ao longo da construção deste trabalho. Seu conhecimento, incentivo e orientação foram fundamentais para a construção desse TCC, refletindo tanto no resultado final quanto no meu crescimento acadêmico e profissional.

Aos meus pais e minha avó, que são meu alicerce. Obrigada por acreditarem em mim mesmo quando eu duvidei, por todo amor, apoio e incentivo incondicional que recebo durante esses 23 anos. Cada conquista que alcanço carrega o esforço, a dedicação e os valores que vocês me ensinaram ao longo da vida. Este trabalho também é fruto de tudo que eu sou por causa de vocês. Obrigada por sonharem os meus sonhos e não medirem esforços para me ajudar a alcançar meus objetivos. Sem vocês eu não seria um por cento do que sou hoje. Vocês são tudo pra mim.

Às minhas amigas, que tornaram essa intensa caminhada mais leve e divertida. Obrigada pela escuta, pelo carinho, companheirismo e por estarem presentes desde os momentos mais difíceis até nas pequenas vitórias. Ter cruzado o caminho de vocês foi o melhor presente que recebi nessa caminhada.

À banca examinadora, Professora Dra. Tamires e Professora Dra. Vanessa, obrigada pela disponibilidade, atenção e pelas valiosas contribuições para o aprimoramento deste trabalho. Por fim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta trajetória e contribuíram para conclusão desta importante etapa da minha vida acadêmica e profissional.

RESUMO

Introdução: O HIV/AIDS permanece como um relevante problema de saúde pública, especialmente entre mulheres, devido às desigualdades sociais, ao estigma e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, fatores que influenciam tanto a ocorrência da infecção quanto os desfechos clínicos, incluindo os óbitos. **Objetivo geral:** Caracterizar o perfil epidemiológico dos casos e óbitos notificados de HIV/AIDS em mulheres no Estado do Maranhão entre 2015 e 2024. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários obtidos nos sistemas oficiais de informação em saúde. As variáveis analisadas incluíram faixa etária, raça/cor, escolaridade, município de residência, evolução dos casos e ocorrência de óbitos. Os dados foram organizados e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando-se planilhas eletrônicas. **Resultados:** Foram registrados 4.031 casos de HIV/AIDS no período de 2015 a 2024 em mulheres no estado do Maranhão, Brasil. As mulheres acometidas concentraram na faixa etária de 32 a 38 anos, correspondendo a 25,97%, a raça/cor autodeclarada predominante foram as pardas 76,13%, com a escolaridade de ensino médio completo 29,97% dos casos. Em relação à exposição sexual, a categoria heterossexual foi a mais frequente, representando 56,84% dos casos e a origem das notificações, constatou-se que a maioria dos registros teve procedência de outros sistemas de informação (56,73%). Em relação aos óbitos, foram registrados 1.254 óbitos por HIV/AIDS. Em relação a faixa etária predominou as mulheres de 30 a 34 anos (18,50%). As mulheres pardas foram a maioria, com 67% dos casos, no que se refere ao estado civil, as solteiras representaram 59,49% em toda a série histórica. A escolaridade das mulheres eram ensino fundamental incompleto com 29,75% dos casos e 85% dos óbitos ocorreu em ambiente hospitalar. Destaca-se o papel estratégico da Enfermagem na prevenção, no diagnóstico precoce, no fortalecimento da adesão ao tratamento e no acolhimento das mulheres vivendo com HIV/AIDS, especialmente na Atenção Primária à Saúde. **Conclusão:** Conclui-se que o perfil epidemiológico e os óbitos por HIV/AIDS em mulheres no Maranhão refletem a influência de determinantes sociais da saúde e apontam a necessidade de fortalecimento das políticas públicas, da vigilância epidemiológica e das ações de Enfermagem voltadas ao cuidado integral, à redução das iniquidades e à prevenção de óbitos evitáveis.

Palavras-chave: HIV/AIDS; Mulheres; Mortalidade. Vigilância em Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: HIV/AIDS remains a relevant public health problem, especially among women, due to social inequalities, stigma, and difficulties in accessing health services, factors that influence both the occurrence of infection and clinical outcomes, including deaths. **General objective:** To characterize the epidemiological profile of reported HIV/AIDS cases and deaths among women in the state of Maranhão, Brazil, between 2015 and 2024. **Methodology:** This is a descriptive study with a quantitative approach, conducted using secondary data obtained from official health information systems. The analyzed variables included age group, race/skin color, educational level, municipality of residence, case outcomes, and occurrence of deaths. Data were organized and analyzed using descriptive statistics with the support of electronic spreadsheets. **Results:** The 4,031 cases of HIV/AIDS were registered among women in the state of Maranhão, Brazil. The affected women were concentrated in the 32-38 age group, representing 25.97% of cases. The predominant self-declared race/color was mixed-race (parda) at 76.13%, with 29.97% having completed high school. Regarding sexual exposure, heterosexuality was the most frequent category, representing 56.84% of cases. Regarding the origin of notifications, it was found that the majority of records came from other information systems (56.73%). Regarding deaths, 1,254 deaths due to HIV/AIDS were registered. The age group most affected was women aged 30-34 (18.50%). Brown-skinned women were the majority, representing 67% of cases. Regarding marital status, single women accounted for 59.49% throughout the historical series. The educational level of the women was incomplete primary education, accounting for 29.75% of cases, and the location of death was hospital-based in 85.8% of cases. **Discussion:** The discussion of the findings reinforces that social inequalities, HIV/AIDS-related stigma, and limitations in access to health services contribute to the persistence of female morbidity and mortality. The strategic role of Nursing is highlighted in prevention, early diagnosis, strengthening treatment adherence, and providing care for women living with HIV/AIDS, especially within Primary Health Care. **Conclusion:** It is concluded that the epidemiological profile and HIV/AIDS-related deaths among women in Maranhão reflect the influence of social determinants of health and point to the need to strengthen public policies, epidemiological surveillance, and Nursing actions aimed at comprehensive care, reduction of inequities, and prevention of avoidable deaths.

Keywords: HIV/AIDS; Women; Mortality. Public Health Surveillance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	111
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1. História da Epidemia do HIV	13
3.2. HIV: O que é, diagnóstico, tratamento, sintomas e transmissão.....	133
3.3 Epidemiologia do HIV	144
3.4 Políticas Públicas no enfrentamento do HIV/AIDS.....	155
4 OBJETIVOS.....	18
4.1 Objetivo Geral:.....	188
4.2 Objetivos Específicos.....	18
5 METODOLOGIA	19
6 RESULTADOS.....	22
6.1 PERFIL DOS CASOS.....	242
6.2 PERFIL DOS ÓBITOS	244
7. DISCUSSÃO.....	27
7.1 Análise da evolução temporal dos casos de HIV/AIDS em mulheres no Maranhão: avanços, retrocessos e impactos contextuais.....	27
7.2 Mortalidade por HIV/AIDS: diagnóstico tardio e falhas no cuidado continuo	30
8 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A - Questionário dos casos notificados de HIV/AIDS no SINAN	39
APÊNDICE B - Questionário dos óbitos notificados de HIV/AIDS no SINAN	40
ANEXO B - Declaração de óbito do SIM	40
ANEXO A - Ficha de notificação de HIV/AIDS do SINAN.....	41

1 INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus que compromete progressivamente o sistema imunológico ao infectar células essenciais da resposta imune, como os linfócitos T CD4+, macrófagos e células dendríticas. Esse processo resulta na redução da capacidade de defesa do organismo, tornando-o mais suscetível a infecções oportunistas, condição que caracteriza a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). A transmissão do HIV ocorre por meio do contato com fluidos corporais contaminados, como sangue, sêmen, secreções vaginais e leite materno, sendo a relação sexual desprotegida o principal meio de infecção (Agostini et al., 2019; Brasil, 2006).

O HIV/AIDS permanece como um relevante problema de saúde pública, tanto pela sua elevada prevalência quanto pelos impactos significativos na qualidade de vida e na saúde física, mental e social das pessoas acometidas. Desde o surgimento dos primeiros casos, a epidemia tem sido marcada por desafios persistentes, como o estigma social, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e a mortalidade associada à imunossupressão, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social (Gayle, 2001).

De acordo com dados recentes do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, em 2023, mais de 39 milhões de pessoas viviam com HIV em todo o mundo. No Brasil, foram registrados 49.495 novos casos no mesmo período, dos quais 12.486 ocorreram na região Nordeste, representando aproximadamente 25,2% do total nacional. Entre os estados nordestinos, o Maranhão notificou 2.205 novos casos, correspondendo a cerca de 17,7% dos registros regionais, o que evidencia a relevância epidemiológica da infecção no estado (UNAIDS, 2024).

Além da incidência da infecção, os óbitos relacionados ao HIV/AIDS constituem um indicador relevante para a avaliação da efetividade das políticas públicas e da qualidade da atenção à saúde. Embora tenha ocorrido uma redução progressiva da mortalidade associada à AIDS nos últimos anos, em decorrência da ampliação do acesso à terapia antirretroviral, o número de óbitos ainda permanece expressivo. Estima-se que, globalmente, cerca de 630 mil pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS em 2023 (UNAIDS, 2024). No Brasil, dados do Ministério da Saúde apontam tendência de redução das taxas de mortalidade por HIV/AIDS, entretanto, os óbitos ainda se concentram em populações socialmente vulneráveis, com diagnóstico tardio, baixa adesão ao tratamento e dificuldades de acesso contínuo aos serviços de saúde, reforçando a necessidade de vigilância epidemiológica e acompanhamento sistemático (Brasil,

2024). Apesar dos avanços no diagnóstico precoce e na ampliação do acesso ao tratamento, o HIV/AIDS ainda impõe desafios significativos aos serviços de saúde, especialmente em razão do estigma e da discriminação associados à infecção. Esses fatores configuram importantes barreiras à realização da testagem, à adesão terapêutica e à continuidade do cuidado, impactando diretamente o prognóstico clínico e contribuindo para a ocorrência de óbitos evitáveis. Tais dificuldades são mais evidentes entre mulheres, populações socialmente vulneráveis e residentes em áreas com menor cobertura assistencial (Treves-Kagan; Steward, 2016; Adraro; Abeshu, 2024).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, a Enfermagem desempenha papel central na prevenção, no diagnóstico, no acompanhamento clínico e no cuidado longitudinal às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Entretanto, ainda são observados entraves relacionados à capacitação das equipes, à articulação com os serviços especializados e à garantia do sigilo, do acolhimento e do vínculo com os usuários. Esses desafios de ordem ética, técnica e organizacional impactam diretamente a adesão ao tratamento e a redução da morbimortalidade, evidenciando a necessidade de fortalecimento das práticas assistenciais e educativas desenvolvidas pela Enfermagem (Melo; Maksud; Agostini, 2018).

Dessa forma, a atuação da Enfermagem mostra-se fundamental na implementação de estratégias de prevenção combinada, na ampliação do acesso à testagem rápida, na orientação quanto ao uso da profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP), bem como no desenvolvimento de ações educativas voltadas à promoção da saúde sexual, à redução do estigma e à prevenção de óbitos evitáveis associados ao HIV/AIDS (Amaral; Silva; Lessa, 2023).

Nesse contexto, o estudo do perfil epidemiológico e dos óbitos de mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS no estado do Maranhão torna-se essencial para subsidiar o planejamento das ações de Enfermagem e das políticas públicas de saúde. A análise desses dados possibilita compreender a distribuição da doença, identificar grupos mais vulneráveis, monitorar tendências de mortalidade e avaliar o impacto das estratégias implementadas, contribuindo para o aprimoramento do cuidado, a redução das iniquidades em saúde e o fortalecimento da resposta institucional ao HIV/AIDS no estado.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos casos e óbitos notificados de HIV/AIDS em mulheres no estado do Maranhão, no período de 2015 a 2024.

2 JUSTIFICATIVA

Por se tratar de um relevante problema de saúde pública em âmbito global, o HIV/AIDS demanda esforços contínuos e integrados voltados à prevenção, ao diagnóstico precoce, ao tratamento oportuno e ao acompanhamento longitudinal, com garantia de qualidade e integralidade da assistência. No contexto brasileiro, observa-se uma reconfiguração do perfil epidemiológico da epidemia, marcada pelo aumento progressivo da incidência entre mulheres, especialmente em regiões historicamente caracterizadas por desigualdades sociais, vulnerabilidades estruturais e fragilidades na organização dos serviços de saúde, como o estado do Maranhão (Gonçalves; Silva; Rosa, 2024).

Na região Nordeste, esses desafios são ainda mais evidentes, uma vez que persistem barreiras relacionadas ao acesso oportuno ao diagnóstico, à adesão à terapia antirretroviral e à redução do estigma social associado ao HIV/AIDS. As mulheres configuram um grupo particularmente vulnerável nesse cenário, em virtude de fatores como desigualdade de gênero, violência sexual e doméstica, baixa escolaridade, dependência econômica e dificuldades na negociação do uso de métodos de prevenção, o que amplia o risco de infecção e agrava os desfechos em saúde (Villela; Barbosa, 2017).

Diante desse contexto, a escolha da temática referente aos óbitos e ao perfil epidemiológico de mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS no estado do Maranhão justifica-se pela necessidade de compreender a dinâmica local da doença. A identificação das características sociodemográficas dos padrões de transmissão e das possíveis lacunas nas ações de vigilância e assistência em saúde constitui um passo fundamental para o planejamento e a implementação de intervenções mais eficazes. A análise de dados epidemiológicos ao longo de um determinado período possibilita subsidiar o aprimoramento das políticas públicas de saúde, bem como orientar campanhas e estratégias voltadas à ampliação da equidade no acesso ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado contínuo.

Além disso, a utilização de informações em saúde contribui para a produção de evidências científicas capazes de embasar a formulação de estratégias regionalmente adaptadas, considerando as especificidades socioculturais e estruturais do estado. Tais evidências são essenciais para o fortalecimento da vigilância epidemiológica e para a qualificação das ações desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ênfase na Atenção Primária em Saúde a ser desenvolvidas pelas equipes de saúde da família.

Assim, a presente pesquisa apresenta relevância científica, epidemiológica e social, ao direcionar o olhar para um grupo historicamente negligenciado nas políticas públicas voltadas ao enfrentamento do HIV/AIDS. O conhecimento do perfil das mulheres acometidas pela infecção no Maranhão mostra-se primordial para subsidiar ações de cuidado mais equitativas, fortalecer a resposta institucional e contribuir para a redução das desigualdades no enfrentamento do HIV/AIDS no estado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1. História da Epidemia do HIV

No início das manifestações que indicava o surgimento do HIV/Aids apareceu, em 5 de junho de 1981, no Relatório Semanal de Morbidez e Mortalidade dos Centros de Controle de Prevenção e Doença dos Estados Unidos (CDC), um artigo que não obteve muita visibilidade, fez o registro de cinco homens com sintomas de uma pneumonia acarretada por sistemas imunes fragilizados, causada por uma infecção fúngica do *Pneumocystis Jirovecii* (Centers For Disease Control, 1981).

Após um ano do surto de HIV, que ocorreu principalmente na comunidade gay, apareceram também casos entre hemofílicos, com isso o CDC entendeu como indicativo de que essa doença estaria sendo transmitida pelo sangue. E, um mês depois, surgiu a definição da doença como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e após isso os sintomas da Aids começaram a se espalhar por toda parte, infectando até mesmo os bebês (Centers For Disease Control, 1981).

3.2. HIV: O que é, diagnóstico, tratamento, sintomas e transmissão

De acordo com o Ministério da Saúde (2024) a Aids ocorre pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que é um retrovírus da subfamília Lentiviridae, ele ataca o sistema responsável pela defesa do organismo, o sistema imunológico, e a infecção é transmitida sexualmente. Além disso, ele age alterando o DNA das células de defesa e fazendo cópias de si mesmo, atingindo principalmente os linfócitos T CD4⁺, após a multiplicação, destrói os linfócitos e continua acentuando a infecção (Brasil, 2024).

O vírus além de ser transmitidos por relações sexuais desprotegidas, também pode ocorrer por meio de compartilhamento de materiais perfuro cortantes contaminados, transfusão sanguínea, de mãe para filho durante o parto e amamentação. Diante disso, para evitar que haja a propagação do vírus é imprescindível que pessoas as contaminadas sigam à risca a terapia antiviral para que, dessa forma, o vírus fique indetectável e inapto à transmissão (Ministério da Saúde, 2024; Murray; Rosenthal; Pfaller, 2021).

Para fins diagnósticos, os testes são oferecidos de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), pode ser feito tanto pela coleta de sangue para realização de testes laboratoriais que vão detectar os anticorpos contra o HIV, quanto por meio de autotestes que podem ser feitos em casa (Ministério da Saúde, 2024; Murray; Rosenthal; Pfaller, 2021).

O tratamento surgiu na década de 1980, com os medicamentos antirretrovirais (ARV) que desde 1996 é distribuído de forma gratuita no Brasil, a terapia ajuda a barrar a multiplicação do vírus, consequentemente impede que haja o enfraquecimento do sistema imunológico. Logo, a estratégia de combate além da prevenção, é o uso regular do ARV, medicamento primordial para que uma pessoa soropositiva tenha qualidade de vida, reduzindo as possibilidades de internações e infecções por doenças oportunistas (Ministério da Saúde, 2024; Murray; Rosenthal; Pfaller, 2021).

Os sintomas surgem na primeira fase de quando ocorre a infecção pelo vírus e o sistema imunológico começa a ser atacado. O primeiro momento, chamado de infecção aguda, é o tempo da exposição ao vírus até surgir os primeiros sintomas da doença que são parecidos com uma gripe, dificultando a percepção da doença. Esse tempo geralmente ocorre dentro de um período de vinte e um a quarenta e dois dias e, com isso, o organismo leva de 1 a 2 meses após a infecção para começar a produzir anticorpos (Ministério da Saúde, 2024; Murray; Rosenthal; Pfaller, 2021).

A segunda fase é um período assintomático que pode durar muitos anos, ocorre rápidas mutações do vírus junto com a forte interação das células de defesa que não são suficientes para permitir o surgimento de doenças oportunistas. Portanto, com o passar dos anos as células começam a ficar fragilizadas até chegarem ao ponto de serem destruídas (Lemos et al., 2023).

Quando isso acontece o organismo se torna vulnerável às infecções e começa a fase sintomática inicial quando ocorre a redução dos glóbulos brancos (linfócitos T CD4 +) que chegam a apresentar 200 unidades por mm cúbicos de sangue. Nessa fase, os sintomas mais comuns são: febre, diarreia, sudorese noturna e emagrecimento (Lemos et al., 2023; Tortora; Funke; Case, 2017).

Em consequência da baixa imunidade surgem doenças que se aproveitam da fragilidade do organismo fazendo com que apareçam doenças oportunistas. Esse é o estágio mais avançado da AIDS, que quando não diagnosticada e tratada pode causar agravamentos de doenças como pneumonia, hepatites virais e até mesmo alguns tipos de câncer (Brasil, 2022).

3.3 Epidemiologia do HIV

Conforme a série histórica de 2007 a junho de 2024 o total de casos notificados no Sistema de Informações e Agravos (SINAN) foram de 541.759 e, o percentual do total representado por cada região foram de: 41% no Sudeste; 21,9% no Nordeste; 18,7% no

Sul; 10,4% no Norte; 8% no Centro-Oeste. Em relação a distribuição por sexo, homens representam o percentual maior de 70,7% e as mulheres com 29,3%. Vale ressaltar que mulheres em idade reprodutiva de 15 a 42 anos (2023) representaram 77,7% do total de casos femininos, reforçando a necessidade de testes precoces, TARV e prevenção da transmissão vertical (Brasil, 2024)

Em 2023 foram registrados no Brasil 10.338 óbitos por AIDS, que representa uma taxa de mortalidade padronizada de 3,9 óbitos por 100 mil habitantes, sendo a menor desde 2013 (Brasil, 2024). De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV e AIDS de 2024, publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 2023 foram registrados 46.495 casos de infecção pelo HIV, o que representa um aumento de 4,5% em relação a 2022. Desses, 12.486 foram no Nordeste, representando um percentual de 26,9% do total (Brasil, 2024). Além disso, comparado o ano de 2020 com 2023 houve um aumento de 24,1% no número de casos no Brasil, mostrando-se mais expressivo no Nordeste e Norte com 33,1% e 29,1% respectivamente.

Os dados mostram que o alto índice de infecção pelo HIV permeia, até hoje, uma preocupação global de saúde pública em razão de diversos fatores contribuintes para esse cenário. Somado a isso, algumas regiões não são contempladas de forma eficiente com o acesso a terapias antirretrovirais, o que impacta diretamente na saúde dessas pessoas e na prevenção da transmissão do vírus (UNAIDS, 2023).

Mediante a esse cenário é necessário que haja uma abordagem integrada incluindo educação em saúde, acesso equânime aos serviços de saúde, incremento dos direitos humanos e investimentos contínuos em pesquisas para o desenvolvimento de estratégias de combate.

3.4 Políticas Públicas no enfrentamento do HIV/AIDS

As políticas públicas brasileiras para o enfrentamento dos desafios voltados para o HIV/AIDS têm como marco o acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral desde 1996, pela ampliação da testagem rápida e pelo fortalecimento da atenção básica na implementação da prevenção combinada, que inclui profilaxia pós exposição (PEP), profilaxia pré-exposição (PrEP) e preservativos, além da redução de danos e ações de combate ao estigma social (Villarinho et al., 2001; Vidal, 2009).

Tais avanços contribuíram para o aumento da sobrevivência, a queda na mortalidade e a consolidação do programa brasileiro como referência mundial em saúde pública (Dias,

2024). Em contrapartida, desafios persistentes como desigualdades no acesso a tecnologias, vulnerabilidade setorial, ausência de políticas voltadas para direitos sexuais e reprodutivos e violência de gênero são fatores dificultam a adesão ao tratamento e piora dos desfechos clínicos (Veras et al., 2024; Vidal, 2009). O princípio assegurado pelo artigo 3 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 assegura que "Todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal", dessa forma, é fundamental que todo cidadão receba cuidados dignos de saúde sem discriminação. Sendo de suma importância para as pessoas que vivem com HIV, uma vez que esse público é alvo de discriminação, estigma e violência (Brasil, 1948).

Ao passo que se perpetuou na sociedade estigmas e preconceitos voltados para população soropositiva a Lei Antidiscriminação (Lei nº 12.984/2014) foi criada preconizando, dentre seus ditames que: “Todo portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visa recusar aos portadores do HIV/AIDS um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda os restringir à participação em atividades coletivas, escolares, familiares, militares deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei”

Essa lei foi criada em sua relevância com intuito de proteger os direitos fundamentais das pessoas vivendo com HIV/Aids, que muitas vezes ficavam alheios ao direito básico de participação plena nos aspectos sociais e coletivos, cuidados de saúde e oportunidades sendo vítimas de exclusão, estigma e preconceito. O mérito dessa lei está em promover a dignidade e o respeito, protegendo esse grupo de pessoas contra práticas discriminatórias e punindo legalmente qualquer forma de discriminação contra portadores do HIV/AIDS, deixando explícito que essa atitude é inadmissível e fere os princípios de direitos humanos e igualdade.

Dentre suas Leis Estaduais Específicas, no Maranhão, a Lei nº 11.279, de 10 de junho de 1994 “Concede passagem intermunicipal gratuita aos portadores de Câncer, HIV/AIDS, Doenças Renais e Cardíacas Crônicas quando inviabilizado seu atendimento pela Rede Pública, no município de origem” (Brasil, 2023). Esta lei visa tornar acessível a busca pelo tratamento às populações afastadas para ampliar o alcance máximo de pessoas infectadas ao tratamento adequado.

Em suma, pessoas que vivem com HIV/AIDS tem seus direitos assegurados por lei no Brasil, dentre elas: sigilo médico e sigilo no trabalho (Lei nº 14.289/2022), auxílio-doença e aposentadoria por invalidez (Lei nº 7.670/1988), garantia de acesso ao tratamento, lei de não discriminação a pessoas vivendo com HIV/AIDS (Lei nº 12.984/2014). O

documento garante direitos cidadãos, liberdade, punição perante a lei para casos de discriminação, facilita o acesso à informação e ao tratamento, contribuindo para mitigar as dificuldades enfrentadas por pessoas com HIV/AIDS.

No entanto, mesmo que essas leis existam, é importante que haja a implementação efetiva dessas leis e políticas para que alcance todas as pessoas que precisam delas, bem como continuar o investimento nos programas de prevenção, tratamento e apoio para enfrentar os desafios associados ao HIV/AIDS.

Diante do exposto, torna-se necessário a investigação do panorama dos casos e óbitos de mulheres com HIV/AIDS no estado do Maranhão, visando fortalecer o enfrentamento das infecções pelo vírus e suas vulnerabilidades. Para isso, as informações levantadas proporcionam uma base para o projeto, tendo em vista a importância do assunto dentro de um contexto social e acadêmico e a contribuição para o avanço do conhecimento.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

Caracterizar os casos e óbitos notificados de HIV/AIDS em mulheres no Estado do Maranhão entre 2015 e 2024.

4.2 Objetivos Específicos:

- Descrever os casos e óbitos notificados das mulheres com HIV/AIDS quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos no Estado do Maranhão;
- Quantificar anualmente os casos e óbitos das mulheres com HIV/AIDS no Estado do Maranhão;
- Comparar os casos e óbitos das mulheres infectadas com HIV/AIDS, segundo a faixa etária no Estado do Maranhão.

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, do tipo ecológico, retrospectivo, de abordagem quantitativa.

O delineamento descritivo foi adotado com o objetivo de observar, registrar e analisar fenômenos relacionados ao HIV/AIDS sem qualquer tipo de intervenção ou manipulação das variáveis, permitindo a caracterização da população estudada segundo variáveis de tempo e espaço (Tavares, 2021). O estudo também se caracterizou como ecológico, uma vez que a unidade de análise não correspondeu ao indivíduo isoladamente, mas a grupos populacionais delimitados por áreas geográficas, possibilitando a comparação de indicadores de saúde e a identificação de padrões espaciais e temporais da doença (Morgenstern, 1995).

A abordagem quantitativa foi empregada por se fundamentar na mensuração objetiva e no tratamento estatístico dos dados, permitindo a identificação de frequências, tendências e distribuições dos casos e óbitos analisados. Essa abordagem conferiu maior rigor científico e confiabilidade aos resultados, uma vez que se baseou exclusivamente em dados secundários provenientes de sistemas oficiais de informação em saúde (Deslandes et al., 2002).

O estudo foi realizado a partir da análise das notificações de casos e óbitos por HIV/AIDS em mulheres, registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no estado do Maranhão, localizado na região Nordeste do Brasil.

O Maranhão integra a Amazônia Legal e apresenta ampla diversidade territorial, abrangendo áreas de cerrado, floresta amazônica e extensa faixa litorânea, além de expressivas desigualdades socioeconômicas e desafios históricos no âmbito da saúde pública. Assim, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022; IBGE, 2024), o estado do Maranhão possui 217 municípios distribuídos em uma área territorial de 329.651,478 km², dos quais 1.544,71 km² correspondem a áreas urbanizadas. A população recenseada em 2022 foi de 6.776.699 habitantes, com estimativa de crescimento para 7.018.211 pessoas em 2025, apresentando densidade demográfica de 20,56 habitantes por km².

A população do estudo foi composta por todas as notificações de casos e óbitos por HIV/AIDS em mulheres, residentes no estado do Maranhão, registradas nos sistemas SINAN e SIM, no período de 2015 a 2024.

Os sistemas de informação em saúde utilizados constituem ferramentas essenciais para a vigilância epidemiológica, o monitoramento de agravos e a avaliação de políticas públicas, possibilitando a organização sistemática dos dados e subsidiando a tomada de decisão em saúde coletiva (Furtado; Arlindo; Vetorado, 2022; Brasil, 2009).

A principal fonte de dados foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), responsável pelo registro das notificações compulsórias de HIV e AIDS, permitindo a análise da magnitude, tendência temporal e distribuição espacial dos casos (Brasil, 2016). Também foram incluídos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que reúne informações sobre óbitos ocorridos no território nacional, possibilitando a identificação das causas básicas e associadas de morte e a análise do impacto do HIV/AIDS na mortalidade (Brasil, 2011).

Os critérios de inclusão abrangeram todas as notificações de casos e óbitos por HIV/AIDS em mulheres residentes no estado do Maranhão, com idade igual ou superior a 18 anos para os casos, e para os óbitos acima de 15 anos, conforme registradas nos sistemas SINAN e SIM, no período de 2015 a 2024. Foram considerados tanto os casos confirmados de HIV/AIDS quanto os óbitos relacionados à doença.

Foram excluídos da análise registros sem confirmação diagnóstica, notificações laboratoriais sem registro oficial, indivíduos não residentes no estado do Maranhão, pacientes fora da faixa etária estabelecida, registros fora do período delimitado, bem como notificações duplicadas, inconsistentes ou com ausência de informações essenciais, como município de residência ou classificação do sexo.

As variáveis epidemiológicas e sociodemográficas foram selecionadas com base nas fichas de notificação de HIV/AIDS e nas Declarações de Óbito, disponíveis no Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis analisadas incluíram: ano da notificação, sexo (feminino), idade (analisada de forma individual e categorizada em faixas etárias de 18 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais), escolaridade, raça/cor e sintomas clínicos (Anexo A). Para os óbitos, foram consideradas as variáveis sociodemográficas registradas no SIM, associadas ao HIV/AIDS, além das regiões de saúde correspondentes aos agrupamentos administrativos do estado (Anexo B).

A coleta de dados foi realizada por meio da extração direta das bases do SINAN e SIM, utilizando filtros específicos para o estado do Maranhão e para o período de 2015 a 2024. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas, com padronização prévia das variáveis, visando assegurar a consistência das informações e a eliminação de duplicidades.

Os instrumentos de coleta utilizados foram a ficha de notificação de HIV/AIDS do SINAN e a Declaração de Óbito do SIM. Todas as informações foram obtidas a partir do DATASUS, garantindo que os dados analisados fossem provenientes exclusivamente de sistemas oficiais de informação em saúde.

Os dados foram exportados e processados no software Microsoft Excel 2021, utilizado para armazenamento, organização e tratamento dos dados, permitindo a elaboração de tabelas e gráficos. A análise estatística baseou-se na estatística descritiva, que possibilitou a organização, síntese e apresentação dos dados de forma clara e objetiva, sem realização de inferências causais ou generalizações populacionais (Vieira, 2019).

O estudo foi realizado exclusivamente com dados secundários de acesso público, sem identificação nominal dos sujeitos. Dessa forma, seguiu as diretrizes da Resolução nº 738, de 7 de novembro de 2024, do Conselho Nacional de Saúde, que dispensa a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em estudos com dados de domínio público. Ainda assim, foram respeitados todos os princípios éticos relacionados à confidencialidade, integridade e uso responsável das informações.

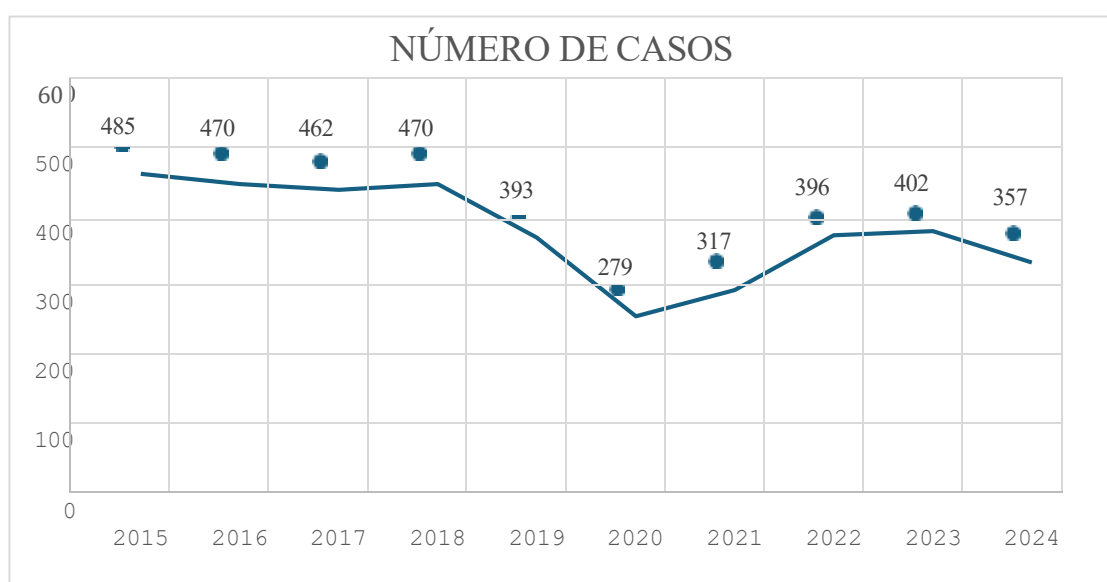
Adicionalmente, todas as etapas do estudo atenderam aos princípios éticos previstos na Resolução CNS nº 466/2012 e à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), garantindo a privacidade dos dados analisados. Não houve riscos físicos, psicológicos ou sociais aos indivíduos, o que justifica a dispensa de apreciação ética formal (Brasil, 2012).

6 RESULTADOS

6.1 PERFIL DOS CASOS

No período de 2015 a 2024 foram notificados 4.031 casos de HIV/AIDS em mulheres no estado do Maranhão, Brasil. Na série histórica analisada, observa-se que nos anos de 2015, 2016, 2018, 2022 e 2023, houve um aumento linear dos casos. Enquanto nos anos de 2017, 2019, 2020, 2021 e 2024, há um declínio dos casos ao longo do tempo. Possivelmente, estas oscilações na série analisada podem estar relacionadas ao aumento da testagem, acesso das mulheres aos serviços de saúde e programas de atenção voltados a saúde da mulher, conforme o (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Evolução temporal dos casos registrados de mulheres infectadas pelo HIV/AIDS no Estado do Maranhão, Brasil. 2025.



Fonte: SINAN/DataSUS, 2025.

Quanto à distribuição etária, observou-se predominância de casos entre mulheres com idade entre 32 e 38 anos, correspondendo a 25,97% do total. Em seguida, destacaram-se as faixas etárias de 39 a 45 anos (18,90%) e de 25 a 31 anos (18,01%), conforme apresentado na (Tabela 1).

No que se refere à raça/cor, a maioria das mulheres foi classificada como parda (76,13%), seguida pelas categorias branca (13,15%) e preta (8,34%), evidenciando a predominância desse grupo racial entre os casos analisados (Tabela 1).

Em relação ao nível de escolaridade, verificou-se maior frequência de mulheres com ensino médio completo (29,97%), seguidas daquelas com ensino fundamental da 5ª à 8ª série incompleto ou completo (28,73%), conforme demonstrado na (Tabela 1).

Quanto à categoria de exposição, a via heterossexual apresentou-se como a mais frequente, representando 56,84% dos casos. Observou-se ainda proporção significativa de registros classificados como ignorado ou em branco (17,90%), seguidos pelos casos de exposição homossexual (4,57%) (Tabela 1).

No tocante à origem das notificações, constatou-se que a maioria dos registros teve procedência de outros sistemas de informação (56,73%), enquanto 43,27% foram provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conforme descrito na (Tabela 1).

Tabela 1 - Casos registrados de mulheres infectadas pelo HIV/AIDS no Estado do Maranhão, Brasil. 2025.

continua		
VARIÁVEL	N	%
SEXO		
Feminino	4.031	100
FAIXA ETÁRIA		
18 a 24 anos	357	08,86
25 a 31 anos	726	18,01
32 a 38 anos	1047	25,97
39 a 45 anos	762	18,90
46 a 52 anos	528	13,10
53 a 59 anos	328	08,14
60 a 66 anos	174	04,32
67 a 73 anos	74	01,84
74 a 80 ou mais	35	0,87
RAÇA/COR		
Branca	530	13,15
Preta	336	08,34
Parda	3068	76,13
Amarela	37	0,92
Indígena	14	0,31
Ignorado/em branco	46	1,14
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	260	06,45
Ensino fundamental – 1 a 4ª série	775	19,30
Ensino fundamental – 5 a 8ª série	1.158	28,37
Ensino médio	1.208	29,7
Ensino superior	191	04,74
Ignorado/em branco	439	10,90

Tabela 1 - Casos registrados de mulheres infectadas pelo HIV/AIDS no Estado do Maranhão, Brasil. 2025.

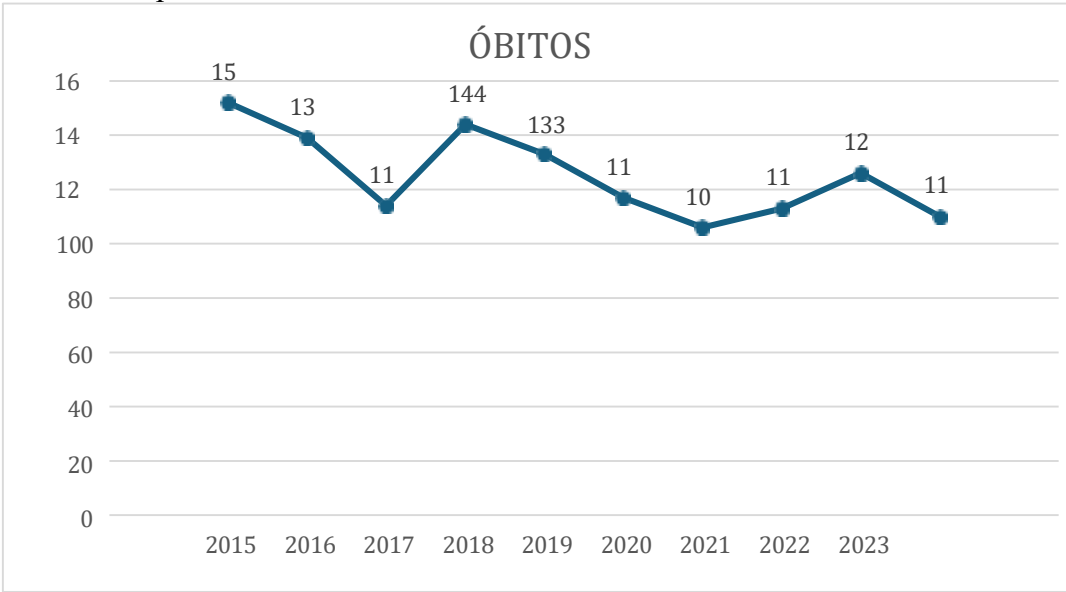
CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO HIERARQUICA		
Bissexual	20	0,50
Heterossexual	2991	56,4
Homossexual	184	04,57
Usuários de Drogas Injetáveis	34	0,84
Transmissão vertical	97	02,41
Ignorado/em branco	705	17,9
ORIGEM DOS DADOS		
Sinan	1.744	43,2
Outros Sistemas	2.287	56,7

Fonte: SINAN/DataSUS, 2025.

6.2 PERFIL DOS ÓBITOS

No período de 2015 a 2024, foram registrados 1.254 óbitos por HIV/AIDS em mulheres no estado do Maranhão, observando-se picos de ocorrência nos anos de 2015, 2018 e 2023, enquanto o menor número de registros foi identificado em 2021.

Gráfico 2 – Evolução temporal dos óbitos registrados de mulheres infectadas pelo HIV/AIDS no período de 2015 a 2024 no Estado do Maranhão, Brasil, 2025.



Fonte: SIM/DataSUS, 2025.

Conforme o gráfico 2, observou-se que a maior proporção de óbitos foi no ano de 2015 (152; 12,12%), seguido de 2018 (144; 11,48%) e 2016 (139; 11,08%), indicando concentração mais elevada nos primeiros anos da série. Em 2017 ocorreu redução (114; 9,09%), com novo aumento em 2018 e posterior comportamento

oscilatório. Em 2019 (133; 10,60%) e 2023 (126; 10,05%) os percentuais voltaram a se manter elevados, enquanto os menores valores foram registrados em 2021 (106; 8,45%) e 2024 (110; 8,77%). De modo geral, a série histórica evidencia variações anuais, sem tendência linear contínua, sugerindo alternância entre períodos de aumento e redução dos óbitos ao longo da década analisada.

Tabela 2– Distribuição dos óbitos registrados de mulheres infectadas pelo HIV/AIDS no período de 2015 a 2024 no Estado do Maranhão, Brasil, 2025.

VARIÁVEL	N	%
FAIXA ETÁRIA	13	1,04
15 a 19 anos	48	3,83
20 a 24 anos	109	8,69
25 a 29 anos	193	15,39
30 a 34 anos	232	18,50
35 a 39 anos	215	17,15
40 a 44 anos	157	12,52
45 a 49 anos	104	8,29
50 a 54 anos	57	4,55
55 a 59 anos	49	3,91
60 a 64 anos	40	3,19
65 a 69 anos	16	1,28
70 a 74 anos	10	0,80
80 anos ou mais	11	0,88
RAÇA/COR		
Branca	182	14,52
Preta	203	16,19
Parda	840	67
Amarela	6	0,48
Indígena	3	0,24
Ignorado/ em branco	20	1,60
ESTADO CIVIL		
Solteira	746	59,49
Casada	152	12,12
Viúva	85	6,78
Separada	42	3,35
Outro	169	13,48
Ignorado/em branco	60	4,79
ESCOLARIDADE		
Nenhuma	153	12,20
1 a 3 anos	234	18,66
4 a 7 anos	373	29,75
8 a 11 anos	339	27,03
12 anos +	38	03,03

Ignorado/em branco	117	09,33
LOCAL DE OCORRÊNCIA		
Hospital	1.076	85,8
Outros estabelecimentos de saúde	51	04,07
Via pública	3	0,24
Domicílio	116	9,25
Ignorado/ em branco	8	0,64

Fonte: SIM/DataSUS, 2025.

Com relação a faixa etária dos óbitos das mulheres que tinham HIV/AIDS no Maranhão entre os anos de 2015 a 2024, predominam-se maior percentual entre 30 a 34 anos (18,50%), seguido de 35 a 39 anos (17,15%) e 25 a 29 anos (15,39%). As mulheres entre 70 a 74 anos ou 80 anos ou mais apresentaram menores percentuais de 0,80% e 0,88% respectivamente (Tabela 2).

Com relação aos óbitos por raça/cor de mulheres com HIV/AIDS no Maranhão entre os anos de 2015 a 2024, observou-se predomínio das mulheres pardas com 67% dos casos, seguidas das pretas com 16,19% e brancas com 14,52% (Tabela 2).

No tocante ao estado civil das mulheres que faleceram, destaca-se o predomínio de solteiras em toda a série histórica, com percentual de 59,49%. Em seguida, observam-se variações nas categorias outro e casada, sendo que “outro” apresentou proporções relevantes em alguns anos, com porcentagem de 13,48% e 12,12% respectivamente, sugerindo diversidade de registros ou classificação no preenchimento. A condição viúva manteve-se em percentuais menores de 6,78%. Já a categoria separada foi menos frequente ao longo do período, atingindo seu valor de 3,35%. Observa-se ainda a presença de registros ignorados, com 4,79%, reforçando a importância da completude e qualidade dos dados (Tabela 2).

A tabela 2 apresenta a distribuição dos óbitos por escolaridade de mulheres com HIV/AIDS no maranhão (2015-2024), evidenciando a predominância de níveis educacionais intermediários ao longo da série histórica. Em geral, observa-se maior concentração de 4 a 7 anos de estudo com percentual de 29,75% seguido da faixa de 8 a 11 anos de estudo que também se mantém expressiva, com 27,03%, indicando um perfil concentrado em escolaridade básica/media. O grupo de 1 a 3 anos também apresenta participação relevante de 18,66%. No que se refere a categoria de 12 anos ou mais permanece com menor proporção de 3,03%. Vale ressaltar, ainda, a presença de registros ignorados, registrando 9,33% do casos, o que reforça a importância da completude do preenchimento dessa variável no SIM (Tabela 2).

Por fim, a última variável da tabela que diz respeito local de ocorrência dos óbitos de mulheres do período de 2015 a 2024, revela que a maior parte deles ocorreram em ambiente hospitalar, com percentual de 85,8% ao longo do período, mostrando que o predomínio de mortes encontram-se em instituições de saúde. Observa-se também um número menor, porém constante, de óbitos em domicílio, representando 9,25% dos casos. As ocorrências em outros estabelecimentos de saúde mantiveram-se baixas com 4,07% do casos, enquanto o percentual de morte em via pública e registros ignorados são menores ainda, representando 0,24% e 0,64% respectivamente (Tabela 2). Esses dados evidenciam a forte concentração dos óbitos em unidades hospitalares, sugerindo que a maioria das mulheres infectadas recebeu assistência médica, ainda que em um estágio avançado da doença.

7. DISCUSSÃO

7.1 Análise da evolução temporal dos casos de HIV/AIDS em mulheres no Maranhão: avanços, retrocessos e impactos contextuais

A análise da série histórica de casos de HIV/AIDS em mulheres no Maranhão, entre 2015 e 2024, evidencia um comportamento epidemiológico marcado por oscilações significativas ao longo do período. O aumento observado em anos específicos, como 2015, 2016, 2018, 2022 e 2023, pode ser interpretado à luz de múltiplos fatores estruturais e organizacionais do sistema de saúde. Entre eles, destacam-se a ampliação da oferta de testes rápidos, a descentralização do diagnóstico para a Atenção Primária à Saúde (APS) e a maior sensibilização dos profissionais quanto à importância da notificação compulsória.

Estudos recentes apontam que a ampliação da testagem não apenas aumenta a detecção de casos previamente ocultos, como também contribui para maior visibilidade epidemiológica da doença, especialmente entre populações historicamente subdiagnosticadas, como as mulheres (Brasil, 2023; Lima et al., 2021). Assim, parte do crescimento observado é importante para refletir avanços nas estratégias de vigilância, e não necessariamente um aumento real da incidência.

Por outro lado, a redução no número de notificações entre 2019 e 2021 coincide com o período crítico da pandemia de COVID-19, quando os serviços de saúde sofreram reorganizações profundas. A priorização do atendimento à COVID-19, a redução de consultas eletivas e o medo da população em procurar os serviços contribuíram para a queda da testagem e, consequentemente, para a subnotificação de casos de HIV/AIDS

(Silva et al., 2022; Fonseca; Santos, 2021). Esse cenário reforça a hipótese de que a diminuição dos casos notificados não representa melhora do controle da doença, mas sim fragilidade temporária do sistema de vigilância.

No contexto maranhense, tais impactos tendem a ser potencializados por desigualdades regionais, limitações de infraestrutura e dificuldade de acesso aos serviços de saúde em áreas rurais e periféricas, o que reforça a necessidade de estratégias contínuas e sustentáveis de rastreamento e diagnóstico precoce.

A predominância dos casos de HIV/AIDS em mulheres na faixa etária de 32 a 38 anos, seguida pelos grupos de 39 a 45 e 25 a 31 anos, evidencia que a infecção atinge majoritariamente mulheres em idade produtiva e reprodutiva. Esse achado possui implicações relevantes não apenas para a saúde individual, mas também para o contexto familiar, social e econômico. A literatura dos últimos anos destaca que mulheres nessa faixa etária frequentemente acumulam múltiplos papéis sociais, como trabalho formal ou informal, cuidado com filhos e responsabilidades domésticas, o que pode dificultar o autocuidado e o acesso regular aos serviços de saúde (Santos; Barbosa, 2022). Além disso, a percepção de vulnerabilidade ao HIV tende a ser reduzida, especialmente em relações consideradas estáveis, favorecendo práticas sexuais desprotegidas.

Do ponto de vista reprodutivo, a infecção pelo HIV nessa fase da vida levanta preocupações relacionadas à transmissão vertical, planejamento reprodutivo e acompanhamento pré-natal. Estudos recentes ressaltam que o diagnóstico tardio em mulheres em idade fértil aumenta o risco de transmissão vertical e compromete a implementação oportuna de medidas preventivas, como o início precoce da terapia antirretroviral (Pereira et al., 2021; Brasil, 2024).

O predomínio de mulheres autodeclaradas pardas entre os casos e óbitos por HIV/AIDS evidencia a forte influência dos determinantes sociais da saúde no perfil epidemiológico da doença. Tal achado está em consonância com estudos que demonstram maior vulnerabilidade de mulheres negras e pardas às infecções sexualmente transmissíveis, resultado de processos históricos de exclusão social, racismo estrutural e desigualdade no acesso a direitos básicos (Batista et al., 2022; Werneck, 2023).

A literatura recente enfatiza que raça/cor não deve ser compreendida como um fator biológico, mas como marcador social de desigualdades. Mulheres pardas e negras apresentam maior exposição a contextos de pobreza, menor acesso à educação formal, maior dependência econômica de parceiros e maior dificuldade de acesso a serviços de

saúde de qualidade, fatores que contribuem para o diagnóstico tardio e pior prognóstico do HIV/AIDS (Gonçalves; Silva; Rosa, 2024).

No Maranhão, onde a população parda representa parcela expressiva dos habitantes, esses achados reforçam a necessidade de políticas públicas que incorporem a equidade racial como eixo estruturante das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS. A análise da escolaridade revelou maior concentração de casos entre mulheres com ensino fundamental incompleto ou ensino médio, evidenciando a relação direta entre menor nível educacional e maior vulnerabilidade ao HIV/AIDS. A baixa escolaridade impacta negativamente a compreensão das informações em saúde, a capacidade de reconhecer situações de risco e a autonomia para negociação do uso do preservativo (Silva et al., 2021).

Estudos recentes demonstram que mulheres com menor escolaridade apresentam menor adesão à terapia antirretroviral e maior risco de interrupção do tratamento, o que favorece a progressão da doença, o surgimento de infecções oportunistas e o aumento da mortalidade (Carvalho et al., 2023). Além disso, a baixa escolaridade está frequentemente associada à informalidade laboral e à instabilidade financeira, dificultando o deslocamento até os serviços de saúde e a continuidade do cuidado.

Esses achados reforçam a importância de estratégias educativas adaptadas ao nível de compreensão da população, com linguagem acessível e metodologias participativas, nas quais a Enfermagem desempenha papel central.

A predominância da exposição heterossexual entre as mulheres diagnosticadas confirma a consolidação do processo de feminização da epidemia do HIV no Brasil. Esse fenômeno tem sido amplamente discutido na literatura e está associado à desigualdade de gênero, à dificuldade de negociação do uso do preservativo e à naturalização da confiança em relações estáveis (Amaral; Silva; Lessa, 2023).

A elevada proporção de registros ignorados ou em branco na variável categoria de exposição evidencia limitações na qualidade das informações epidemiológicas. A incompletude dos dados compromete análises mais precisas e dificulta o planejamento de ações direcionadas. Estudos recentes destacam que o preenchimento inadequado das fichas de notificação ainda é um desafio recorrente nos serviços de saúde brasileiros (Furtado; Arlindo; Vitorato, 2022).

7.2 Mortalidade por HIV/AIDS: diagnóstico tardio e falhas no cuidado contínuo

A análise dos óbitos por HIV/AIDS em mulheres no período estudado evidencia um cenário marcado por múltiplas vulnerabilidades que se acumulam ao longo do curso da vida e do processo de adoecimento. O número expressivo de mortes, especialmente concentradas nos primeiros anos da série histórica, reforça que, apesar dos avanços terapêuticos e da ampla disponibilidade da terapia antirretroviral no Sistema Único de Saúde, a mortalidade feminina por HIV/AIDS permanece como um importante problema de saúde pública.

A distribuição etária dos óbitos, com predominância entre mulheres de 30 a 44 anos, revela que a morte ocorre em uma fase central da vida produtiva e reprodutiva. Esse achado aponta para perdas sociais e econômicas significativas, além de impactos diretos sobre a estrutura familiar, sobretudo quando se considera que muitas dessas mulheres exercem papel central no cuidado dos filhos e de outros membros da família. Estudos recentes indicam que a mortalidade por HIV/AIDS nessa faixa etária está fortemente associada ao diagnóstico tardio, iniciado muitas vezes apenas após o surgimento de infecções oportunistas ou manifestações clínicas graves (Dias et al., 2024; Pereira et al., 2021).

No que se refere à raça/cor, a maior proporção de óbitos entre mulheres pardas reflete as desigualdades estruturais que atravessam o acesso ao diagnóstico oportuno e ao cuidado contínuo. A literatura aponta que mulheres negras e pardas apresentam maior risco de evolução desfavorável da infecção pelo HIV, não por fatores biológicos, mas pela exposição a contextos de vulnerabilidade social, menor acesso aos serviços especializados e maior dificuldade de manutenção do seguimento clínico (Batista et al., 2022; Werneck, 2023). Esse achado reforça que a mortalidade por HIV/AIDS deve ser compreendida como expressão das iniquidades sociais em saúde.

A análise da escolaridade entre as mulheres que foram a óbito evidencia que a maioria possuía baixa escolaridade, especialmente ensino fundamental incompleto ou médio. Esse fator tem sido consistentemente associado, na literatura, à menor adesão ao tratamento antirretroviral, dificuldade de compreensão das orientações terapêuticas e maior risco de abandono do acompanhamento em saúde. Estudos recentes demonstram que a baixa escolaridade compromete o letramento em saúde e limita a capacidade das mulheres em reconhecer sinais de agravamento clínico, retardando a busca por assistência (Carvalho et al., 2023; Silva et al., 2021).

Outro aspecto relevante refere-se ao local de ocorrência dos óbitos, predominantemente em ambiente hospitalar. Esse dado sugere que grande parte das mulheres acessou os serviços de saúde apenas em estágios avançados da doença, frequentemente em situação de urgência ou internação por complicações associadas à imunossupressão. A literatura descreve que o óbito hospitalar, em casos de HIV/AIDS, está fortemente relacionado a falhas na continuidade do cuidado, que inclui desde a testagem precoce até a retenção no acompanhamento e a adesão sustentada à terapia antirretroviral (Dias et al., 2024).

Além disso, observa-se que a ocorrência de óbitos mesmo em um contexto de ampla oferta de tratamento gratuito evidencia lacunas na articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. A dificuldade de integração entre a Atenção Primária, os serviços especializados e a rede hospitalar comprometem a longitudinalidade do cuidado, favorecendo perdas de seguimento e atrasos na intervenção clínica. Estudos apontam que mulheres em situação de vulnerabilidade social apresentam maior probabilidade de interrupção do tratamento e menor vínculo com os serviços de saúde, fatores diretamente associados ao aumento da mortalidade (Costa; Nogueira, 2023).

Do ponto de vista da Enfermagem, esses achados reforçam a necessidade de fortalecer estratégias de acompanhamento contínuo das mulheres vivendo com HIV, com foco especial na identificação precoce de sinais de abandono do tratamento, no acolhimento humanizado e na redução do estigma. A atuação do enfermeiro no monitoramento da adesão, no aconselhamento contínuo e na articulação com a rede de apoio social é apontada na literatura como fundamental para reduzir desfechos desfavoráveis, incluindo o óbito evitável por HIV/AIDS (Almeida et al., 2022).

Portanto, a mortalidade por HIV/AIDS observada neste estudo não pode ser atribuída exclusivamente à evolução clínica da doença, mas deve ser compreendida como resultado de um conjunto de falhas estruturais, sociais e assistenciais ao longo do cuidado contínuo. A superação desse cenário exige investimentos em políticas públicas voltadas à equidade, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e valorização do papel da Enfermagem na coordenação do cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS.

Diante dos achados, evidencia-se o papel estratégico da Enfermagem no enfrentamento do HIV/AIDS, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. O enfermeiro atua como profissional-chave na realização de testagens rápidas, no aconselhamento pré e pós-teste, no acompanhamento da adesão à terapia antirretroviral e na promoção do cuidado integral e humanizado.

A literatura aponta que intervenções conduzidas por enfermeiros, baseadas no fortalecimento do vínculo, na escuta qualificada e na redução do estigma, apresentam impacto positivo na adesão ao tratamento e na qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/AIDS (Almeida et al., 2022; Costa; Nogueira, 2023). Assim, investir na capacitação permanente desses profissionais e na valorização da Enfermagem é fundamental para a redução da morbimortalidade associada ao HIV no Maranhão.

Como limitações do estudo, destaca-se o uso de dados secundários provenientes de sistemas em modo público, os quais estão sujeitos à subnotificação, inconsistências no preenchimento, campos ignorados ou incompletos. Tais limitações podem restringir a precisão das análises e influenciar a interpretação dos resultados. Apesar dessas limitações, os achados fornecem subsídios relevantes para a compreensão do perfil epidemiológico do HIV/AIDS em mulheres no Maranhão, contribuindo para o planejamento de ações de saúde e para o fortalecimento das práticas de Enfermagem no enfrentamento da doença.

8 CONCLUSÃO

No que se refere ao contexto da infecção pelo HIV/AIDS as mulheres participam de um grupo de vulnerabilidade que é construído a partir de um conjunto de fatores sociais, econômicos, individuais e culturais, que são amplamente notados pelas desigualdades de gênero. Além disso, poder do patriarcado nas relações afetivo-sexuais, a dificuldade de negociação do uso do preservativo, dependência econômica, sobrecarga de responsabilidades familiares e os preconceitos associados à infecção são fatores que contribuem para o aumento do risco de exposição, atraso no diagnóstico e adesão ao tratamento.

Dessa maneira, o presente estudo permitiu delinear o perfil epidemiológico do HIV/AIDS em mulheres no estado do Maranhão, no período de 2015 a 2024, evidenciando que a infecção permanecem como um relevante problema de saúde pública, marcado por importantes desigualdades sociais, demográficas e assistenciais. A análise dos dados revelou oscilações temporais nos casos notificados, com períodos de aumento e redução, refletindo tanto avanços nas estratégias de testagem e vigilância quanto fragilidades estruturais do sistema de saúde, especialmente durante a pandemia de COVID-19.

Observou-se predominância de casos entre mulheres em idade produtiva e reprodutiva, especialmente na faixa etária de 32 a 38 anos, o que evidencia impactos que extrapolam a dimensão individual da doença, alcançando o contexto familiar, social e econômico. O predomínio de mulheres pardas e com baixa escolaridade entre os casos e óbitos reforça a influência dos determinantes sociais da saúde e do racismo estrutural na vulnerabilidade ao HIV/AIDS, indicando que a epidemia se manifesta de forma desigual e profundamente relacionada às condições de vida da população feminina.

A exposição heterossexual como principal categoria de transmissão confirma a consolidação do processo de feminização da epidemia, evidenciando a persistência de desigualdades de gênero que dificultam a negociação de práticas sexuais seguras. Ademais, a elevada proporção de informações ignoradas ou incompletas nas notificações aponta limitações na qualidade dos sistemas de informação em saúde, o que pode comprometer o planejamento e a efetividade das ações de enfrentamento da doença.

No que se refere à mortalidade, os achados demonstraram que um número expressivo de óbitos ocorre em mulheres jovens, frequentemente em ambiente hospitalar, sugerindo diagnóstico tardio e falhas ao longo do cuidado contínuo. Esse cenário evidencia que, apesar da disponibilidade gratuita da terapia antirretroviral no Sistema Único de Saúde, persistem desafios relacionados ao acesso oportuno, à adesão ao tratamento e à continuidade do acompanhamento, especialmente entre mulheres em situação de vulnerabilidade social.

Diante desses achados, destaca-se o papel estratégico da Enfermagem no enfrentamento do HIV/AIDS, particularmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. A atuação do enfermeiro na promoção da saúde, na realização de testagens rápidas, no aconselhamento, no acompanhamento da adesão à terapia antirretroviral e no cuidado humanizado é fundamental para o diagnóstico precoce, a redução da morbimortalidade e a melhoria da qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/AIDS.

Conclui-se que o enfrentamento do HIV/AIDS em mulheres no Maranhão exige ações integradas e intersetoriais, com fortalecimento das políticas públicas voltadas à equidade, ampliação do acesso aos serviços de saúde, qualificação contínua dos profissionais e valorização da Enfermagem como eixo central do cuidado. Recomenda-se, ainda, o investimento em estratégias educativas sensíveis às questões de gênero, raça/cor e escolaridade, bem como o aprimoramento dos sistemas de informação em saúde, a fim de subsidiar decisões mais eficazes e contribuir para a redução das desigualdades e dos desfechos desfavoráveis associados ao HIV/AIDS.

REFERÊNCIAS

- ADRARO, W. R.; ABESHU, G.; ABAMECHA, F. Physical and psychological impact of HIV/AIDS toward youths in Southwest Ethiopia: a phenomenological study. **BMC Public Health**, v. 24, n. 2963, 2024. Disponível em: <https://rdcu.be/eIpzS>. Acesso em: set. 2025.
- AGOSTINI, R. et al. A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4599–4604, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25542019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8kskKTq9StVQYtMxrwr4KL/?lang=pt>
- ALMEIDA, M. S. et al. Atuação da enfermagem no cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 4, p. e20210456, 2022.
- AMARAL, G. M. C.; SILVA, L. E. O.; LESSA, S. S. Análise das medidas combinadas de prevenção da incidência de HIV/AIDS no Brasil (1980–2020). **Revista Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 35, 2023. DOI: 10.5327/DST-2177- 82642023351389. Disponível em: <https://www.bjstd.org/revista/article/view/1389>. Acesso em: 27 set. 2025.
- BATISTA, L. E. et al. Racismo estrutural e iniquidades em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, p. e210356, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: ONU, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 27 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica- HIV/AIDS, Hepatites e outras DST nº18**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/atencao-basica/cadernos-de-atencao-basica-18.pdf/view>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Importância dos sistemas de informação em saúde para a vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM: manual para preenchimento da Declaração de Óbito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sistema de Controle de Exames Laboratoriais –**

SISCEL: manual do usuário. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 27 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2023.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico- HIV e Aids: Número Especial, dezembro de 2024.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletinsepidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf. Acesso em: 4 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2024.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

CARVALHO, P. M. et al. Escolaridade e adesão à terapia antirretroviral em mulheres vivendo com HIV. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, p. 18, 2023.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Pneumocystis pneumonia — Los Angeles. Morbidity and Mortality **Weekly Report (MMWR)**, v. 30, n. 21, p. 250–252, 1981. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000567.htm>. Acesso em: 4 out. 2025.

COSTA, R. S.; NOGUEIRA, L. M. V. Cuidado de enfermagem e adesão ao tratamento antirretroviral. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, p. eAPE02142, 2023.

DESLANDES, S. F. et al. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**, v. 2, p. 195–223, 2002.

DIAS, R. S. et al. Mortalidade por HIV/AIDS no Brasil: tendências recentes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 33, n. 1, p. e2023087, 2024.

FONSECA, E. M.; SANTOS, L. A. Impactos da pandemia de COVID-19 no diagnóstico do HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 3721–3730, 2021.

FURTADO, Lorraina Jordana Benvenuti; ARLINDO, Samara Barbosa; VETORAZO, Jabneela Vieira Pereira. Sistema de Informação em Saúde Pública (SIS): apoio, tecnologia e aplicabilidade. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 20, p. e11238- e11238, 2022.

GAYLE, H. D.; COLINA, G. Impacto global do vírus da imunodeficiência humana e AIDS. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 14, n. 2, p. 327–335, 2001.

GONÇALVES, T. et al. Perfil epidemiológico de indivíduos com HIV/Aids em município no Maranhão, Brasil, de 2017 a 2020. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 14, n. 1, 2024. DOI: [10.17058/reci.v14i1.18161](https://doi.org/10.17058/reci.v14i1.18161). Disponível em: <https://seer.unisc.br/index.php/epidemiologia/article/view/18161>. Acesso em: 1 out. 2025.

GONÇALVES, J. R.; SILVA, A. C.; ROSA, T. E. HIV/AIDS em mulheres no Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 27, p. e240012, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022: população residente, área territorial e densidade demográfica do estado do Maranhão e demais unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma.html>. Acesso em: 04 jan. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente com data de referência em 1º de julho de 2024**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2024/POP2024_20241230.pdf. Acesso em: 04 jan. 2026.

LEMONS, E.R.S. et al. **Tópicos em virologia** / organizado por Elba Regina Sampaio de Lemos, et al. —Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2023.

LIMA, M. S. et al. Ampliação do acesso à testagem rápida para HIV no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 6, p. e20201234, 2021.

MELO, E. A.; MAKSOUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/AIDS e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, n. 151, 2018. Disponível em: [Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?](#) . Acesso em: 03 set. 2025.

MURRAY, P.R.; ROSENTHAL, K.R.; PFALLER, M.A. **Microbiología médica**. 9. ed. Elsevier Health Sciences, 2021.

MORGENSTERN, H. Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles, and methods. **Annual Review of Public Health**, v. 16, p. 61-81, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.16.050195.000425>.

PEREIRA, G. F. M. et al. Diagnóstico tardio do HIV e fatores associados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 3, p. e2020765, 2021.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS sobre HIV/AIDS- UNAIDS. **Ficha Informativa- Estatísticas globais sobre HIV e AIDS-2024**. 2024. Disponível em: [20240722 UNAIDS Global HIV Factsheet PTBR.pdf](#). Acesso em: 03 set.2025.

SANTOS, M. R.; BARBOSA, R. M. Vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, p. e210489, 2022.

SILVA, A. F. et al. Determinantes sociais da saúde e HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 4, p. 1023-1032, 2021.

SILVA, L. L. et al. Impactos da COVID-19 nos serviços de HIV/AIDS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 89-101, 2022.

TAVARES, Aline Menezes Rossi. Perfil epidemiológico da hanseníase no estado de Mato Grosso: estudo descritivo. **Einstein (São Paulo)**, v. 19, p. eAO5622, 2021.

TREVES-KAGAN, S. *et al.* Why increasing availability of ART is not enough: a rapid, community-based study on how HIV-related stigma impacts engagement to care in rural South Africa. **BMC Public Health**. v.16, n.87 2015. Disponível em: [Why increasing availability of ART is not enough: a rapid, community-based study on how HIV-related stigma impacts engagement to care in rural South Africa | BMC Public Health | Full Text](#)

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet 2024. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2024.

VIEIRA, Sonia. **Fundamentos de estatística**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019. p. 181

VIDAL, E.C.F. *et al.* Políticas Públicas para a pessoas com HIV: Discutindo direitos sexuais e reprodutivos. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 166-174, 2009.

VILLARINHO, Mariana Vieira; et al. *Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e assistência às pessoas com a doença*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.2, pp.271-277, 2013.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/Aids no Brasil: avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 87-96, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/141381232017221.142220>

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. e220987, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **HIV e AIDS Fact Sheet. 2025**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>. Acesso em: set.2025.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A- Questionário dos casos notificados de HIV/AIDS no SINAN

1. Variáveis Sociodemográficas Ano da notificação:

1.1 **UF Residência:** Maranhão

1.2 **Sexo:**

- Masculino ()

- Feminino ()

1.4 **Idade:** _____

1.5 **Cor**

- Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena ()

1.6 Escolaridade:

-Analfabeto ()

-1º a 4º série incompleta ()

- 4º série completa ()

- 5º a 8º série completa ()

- Fundamental Completo ()

- Fundamental Incompleto ()

- Médio Incompleto ()

- Médio Completo ()

- Superior Incompleto ()

- Superior Completo ()

-Ensino superior incompleto ()

1.7 Categoria de Exposição Hierárquica:

- Homossexual () Bissexual ()

- Heterossexual ()

- Usuários de Drogas Injetáveis ()

- Hemofílico ()

- Transfusão ()

- Acidente com Material Biológico ()

- Transmissão Vertical ()

ANEXO B Questionário dos óbitos notificados no SIM**1. Variáveis**

1.1 Períodos Disponíveis/ Ano da Notificação: 2015-2024

1.2 UF Residência: Maranhão

1.3 Sexo:

- Masculino ()

- Feminino ()

1.4 Idade: _____

1.5 Cor

- Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena ()

1.6 Escolaridade:

-Analfabeto () -1º a 4º série incompleta () - 4º série completa ()

- 5º a 8º série completa () - 8º Fundamental Completo ()

- Fundamental Incompleto () Médio Incompleto ()

- Médio Completo () Superior Incompleto ()

- Superior Completo () Ensino superior incompleto ()

1.7 Estado Civil

- Solteira ()

- Casada ()

- Viúva ()

- Separada Judicialmente ()

- Outro ()

- Ignorado ()

1.8 Local de Ocorrência

- Hospital ()

- Outro Estabelecimento de Saúde ()

- Via Pública ()

- Outro ()

- Ignorado ()

ANEXO A Ficha de notificação de HIV/AIDS do SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO: AID8 (Pacientes com 13 anos ou mais)		Nº		
Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de caso de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).								
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2	Agravamento		AID8		3	Data da Notificação	
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data do Diagnóstico	
Notificação Epidemiológica	8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento	
	10	(Sexo) (Raça)		11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Indígena 5 - Não se aplica	
	13	Exclusões: 1 - 1ª e 4ª série incompletas de CT sem registro de 1ª série 2 - 1ª e 4ª série incompletas de 1ª série com registro de 1ª série 3 - 1ª e 4ª série incompletas de 1ª série com registro de 1ª série 4 - 1ª e 4ª série incompletas de 1ª série com registro de 1ª série				14	País/Cor	
	15	Número do Cartão SUS		16		Nome da Mãe		
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)		19	Bairro
	20	Endereço (rua, avenida...)		Código		21	CEP	
	22	Número		23	Complemento (apto, casa...)	24		Outro campo 1
	25	Outro campo 2		26	Unidade de Referência	27		CEP
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 4 - Ignorado	30		País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso							
Informações Epidemiológicas	31	Ocupação				32	Provável modo de transmissão	
	33	Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmitido vertical 3 - Ignorado		34	Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmitido sexual 5 - Ignorado			
	35	Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		36	Uso de drogas injetáveis 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado			
	37	Transfusão sanguínea 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		38	Acidente com material biológico com possível contaminação por HIV 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado			
	39	Data da transfusão/sanguínea		40	UF			
	41	Município onde ocorreu a transfusão/sanguínea		42	Código (IBGE)			
Dados de Laboratório	43	Instituição onde ocorreu a transfusão/sanguínea		Código		44	Após investigação realizada conforme algoritmo do IN DST/AIDS, a transfusão/sanguínea com material biológico foi considerada causa de infecção pelo HIV?	
	45	Evidência laboratorial de infecção pelo HIV				46	Teste de triagem	
	47	Data da coleta		48	Teste de triagem			
	49	Teste rápido 1		50	Teste rápido 2			

Código de distribuição de causa de óbito	01 Critério Rio de Janeiro/Cariacasa 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado ☐ Sarampo de Kopoli (10) ☐ Tuberculose disseminada (doença pulmonar não cavitária) (10) ☐ Carcinoma oral ou laringofaríngea pilosa (5) ☐ Tuberculose pulmonar cavitária sem lesão específica (5) ☐ Herpes zoster em indivíduo maior ou igual a 60 anos (5) ☐ Distúrbio do sistema nervoso central (5) ☐ Diarréia aguda ou maior a 1 mês (2) ☐ Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*	3 - Ignorado ☐ Casuaria ou peste do porco maior que 10% (2)* ☐ Anemia maior ou igual a 1 mês (2)* ☐ Dermatite paraneoplásica (2) ☐ Anemia ou linfopenia ou trombocitopenia (2) ☐ Toxemia paraneoplásica ou qualquer anemias (2)* ☐ Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-intra-axilares e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) *Excluída a tuberculose como causa
	02 Critério CUC adaptado 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado ☐ Câncer cervical invasivo ☐ Carcinoma de esôfago ☐ Carcinoma de traqueia, brônquios ou pulmão ☐ Cromogelovírus (exceto fígado, bazo ou linfonodos) ☐ Criptococose extrapulmonar ☐ Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês ☐ Herpes simples mucocutâneo > 1 mês ☐ Histoplasmoses disseminadas ☐ Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês	3 - Ignorado ☐ Leucoencefalopatia multifocal progressiva ☐ Linfoma não Hodgkin a partir linfonos ☐ Linfoma primário do intestino ☐ Mycobacterium disseminado exceto linfonodos e fígado ☐ Pneumonia (excl. <i>Pneumocystis carinii</i>) ☐ Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite ou miocardite) ☐ Salmonelose (exceto febre tifoide não-óbito) ☐ Toxoplasmoses cerebrais ☐ Contagem de linfócitos T CD4+ maior que 350 células/mm ³
	03 Critério óbito Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada a imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado
04	05	06
07	08	09
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99

Aids em pacientes com 12 anos ou mais.

SUSNET

SVS 18/06/2004

ANEXO B Declaração de óbito do SIM

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
I	Cartório	1. Cartório	2. Registro
	3. Data	4. UF	5. Cidade
II	Identificação	6. Município	7. Cartão SUS
		8. Naturalidade	9. Nome do falecido
		10. Nome da mãe	11. Nome da pai
		12. Data de Nascimento	13. Idade
III	Residência	14. Local de residência	15. Endereço
		16. Bairro/Cidade	17. Município de residência
IV	Ocorrência	18. Local de ocorrência do óbito	19. Estabelecimento
		20. Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência	21. Município de ocorrência
V	Fetal ou menor que 1 ano	22. Idade	23. Sexo
		24. Data de nascimento	25. Ocupação habitual e nome de atividade
VI	Condições e causas do óbito	26. Tipo de parto	27. Tipo de parto
		28. Tipo de parto	29. Tipo de parto
VII	Médico	30. Nome do médico	31. CRM
		32. Data do atendimento	33. Assinatura
VIII	Causas externas	34. Tipo	35. Acidente de trabalho
		36. Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local do ocorrido	37. Fonte da informação
IX	Local de morte	38. Declarante	39. Testemunhas
		40. Assinatura	41. Assinatura