

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO PERFIL DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF THE PROFILE OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS IN RIO GRANDE DO NORTE, BRAZIL

Miguel Ferreira Júnior

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Natal, RN, Brasil
miguelferreira.psicologo@gmail.com

Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Natal, RN, Brasil
thaiza.nobre@ufrn.br

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV/Aids no Rio Grande do Norte, Brasil, entre 1980 e 2024. Para tanto, foi realizado um estudo epidemiológico descritivo baseado em dados secundários dos Painéis de Indicadores Epidemiológicos do Ministério da Saúde. Foram analisadas notificações de 167 municípios, abrangendo número de casos, taxas de infecção, mortalidade e perfil sociodemográfico. A análise estatística foi conduzida com os softwares Statistical Package for the Social Science (SPSS) e Microsoft Excel. Os resultados demonstraram que no período analisado, registraram-se 11.848 casos, com média anual de 269,27. A maior concentração ocorreu em Natal e municípios urbanizados, evidenciando desigualdades regionais. Indivíduos pardos (70,14%) e pessoas com baixa escolaridade foram os mais afetados. Além disso, 54% dos casos envolveram Homens que fazem Sexo com Homens. A taxa de letalidade foi de 20,83%, refletindo desafios no diagnóstico precoce e adesão ao tratamento. Desta forma, conclui-se que houve lacunas no acesso à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e na prevenção da transmissão vertical, evidenciando a necessidade de políticas públicas mais eficazes. A ampliação da educação sexual, cobertura preventiva e acesso equitativo ao tratamento são fundamentais para a redução da incidência e mortalidade. Estratégias educacionais e campanhas de conscientização podem melhorar a adesão à prevenção e aos tratamentos disponíveis.

Palavras-chave: Vírus da Imunodeficiência Humana. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Perfil de saúde. Terapia antirretroviral. Profilaxia pré-exposição.

ABSTRACT

This article aims to analyze the epidemiological profile of people living with HIV/AIDS in Rio Grande do Norte, Brazil, between 1980 and 2024. To this end, a descriptive epidemiological study was conducted based on secondary data from the Epidemiological Indicators Panels of the Ministry of Health. Notifications from 167 municipalities were analyzed, covering the number of cases, infection rates, mortality, and sociodemographic profile. Statistical analysis was conducted using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) and Microsoft Excel software. The results showed that during the analyzed period, 11,848 cases were recorded, with an annual average of 269.27. The highest concentration occurred in Natal and urbanized municipalities, highlighting regional inequalities. Brown-skinned individuals (70.14%) and people with low education levels were the most affected. Additionally, 54% of cases involved Men who have Sex with Men. The fatality rate was 20.83%, reflecting challenges in early diagnosis and treatment adherence. Thus, it is concluded that there were gaps in access to Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) and the prevention of vertical transmission, highlighting the need for more effective public policies. Expanding sex education, preventive coverage, and equitable access to treatment are essential to reducing incidence and mortality. Educational strategies and awareness campaigns can improve adherence to available prevention and treatment options.

Keywords: Human Immunodeficiency Virus. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Health profile. Antiretroviral therapy. Pre-exposure prophylaxis.

Recebido em 27/09/2025

Aceito para publicação em: 14/02/2026.

INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV – *Human Immunodeficiency Virus*) é responsável por comprometer o sistema imunológico, resultando na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) (Cazeiro, 2020). O relatório global do Dia Mundial de Luta contra a Aids (Cazeiro, 2020) revelou que, até 2023, aproximadamente 39,9 milhões de pessoas viviam com HIV, sendo esse o ano com o menor número de diagnósticos desde o início da epidemia, totalizando 1,3 milhões de novas infecções.

Até 1985, não havia testes laboratoriais capazes de identificar o HIV no organismo, o que tornava o diagnóstico indireto. Pacientes que apresentavam sintomas clínicos característicos da Aids – como linfadenopatia generalizada, perda de peso involuntária superior a 10%, fadiga crônica, febre persistente, diarreia e infecções oportunistas – eram submetidos a exames que avaliavam os níveis de linfócitos CD4 no sangue. Uma contagem inferior a 500 células CD4 por mililitro de sangue confirmava o diagnóstico de AIDS. No início da epidemia, os diagnósticos geralmente eram realizados com CD4 quase zerado, ou seja, a infecção por HIV era detectada apenas quando já havia evoluído para a fase avançada da doença (Unaid, 2024).

Atualmente, é possível realizar testes de HIV que detectam o vírus em até 30 dias após a exposição, favorecendo o diagnóstico precoce. Além disso, avanços significativos na prevenção e tratamento incluem a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), bem como a Terapia Antirretroviral (TARV), que inibe a replicação do vírus no organismo (Timerman; Magalhães, 2015).

Apesar dos progressos na área de prevenção e tratamento, os desafios persistem. Em 2023, aproximadamente 630 mil pessoas morreram de complicações associadas à Aids (Cazeiro, 2020). Dados do boletim epidemiológico brasileiro indicam que, entre 2012 e 2022, dez estados brasileiros registraram aumento nas taxas de infecção, incluindo o Rio Grande do Norte, que alcançou uma taxa de detecção de 17 casos por 100.000 habitantes, próximo à média nacional de 17,1 por 100.000 habitantes. Nesse mesmo período, oito estados observaram aumento na mortalidade por Aids, incluindo o Rio Grande do Norte, com um crescimento de 22,6% (Vasconcelos; Almeida, 2021).

Atualmente, o Brasil registra apenas 108.878 usuários ativos de PrEP, representando menos de 0,06% da população total de 212 milhões de habitantes (Brasil 2025a). Esses números refletem tanto a subutilização dessa ferramenta de prevenção quanto barreiras relacionadas ao acesso, conhecimento e adesão.

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Cazeiro, 2020) estabeleceu uma meta clara para erradicar a AIDS como ameaça à saúde pública até 2030: garantir que 95% das pessoas que vivem com HIV conheçam sua sorologia, que 95% destas estejam em tratamento antirretroviral e que 95% dos tratados mantenham carga viral indetectável. Em 2024, o Brasil alcançou os índices 88-83-95, evidenciando avanços, mas também destacando a necessidade de ampliar diagnósticos e a adesão ao tratamento (Vasconcelos; Almeida, 2021).

A análise da realidade brasileira em relação ao perfil das pessoas vivendo com HIV é essencial para identificar lacunas no atendimento, tratamento e prevenção, além de subsidiar a formulação de políticas públicas mais equitativas e eficazes. A compreensão detalhada das especificidades regionais, como a do Rio Grande do Norte, é imprescindível para desenvolver estratégias de saúde que atendam às demandas locais. Este artigo busca contribuir com essa compreensão ao analisar o perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV/Aids no Rio Grande do Norte entre os anos de 1980 a 2024, fornecendo dados e reflexões que possam nortear políticas públicas e ações de enfrentamento à epidemia no estado.

METODOLOGIA

Este estudo configura-se como uma pesquisa epidemiológica descritiva, de abordagem quantitativa, realizada no município de Natal, localizado no estado do Rio Grande do Norte. A investigação utilizou dados secundários disponibilizados pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, com base nos Painéis de Indicadores Epidemiológicos (Brasil, 2025a).

Inicialmente, foi realizada a extração de todas as planilhas contendo indicadores e dados básicos referentes ao HIV/Aids de todos os municípios do Rio Grande do Norte, disponíveis no painel mencionado. Posteriormente, procedeu-se à seleção e organização das variáveis listadas no Quadro

1, consolidando-as em uma planilha no *software Microsoft Excel* para análise subsequente. É importante destacar que algumas variáveis apresentaram períodos de coleta distintos, uma vez que o sistema passou por atualizações ao longo do tempo, aspecto que foi considerado durante o processo analítico.

Quadro 1 – Variáveis analisadas e períodos em que os dados foram coletados no sistema de monitoramento coletados até dezembro de 2024

Variável analisada	Período disponível no sistema de monitoramento
Casos de HIV notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM (incluindo a separação por sexo).	1980-2024
Gestantes infectadas pelo HIV por ano do parto.	1980-2024
Casos de crianças expostas ao HIV notificados no Sinan segundo idade por ano do diagnóstico.	2015-2024
Óbitos por causa básica HIV e Coeficiente de mortalidade bruto por Aids (por 100.000 hab.), por ano do óbito.	2000-2024
Casos de HIV notificados no SINAN, segundo raça/cor por ano de diagnóstico.	1980-2024
Casos de HIV notificados no SINAN, segundo escolaridade por ano de diagnóstico.	1980-2024
Casos de HIV notificados no SINAN em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada, por ano de diagnóstico.	1980-2024

Fonte: Elaborado pelos, 2025.

Adicionalmente, dados extraídos do Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids (Brasil, 2025b) foram submetidos ao mesmo procedimento. Nesse caso, foram priorizadas variáveis relacionadas ao manejo clínico, incluindo: número de pacientes em Terapia Antirretroviral ativa, início da TARV, indivíduos vinculados ao cuidado que nunca realizaram a retirada de TARV, carga viral registrada, e esquemas terapêuticos utilizados por pacientes em tratamento.

Para a análise dos dados, foi calculada a distribuição percentual das variáveis selecionadas, a fim de caracterizar a situação epidemiológica do HIV/Aids no município e no estado. Em relação à mortalidade por Aids, foi utilizado o software estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para analisar a distribuição das taxas de óbitos. Estas taxas foram calculadas a partir da divisão do número de óbitos pela população residente estimada, sendo os valores multiplicados por 100.000 habitantes, permitindo uma visualização padronizada e uma interpretação estatística mais robusta.

Por se tratar de um estudo baseado exclusivamente em dados secundários provenientes de bancos públicos, não foi necessário submetê-lo à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme estabelece a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Visão geral

Com base nos dados disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30 de junho de 2024, o estado do Rio Grande do Norte registrou um total de 11.848 notificações de diagnóstico de HIV/Aids desde o início da epidemia. Esse número representa uma média anual de 269,27 casos, evidenciando a persistência da epidemia ao longo dos anos. Entre os 167 municípios do estado, apenas Jardim de Angicos e Jundiá não apresentaram casos de HIV/Aids, configurando uma ausência completa de notificações. Os municípios com as maiores taxas de infecção por HIV (casos por 100.000 habitantes) destacam-se pelo perfil urbano e características socioeconômicas que podem favorecer a maior transmissão do vírus (Quadro 2). Natal lidera com uma taxa de 676,56, seguida por Frutuoso Gomes (655,02), Macau (559,03), Mossoró (483,04) e Areia Branca (469,02).

Quadro 2 – Indicadores de HIV no Rio Grande do Norte: Confronto de dados entre SINAN, SISCEL e SICLOM (2025) apresentados em números absolutos e taxas de detecção (por 100.000 habitantes). Natal, Rio Grande do Norte, 2025

Município	Números absolutos	Taxas de detecção	Município	Números absolutos	Taxas de detecção
Acari	25	235,92	Montanhas	21	183,50
Açu	164	300,91	Monte Alegre	20	86,84
Afonso Bezerra	7	64,58	Monte das Gameleiras	1	43,94
Água Nova	1	33,94	Mossoró	1250	483,04
Alexandria	12	87,98	Natal	5000	676,56
Almino Afonso	8	170,68	Nisia Floresta	68	212,89
Alto do Rodrigues	26	208,27	Nova Cruz	79	230,97
Angicos	40	378,27	Olho-D'agua do Borges	6	153,65
Antônio Martins	7	106,43	Ouro Branco	3	61,06
Apodi	55	153,22	Paraná	4	101,68
Areia Branca	113	469,02	Parau	7	195,59
Arês	24	181,12	Parazinho	16	333,26
Augusto Severo	9	92,50	Parelhas	39	181,40
Baia Formosa	19	215,30	Parnamirim	800	348,61
Baraúna	85	315,83	Passa e Fica	23	207,17
Barcelona	16	401,40	Passagem	5	160,51
Bento Fernandes	3	62,41	Patu	46	417,92
Bodó	6	260,19	Pau dos Ferros	94	308,41

Bom Jesus	20	200,96	Pedra Grande	4	110,56
Brejinho	19	155,71	Pedra Preta	1	40,97
Caiçara do Norte	5	79,45	Pedro Avelino	18	288,37
Caiçara do Rio do Vento	3	91,80	Pedro Velho	36	260,42
Caicó	100	165,18	Pendências	31	252,48
Campo Redondo	12	117,47	Pilões	2	67,45
Canguaretama	134	451,67	Poco Branco	16	129,14
Caraúbas	36	183,54	Portalegre	18	236,81
Carnaúba dos Dantas	6	75,08	Porto do Mangue	5	95,64
Carnaubais	18	185,30	Pureza	9	96,13
Ceara-Mirim	200	260,38	Rafael Fernandes	19	349,78
Cerro Cora	8	72,73	Rafael Godeiro	1	34,08
Coronel Ezequiel	5	97,71	Riacho da Cruz	1	37,02
Coronel João Pessoa	5	118,01	Riacho de Santana	5	121,15
Cruzeta	10	124,92	Riachuelo	12	162,40
Currais Novos	85	205,75	Rio do Fogo	18	173,90
Doutor Severiano	8	113,57	Rodolfo Fernandes	19	447,90
Encanto	10	166,22	Ruy Barbosa	5	155,96
Equador	3	55,97	Santa Cruz	84	225,12
Espirito Santo	16	150,66	Santa Maria	13	268,21
Extremoz	200	329,36	Santana do Matos	9	72,25
Felipe Guerra	5	79,88	Santana do Seridó	1	37,09
Fernando Pedroza	4	136,15	Santo Antônio	34	153,31
Florania	7	68,65	São Bento Do Norte	3	90,80
Francisco Dantas	4	148,15	São Bento Do Trairi	2	52,74
Frutuoso Gomes	27	655,02	São Fernando	1	28,64
Galinhos	3	142,59	São Francisco Do Oeste	18	432,59
Goianinha	59	220,63	São Gonçalo do Amarante	324	279,70

Governador Dix-Sept Rosado	33	276,57	São Joao do Sabugi	4	67,16
Grossos	37	372,83	São José de Mipibu	88	186,10
Guamaré	68	444,59	São José do Campestre	27	242,78
Ielmo Marinho	8	68,88	São José do Seridó	5	109,70
Ipangaçu	37	261,84	São Miguel	36	152,95
Ipueira	3	147,42	São Miguel do Gostoso	7	68,49
Itajá	25	342,84	São Paulo do Potengi	37	220,42
Itaú	18	338,35	São Pedro	6	103,88
Jaçanã	11	140,41	São Rafael	26	337,18
Jandaira	13	198,11	São Tome	12	120,34
Janduis	2	42,14	São Vicente	5	79,24
Januário Cicco	5	58,20	Senador Elói de Souza	6	103,32
Japi	14	273,60	Senador Georgino Avelino	11	270,60
Jardim de Angicos	0	0,00	Serra Caiada	37	344,41
Jardim de Piranhas	41	293,34	Serra de São Bento	13	227,95
Jardim do Seridó	11	94,38	Serra do Mel	37	282,64
Joao Câmara	74	222,29	Serra Negra do Norte	8	105,30
João Dias	2	96,34	Serrinha	8	124,30
José da Penha	6	103,39	Serrinha dos Pintos	6	128,78
Jucurutu	16	89,92	Severiano Melo	3	54,67
Jundiá	0	0,00	Sítio Novo	10	214,87
Lagoa D'anta	5	76,77	Taboleiro Grande	6	256,63
Lagoa de Pedras	15	204,42	Taipu	26	227,63
Lagoa de Velhos	3	116,87	Tangará	39	293,65
Lagoa Nova	12	77,06	Tenente Ananias	8	77,96
Lagoa Salgada	17	204,35	Tenente Laurentino Cruz	3	50,93
Lajes	30	304,07	Tibau	16	297,29
Lajes Pintadas	7	146,23	Tibau do Sul	34	200,84

Lucrécia	6	171,92	Timbaúba dos Batistas	1	42,59
Luís Gomes	8	88,20	Touros	62	187,68
Macaíba	230	311,25	Triunfo Potiguar	3	88,86
Macau	153	559,03	Umarizal	13	128,99
Major Sales	7	178,39	Upanema	4	29,46
Marcelino Vieira	4	50,66	Várzea	12	229,31
Martins	22	268,98	Venha-Ver	4	132,71
Maxaranguape	9	87,76	Vera Cruz	21	195,62
Messias Targino	11	257,37	Viçosa	2	109,77
			Vila Flor	7	220,54

Fonte: Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde (2024).

A dinâmica da infecção revela uma marcante disparidade de gênero, com uma razão de sexo (*sex ratio*) de 2,4:1, evidenciando a concentração da epidemia na população masculina. Quando analisada a faixa etária, os jovens entre 15 e 24 anos constituem 11,80% do total, contabilizando 1.399 notificações. As notificações em gestantes somam 1.733 casos, o equivalente a 14,79% do total registrado no estado.

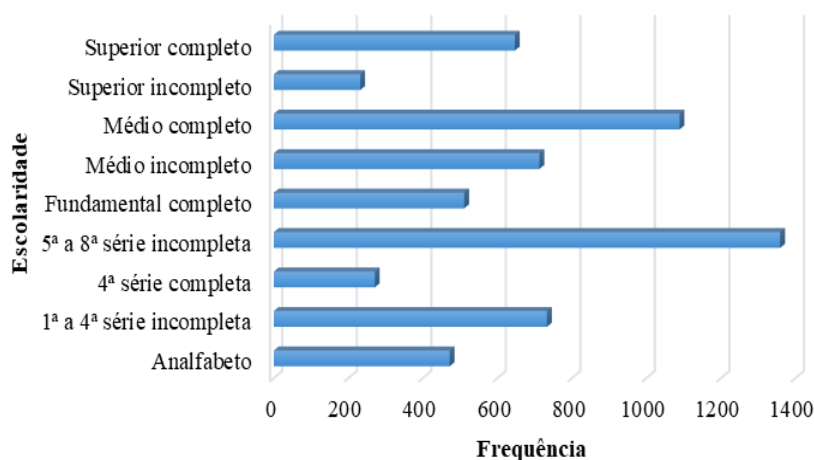
No que diz respeito à raça/cor, das 6.616 notificações que possuem essas informações registradas, observa-se que 70,14% são pardos, 23,17% brancos, 6,04% pretos, 0,51% amarelos e 0,12% indígenas. Essa distribuição reflete o perfil racial da população do Rio Grande do Norte, mas também pode evidenciar desigualdades no acesso ao diagnóstico e ao tratamento em diferentes grupos étnicos.

Quanto à escolaridade, informações estão disponíveis para 6.027 pessoas diagnosticadas. Destas, 39,20% não completaram o ensino fundamental, 11,83% não concluíram o ensino médio, 7% são analfabetos e 3% não completaram o ensino superior (Figura 1). Esses dados sugerem que indivíduos com menor nível de escolaridade pode estar mais expostos a situações de vulnerabilidade ao HIV/Aids, ressaltando a necessidade de políticas de saúde integradas com ações educacionais.

Os dados relacionados à forma de exposição ao vírus foram informados para 4.494 casos, sendo todos do sexo masculino. Dentre esses, 54% correspondem a Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), 41% relataram práticas heterossexuais, 3,38% foram Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), 0,42% ocorreram por transmissão vertical, 0,22% por hemofilia e 0,04% devido a transfusão de sangue (Figura 5). Esses resultados destacam a relevância de estratégias preventivas específicas para populações-chave, como HSH e UDI, além da manutenção de esforços para eliminar a transmissão vertical.

Os dados de transmissão vertical mãe/filho apontam que 1.023 crianças entre 0 e 12 anos foram expostas ao HIV, sendo a maioria delas diagnosticada antes dos 7 dias de nascimento (950 casos). Outros grupos incluem 24 casos entre 28 e 364 dias, 8 entre 7 e 27 dias, 5 casos entre 1 e 4 anos, 5 casos entre 5 e 12 anos e 4 casos de crianças entre 2 e 4 anos. Em relação às pessoas diagnosticadas com HIV que estão em acompanhamento antirretroviral, estima-se que 10.594 indivíduos (91,24%) estavam em tratamento até novembro de 2024. Contudo, ainda há uma lacuna significativa no cuidado, com 1.016 pessoas não realizando o Tratamento Antirretroviral (TARV). Entre essas, 554 nunca chegaram a iniciar o TARV, sendo o motivo não identificado.

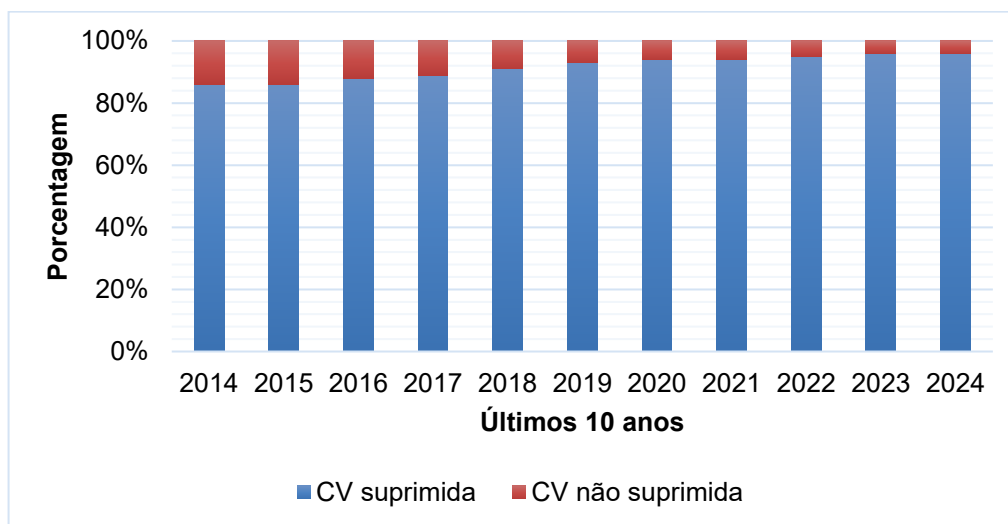
Figura 1 – Casos de HIV notificados no Rio Grande do Norte no SINAN segundo escolaridade. Natal, Rio Grande do Norte, 2025



Fonte: Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde (2024).

Das 10.594 pessoas em TARV, 7.089 realizaram o exame de carga viral no Sistema Único de Saúde em 2024. Dentre essas, 6.799 indivíduos (96%) apresentaram carga viral suprimida, definida como níveis de RNA do HIV inferiores a 1.000 cópias/ml. Este resultado reflete uma efetividade do tratamento para a maioria das pessoas tratadas, contribuindo significativamente para a redução da transmissibilidade do HIV e a melhoria da qualidade de vida. A Figura 2 ilustra a evolução das taxas de supressão de carga viral ao longo dos últimos 10 anos, permitindo uma análise histórica da efetividade do cuidado contínuo.

Figura 2 – Percentual de resultado de carga viral das pessoas em tratamento antirretroviral no Rio Grande do Norte (1.000 cópias/ml). Natal, Rio Grande do Norte, 2025



Fonte: Ministério da Saúde (2025b).

No que diz respeito ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento antirretroviral em 2024, entre as 909 pessoas que iniciaram o TARV naquele ano, os tempos variaram de forma considerável. Aproximadamente 42% iniciaram o tratamento entre sete e trinta dias após o diagnóstico, enquanto 25% levaram de um a seis meses para iniciar o TARV. Outros 13% começaram entre um e seis dias

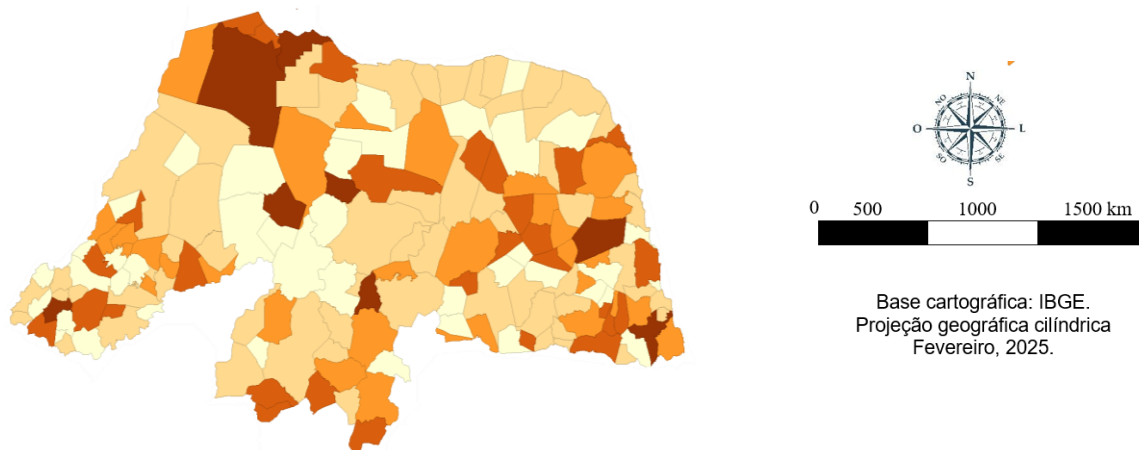
após o diagnóstico, 14% iniciaram no mesmo dia, e apenas 6% demoraram mais de seis meses para começar o tratamento. Esses dados destacam a importância de intervenções para reduzir atrasos no início do tratamento, especialmente nos casos de maior demora.

Com relação aos esquemas terapêuticos antirretrovirais utilizados pelos pacientes em 2024, observou-se a seguinte distribuição:

- 61% dos pacientes utilizavam o esquema composto por Lamivudina (3TC), Dolutegravir (DTG) e Tenofovir (TDF), consolidado como o regime de primeira linha recomendado pelo Ministério da Saúde devido à sua eficácia e tolerabilidade.
- 14% utilizavam Lamivudina (3TC) e Dolutegravir (DTG), um esquema simplificado indicado em alguns casos específicos.
- 8% seguiam o regime composto por Lamivudina (3TC), Tenofovir (TDF) e Efavirenz (EFZ), que, embora menos utilizado, ainda é uma alternativa terapêutica para alguns perfis de pacientes.
- 3% estavam em tratamento com Lamivudina (3TC), Darunavir (DRV), Ritonavir (RTV) e Tenofovir (TDF), geralmente indicado para casos mais complexos ou de resistência medicamentosa.
- 2% utilizavam Darunavir (DRV), Ritonavir (RTV) e Dolutegravir (DTG), regime também reservado para casos específicos a partir da avaliação do médico.
- 10% estavam em outros esquemas terapêuticos, que podem incluir combinações individualizadas com base em condições clínicas ou resistências detectadas.

O número total de óbitos relacionados à AIDS no estado foi de 2.469, correspondendo a 20,83% das pessoas diagnosticadas. Entre os municípios com as maiores taxas de mortalidade por 100.000 habitantes estão Rodolfo Fernandes (188,59), Macau (157,11), Parazinho (145,80), Natal (131,90) e Areia Branca (124,52). Em contrapartida, 28 municípios não apresentaram nenhum registro de óbito associado à doença (Figura 3), apontando para possíveis disparidades no acesso ao tratamento antirretroviral e no acompanhamento clínico. Ressalta-se a possibilidade de possíveis subnotificações ou erros de preenchimento.

Figura 3 – Distribuição espacial da taxa de mortalidade por Aids por 100.000 habitantes no estado do Rio Grande do Norte (2024). Natal, Rio Grande do Norte, 2025



Legenda: Taxa de óbitos a cada 100 mil habitantes no Rio Grande do Norte.

	<18.66
	18.66 a 43.69
	43.69 a 65.78
	65.78 a 112.78
	> ou = a 112.78

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde (2024).

DISCUSSÃO

Os dados apresentados reforçam a persistência da epidemia de HIV/Aids no Rio Grande do Norte, evidenciando tanto a abrangência quanto a complexidade do problema. O fato de apenas dois municípios do estado não apresentarem notificações demonstra que o HIV se espalhou amplamente, atingindo diferentes contextos geográficos e sociais. Essa disseminação indica que, embora haja avanços nas políticas de prevenção e tratamento, ainda existem lacunas importantes que devem ser endereçadas, principalmente em áreas menos urbanizadas onde a subnotificação pode ser um desafio significativo (Brasil, 2025c).

A concentração de altas taxas de infecção em municípios como Natal, Mossoró e Macau reflete a relação entre urbanização, densidade populacional e transmissão do HIV. Esses centros urbanos concentram maior circulação de pessoas, práticas sexuais de risco e desigualdades socioeconômicas que podem potencializar a vulnerabilidade ao HIV (Lucas; Böschemeier; Souza, 2023). Por outro lado, os municípios com menores taxas podem representar não apenas baixa incidência, mas também subnotificação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Isso ressalta a importância de políticas regionais específicas, com maior alocação de recursos para áreas urbanas e ações de conscientização em áreas rurais (Batista et al., 2023).

A predominância de casos em homens (70,66%) está alinhada com o perfil epidemiológico nacional. A concentração de 11,80% dos casos entre jovens de 15 a 24 anos reforça a necessidade de intervenções educacionais e campanhas de prevenção voltadas para esse público. Programas que abordem práticas seguras e promovam o acesso a métodos preventivos, como a PrEP, são essenciais para reduzir a incidência nessa faixa etária (Holanda et al., 2024).

Os casos notificados em gestantes indicam avanços no rastreamento durante o pré-natal, mas também expõe falhas na prevenção da transmissão vertical. A identificação de 1.733 gestantes diagnosticadas aponta para desafios na cobertura universal dos testes e no uso adequado de antirretrovirais durante a gestação, parto e aleitamento. A transmissão vertical é evitável e, portanto, exige estratégias contínuas de fortalecimento da atenção básica, integração com o pré-natal e investimento na educação de gestantes e profissionais de saúde (Knauth et al., 2020).

A taxa de óbitos (20,83%) evidencia que, embora o tratamento antirretroviral esteja disponível gratuitamente, ainda há desafios na adesão ao tratamento, diagnóstico tardio e acompanhamento de pacientes. O estudo de Carmo, Policena, Alencar, França e Bierrenbach (2021) analisou casos de subnotificação de óbitos de Aids e apresentaram alguns motivos pelos quais acreditam que subnotificações podem ocorrer. Primeiramente, é possível que o diagnóstico de Aids não tenha sido realizado durante a hospitalização em que ocorreu o óbito, mas sim em internações anteriores. Nesse caso, o médico responsável pelo atestado de óbito pode não ter tido acesso a essa informação, resultando na ausência do registro na Declaração de Óbito (DO). Além disso, há a possibilidade de que o médico, mesmo ciente de que a causa do falecimento foi relacionada à Aids, tenha optado por omitir deliberadamente essa informação na DO.

As desigualdades raciais refletem a realidade socioeconômica do Brasil, onde pessoas pardas, majoritárias nas notificações (70,14%), geralmente enfrentam condições de vida mais precárias e menor acesso à saúde. A baixa escolaridade também aparece como um fator de vulnerabilidade, com 39,20% dos indivíduos não tendo concluído o ensino fundamental. Tais dados demonstram o efeito que os determinantes sociais em saúde têm de influenciar a saúde e longevidade da população através de características sociais como raça, gênero e sexualidade (Carmo et al., 2021).

O renomado estudo de Fry e colaboradores (2007) intitulado "Aids tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil" demonstram que os dados que indicam a elevada prevalência de HIV entre pessoas pardas refletem não apenas a vulnerabilidade biológica, mas, sobretudo, as desigualdades sociais e estruturais historicamente enraizadas na sociedade brasileira. Essa disparidade pode estar relacionada ao menor acesso a serviços de saúde de qualidade, à falta de programas de prevenção efetivamente inclusivos e ao impacto do racismo estrutural, que perpetua a exclusão de populações racializadas.

Assim, os resultados indicam uma relação importante entre a notificação de casos de HIV/Aids e baixa escolaridade, cor/raça parda ou negra e pessoas do sexo masculino que realizam práticas sexuais com pessoas do mesmo sexo. Essa constatação revela uma sobreposição de categorias que colocam essas pessoas em situação de maior vulnerabilidade e apontam para a necessidade de analisar os dados

numa perspectiva interseccional e de pensar estratégias que permitam superar as opressões (Crenshaw, 1989).

Os modos de transmissão indicam a predominância de HSH (54%) entre os casos notificados, seguido por práticas heterossexuais (41%). Esses dados refletem a importância de abordar estigmas associados à sexualidade e promover ações preventivas específicas para essas populações-chave. Estratégias como distribuição de preservativos, campanhas educativas e ampliação do acesso à PrEP devem ser fortalecidas. A pequena proporção de casos por uso de drogas injetáveis (3,38%) sugere um impacto positivo das políticas de redução de danos, mas ainda demanda atenção.

A incompletude das informações disponíveis sobre a testagem e o rastreamento da infecção pelo HIV representa um desafio significativo para a formulação de políticas públicas eficazes. A ausência de dados detalhados sobre as diferentes formas de exposição compromete a capacidade de elaborar estratégias preventivas direcionadas e de avaliar com precisão os grupos populacionais mais vulneráveis. A literatura tem apontado a necessidade de ampliar os mecanismos de coleta e análise de informações epidemiológicas, de modo a abarcar com maior precisão as dinâmicas de transmissão e os fatores de risco associados. Dessa forma, a ampliação e qualificação dos sistemas de vigilância epidemiológica são fundamentais para subsidiar políticas mais abrangentes e efetivas no combate à epidemia (Carmo et al., 2021).

Além disso, a análise da incidência do HIV nos últimos anos sugere mudanças no perfil populacional mais afetado, destacando o aumento da taxa de infecção entre pessoas heterossexuais, que se aproxima dos índices observados para HSH. Esse dado reforça a necessidade de reavaliar as estratégias preventivas e os discursos de saúde pública, que historicamente têm priorizado a população LGBTQIAP+ na formulação de campanhas e diretrizes. Embora essa abordagem tenha sido fundamental para a redução de riscos em grupos historicamente mais vulneráveis, o cenário epidemiológico atual demanda um escopo mais amplo de prevenção, que contemple de forma equitativa todas as populações em risco (Brasil, 2025a; Carmo et al., 2021; Antonini et al., 2023).

Dados relacionados ao uso da Profilaxia Pré-Exposição no Rio Grande do Norte indicam que apenas 1.896 indivíduos realizaram ao menos uma retirada do medicamento em Unidades Dispensadoras de Medicamentos nos últimos 12 meses, distribuídas entre 11 municípios que concentram 17 unidades (Brasil, 2025a). Atualmente, o número de usuários ativos em PrEP no estado é de apenas 1.327 pessoas, representando menos de 0,04% da população total. O perfil dos usuários em PrEP é majoritariamente composto por Homens que fazem Sexo com Homens, representando 84,3% dos casos, enquanto 49% são pessoas pardas, 41,1% possuem entre 30 e 39 anos e 72% têm pelo menos 12 anos de escolaridade.

A baixa adesão à PrEP no Rio Grande do Norte reflete desafios estruturais e sociais que limitam o alcance dessa política de prevenção. Apesar de estar disponível gratuitamente, a distribuição ainda é insuficiente para atender às demandas de populações-chave, especialmente fora dos grandes centros urbanos. Além disso, o predomínio de usuários HSH reforça a necessidade de expandir o acesso a outros grupos sociais, como mulheres cisgênero, trabalhadores(as) do sexo e usuários de drogas, que frequentemente enfrentam barreiras no acesso à saúde, seja por estigma ou por falta de campanhas educativas que promovam a profilaxia como uma opção viável e segura (Antonini et al., 2023).

Ressalta-se que a PrEP integra a abordagem da prevenção combinada ao HIV e está disponível para qualquer indivíduo que percebe estar em situação de risco para a infecção, independentemente de sua identidade de gênero, orientação sexual ou práticas sexuais. Essa estratégia representa um avanço significativo nas políticas de saúde pública, pois amplia o acesso à prevenção para além dos grupos historicamente priorizados, permitindo uma abordagem mais inclusiva e baseada na autopercepção de risco. No Brasil, a PrEP pode ser prescrita para pessoas com 15 anos ou mais e peso superior a 35 kg, consolidando-se como uma ferramenta fundamental na resposta à epidemia do HIV, ao lado de outras medidas preventivas, como o uso de preservativos, a testagem regular e o tratamento como prevenção (Ministério da Saúde, 2022).

Outro ponto crítico é a desigualdade racial observada nos dados, onde quase metade dos usuários são pardos, mas a adesão ainda é desproporcional em relação ao impacto da epidemia neste grupo. Isso sugere que a PrEP, embora eficaz, pode estar sendo subutilizada pelas populações mais vulneráveis, devido à falta de estratégias culturalmente adaptadas que considerem o contexto socioeconômico dessas comunidades (Dias et al., 2024).

Além disso, a associação com um perfil educacional mais elevado (72% com 12 anos ou mais de estudo) evidencia que apesar da eficácia da PrEP, seu uso pode ser limitado entre as populações mais vulneráveis devido à ausência de estratégias culturalmente adaptadas que levem em conta o contexto socioeconômico dessas comunidades. Isso também sugere que a escolaridade facilita o acesso a informações sobre educação em saúde, tornando as pessoas mais conscientes dessa estratégia. Como a escolaridade também está relacionada à renda, indivíduos com maior nível educacional tendem a ter mais acesso aos serviços de saúde, o que reforça a necessidade de políticas mais amplas para alcançar aqueles com menor escolaridade, que frequentemente enfrentam maior vulnerabilidade ao HIV (Dias et al., 2024).

Os dados sobre crianças expostas ao HIV reforçam a importância do diagnóstico precoce. A maioria dos casos foi identificada nos primeiros dias de vida, indicando que os programas de triagem neonatal têm desempenhado papel relevante. Contudo, a detecção tardia em alguns casos demonstra que ainda há falhas no acompanhamento de gestantes e recém-nascidos, especialmente em populações vulneráveis (Cunga et al., 2022).

A proporção de 91,24% dos indivíduos diagnosticados que realizam acompanhamento antirretroviral reflete a expansão do acesso aos serviços de saúde e à disponibilidade do TARV pelo SUS. Contudo, a lacuna representada pelas 1.016 pessoas fora do tratamento, especialmente as 554 que nunca iniciaram o TARV, evidencia desafios persistentes na vinculação e adesão inicial ao cuidado. Barreiras estruturais, sociais e individuais podem contribuir para essa situação, como o estigma associado ao HIV, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e desconhecimento sobre os benefícios do tratamento precoce (Brasil, 2025c).

A análise dos tempos de início do TARV após o diagnóstico aponta avanços importantes, com 14% dos pacientes iniciando o tratamento no mesmo dia e 55% iniciando em até 30 dias. Essa rápida vinculação ao cuidado é essencial, uma vez que estudos apontam que o início precoce do TARV não apenas melhora os desfechos clínicos individuais, mas também reduz significativamente a transmissibilidade do HIV na população. No entanto, os 25% de indivíduos que levaram mais de um mês para iniciar o tratamento, incluindo 6% que demoraram mais de seis meses, representam uma área crítica para intervenção. Melhorias nos fluxos de encaminhamento, fortalecimento das redes de atenção primária e ampliação da testagem comunitária podem acelerar o início do TARV, promovendo maior adesão e impacto epidemiológico (Timerman; Magalhães, 2015; Brojan et al., 2020; Alexandre et al., 2024; Frescura et al., 2022).

A predominância do esquema terapêutico com Lamivudina, Dolutegravir e Tenofovir em 61% dos pacientes está em consonância com as diretrizes nacionais e internacionais, que destacam esse regime como de primeira linha devido à sua eficácia, baixa toxicidade e alta barreira genética à resistência (Alexandre et al., 2024; Frescura et al., 2022). A alta taxa de supressão viral (96%) entre os pacientes que realizaram exames de carga viral reforça a efetividade dos regimes disponíveis, o impacto positivo do acompanhamento clínico adequado e o compromisso com a meta 95-95-95 (Frescura et al., 2022).

CONCLUSÃO

O presente estudo analisou o perfil epidemiológico do HIV/AIDS no Rio Grande do Norte entre 1980 e 2024, evidenciando a persistência da epidemia e sua ampla disseminação pelo estado. A concentração de casos em municípios urbanizados, como Natal, Mossoró e Macau, sugere a influência da densidade populacional e desigualdades socioeconômicas na propagação do vírus. Além disso, a maior incidência entre homens jovens (15 a 24 anos) e as disparidades relacionadas à raça/cor e escolaridade reforçam a necessidade de políticas públicas mais inclusivas e culturalmente adaptadas. A baixa adesão à PrEP e lacunas no diagnóstico precoce, especialmente em áreas rurais e entre gestantes, apontam desafios estruturais no acesso à prevenção e ao tratamento.

Apesar da relevância dos achados, a subnotificação e a fragilidade nos registros podem comprometer a acurácia dos dados, mascarando a real extensão da epidemia. Pesquisas futuras devem explorar barreiras enfrentadas por populações-chave, avaliar o impacto de políticas públicas e investigar determinantes sociais, como o racismo estrutural. Além disso, análises comparativas entre estados do Nordeste podem fornecer insights sobre fatores contextuais que influenciam a epidemia e estratégias de intervenção mais eficazes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo suporte financeiro e pela concessão da bolsa de pesquisa, que possibilitaram a realização deste estudo. O apoio institucional da Capes foi fundamental para o desenvolvimento e a conclusão deste trabalho, e sou profundamente grato por essa oportunidade.

REFERÊNCIAS

- ANTONINI, M. et al. Barriers to Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) use for HIV: An integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 3, e20210963, 2023. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0963>
- ARGENTON PUGA, P. C.; LOUREIRO, L. A. Contribuição da realidade virtual em idosos / Contribution of virtual rehabilitation in elderly. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 10, 2020. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-586>
- BATISTA, J. F. C. et al. Spatial distribution and temporal trends of AIDS in Brazil and regions between 2005 and 2020. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, n. 23, p. 1-8, 2023. <https://doi.org/10.1590/1980-549720230002>
- BRASIL. **Boletim epidemiológico: HIV e AIDS 2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Painel de Indicadores Epidemiológicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b.
- BRASIL. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025c.
- BRASIL. **Painel PrEP – Profilaxia Pré-Exposição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a.
- BROJAN, L. E. F. et al. Antiretroviral drug use by individuals living with HIV/AIDS and compliance with the Clinical Protocol and Therapy Guidelines. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, eAO4995, 2020. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4995
- CARMO, R. A. et al. Subnotificação de óbitos por AIDS no Brasil: linkage dos registros hospitalares com dados de declaração de óbito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1299–1310, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.15922019>
- CAZEIRO, F. **Por um manifesto pela vida: Histórias posit(hiv)as de gays, mulheres trans e travestis**. Curitiba: Appris, 2020.
- CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. **The University of Chicago Legal Forum**, v. 140, p. 139–167, 1989. Disponível em: https://scholarship.law.columbia.edu/faculty_scholarship/3007. Acesso em: 13 de fev. 2026.
- CUNGA, I. V. A. et al. Risk factors for seroconversion of HIV among children exposed in the State of Santa Catarina, 2007-2017. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, n. 3, p. 577–584, 2022. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200030008>
- DIAS, G. M. C. et al. A adesão ao uso da PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) como medida de prevenção ao HIV. **Periódicos Brasil. Pesquisa Científica**, v. 3, n. 2, p. 595–612, 2024. <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.105>
- FRESCURA, L. et al. Achieving the 95-95-95 targets for all: A pathway to ending AIDS. **PLoS One**, v. 17, n. 8, e0272405, 2022. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272405>
- FRY, P. H. et al. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 497–507, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300002>

GRANGEIRO, A. et al. Oferta de PrEP em organizações comunitárias: estudo comparativo com serviços convencionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, n. 1, p. 1–14, 2024.

<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005914>

HOLANDA, B. A. et al. Análise do perfil epidemiológico de casos de AIDS no Brasil (2020-2023).

Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 6, p. 1926–1934, 2024.

<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p1926-1934>

KNAUTH, D. R. et al. O diagnóstico do HIV/Aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, e00170118, 2020.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00170118>

LUCAS, M. C. V.; BÖSCHEMEIER, A. G. E.; SOUZA, E. C. F. Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, e33053, 2023.

<https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333053>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV** [versão eletrônica]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2017/hiv-aids/pcdt-prep-versao-eletronica-22_09_2022.pdf/view. Acesso em: 13 fev. 2025.

RIBEIRO, K. G. et al. Determinantes sociais da saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 140, e8590, 2024.

<https://doi.org/10.1590/2358-289820241408590P>

TIMERMAN, A.; MAGALHÃES, N. **Histórias da AIDS**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

UNAIDS. **World Aids Day report 2024: Take the rights path**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2024.

VASCONCELOS, R.; ALMEIDA, S. Infecção por HIV e sorofobia. In: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A. L. (Eds.). **Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar**. 1. ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 373-379.