01 ENTRE AVANÇOS E DESAFIOS: O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HIV/AIDS EM PERNAMBUCO NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS

Maria Alice Pereira de Souza Leal[1]
Maria Eduarda Pereira de Almeida[2]
Irene Maria Barbosa Cordeiro[2]
Grazielle dos Santos Vasconcelos[2]

[1]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.13.chap1

RESUMO

No período de 2021 a 2025, foram notificados 16.257 casos de infecção pelo HIV em Pernambuco, com média anual de 3.251 casos e taxa média de detecção de 34,16 por 100 mil habitantes, evidenciando estabilidade da epidemia ao longo dos anos. Observou-se concentração dos casos na I Região de Saúde e maior ocorrência entre indivíduos do sexo masculino, jovens e adultos, com predominância na faixa etária de 20 a 39 anos e entre pessoas declaradas pardas. A transmissão sexual foi a principal via de infecção, com destaque para a exposição heterossexual, embora entre homens também se evidencie importante participação da relação homossexual. No período, foram registrados 2.418 casos de gestantes vivendo com HIV, com elevada proporção de reali-

zação de pré-natal e diagnóstico no mesmo momento, porém com fragilidades no uso de terapia antirretroviral. Em relação à aids, foram notificados 5.101 casos, com predomínio do sexo masculino e maior concentração em adultos. Foram registrados ainda 2.491 óbitos por aids, com concentração entre homens e adultos em idade de 40 à 49 anos declarados pardos, com tendência de redução no período. Esses achados apontam para a persistência de desafios relacionados ao diagnóstico precoce, à adesão ao tratamento e à continuidade do cuidado. Destaca-se a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção combinada, ampliação da testagem e integração da Rede de Atenção à Saúde, com foco no acompanhamento contínuo e no aprimoramento da vigilância epidemiológica.

Palavras-chave: HIV, AIDS, Perfil epidemiológico

INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um agente etiológico que compromete progressivamente o sistema imunológico, podendo evoluir, na ausência de tratamento, para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), condição caracterizada pela imunodeficiência avançada e pela ocorrência de infecções oportunistas. A transmissão ocorre principalmente por via sexual desprotegida (vaginal, anal ou oral), parenteral (compartilhamento de agulhas ou transfusões) e vertical (gestacional, parto ou amamentação)[1].

Embora incurável, o HIV é tratado através da Terapia Antirretroviral (TARV), que inibe a replicação viral e restaura o sistema imunológico. Em indivíduos com adesão adequada à TARV e manutenção de carga viral indetectável por, no mínimo, seis meses, essa condição é sintetizada pelo conceito "indetectável = intransmissível" (I=I)[2-5].

No Brasil, a universalização da TARV pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1996, representou um marco na resposta

à epidemia, com impacto significativo para a redução da morbimortalidade e para o alinhamento do país às estratégias globais de controle do HIV. Nesse contexto, destacam-se as metas 95-95-95 estabelecidas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), que preconizam que 95% das pessoas vivendo com HIV conheçam seu diagnóstico, 95% dessas estejam em tratamento e 95% das pessoas em tratamento alcancem supressão viral[6]. Em 2023, o Brasil atingiu, respectivamente, 91%, 83% e 95% desses indicadores. Tais compromissos estão inseridos na Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em especial no ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas, incluindo a meta de eliminação da aids como problema de saúde pública até 2030[7].

Neste contexto, o HIV e a aids configuram uma das epidemias mais impactantes da história recente da saúde pública, demandando análise contínua de seus padrões epidemiológicos e das estratégias de enfrentamento ao longo do tempo. Desde o início da epidemia, estima-se que 91,4 milhões de pessoas tenham sido infectadas pelo HIV em todo o mundo, evidenciando seu impacto global histórico. Em 2023, aproximadamente 39,8 milhões de pessoas viviam com HIV, com cerca de 1,3 milhão de novas infecções registradas no mesmo ano[8].

No Brasil, desde o início da epidemia, na década de 1980, foram registrados 1.679.622 casos cumulativos de HIV ou aids até setembro de 2025, demonstrando a relevância epidemiológica do agravo no país. Nos anos mais recentes, observa-se relativa estabilidade nas taxas de detecção de infecção pelo HIV, com registro de 39.216 casos em 2024 (18,4 por 100 mil habitantes), em comparação a 38.222 em 2023 (18,1 por 100 mil habitantes). Quanto aos casos de aids, verifica-se redução de 1,5% (37.527 em 2023 para 36.955 em 2024) com queda da taxa de detecção de 17,7 para 17,4 por 100 mil habitantes. Na mortalidade, observa-se declínio mais expressivo, com redução de 12,8% nos óbitos por aids, passando de 10.500 para 9.157 no mesmo período (3,9

para 3,4 óbitos por 100 mil habitantes), refletindo avanços importantes na resposta nacional[9]. Esses resultados estão diretamente associados à ampliação da testagem, ao início oportuno da terapia antirretroviral (TARV), à incorporação de estratégias de prevenção combinada e à integração dos sistemas de informação em saúde, incluindo o Sinan, SIM, Siscel, Siclom e Sinasc, contribuindo para o aprimoramento da vigilância epidemiológica e da gestão de políticas públicas[7,9].

Esses padrões nacionais, articulados a iniciativas recentes como o Programa Brasil Saudável, evidenciam avanços na resposta à epidemia, mas ainda expõem desafios como o diagnóstico tardio, as perdas no seguimento e as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Esse cenário reforça a necessidade de fortalecimento da vigilância em saúde, com ênfase no monitoramento contínuo dos casos e no uso estratégico dos dados, destacando a importância da análise do perfil epidemiológico para subsidiar a compreensão da dinâmica da epidemia.

Diante desse contexto, o presente capítulo tem como objetivo delinear o perfil epidemiológico do HIV/aids no estado de Pernambuco nos últimos cinco anos (2021–2025), por meio de análise descritiva de séries temporais. Busca-se, assim, apresentar e sistematizar informações que contribuam para a compreensão do cenário epidemiológico do estado de Pernambuco, evidenciando avanços e desafios no controle da epidemia.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa dos casos diagnosticados de HIV e aids no estado de Pernambuco no período de 2021 à 2025. Os dados foram coletados no mês de maio de 2026, portanto, devem ser interpretados com cautela, uma vez que estão sujeitos a atualizações posteriores nos sistemas de informação.

O estado de Pernambuco está situado na região Nordeste do Brasil, com área territorial de aproximadamente 98.064,4 km² e

densidade demográfica de cerca de 92,37 hab/km², com população estimada para 2025 de 9.562.007 habitantes, divididos administrativamente em 12 Regiões de Saúde, com população distribuída em 184 municípios e o distrito de Fernando de Noronha, o que o posiciona como o segundo estado mais populoso da região Nordeste e o sexto do país[10].

Neste estudo foram utilizadas informações dos casos de HIV e aids em pessoas maiores de 13 anos, gestantes com HIV, e crianças com HIV e aids notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Para o cálculo das taxas de detecção de casos de HIV e aids, considerou-se como numerador o total de casos na população analisada em cada ano e como denominador a população residente estimada no mesmo período, com os resultados expressos por 100 mil habitantes. Para a taxa de detecção de gestantes vivendo com HIV, utilizou-se como numerador o número total de gestantes com HIV e como denominador o número de nascidos vivos no respectivo ano analisado, expresso por 1.000 habitantes[11]. Para os cálculos foram utilizados dados demográficos e de estatísticas vitais disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) para obtenção de estimativas da população residente e nascidos vivos.

A coleta de dados foi realizada por meio de acesso autorizado ao Sinan seguindo as diretrizes de confidencialidade e tabulados através da plataforma Tabwin 32. Para realização da análise dos dados utilizou-se o software Microsoft Excel 2017 por Windows®, no qual os resultados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas. Foram considerados critérios de inclusão todos os casos notificados ao Sinan com diagnóstico entre os anos de 2021 a 2025 e residentes no estado de Pernambuco, e para o critério de exclusão foram desconsideradas as notificações com campo de município de residência não preenchido/ignorado. As variáveis analisadas no estudo para cada tipo de notificação foram:

Casos de HIV e aids em crianças e adultos: ano de diagnóstico; município de residência; região de saúde sexo; faixa etária;

raça/cor; escolaridade; categoria de exposição hierarquizada; e evolução do caso.

Casos de gestantes com HIV: ano de diagnóstico; faixa etária; raça/cor; escolaridade; momento do diagnóstico; realização do pré-natal; uso da ARV no pré-natal; e uso da ARV no momento do parto.

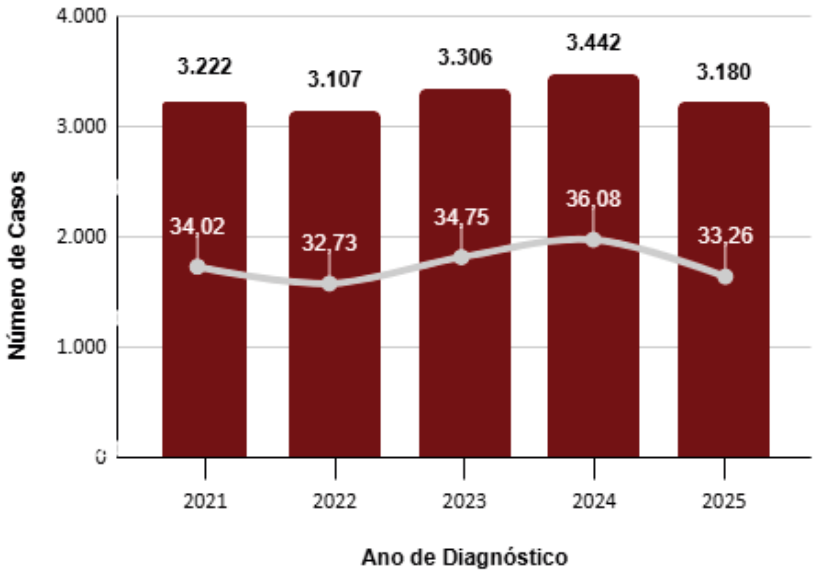
Por se tratar de análise de dados secundários sem identificação nominal e por não incluir variáveis que possibilitem a identificação dos indivíduos analisados, este estudo não necessitou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, conforme estabelecido pela Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, este estudo seguiu todos os preceitos éticos aplicáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2021 a 2025, foram registrados 16.257 casos de infecção pelo HIV em adultos e crianças no estado de Pernambuco, considerando o ano de diagnóstico, o que corresponde a uma média anual de 3.251 casos e a uma taxa de detecção média de 34,16 por 100 mil habitantes. Como demonstrado no gráfico da Figura 1, a análise evidenciou um comportamento relativamente estável da epidemia no estado, com pequenas oscilações ao longo dos anos. Observou-se redução entre 2021 (n=3.222; t.d.=34,02/100 mil hab.) e 2022 (n=3.107; t.d.=32,73), seguida de incremento em 2023 (n=3.306; t.d.=34,75) e 2024 (n=3.442; t.d.=36,08), este último correspondendo ao maior valor do período, e posterior redução em 2025 (n=3.180; t.d.=33,26).

Esse comportamento sugere a persistência da transmissão em níveis sustentados, sem redução expressiva da incidência no período, o que pode refletir tanto a continuidade da cadeia de transmissão quanto avanços na ampliação do acesso ao diagnóstico. A redução observada entre 2021 e 2022, pode refletir tantas variações reais na transmissão quanto flutuações na capacidade de transmissão e diagnóstico, especialmente considerando o contexto pós-pandemia de COVID-19, que afetou serviços de saúde em todo o país[12].

Figura 1. Casos de infecção pelo HIV em adultos e crianças, e taxa de detecção por 100.000 habitantes, segundo ano de diagnóstico. Pernambuco, 2021 à 2025.



Fonte: Sinan/GVIST/DGVE/SEVSAP/SES-PE.*Dados atualizados em 15/05/2026, sujeitos à alteração.

No que se refere à distribuição por Regiões de Saúde, verificou-se uma forte concentração dos casos na I Região, totalizando 11.265 notificações no período, correspondendo à maior proporção de casos no estado. As demais regiões apresentaram quantitativos significativamente inferiores, com destaque para a IV Região (n=1.425) e a III Região (n=880). As Regiões II (n=597), VIII (n=523) e XII (n=500) também apresentam valores moderados, enquanto as demais regiões registram baixos volumes de casos, todos abaixo de 300 no período analisado. Esse padrão evidenciou uma distribuição desigual da infecção pelo HIV em Pernambuco, fortemente concentrada em regiões mais urbanizadas e populosas, enquanto as regiões de menor porte apresentam menor número absoluto de casos, alinhando-se com evidências nacionais de que a epidemia de HIV tende a ser mais intensa em áreas urbanas com

maior densidade populacional, embora isso não exclua a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e cuidado em todo o território estadual[13].

A distribuição total dos casos de HIV segundo raça/cor evidenciaram a predominância de pessoas declaradas pardas (n=10.674), mantendo-se como o grupo mais expressivo em todos os anos analisados. Em seguida, destacam-se as pessoas brancas (n=2.438) e pretas (n=2.174). Os registros classificados como ignorado/branco (n=843) indicam limitações na completude da informação, enquanto as categorias amarela (n=77) e indígena (n=51) apresentaram baixos quantitativos. Esse padrão acompanha a tendência nacional, marcada pela transição da maior proporção de casos entre pessoas brancas, até 2014, para o predomínio entre pessoas negras nos anos seguintes. Essa mudança evidencia o papel dos determinantes sociais, como desigualdades no acesso aos serviços de saúde e condições socioeconômicas, reforçando a necessidade de estratégias que considerem essas vulnerabilidades no enfrentamento da epidemia[9,14].

Segundo sexo ao nascer e faixa etária, como demonstrado na Tabela 1, no período de 2021 a 2025, evidenciou-se a predominância do sexo masculino, concentrando 11.800 casos, frente a 4.457 no sexo feminino, correspondendo a uma razão de sexo de 2,6 pessoas do sexo masculino para cada pessoa do sexo feminino no período analisado, condizendo com o cenário nacional[9]. Em ambos os sexos, observou-se maior concentração nas faixas etárias de 20 a 29 anos (n=5.482), e 30 a 39 anos (n=4.723), que juntas correspondem à maior parte das notificações no período, indicando maior impacto da infecção na população jovem adulta.

Tabela 1. Casos de Infeccção pelo HIV em Adultos e Crianças, segundo ano de diagnóstico, sexo ao nascer e faixa etária. Pernambuco, 2021 e 2025*

Faixa Etária	Masculino Ano de Diagnóstico 2021 (n)	2022 (n)	2023 (n)	2024 (n)	2025 (n)	Total (n)	Feminino Ano de Diagnóstico 2021 (n)	2022 (n)	2023 (n)	2024 (n)	2025 (n)	Total (n)
<1 ano	3	2	0	2	2	**9**	5	2	2	2	1	**12**
1 a 4 anos	2	3	2	3	0	**10**	7	4	5	1	1	**18**
5 a 9 anos	1	1	1	0	0	**3**	0	1	1	0	0	**2**
10 a 14 anos	1	1	0	3	2	**7**	9	1	1	4	2	**17**
15 a 19 anos	97	72	92	80	77	**418**	49	43	41	41	31	**205**
20 a 29 anos	916	836	846	926	882	**4.406**	238	228	205	225	180	**1.076**
30 a 39 anos	692	666	741	736	702	**3.537**	247	218	266	224	231	**1.186**
40 a 49 anos	364	366	404	422	372	**1.928**	220	202	210	243	188	**1.063**
50 a 59 anos	158	220	226	243	206	**1.053**	112	119	121	120	130	**602**
60 a 69 anos	53	62	68	78	74	**335**	32	34	39	54	65	**224**
70 a 79 anos	11	16	17	20	15	**79**	2	4	14	11	12	**43**
80 anos e mais	1	1	3	4	6	**15**	2	5	1	0	1	**9**
Total	**2.299**	**2.246**	**2.400**	**2.517**	**2.338**	**11.800**	**923**	**861**	**906**	**925**	**842**	**4.457**

Fonte: Sinan/GVIST/DGVE/SEVSAP/SES-PE. *Dados atualizados em 15/05/2026, sujeitos à alteração.

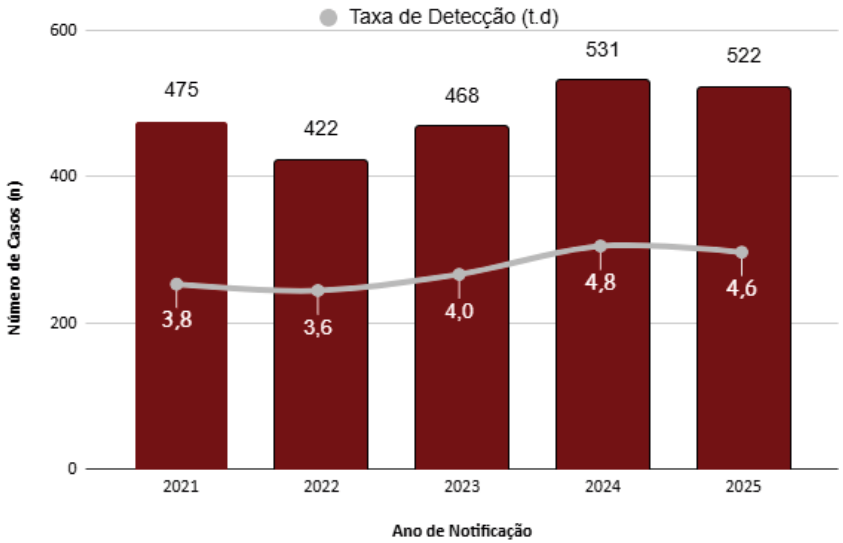
Quando observada a escolaridade de pessoas maiores de 13 anos com HIV, os dados demonstram elevada proporção de registros ignorado/branco (n=4.798), indicando limitações críticas na completude da informação no Sinan. Ressalta-se que essa base constitui uma das principais fontes utilizadas para a vigilância epidemiológica nacional, contudo, fragilidades como a subnotificação de casos e o preenchimento incompleto das fichas, frequentemente associados ao baixo engajamento de profissionais de saúde nos processos de notificação, comprometem a qualidade dos dados e podem impactar a consistência das análises[15]. Entre os casos com dados preenchidos, predominaram indivíduos com ensino médio completo (n=3.982), seguido por aqueles com ensino fundamental

incompleto (n=1.724) e ensino superior completo (n=1.404). Na mesma faixa etária, segundo categoria de exposição, evidenciou-se predomínio da transmissão heterossexual (n=7.209 casos), seguida das categorias homossexual (n=4.517) e ignorado (n=2.979). A exposição bissexual soma 1.133 casos, enquanto as demais categorias apresentaram baixos quantitativos. Quando analisado de acordo com o sexo ao nascer, entre pessoas do sexo masculino destacaram-se as exposições homossexual (n=4.463) e heterossexual (n=3.429), enquanto entre as pessoas do sexo feminino predominou-se amplamente a exposição heterossexual (n=3.780). De forma geral, a transmissão sexual permanece como principal via de infecção, com diferenças no perfil de exposição entre os sexos.

No que se refere à categoria de exposição hierarquizada entre crianças menores de 13 anos, foram notificados 63 casos, onde observou-se predominância expressiva da transmissão perinatal, que correspondeu a 90,48% dos casos (n=57) no período analisado, evidenciando a relevância da transmissão vertical como principal via de infecção nessa faixa etária. As demais categorias apresentaram ocorrência residual, com registros esporádicos.

No que se refere às gestantes vivendo com HIV, foram registrados 2.418 casos entre 2021 e 2025, com taxa média de detecção de 4,1 por 1.000 nascidos vivos. Analisando o gráfico da Figura 2, verificou-se uma diminuição entre 2021 e 2022, seguida de crescimento até 2024, ano com maior número de casos (n=531; t.d=4,8), e discreta redução em 2025 (n = 522; t.d = 4,6), contudo, ressalta-se que esses valores podem ser atualizados posteriormente, conforme revisões nos sistemas de informação.

Figura 2. Número de casos e taxa de detecção de gestantes com HIV por 1.000 nascidos vivos, segundo ano de notificação. Pernambuco, 2021 à 2025.*



Fonte: Sinan/GVIST/DGVE/SEVSAP/SES-PE. *Dados atualizados em 15/05/2026, sujeitos à alteração.

Quanto à faixa etária, observou-se maior concentração entre gestantes de 20 a 29 anos (n=1.243), seguidas pelas de 30 a 39 anos (n=723). Também se destacam os registros entre adolescentes de 15 a 19 anos (n=309). Em relação à raça/cor, o estudo evidenciou predominância de gestantes declaradas pardas (n=1.714), seguidas por mulheres brancas (n=315) e pretas (n=280), enquanto as demais categorias apresentam baixa frequência. A respeito à escolaridade, observou-se maior concentração entre pessoas com ensino médio completo (n=583) e aquelas com ensino fundamental incompleto (n=548), além de elevada proporção de registros ignorados ou em branco (n=534).

Em relação ao momento do diagnóstico, como apresentado na Tabela 2, mais da metade dos casos ocorreram antes do pré-natal (53,27%), seguida daqueles identificados durante o pré-natal (36,72%). Observa-se ainda que 86,93% das gestantes realizaram pré-natal, contudo, a utilização de terapia antirretroviral nesse período foi registrada em 63,85% dos casos, com proporção relevante de informações ignoradas (22,42%). No momento do parto, o uso de antirretrovirais foi

referido em 51,82% das gestantes, enquanto 34% dos registros não continham essa informação. Esse conjunto de dados aponta para avanços no acesso ao pré-natal, mas evidenciam fragilidades na adesão ao tratamento e na qualidade do preenchimento das informações, aspectos essenciais para a prevenção da transmissão vertical.

Tabela 2. Casos de infecção do HIV em gestantes, segundo ano de notificação, momento do diagnóstico, realização de pré-natal, uso de ARV no pré-natal e uso de ARV no momento do parto. Pernambuco, 2021 à 2025*

Momento do Diagnóstico	**Ano de Notificação**					**Total (n)**	**Total (%)**
	2021 (n)	**2022 (n)**	**2023 (n)**	**2024 (n)**	**2025 (n)**		
Ign/Branco	0	0	0	0	1	**1**	**0,04**
Antes do pré-natal	214	222	261	299	292	**1.288**	**53,27**
Durante o pré-natal	197	161	163	188	179	**888**	**36,72**
Durante o parto	54	35	41	38	44	**212**	**8,77**
Após o parto	10	4	3	6	6	**29**	**1,20**
Total	**475**	**422**	**468**	**531**	**522**	**2.418**	**100,00**
Realizou Pré-natal	**Ano de Notificação**					**Total (n)**	**Total (%)**
	2021 (n)	**2022 (n)**	**2023 (n)**	**2024 (n)**	**2025 (n)**		
Ign/Branco	38	39	30	33	27	**167**	**6,91**
Sim	407	354	403	467	471	**2.102**	**86,93**
Não	30	29	35	31	24	**149**	**6,16**
Total	**475**	**422**	**468**	**531**	**522**	**2.418**	**100,00**
Uso de ARV no pré-natal	**Ano de Notificação**					**Total (n)**	**Total (%)**
	2021 (n)	**2022 (n)**	**2023 (n)**	**2024 (n)**	**2025 (n)**		
Ign/Branco	110	112	113	107	100	**542**	**22,42**
Sim	284	252	290	362	356	**1.544**	**63,85**
Não	81	58	65	62	66	**332**	**13,73**
Total	**475**	**422**	**468**	**531**	**522**	**2.418**	**100,00**
Uso do ARV no momento do parto	**Ano de Notificação**					**Total (n)**	**Total (%)**
	2021 (n)	**2022 (n)**	**2023 (n)**	**2024 (n)**	**2025 (n)**		
Ign/Branco	143	119	166	188	206	**822**	**34,00**
Sim	264	231	243	265	250	**1.253**	**51,82**
Não	68	72	59	78	66	**343**	**14,19**
Total	**475**	**422**	**468**	**531**	**522**	**2.418**	**100,00**

Fonte: Sinan/GVIST/DGVE/SEVSAP/SES-PE. *Dados atualizados em 15/05/2026, sujeitos à alteração.

Nesse contexto de casos em crianças e gestantes, destaca-se a iniciativa nacional da Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas, direcionada a estados e municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes. Essa certificação baseia-se no cumprimento de critérios mínimos de avaliação e no alcance de metas específicas estabelecidas a partir de indicadores, que devem ser sustentados ao longo do tempo. Para municípios e estados que não tenham atingido tais metas de eliminação, mas apresentam evolução nos indicadores, instituiu-se o Selo de Boas Práticas Rumo à Eliminação, estruturado em três níveis: bronze, prata ou ouro, como mecanismo indutor do aprimoramento das ações de vigilância, prevenção e cuidado. Essa abordagem busca não apenas reconhecer os avanços alcançados, mas também estimular a qualificação contínua das respostas locais, favorecendo, de forma progressiva, o alcance da eliminação da transmissão vertical dessas infecções[16,17].

No que se refere aos casos de aids, foram notificados 5.101 casos. Ao analisar a distribuição por sexo e faixa etária, observou-se predomínio do sexo masculino (n=3.517) em relação ao feminino (n=1.584), caracterizando a razão média de 2,2 pessoas do sexo masculino para cada pessoa do sexo feminino. Em ambos os sexos, há maior concentração nas faixas etárias de 30 a 39 anos (n=1.464) e 40 a 49 anos (n=1.347), seguidas pela população de 20 a 29 anos (n=1.047). No que se refere aos casos de aids em crianças menores de 5 anos, foram registrados 37 casos entre 2021 e 2025, com maior concentração, até o momento, em 2023 (n=12). Embora representem menor proporção em relação às demais faixas etárias, a ocorrência desses casos indica progressão da infecção para estágios mais avançados nessa população, sugerindo falhas no diagnóstico oportuno, tratamento e acompanhamento adequado das crianças.

Em relação à raça/cor, verificou-se predominância de pessoas declaradas pardas (n=3.59), seguidas por brancas (n=729) e pretas (n=523), enquanto as demais categorias apresentam baixa frequência. Quanto à escolaridade de adultos com aids, observa-se maior con-

centração entre indivíduos com ensino médio completo (n=1.209) e com ensino fundamental incompleto (n=666), além de elevada proporção de registros ignorados ou em branco (n=1.356). No mesmo grupo, quanto à categoria de exposição, verificou-se predominância da via heterossexual (n=2.453), seguida pelas exposições homossexual (n=933) e bissexual (n=271).

Em relação aos óbitos de adultos e crianças por aids, foram registrados 2.491 óbitos no período analisado, evidenciando tendência de redução ao longo dos anos, passando de 526 óbitos no início da série para 437 no último ano. Como observado na Tabela 3, verificou-se predomínio do sexo masculino (65,92%) em relação ao feminino (34,08%), com razão aproximada de 2 pessoas do sexo masculino para cada pessoa do sexo feminino. Quanto à faixa etária, os óbitos concentram-se principalmente entre adultos de 40 a 49 anos (n=716) e 30 a 39 anos (n=599), seguidos pelas faixas de 50 a 59 anos (n=497).

Tabela 3. Casos de óbitos aids em adultos e crianças segundo ano de diagnóstico, sexo ao nascer e faixa etária. Pernambuco, 2021 a 2025*

Faixa Etária		Ano do Óbito					Total	Total
		2021	2022	2023	2024	2025	(n)	(%)
MASCULINO	Menor 1 ano	0	0	0	1	0	**1**	**0,06**
	1 a 4 anos	0	0	0	0	0	**0**	**0,00**
	5 a 9 anos	0	0	0	0	0	**0**	**0,00**
	10 a 14 anos	0	0	0	0	0	**0**	**0,00**
	15 a 19 anos	1	2	1	1	0	**5**	**0,30**
	20 a 29 anos	45	46	34	45	35	**205**	**12,48**
	30 a 39 anos	86	93	90	78	69	**416**	**25,33**
	40 a 49 anos	97	96	98	81	72	**444**	**27,04**
	50 a 59 anos	67	72	77	55	60	**331**	**20,16**
	60 a 69 anos	35	37	25	39	35	**171**	**10,41**
	70 a 79 anos	10	4	11	15	12	**52**	**3,17**
	80 anos e mais	3	1	0	3	7	**14**	**0,85**
	Ignorada	1	1	0	0	1	**3**	**0,18**
	Total	**345**	**352**	**336**	**318**	**291**	**1.642**	**65,92**

Continuação da Tabela 1

Faixa Etária		Ano do Óbito					Total (n)	Total (%)
		2021	2022	2023	2024	2025		
FEMININO	Menor 1 ano	0	0	1	0	0	**1**	**0,12**
	1 a 4 anos	0	2	0	2	0	**4**	**0,47**
	5 a 9 anos	0	0	0	0	0	**0**	**0,00**
	10 a 14 anos	1	0	0	1	0	**2**	**0,24**
	15 a 19 anos	0	1	2	1	0	**4**	**0,47**
	20 a 29 anos	14	16	22	18	15	**85**	**10,01**
	30 a 39 anos	45	32	40	34	32	**183**	**21,55**
	40 a 49 anos	57	64	57	50	44	**272**	**32,04**
	50 a 59 anos	30	38	33	36	29	**166**	**19,55**
	60 a 69 anos	28	18	21	14	20	**101**	**11,90**
	70 a 79 anos	4	7	3	5	3	**22**	**2,59**
	80 anos e mais	2	1	1	2	3	**9**	**1,06**
	Ignorada	0	0	0	0	0	**0**	**0,00**
	Total	**181**	**179**	**180**	**163**	**146**	**849**	**34,08**
TOTAL	Menor 1 ano	0	0	1	1	0	**2**	**0,08**
	1 a 4 anos	0	2	0	2	0	**4**	**0,16**
	5 a 9 anos	0	0	0	0	0	**0**	**0,00**
	10 a 14 anos	1	0	0	1	0	**2**	**0,08**
	15 a 19 anos	1	3	3	2	0	**9**	**0,36**
	20 a 29 anos	59	62	56	63	50	**290**	**11,64**
	30 a 39 anos	131	125	130	112	101	**599**	**24,05**
	40 a 49 anos	154	160	155	131	116	**716**	**28,74**
	50 a 59 anos	97	110	110	91	89	**497**	**19,95**
	60 a 69 anos	63	55	46	53	55	**272**	**10,92**
	70 a 79 anos	14	11	14	20	15	**74**	**2,97**
	80 anos e mais	5	2	1	5	10	**23**	**0,92**
	Ignorada	1	1	0	0	1	**3**	**0,12**
	Total	**526**	**531**	**516**	**481**	**437**	**2.491**	**100,00**

Fonte: Sinan/GVIST/DGVE/SEVSAP/SES-PE. *Dados atualizados em 15/05/2026, sujeitos à alteração.

Em relação às pessoas com aids segundo raça/cor, observou-se predominância de indivíduos declarados pardos (n=1.673), seguidos por brancos (n=504) e pretos (n=275), enquanto as demais categorias apresentaram baixa representatividade. Esse padrão reflete as desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde, que influenciam a vulnerabilidade à infecção e ao diagnóstico da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, observou-se que a infecção pelo HIV e a aids em Pernambuco mantêm-se com estabilidade nas taxas de detecção. A concentração dos casos em regiões mais urbanizadas, especialmente na I Região de Saúde, bem como entre populações jovens, do sexo masculino e declarado pardos, evidencia a necessidade de estratégias territorializadas, com foco na equidade, na ampliação do acesso ao diagnóstico e na qualificação das ações de prevenção e cuidado. Nesse contexto, destaca-se a importância da participação ativa dos municípios na organização e execução das ações de saúde, especialmente na ampliação da testagem, no fortalecimento da atenção primária e na garantia do vínculo e continuidade do cuidado, de modo a reduzir desigualdades e fortalecer a resposta à epidemia no estado. Além disso, a predominância da transmissão sexual reforça a importância do fortalecimento das ações de prevenção combinada, incluindo testagem ampliada, educação em saúde e acesso a insumos de prevenção. No caso das gestantes, embora se observe elevada cobertura de pré-natal persistem fragilidades no uso de terapia antirretroviral e na qualidade das informações, aspectos que impactam diretamente na prevenção e eliminação da transmissão vertical no estado.

Por fim, destaca-se a relevância do aprimoramento da qualidade dos dados, especialmente quanto às variáveis de escolaridade, raça/cor e categoria de exposição, fundamentais para subsidiar análises mais precisas e o planejamento de ações mais efetivas.

Nesse contexto, o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, com integração entre vigilância e assistência e articulação entre os diferentes níveis de gestão, mostra-se essencial para qualificar o cuidado, reduzir a morbimortalidade e avançar no enfrentamento da epidemia no estado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde. Vol. 2 [Internet]. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
2. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. Lancet. 2019;393(10189):2428-2438. doi:10.1016/S0140-6736(19)30418-0.
3. Prevention Access Campaign. Risk of sexual transmission of HIV from a person living with HIV who has an undetectable viral load: messaging primer and consensus statement [Internet]. New York: Prevention Access Campaign; 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Informativa nº 5/2019-DIAHV/SVS/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
5. World Health Organization. The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief [Internet]. Geneva: WHO; 2023.
6. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Understanding Fast-Track: accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030. Geneva: UNAIDS; 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Diretrizes para a eliminação da aids e da transmissão do HIV como problemas de saúde pública no Brasil até 2030 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025.

8. UNAIDS. Global HIV statistics: fact sheet 2024 [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2024.

9. 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/Aids 2025 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama do Censo Demográfico 2022: Pernambuco [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [cited 2026 May 11]. Available from: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama

11. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

12. Hogan AB, Jewell BL, Sherrard-Smith E, Vesga JF, Watson OJ, Whittaker C, et al. Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study. Lancet Glob Health. 2020;8(9):e1132-e1141. doi:10.1016/S2214-109X(20)30288-6.

13. Bastos FI, Barcellos C. Geografia social da AIDS no Brasil. Rev Saude Publica. 1995;29(1):52-62.

14. Fry PH, Monteiro S, Maio MC, Bastos FI, Santos RV. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. Cad Saude Publica. 2007;23(3):497-523. doi:10.1590/S0102-311X2007000300002.

15. Waldman EA. Vigilância como prática de saúde pública. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 487-528.

16. World Health Organization. Tools, checklists, and templates for in-country evaluation of four required components: data, laboratory, programme, and human rights tools, and report templates for validation of EMTCT of HIV and/or syphilis [Internet]. Geneva: WHO; 2017.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.