



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA UNIPROFISSIONAL DE MEDICINA
VETERINÁRIA PREVENTIVA – SAÚDE COLETIVA**

MARCOS PANTA SILVA VIEIRA

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE EM MEDICINA
VETERINÁRIA – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA**

**MAPEANDO VULNERABILIDADES: ANÁLISE ESPAÇO TEMPORAL DOS
CASOS DE HIV/AIDS EM PERNAMBUCO DE 2018 A 2024, TENDÊNCIAS E
DESAFIOS PARA A SAÚDE COLETIVA**

Recife - PE
2026

MARCOS PANTA SILVA VIEIRA

RELATÓRIO DE ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE EM MEDICINA
VETERINÁRIA – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

MAPEANDO VULNERABILIDADES: ANÁLISE ESPAÇO TEMPORAL DOS CASOS
DE HIV/AIDS EM PERNAMBUCO DE 2018 A 2024, TENDÊNCIAS E DESAFIOS
PARA A SAÚDE COLETIVA

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária da Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE, como requisito para obtenção do título de Especialização em Medicina Veterinária Preventiva - Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Recife - PE
2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFRPE
Bibliotecário(a): Lorena Teles – CRB-4 1774

V657m Vieira, Marcos Panta Silva.
Mapeando vulnerabilidades: análise espaço temporal dos casos de HIV/AIDS em Pernambuco de 2018 a 2024, tendências e desafios para a saúde coletiva / Marcos Panta Silva Vieira. - Recife, 2026.
90 f.; il.

Orientador(a): Sérgio Alves do Nascimento.
Co-orientador(a): Grazielle dos Santos Vasconcelos.
Co-orientador(a): Valdir Vieira da Silva.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Residência em Área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária, Recife, BR-PE, 2026.

Inclui referências, apêndice(s) e anexo(s).

1. Doenças transmissíveis - Epidemiologia. 2. Medicina preventiva. 3. AIDS (Doença) - Prevenção. 4. Saúde pública - Brasil 5. Vigilância sanitária - Brasil. I. Nascimento, Sérgio Alves do, orient. II. Vasconcelos, Grazielle dos Santos, coorient. III. Silva, Valdir Vieira da, coorient. IV. Título

CDD 636.089

MARCOS PANTA SILVA VIEIRA

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE EM MEDICINA
VETERINÁRIA – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária da Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE, como requisito para obtenção do título de Especialização em Medicina Veterinária Preventiva - Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovado em 25/02/2026

BANCA EXAMINADORA

Dr. Sérgio Alves do Nascimento (Orientador/presidente)
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Esp. Grazielle dos Santos Vasconcelos – (Titular)
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Ms. Valdir Vieira da Silva (Titular)
Universidade Federal Rural de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A concretização deste Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), que culmina um período de intensa dedicação e aprendizado na área da Saúde Coletiva, é inseparável do apoio e da contribuição de inúmeras pessoas e instituições. A elas, manifesto minha profunda gratidão.

À Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), em especial à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação e à Comissão de Residência Uniprofissional, por proporcionar o ambiente acadêmico e profissional necessário para o desenvolvimento do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária Preventiva – Área de Concentração: Saúde Coletiva. A solidez da formação aqui oferecida foi o pilar fundamental para a construção deste relatório.

Aos professores Daniel e Nathan, aos meus preceptores, Luciano, Duarte, Grazy, Sandy e Tarciana e ao meu orientador, Sérgio, que com excelência técnica, paciência e rigor científico, guiaram cada etapa desta jornada. O acompanhamento constante, a capacidade de instigar o pensamento crítico e a partilha de conhecimento foram cruciais para a consolidação da minha atuação profissional e para a qualidade desta pesquisa. Meu sincero reconhecimento pela dedicação.

À minha família, especialmente à minha mãe e avó, minha base inabalável. A vocês, dedico a conclusão deste ciclo. O suporte emocional, a compreensão e o incentivo incondicional foram o motor para superar os desafios da Residência.

Aos colegas residentes Enoana, Andreza, Marcelo, João e amigos, Leonardo e Valdir, que compartilharam as dificuldades, os sucessos e o cotidiano exaustivo, mas extremamente gratificante da residência e da vida.

Por fim, a todos os profissionais de saúde e gestores que, direta ou indiretamente, contribuíram com dados, discussões e reflexões essenciais para a análise das vulnerabilidades da epidemia de HIV/AIDS em Pernambuco. O compromisso de vocês com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Saúde Coletiva inspira a continuidade da minha trajetória profissional.

Muito obrigado.

Marcos Panta Silva Vieira Residente em Saúde Coletiva

RESUMO

O HIV/AIDS permanece um desafio estrutural para a Saúde Pública brasileira, exigindo a compreensão do perfil epidemiológico local para o ajuste das políticas de vigilância e cuidado. Este trabalho teve como objetivo principal analisar o perfil demográfico, a distribuição espacial e a tendência temporal dos casos de HIV/AIDS em Pernambuco entre 2018 e 2024. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de série temporal, utilizando dados secundários de notificação compulsória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e de sistemas de informação relacionados. Foram analisados 6.417 casos de AIDS, mais de 3.340 casos de HIV em gestantes e 3.585 óbitos por AIDS no período. A análise incluiu a descrição do perfil sociodemográfico (idade, escolaridade, raça/cor), a categoria de exposição, a razão de sexo, a taxa de letalidade e a análise espaço-temporal por Gerências Regionais de Saúde (GERES) e municípios. A análise espaço-temporal e o perfil epidemiológico validam a necessidade de uma intervenção de Saúde Coletiva baseada na Equidade. O desafio central de Pernambuco é eliminar a vulnerabilidade estrutural que concentra o risco em populações de baixa escolaridade e nos municípios metropolitanos, e corrigir as falhas no protocolo de TV e na qualidade do dado. A redução sustentável do HIV/AIDS depende da alocação de recursos e da intensificação das estratégias de Prevenção Combinada (PrEP/PEP) e rastreamento nos focos de maior risco proporcional, garantindo o diagnóstico precoce e a atenção integral no SUS.

Palavras-chave: Epidemia; Equidade; Prevenção; Saúde; Vigilância.

ABSTRACT

HIV/AIDS remains a structural challenge for Brazilian Public Health, requiring an understanding of the local epidemiological profile to adjust surveillance and care policies. This study aimed to analyze the demographic profile, temporal trends, and spatial distribution of HIV/AIDS cases in Pernambuco between 2018 and 2024. This is a descriptive epidemiological time-series study using secondary compulsory notification data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and related information systems. A total of 6,417 AIDS cases, more than 3,340 HIV cases in pregnant women, and 3,585 AIDS-related deaths were analyzed during the period. The analysis included the description of sociodemographic characteristics (age, education level, race/skin color), exposure category, sex ratio, case-fatality rate, and spatiotemporal analysis by Regional Health Management Units (GERES) and municipalities. The spatiotemporal and epidemiological profile analyses validate the need for a Collective Health intervention grounded in Equity. Pernambuco's central challenge is to eliminate the structural vulnerability that concentrates risk among populations with low educational attainment and in metropolitan municipalities, while correcting failures in the MTCT (mother-to-child transmission) protocol and improving data quality. Sustainable reduction of HIV/AIDS depends on adequate resource allocation and the strengthening of Combined Prevention strategies (PrEP/PEP) and targeted screening in proportional high-risk areas, ensuring early diagnosis and comprehensive care within the SUS.

Keywords: Epidemiology; Equity; Prevention; Epidemiological surveillance; Prevention; Public health.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Gerências Regionais de Saúde (GERES) de Pernambuco.....	16
Figura 2. Workshop “Resposta Integrada no Contexto dos Desastres.....	18
Figura 3. Programa Estadual de Controle de Zoonoses e Animais Peçonhentos.	22
Figura 4. Ação de prevenção do programa estadual de prevenção às IST.....	24
Figura 5. Localização do Distrito Sanitário IV.....	25
Figura 6. Ação Semana do Bebê e da Criança.	27
Figura 7. Ações desenvolvidas na Vigilância Epidemiológica do DS IV.....	29
Figura 8. Encontros do Tarja Branca.....	31
Figura 9 - Localização do estado de Pernambuco.	39
Figura 10- Taxa de detecção de HIV por 100 mil hab. no Brasil em 2024.	43
Figura 11- Casos de HIV em Pernambuco de 2018 a 2024.....	44
Figura 12 - Diagnóstico de HIV por município do estado de Pernambuco de 2018- 2024.	47
Figura 13 - Diagnósticos de HIV por sexo em Pernambuco de 2028 a 2024.....	49
Figura 14 - Diagnósticos de HIV por categoria de exposição em Pernambuco de 2028-2024.	49
Figura 15 - Diagnósticos de gestantes HIV+ em Pernambuco de 2018 a 2024.....	50
Figura 16 - Evolução temporal de diagnósticos de gestantes HIV+ de 2018-2024 em Pernambuco.	50
Figura 17 - Gestantes com HIV por faixa etária entre os anos de 2018 e 2024.....	54
Figura 18 - Casos de gestantes HIV+ por raça/cor.....	55
Figura 19 - Gestantes HIV+ segundo o nível de escolaridade entre 2018 e 2024. ...	56
Figura 20 - Notificações de crianças expostas ao HIV por ano em Pernambuco, 2018-2024.....	59
Figura 21 - Diagnósticos de AIDS em Pernambuco por municípios de 2018 a 2024	61
Figura 22 - Diagnóstico de AIDS em Pernambuco por ano de 2018-2024.....	62
Figura 23 - Diagnóstico de AIDS por sexo em Pernambuco de 2018-2024.....	63
Figura 24 - Diagnósticos de AIDS em Pernambuco por faixa-etária.	64
Figura 25 - Diagnósticos de AIDS por escolaridade de 2018-2024.....	65
Figura 26 - Diagnóstico de AIDS por categoria de exposição.	68
Figura 27 - Óbitos por AIDS em Pernambuco de 2018 a 2024.	69

Figura 28 - Diagnóstico de AIDS por sexo.	70
Figura 29 - Óbito por AIDS por faixa-etária	71
Figura 30 - Óbito por AIDS por cor/raça.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variação percentual anual dos diagnósticos de HIV em Pernambuco. ...	45
Tabela 2 - Taxa de detecção de HIV por GERES de 2018-2024.	46
Tabela 3 - Taxa de detecção de gestantes com HIV por 100 mil habitantes.....	51
Tabela 4 - Taxa de detecção por 100.000 hab. em gestantes com HIV.....	53
Tabela 5 - Crianças expostas por GERES e ano.	60
Tabela 6 - Municípios com as maiores taxas de detecção de crianças expostas ao HIV por 100 mil habitantes	60
Tabela 7 - Taxas de detecção de crianças expostas ao HIV por 100 mil habitantes	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID	Doença do Coronavírus
DCCI	Departamento de Comando e Controle Integrado
GERES	Gerência Regional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LACEM	Laboratório Central de Saúde Pública
LGBTQPQA+	Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual, Panssexual, Quer,
MRM	Região Metropolitana
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PE	Pernambuco
PEP	Profilaxia pós-exposição
PREP	Profilaxia pré-exposição.
PVHIV	Pessoa Vivendo com HIV
QGIS	Sistemas de Informação Geográfica
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS

SUMÁRIO

CAPÍTULO I: RELATÓRIO DE ATIVIDADES TEÓRICO PRÁTICAS - RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE EM MEDICINA VETERINÁRIA - MEDICINA VETERINÁRIA PREVENTIVA - SAÚDE COLETIVA.....	26
1. INTRODUÇÃO.....	15
2. ATIVIDADES PRÁTICAS DESENVOLVIDAS	16
2.1 Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco	16
2.1.1 Programa de Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres - Vigidesastres	17
2.1.2 Setor de Vigilância de Zoonoses e Controle de Acidentes por Animais Peçonhentos.....	20
2.1.3 Programa Estadual de Prevenção às IST HIV/AIDS e Hepatites Virais.....	22
2.2 Atividades Desenvolvidas no Distrito Sanitário IV.....	25
2.2.1. Equipe Multiprofissional e-Multi.....	26
2.2.2 Vigilância Epidemiológica	28
2.3 Tarja Branca.....	30
2.4 Médico Veterinário no SUS	31
CAPÍTULO 2: MAPEANDO VULNERABILIDADES: ANÁLISE ESPAÇO TEMPORAL E SOCIODEMOGRÁFICA DOS CASOS DE HIV/AIDS EM PERNAMBUCO DE 2018 A 2024, TENDÊNCIAS E DESAFIOS PARA A SAÚDE COLETIVA	33
1 INTRODUÇÃO.....	34
2. OBJETIVOS.....	36
2.1 Objetivo geral.....	36
2.2 Objetivos específicos	36
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	36
4 METODOLOGIA	39
4.1 Local do Estudo.....	39
4.2 Tipo de estudo e fonte de dados	40
4.3 Análise espaço-temporal	41
4.4 Comitê de ética em pesquisa	42
5. RESULTADOS	43
5.1 Gerências Regionais de Saúde	45
5.2 Diagnósticos por município.....	47
5.3 Dados Sociodemográficos.....	48
5.3.1 Categoria de Exposição	49

5.3.2 Gestantes com HIV	50
5.3.4 Faixa-etária	54
5.3.5 Raça/cor	54
5.3.6 Escolaridade	55
5.3.7 Pré-natal	56
5.3.8 TARV no pré-natal	57
5.3.9 ARV no momento do parto.....	58
5.4 Crianças expostas.....	58
5.5 AIDS.....	61
5.5.1 Sexo	62
5.5.2 Faixa etária	63
5.5.3 GERES	66
5.5.4 Categoria de Exposição	68
5.5.5 Óbitos por AIDS	69
5.5.6 Sexo	70
5.5.5 Faixa etária	71
5.5.5 Raça/Cor.....	72
6. DISCUSSÃO.....	74
6.1 Desafios para a Saúde Pública em Pernambuco no Enfrentamento do HIV/AIDS.....	77
6.2 Limitações e perspectivas futuras.....	78
7. CONCLUSÃO	79
8. REFERÊNCIAS	81
9. APÊNDICE	85
Apêndice A – Folder sobre IST.....	85
Apêndice B – Ficha de Transferência Tuberculose	87
Apêndice C – Boletim Epidemiológico	89
Apêndice D – Dashboard para monitoramento da tuberculose.....	90

**CAPÍTULO I: RELATÓRIO DE ATIVIDADES TEÓRICO PRÁTICAS -
RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE EM MEDICINA
VETERINÁRIA - MEDICINA VETERINÁRIA PREVENTIVA - SAÚDE
COLETIVA**

1. INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, foram instituídas as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, fundamentadas nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses programas têm como propósito atender às necessidades e especificidades locais e regionais, contemplando diversas áreas da saúde, entre elas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, conforme estabelece a Resolução CNV nº 287/1998 (BRASIL, 2005).

O Programa de Residência em Área Profissional de Saúde – Medicina Veterinária, com ênfase em Medicina Veterinária Preventiva – Saúde Coletiva, configura-se como um curso de pós-graduação lato sensu voltado a profissionais graduados em Medicina Veterinária, com duração de dois anos. O programa possui carga horária total de 5.760 horas, distribuídas entre atividades teóricas (1.152 horas) e práticas (4.608 horas), com dedicação mínima de 60 horas semanais.

O Programa de Residência em Medicina Veterinária Preventiva – Saúde Coletiva contempla a carga horária de atividades práticas inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS) corresponde a, no mínimo, 4.320 horas, equivalentes a 75% do total do programa. As atividades teóricas e práticas são desenvolvidas nas Secretarias de Saúde dos municípios de Camaragibe e Recife, em Pernambuco.

Os residentes desenvolvem suas atividades em regime de treinamento em serviço, sob a orientação de tutores e/ou preceptores da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE).

As atividades teóricas e/ou teórico-práticas correspondem a 20% da carga horária total do programa de residência. Os residentes devem cursar as disciplinas que compõem o projeto pedagógico de cada programa, conforme estabelecido no regimento interno. No primeiro mês da residência, foram ofertadas as disciplinas obrigatórias para todos os residentes, sendo elas: Bioética e Ética Profissional em Medicina Veterinária, Bioestatística, Epidemiologia e Medicina Veterinária Preventiva, Metodologia Científica, Integração Ensino e Serviço e Políticas Públicas de Saúde.

2. ATIVIDADES PRÁTICAS DESENVOLVIDAS

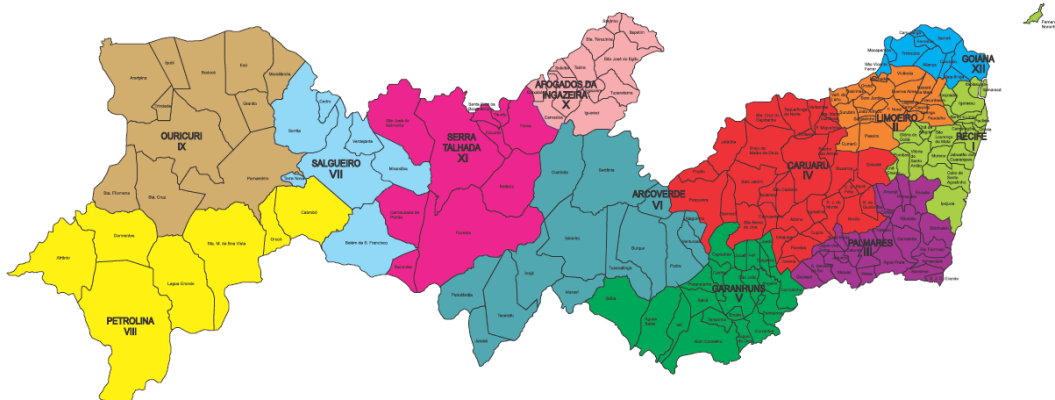
2.1 Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), localizada na rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi, Recife, é responsável pela formulação, coordenação e execução das políticas públicas de saúde no âmbito estadual, atuando de forma articulada com os 185 municípios e com o Ministério da Saúde, conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua atuação abrange a gestão da rede hospitalar e de serviços especializados, a vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador), a regulação do acesso aos serviços, o planejamento estratégico estadual, a distribuição de insumos estratégicos e o monitoramento de indicadores de saúde pública.

A SES-PE também coordena as Gerências Regionais de Saúde (GERES) (Figura 1), que descentralizam a gestão e garantem maior proximidade com os territórios.

Figura 1. Gerências Regionais de Saúde (GERES) de Pernambuco.



Fonte: SEGTES/PE, 2013

A coordenação estadual das políticas de Vigilância em Saúde em contextos de grandes desigualdades regionais, como no estado de Pernambuco, enfrenta desafios relacionados à heterogeneidade socioeconômica e à capacidade institucional desigual entre os municípios (GUIMARÃES et al., 2017).

Entre os principais obstáculos destacam-se as dificuldades na regionalização das ações de vigilância, as limitações na integração entre vigilância e atenção à saúde e as fragilidades na coordenação interfederativa, que exige articulação permanente entre os diferentes níveis de gestão do sistema de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2021; ALELUIA; MEDINA; VILASBÔAS, 2021).

Além disso, segundo Teixeira et al., 2018, a implementação efetiva das ações de vigilância em saúde depende da produção e utilização qualificada de informações epidemiológicas, bem como da integração entre as diferentes áreas da vigilância, como epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador.

Nesse contexto, persistem desafios relacionados ao financiamento, à disponibilidade de recursos humanos qualificados e à desigual distribuição de infraestrutura e serviços de saúde entre as regiões, fatores que impactam diretamente a capacidade de resposta do sistema diante de agravos e emergências em saúde pública (TEIXEIRA et al., 2018).

A experiência de um residente em Saúde Coletiva inserido na SES-PE é de grande relevância para sua formação profissional e para o fortalecimento do SUS.

Essa vivência de maio a dezembro possibilitou ao residente compreender a complexidade da gestão estadual em saúde, desenvolver um olhar ampliado sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e sobre os desafios estruturais que envolvem a coordenação de políticas públicas em um estado com diversidade regional e desigualdades socioeconômicas marcantes.

Além disso, permite o contato direto com áreas estratégicas como planejamento em saúde, vigilância, regulação, gestão do cuidado, financiamento, e políticas de equidade, contribuindo para uma formação crítica, técnica e política.

2.1.1 Programa de Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres - Vigidesastres

Ao longo de quatro meses, de maio a agosto, enquanto residente em Saúde Coletiva vinculado ao Programa Vigidesastres da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), sob a orientação do Coordenador do programa Luciano de Farias, pude vivenciar uma imersão nos desafios e estratégias da vigilância em desastres naturais e tecnológicos no território pernambucano.

Este período foi marcado por aprendizados significativos, trocas interdisciplinares e pela compreensão ampliada da importância da atuação articulada entre saúde, defesa civil, meio ambiente e demais setores.

O Programa Vigidesastres, vinculado ao Ministério da Saúde, integrante do escopo da vigilância em saúde ambiental, tem como objetivo principal monitorar, mitigar, e responder aos efeitos adversos de desastres sobre a saúde da população.

Durante minha vivência, participei de ações de monitoramento de áreas de risco, análise de dados epidemiológicos relacionados a eventos extremos (como enchentes, secas, estiagens e deslizamentos), além de atividades de educação em saúde voltadas à preparação comunitária e fortalecimento da resiliência local.

Um dos pontos mais relevantes da vivência foi a construção e participação no Workshop “Resposta Integrada no Contexto dos Desastres”, (Figura 2) que ofertou cursos para todas as GERES de Pernambuco. O evento promoveu discussões sobre vigilância em situações de desastre, enfatizando a importância de ações intersetoriais que envolvem saúde mental, assistência e outros processos essenciais para garantir o melhor cuidado à população.

Figura 2. Workshop “Resposta Integrada no Contexto dos Desastres.



Fonte: Arquivo pessoal do autor, 2024.

O objetivo central foi capacitar equipes da atenção primária, média e alta complexidade em um trabalho articulado em rede, de modo a preparar o estado de Pernambuco para atuar de forma rápida, precisa e coordenada diante de situações de desastre.

Além disso, buscou-se fortalecer a integração entre os atores da saúde e da defesa civil nos territórios, permitindo que as GERES planejem coletivamente, a partir das especificidades locais, ações voltadas à melhoria da qualidade de vida da população e à mitigação de danos provocados por desastres.

Nessas ocasiões, foi possível dialogar com gestores municipais e agentes de saúde, compreendendo na prática as funções de cada ator social, as interseções entre desigualdade social, urbanização desordenada e os riscos de desastres. Essas experiências fortaleceram minha percepção sobre a necessidade de uma abordagem territorializada e sensível às especificidades ambientais de cada região.

Além disso, as reuniões intersetoriais configuraram-se como espaços estratégicos de troca de saberes entre diferentes setores, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades em análise de risco, gestão da informação em emergências e permitindo a construção coletiva de protocolos de resposta mais integrados e eficazes como o Plano de Contingência Estadual, POP Chuva e POP Seca.

As reuniões intersetoriais com a defesa civil, assistência social, coordenação estadual de saúde mental e principalmente com a Atenção Primária em Saúde, discutindo sobre a atuação desses setores na linha de frente durante emergências, garantindo cuidados básicos, encaminhamentos e suporte às populações atingidas. A articulação intersetorial, um dos pilares da saúde coletiva, mostrou-se fundamental para o enfrentamento dos impactos de desastres, evidenciando o papel estratégico do SUS na proteção da vida.

Particpei do planejamento e execução do Workshop nas GERES I- Recife, II- Limoeiro, III- Palmares, IV- Caruaru e V-Garanhuns. Particpei do Plano de Ação de Vigidesastre da Secretaria Municipal de Saúde de Abreu e Lima. Contribuí na elaboração do Plano de Contingência Estadual, POP Chuva e POP Seca.

Algumas limitações importantes na capacidade de resposta dos municípios frente a desastres têm sido identificadas entre elas, destaca-se a insuficiência de

infraestrutura e de recursos humanos qualificados para atuação em situações de emergência, especialmente em municípios de menor porte, o que pode comprometer a organização e a rapidez das ações de resposta (BRASIL, 2021).

Além disso, observam-se fragilidades na articulação intersetorial entre saúde, defesa civil e assistência social, dificultando a coordenação das ações e a tomada de decisão em contextos de crise (FREITAS; BARRETO; XIMENES, 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2022).

Outro aspecto relevante refere-se às limitações nos sistemas de vigilância e monitoramento, incluindo dificuldades na produção e análise de informações em tempo oportuno, o que pode atrasar a identificação de riscos e a implementação de medidas preventivas e de controle (BRASIL, 2021).

Soma-se a isso a ausência ou baixa atualização de planos municipais de contingência, bem como dificuldades logísticas relacionadas ao acesso a áreas afetadas, à disponibilidade de insumos e à capacidade de mobilização rápida das equipes de saúde em situações de desastre (BRASIL, 2021; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2022).

Como trabalho final, realizei uma pesquisa sobre a relação entre os períodos chuvosos e aumento de notificação por *E.coli* em Pernambuco, comprovando que durante períodos de chuvas intensas, mais especificamente na região metropolitana e no sertão, ocorrem maior escoamento superficial para rios, açudes, poços e reservatórios, aumentando a concentração de *E. coli* na água.

O Programa Vigidesastres não apenas ampliou meu repertório técnico como residente, mas também fortaleceu meu compromisso ético com a saúde pública, com a equidade e com a construção de políticas integradas e sustentáveis frente aos desafios socioambientais.

2.1.2 Setor de Vigilância de Zoonoses e Controle de Acidentes por Animais Peçonhentos

Durante 4 meses, de setembro a dezembro, enquanto médico veterinário residente em Saúde Coletiva na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), tive a oportunidade de atuar no setor de Vigilância de Zoonoses e Controle de Acidentes por Animais Peçonhentos.

Sob a orientação do gerente Francisco Duarte, vivenciando os desafios e responsabilidades que envolvem a proteção da saúde humana a partir da interface com a saúde animal e ambiental.

O setor é responsável por contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população e contribui para a melhoria da qualidade de vida da população pernambucana, por meio da coordenação, gerenciamento, monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde e da situação de saúde do estado.

A experiência foi marcada por uma rica troca interdisciplinar e pelo aprofundamento técnico nas estratégias de vigilância, prevenção e controle das zoonoses de importância em saúde pública.

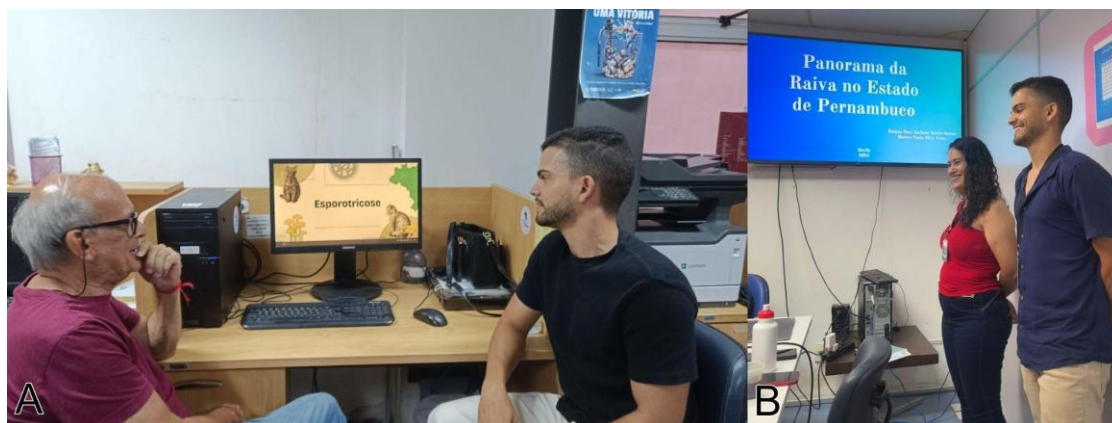
Participei ativamente do monitoramento epidemiológico de agravos como raiva, leishmaniose, esporotricose, leptospirose e arboviroses de transmissão zoonótica, assim como das notificações e investigação de acidentes com animais peçonhentos, como serpentes, escorpiões e aranhas.

Participei de rodas de conversas sobre medidas de prevenção e tratamento em caso de ataque por animais em situação de rua e silvestres e apresentações da equipe sobre leishmaniose visceral e tegumentar, acidentes com animais peçonhentos, esquistossomose, fluxograma de atendimento com soro antiofídico.

Fiz análises de dados epidemiológicos, principalmente da raiva humana e animal e da esporotricose (Figura 3 A), investigando os casos. Analisando a situação vacinal de cada Gerência Regional de Saúde (GERES), bem como o envio de amostras para análise no Laboratório de Saúde Pública do Estado de Pernambuco (LACEM/PE)

Como trabalho final, realizei com outra residente do mesmo programa, uma pesquisa sobre o panorama da raiva no estado de Pernambuco, evidenciando os casos de raiva humana e animal e a situação crítica da baixa vacinação em animais da GERES I (Figura 3 B).

Figura 3. Programa Estadual de Controle de Zoonoses e Animais Peçonhentos.



Fonte: Arquivo pessoal do autor, 2024

Contribui na elaboração de um folder informativo sobre as espécies de animais peçonhentos de maior ocorrência no estado, de informes técnicos, protocolos e fluxos para enfrentamento de agravos emergentes e reemergentes. Fiz uma palestra sobre Encefalite Equina do Oeste (EEO) e sobre acidentes com animais marinhos peçonhentos para toda a equipe técnica.

Diversos determinantes sociais e ambientais estão associados à ocorrência de zoonoses e acidentes por animais peçonhentos em estados do Nordeste, incluindo Pernambuco. Entre os mais relevantes destacam-se as condições precárias de moradia e saneamento, que favorecem a presença de vetores e reservatórios de doenças (BRASIL, 2025).

Bem como a presença de lixo acumulado, entulhos e ambientes degradados próximos às residências cria condições favoráveis para a proliferação de animais como escorpiões, roedores e insetos, aumentando o risco de transmissão de zoonoses e acidentes (BRASIL, 2025).

Este período da residência foi profundamente transformador, consolidando em mim o compromisso com uma prática profissional ética, crítica e tecnicamente qualificada, em defesa do SUS, da saúde única e da vida em sua complexidade. O setor de Vigilância de Zoonoses e Animais Peçonhentos da SES-PE se revelou um espaço potente de aprendizado, ação e reflexão.

2.1.3 Programa Estadual de Prevenção às IST HIV/AIDS e Hepatites Virais

Ao longo de 4 meses, de janeiro a abril, como médico veterinário residente em Saúde Coletiva vinculado ao Programa Estadual de Prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE).

Sob a orientação da Gerente do Programa de Prevenção às IST, Grazielle dos Santos Vasconcelos, tive a oportunidade de ampliar minha atuação para além das fronteiras tradicionais da medicina veterinária, integrando um campo essencial da saúde pública: a promoção da saúde sexual e a prevenção das IST, com ênfase em prevenção, nos direitos humanos, no enfrentamento das vulnerabilidades e estigmas sociais e na garantia do cuidado integral.

Essa vivência foi marcada por um processo intenso de muita aprendizagem sobre políticas públicas voltadas à prevenção combinada do HIV, da sífilis, das hepatites virais e de outras IST.

Acompanhei de perto ações intersetoriais e interdisciplinares, voltadas tanto à população geral quanto a populações vulneráveis, como pessoas que vivem com HIV/AIDS, profissionais do sexo, pessoas trans, homens que fazem sexo com homens (HSH) e usuários de álcool e outras drogas.

Durante esse período, participei de atividades de planejamento, monitoramento e avaliação de campanhas de prevenção, bem como da construção de materiais educativos (Apêndice A), treinamentos e oficinas voltadas a profissionais da rede SUS.

Também tive a oportunidade de colaborar na análise de indicadores epidemiológicos relacionados transmissão vertical do HIV, monitoramento de gestantes com HIV, monitoramento da sífilis congênita para o programa Brasil Saudável do Ministério da Saúde e na avaliação de estratégias de ampliação do acesso à testagem rápida e à profilaxia pré e pós-exposição (PrEP e PEP).

Figura 4. Ação de prevenção do programa estadual de prevenção às IST



Fonte: Arquivo pessoal do autor, 2025. A, ação de prevenção na 14^a Bienal da UNE, B, I seminário Municipal de Saúde e Política Pública de Saúde LGBTIQAPN+ de Jaqueira - PE.

Realizei ações de prevenção às IST durante a realização do Galo da Madrugada, o maior bloco de carnaval do mundo, na 14^a Bienal da UNE em Olinda (Figura 4 A), maior festival estudantil da América Latina e na Universidade Federal Rural de Pernambuco, com distribuição de preservativos internos e externos, gel lubrificante, autoteste de HIV e materiais educativos.

Particpei do primeiro seminário municipal de Saúde e Políticas Públicas para a comunidade LGBQIAPN+ do município de Jaqueira (Figura 4, B) . Fiz visita técnica ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de Igarassu. Visitei o Hospital Correia Picanço, referência estadual para o tratamento de doenças infecto-contagiosas, especificamente HIV/AIDS.

Um aspecto que considero fundamental nesta vivência foi a aproximação com a lógica da equidade e da promoção da saúde integral, superando modelos biomédicos centrados apenas na doença. O setor se mostrou um espaço de luta por direitos, enfrentamento ao estigma e promoção do cuidado acolhedor, especialmente para populações historicamente marginalizadas.

A experiência proporcionou um contato direto com os princípios da equidade, integralidade e universalidade do SUS, destacando a importância de políticas públicas sensíveis às diversidades de gênero, condição sexual, raça, classe e território. O

enfrentamento do estigma e da discriminação no acesso aos serviços de saúde foi identificado como elemento central na efetividade das ações de prevenção.

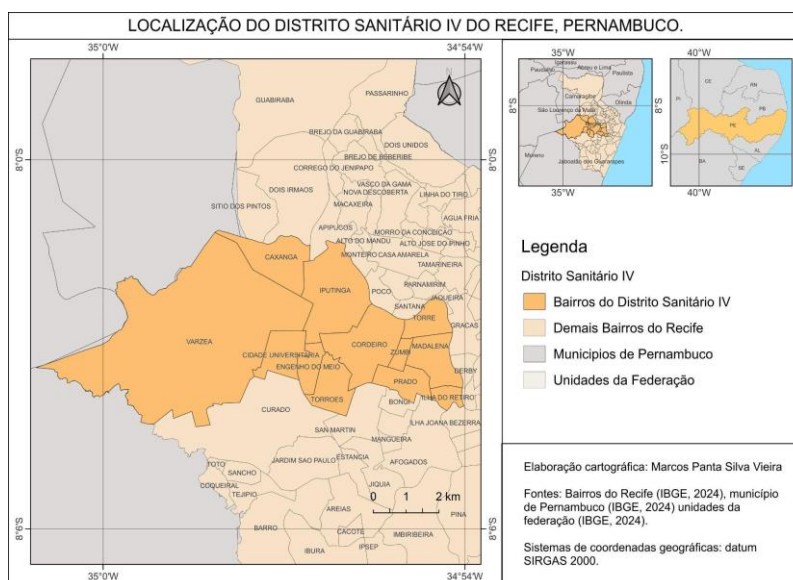
A inserção no Programa Estadual de Prevenção às IST representou um marco significativo na minha trajetória pessoal e formativa como residente em Saúde Coletiva, possibilitando a vivência prática dos princípios do SUS e fortalecendo competências técnico-políticas voltadas à promoção da saúde sexual, à prevenção de infecções e à defesa da equidade.

A experiência revelou-se desafiadora e transformadora, reafirmando a importância da atuação interprofissional na construção de políticas públicas eficazes e inclusivas, e demonstrando a relevância do olhar veterinário no enfrentamento dos determinantes sociais que sustentam as desigualdades em saúde.

2.2 Atividades Desenvolvidas no Distrito Sanitário IV

O Distrito Sanitário IV (Figura 5), localizado na Rua Cantora Clara Nunes, s/n - Torre, com funcionamento de segunda a sexta das 8 às 17h, é uma das divisões administrativas da rede municipal de saúde do Recife, responsável por organizar e coordenar as ações e serviços de saúde em um território que abrange os bairros: Caxangá, Cidade Universitária, Cordeiro, Engenho do Meio, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Torrões, Várzea e Zumbi, bairros próximos com características sociais, econômicas e sanitárias distintas.

Figura 5. Localização do Distrito Sanitário IV.



Fonte: Prefeitura do Recife e IBGE 2022, adaptado.

Como parte da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, o Distrito Sanitário IV tem como função garantir a efetivação das políticas públicas de saúde no território, promovendo o acesso, a integralidade e a resolutividade do cuidado. Sua atuação envolve a gestão das unidades de saúde da família, centros de saúde, policlínicas, apoio matricial (e-Multi), vigilância em saúde e articulação com outros setores da política pública.

A vivência de um residente em Saúde Coletiva no Distrito Sanitário IV é uma oportunidade singular de formação, pois possibilita o contato direto com o cotidiano da gestão do SUS a nível local, onde as políticas públicas se concretizam no atendimento à população.

A atuação no distrito permite compreender a importância da territorialização, do planejamento local e do apoio institucional como ferramentas fundamentais para qualificar a atenção básica.

O residente pode participar de reuniões de gestão, ações de educação permanente, vigilância epidemiológica, ações intersetoriais e estratégias de cuidado voltadas para grupos populacionais específicos, como pessoas com doenças crônicas, em situação de vulnerabilidade social ou com demandas de saúde mental.

Essas experiências fortalecem o olhar crítico e sensível do residente, desenvolvendo sua capacidade de análise de realidade, tomada de decisão, trabalho em equipe e articulação em rede.

2.2.1. Equipe Multiprofissional e-Multi

Entre os meses de julho a agosto, visitei as unidades de saúde e participei ativamente de reuniões com as equipes e-Multi do Distrito IV, o que me permitiu entender melhor a dinâmica territorial, as demandas específicas das unidades e o papel estratégico da equipe de Educação Permanente no apoio às práticas dos profissionais de saúde.

A partir dessas reuniões, também me envolvi no processo de monitoramento de equipe, atividade essencial para avaliar a organização dos processos de trabalho e contribuir com intervenções que aprimorem o cuidado em saúde.

Durante esse período, também aprendi a utilizar o sistema PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão), ferramenta fundamental para o registro qualificado das ações

em saúde e para o acompanhamento longitudinal dos usuários. Essa habilidade foi importante para compreender o papel dos dados na tomada de decisão e na avaliação dos serviços.

Um dos projetos que mais marcaram minha experiência foi o Projeto de Fortalecimento entre ASACE (Apoiadores de Saúde Ambiental e Controle de Endemias) e ACS (Agentes Comunitários de Saúde), idealização da residente Andrea França, que promoveu trocas ricas sobre o território, o vínculo com a população e a articulação entre as práticas de vigilância em saúde e promoção do cuidado. Essa vivência reforçou a importância do trabalho interprofissional e da comunicação entre diferentes categorias para garantir ações integradas e resolutivas.

Particpei da organização e realização ação de Semana do Bebê e da Criança (Figura 6), com articulação com equipe e-multi, projeto Mãe Coruja, programa de imunização, programa da saúde da mulher e vigilância ambiental, com ações voltadas ao cuidado integral de gestantes, recém nascidos (RN) e crianças até 6 anos, como vacinação, aconselhamento e encaminhamento a fim de melhorar as condições de vida e saúde das pessoas que gestam e crianças do território.

Figura 6. Ação Semana do Bebê e da Criança.



Fonte: Arquivo pessoal do autor, 2025.

Outro momento importante foi minha participação nas discussões sobre população em situação de rua e acumulação, um tema sensível e complexo que demanda uma abordagem intersetorial e humanizada.

Acompanhei a reunião da equipe de assistência social da e-multi com o Conselho Tutelar sobre casos importantes de crianças e adolescentes. A partir das reflexões com a equipe, pude perceber os desafios da rede em lidar com situações de

vulnerabilidade social e saúde mental, bem como a importância de estratégias coletivas e respeitadas de cuidado.

Particpei da Oficina de Implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para Profissionais da Atenção Básica, uma estratégia da Secretaria Municipal de Saúde que visa qualificar o cuidado às pessoas com doenças crônicas, como diabete e hipertensão.

O MACC propõe uma abordagem centrada no usuário, com ênfase no autocuidado apoiado, na estratificação de risco e no registro adequado de informações, promovendo uma rede de atenção mais integrada e eficaz.

Esse período inicial de residência tem sido de intensa aprendizagem, tanto técnica quanto humana. Tenho compreendido, na prática, que a Educação Permanente vai muito além da oferta de capacitações: ela é uma ferramenta viva de transformação do processo de trabalho, de valorização das equipes e de fortalecimento dos vínculos com os territórios.

A vivência na e-Multi ampliou minha compreensão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando a importância da atuação integrada e complementar de diferentes profissionais de saúde junto às equipes de Atenção Básica.

Essa experiência fortaleceu a ampliação do cuidado, com foco em ações territoriais e intersetoriais, no uso de tecnologias em saúde e na busca por maior resolutividade e integralidade da atenção. Ademais, reforçou meu compromisso com uma saúde coletiva crítica, ética e efetivamente transformadora.

2.2.2 Vigilância Epidemiológica

Durante os meses de setembro a dezembro, na minha vivência na Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário IV, tive a oportunidade de me inserir em diversas frentes da vigilância em saúde, especialmente no acompanhamento, monitoramento e investigação de agravos de importância epidemiológica.

Atuei diretamente com os agravos tuberculose e hanseníase, acompanhando o monitoramento dos casos notificados nas unidades de saúde do território. Essa atividade me permitiu compreender com mais profundidade os fluxos de notificação, os critérios clínicos e epidemiológicos de acompanhamento, bem como as estratégias de controle e prevenção dessas doenças, que ainda representam um desafio importante de saúde pública.

Realizei um momento de educação permanente com uma palestra sobre sífilis para equipe técnica, graduandos, residentes e gerentes (Figura 7, A), visitei a Organização Não Governamental (ONG) Lar do Neném, que acolhe, temporariamente, meninos e meninas de 0 a 3 anos, em situação de grave risco social ou abandono, para investigação de crianças com tuberculose (Figura 7, B) visitei o Hospital Otávio de Freitas para a investigação de óbitos por tuberculose e participei da semana de vacinação antirrábica (Figura 7,C).

Além do acompanhamento de casos, participei do projeto “Chegando Junto”, uma importante iniciativa do distrito voltada à atualização das equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) sobre tuberculose e hanseníase. Durante essa ação, visitamos diversas unidades de saúde com o objetivo de apresentar e esclarecer os fluxos de atendimento, promover a educação permanente dos profissionais, identificar dificuldades locais e contribuir com soluções individualizadas para cada equipe de saúde.

Figura 7. Ações desenvolvidas na Vigilância Epidemiológica do DS IV



Fonte: Arquivo pessoal do Autor, 2025.

Participei de ações de testagem rápida em sete comunidades. A troca com as equipes foi extremamente enriquecedora e evidenciou a importância do trabalho em rede e da comunicação entre os níveis da vigilância e da assistência.

Além disso, acompanhei investigações de casos de arboviroses, tuberculose, hanseníase, coqueluche, meningite, ataque antirrábico, leptospirose, esporotricose, covid-19, HIV, HTLV, sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, hepatites virais, óbito materno infantil e violência.

Cada agravo trouxe aprendizados específicos sobre protocolos de investigação, coleta de amostras biológicas e coleta de dados, importância da

vigilância oportuna e a necessidade de articulação com outros setores (como vigilância ambiental, zoonoses e atenção básica).

Em particular, as ações de investigação de agravos me mostraram a relevância de um olhar integral e territorializado sobre os determinantes sociais da saúde, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade.

Essas experiências foram fundamentais para ampliar minha compreensão sobre o papel da vigilância epidemiológica como eixo estruturante do SUS. A atuação nesse campo exige não apenas conhecimento técnico e domínio de fluxos e protocolos, mas também sensibilidade para lidar com situações complexas, capacidade de articulação com diferentes atores da rede e compromisso com a saúde pública.

Em resumo, essa vivência na vigilância epidemiológica do Distrito IV foi desafiadora e profundamente formativa. Encerrei as atividades no setor levando comigo que a vigilância não é apenas um instrumento de controle de doenças, mas uma potente ferramenta de cuidado coletivo, planejamento em saúde e defesa da vida.

2.3 Tarja Branca

Estruturado em encontros mensais programados, o objetivo da Tarja Branca é promover a saúde mental, o convívio social e a integração sociocultural dos residentes.

Ao conhecer e explorar os espaços públicos da capital Recife como o Mercado da Madalena, um dos mercados mais antigos da capital; exposições como as do Instituto Ricardo Brennand (Figura 8, A), Parque das Esculturas Francisco Brennand e a Caixa Cultural (Figura 8, B), o Porto Digital, maior porto tecnológico do Brasil; centro histórico de Recife (Figura 8, C) e Olinda (Figura 8, D); eventos como a Fenearte e a praia de Boa Viagem, a mais famosa da capital, foi possível ampliar a compreensão sobre a dinâmica sociocultural, histórica e econômica do território.

A Tarja Branca configura-se como uma estratégia relevante de promoção do bem-estar psíquico, ao oferecer um espaço periódico de pausa e cuidado que contribui para a recomposição das energias físicas e emocionais dos residentes, além de fortalecer os vínculos de apoio mútuo no coletivo.

Figura 8. Encontros do Tarja Branca



Fonte: Arquivo pessoal do autor, 2025.

Ao priorizar a saúde mental de forma intencional, a iniciativa reconhece que o equilíbrio psicológico é um elemento fundamental para o desempenho qualificado das atividades da residência e para a formação de profissionais mais saudáveis, críticos e realizados.

2.4 Médico Veterinário no SUS

O médico veterinário desempenha papel estratégico na Saúde Coletiva no âmbito do Sistema Único de Saúde, atuando principalmente nas áreas de vigilância em saúde, controle de zoonoses, segurança alimentar e vigilância sanitária (ARMELIN, CUNHA, 2016).

Esse profissional contribui para a prevenção, monitoramento e controle de doenças que afetam tanto os animais quanto os seres humanos, além de participar da investigação de surtos, da vigilância epidemiológica e da análise de riscos relacionados à interface entre humanos, animais e ambiente, em consonância com a abordagem de Saúde Única (One Health) (BRASIL, 2021).

Além disso, o médico veterinário também atua na inspeção e fiscalização de alimentos de origem animal, na vigilância ambiental e na educação em saúde,

contribuindo para a redução de riscos sanitários e para a promoção da saúde da população (ARMELIN, CUNHA, 2016).

No contexto atual do SUS, sua atuação tem sido cada vez mais valorizada nas equipes multiprofissionais de vigilância em saúde e na formulação de políticas públicas voltadas à prevenção de zoonoses, emergências sanitárias e segurança alimentar, fortalecendo a integração entre saúde humana, animal e ambiental (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA, 2023)

**CAPÍTULO 2: MAPEANDO VULNERABILIDADES: ANÁLISE ESPAÇO
TEMPORAL E SOCIODEMOGRÁFICA DOS CASOS DE HIV/AIDS EM
PERNAMBUCO DE 2018 A 2024, TENDÊNCIAS E DESAFIOS PARA A
SAÚDE COLETIVA**

1 INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) constituem, há mais de quatro décadas, um dos principais desafios de saúde pública em escala global. Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), aproximadamente 39 milhões de pessoas viviam com HIV no mundo em 2022 (UNAIDS, 2023), das quais cerca de 630 mil estavam no Brasil (BRASIL, 2023).

Embora os avanços biomédicos, como a ampliação da testagem, a prevenção combinada e a disponibilização universal da terapia antirretroviral (TARV), tenham contribuído para a redução da mortalidade e o aumento da expectativa de vida das pessoas que vivem com HIV, a epidemia permanece marcada por desigualdades sociais, estigmas e barreiras de acesso ao cuidado (EKE, Ahizechukwu C.; EKE, Uzoamaka A, 2025).

Para fins de vigilância e manejo clínico, o Ministério da Saúde estabelece uma distinção clara entre a infecção pelo HIV e a AIDS. O HIV é o vírus que, ao atacar o sistema imunológico, causa a imunodeficiência. A pessoa é classificada como vivendo com HIV (soropositiva) no momento do diagnóstico, podendo permanecer assintomática por longos períodos, especialmente quando adere à TARV.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, a AIDS, por outro lado, é o estágio avançado e mais grave da infecção, caracterizado pela contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm³ e/ou pelo surgimento de doenças oportunistas graves.

Esta distinção é fundamental, pois os casos de AIDS refletem a falha do sistema de saúde em diagnosticar precocemente e a evolução da doença para um quadro de morbimortalidade acentuada. Essa distinção é refletida nas diretrizes de vigilância.

A infecção pelo HIV e a AIDS estão incluídas na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, conforme a Portaria GM/MS nº 5.201, de 15 de agosto de 2024 (BRASIL, 2024a). A obrigatoriedade de notificação para a AIDS remonta a 1986. Posteriormente, a infecção pelo HIV em gestantes, parturientes, puérperas e em crianças expostas ao risco de transmissão vertical foi incorporada à lista em 2000 (BRASIL, 2000).

Finalmente, a infecção pelo HIV nas demais categorias tornou-se de notificação compulsória a partir de 2014 (BRASIL, 2014). Dessa forma, todos os casos de

infecção pelo HIV ou de AIDS devem ser obrigatoriamente reportados às autoridades sanitárias competentes.

No Brasil, a resposta à epidemia foi historicamente construída com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa estrutura consolidou o país como referência mundial na oferta gratuita de medicamentos, testagem e ações de prevenção.

No entanto, persistem importantes desigualdades regionais na distribuição dos casos e na capacidade de resposta dos serviços de saúde, especialmente em áreas com menor estrutura assistencial e cobertura limitada de ações estratégicas (RODRIGUES, A. et al, 2021).

Segundos dados do Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS de 2024, o estado de Pernambuco, localizado na Região Nordeste, apresenta uma situação epidemiológica de destaque no cenário nacional. Com uma população superior a 9,5 milhões de habitantes distribuídos em 185 municípios, o estado possui características geográficas e socioeconômicas heterogêneas, o que demanda uma análise territorializada da epidemia.

As análises espaciais e temporais constituem ferramentas estratégicas para a Vigilância em Saúde, pois permitem identificar padrões de distribuição de doenças e agravos no território ao longo do tempo. A partir da análise geográfica e da evolução temporal dos casos, é possível detectar áreas de maior risco, identificar tendências epidemiológicas e subsidiar a tomada de decisão para o planejamento de ações de prevenção e controle em saúde pública (BARCELLOS et al., 2017).

Nesse contexto, a vigilância epidemiológica exerce papel fundamental ao fornecer subsídios para o planejamento de ações mais efetivas, regionais e baseadas em evidências. Compreender a distribuição dos casos, os perfis populacionais, os padrões de diagnóstico e os indicadores de morbimortalidade é essencial para orientar políticas públicas mais equitativas e direcionadas (Costa Filho et al, 2021).

A análise de dados secundários permite identificar tendências, avaliar o impacto das estratégias implementadas e reconhecer lacunas que ainda comprometem o enfrentamento efetivo da infecção.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar o panorama epidemiológico do HIV/AIDS no estado de Pernambuco no período de 2018 a 2024, considerando aspectos sociodemográficos, clínicos e territoriais. Busca-se, assim,

subsidiar a formulação de estratégias de vigilância e cuidado mais integradas, sensíveis às especificidades regionais e voltadas à redução das iniquidades em saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o perfil sociodemográfico e espaço-temporal de indivíduos com HIV/AIDS em Pernambuco no período de 2018 a 2024.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a distribuição espacial dos casos de HIV no estado, identificando padrões territoriais de ocorrência;
- Avaliar a tendência temporal dos casos de HIV no período estudado, considerando variáveis epidemiológicas e territoriais;
- Descrever o perfil sociodemográfico das pessoas que vivem com HIV em Pernambuco no período de 2018 a 2024;
- Discutir os determinantes sociais associados ao perfil epidemiológico das pessoas que vivem com HIV;
- Propor estratégias de intervenção voltadas ao fortalecimento da vigilância em saúde e da atenção integral às pessoas que vivem com HIV no SUS.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) permanecem como importantes problemas de saúde pública global e nacional (AMARAL; SILVA; LESSA, 2023). Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), aproximadamente 39 milhões de pessoas viviam com HIV no mundo em 2022 (UNAIDS, 2023), das quais cerca de 630 mil estavam no Brasil (BRASIL, 2023).

A infecção é considerada uma epidemia concentrada, caracterizada por alta prevalência em grupos específicos e desigual distribuição territorial (PEREIRA et al., 2024).

Para fins de vigilância e manejo clínico, a distinção entre a infecção por HIV e a AIDS é crucial. O HIV é o agente etiológico que, quando não controlado, evolui para a AIDS, o estágio avançado e mais grave da infecção, caracterizado pelo colapso imunológico e o surgimento de doenças oportunistas (BRASIL, 2024a).

Esta distinção é fundamental, pois a alta ocorrência de casos de AIDS, e sobretudo de alta letalidade, indica a falha do sistema em diagnosticar precocemente e a progressão da doença para um quadro de morbimortalidade acentuada (SOUZA et al., 2024).

Desde a década de 1990, o Brasil tem se destacado no cenário internacional pela resposta ao HIV/AIDS, com a garantia do acesso universal e gratuito à TARV, a ampliação da testagem e a adoção da prevenção combinada. Essa estratégia abrangente inclui a oferta de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), Profilaxia Pós-Exposição (PEP), testagem rápida, autoteste de HIV, redução de danos e educação em saúde (SILVA; VITORINO; MARQUEZ, 2022).

Para sustentar essa resposta, a vigilância epidemiológica é estrutural. O HIV e a AIDS estão incluídos na Lista Nacional de Notificação Compulsória (BRASIL, 2024a), com a obrigatoriedade de notificação estendida ao longo do tempo: AIDS desde 1986, infecção em gestantes desde 2000 (BRASIL, 2000), e infecção por HIV em geral desde 2014 (BRASIL, 2014).

Apesar dos avanços, o cenário epidemiológico brasileiro apresenta diferenças significativas entre regiões. Enquanto estados do Sudeste e Sul mostram estabilidade ou queda, o Norte e o Nordeste, incluindo Pernambuco, mantém taxas elevadas, especialmente em municípios de médio porte e regiões metropolitanas (MATSUDA et al., 2022). Isso reforça a necessidade de análises temporais e territoriais focadas em realidades locais, como a de Pernambuco.

O HIV deve ser compreendido não apenas como uma infecção crônica controlável, mas como um fenômeno que reflete as iniquidades sociais e estruturais (PEREIRA et al., 2024).

Entre 2019 e 2023, observou-se uma tendência de rejuvenescimento da epidemia, com aumento da infecção entre jovens de 15 a 29 anos e mulheres

heterossexuais, possivelmente associada à baixa percepção de risco e à redução do uso do preservativo (MATSUDA et al., 2022). O Brasil registra alta concentração em populações vulneráveis, como homens que fazem sexo com homens (HSH), mulheres trans e profissionais do sexo (AMARAL; SILVA; LESSA, 2023).

A distribuição desigual do HIV é explicada pelos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Fatores como baixa escolaridade, desemprego, pobreza e discriminação estruturam o risco de exposição e influenciam a adesão ao tratamento (ARAÚJO, 2025).

A alta concentração de diagnósticos na população de baixa escolaridade e as disparidades raciais na letalidade (LIMA; SOARES, 2024) são evidências diretas do impacto desses DSS.

O estigma relacionado ao HIV e à orientação sexual continua a impactar negativamente o acesso aos serviços de saúde. Pessoas LGBTQIA+, como mulheres trans, enfrentam múltiplas formas de violência e exclusão (VERAS et al., 2024), o que compromete a continuidade do cuidado.

A vulnerabilidade ao HIV deve, portanto, ser entendida em uma perspectiva intersetorial, sendo papel da Saúde Coletiva atuar na redução dessas desigualdades por meio de ações de equidade e integralidade do cuidado.

A vigilância em saúde é componente estruturante da Saúde Coletiva. No caso do HIV, a vigilância epidemiológica permite identificar perfis populacionais, tendências e lacunas na rede assistencial, subsidiando o planejamento de ações (Costa Filho et al, 2021).

Contudo, a pandemia de COVID-19 agravou o cenário, provocando queda nas testagens e atrasos no início do Tratamento Antirretroviral (TARV), resultando em um aumento dos casos de diagnóstico tardio (MATSUDA et al., 2022). Essa dinâmica reforça que a vulnerabilidade programática (capacidade de resposta do sistema) é um fator crucial na sobrevida e no prognóstico do paciente.

Para Pernambuco, isso implica planejar ações de cuidado centradas na pessoa, com foco na redução do estigma, na escuta qualificada e na articulação entre os diferentes níveis de atenção, fortalecendo a perspectiva de cuidado humanizado e contínuo.

4 METODOLOGIA

4.1 Local do Estudo

Situado na Região Nordeste do Brasil, o Estado de Pernambuco (Figura 9), possui uma área territorial de aproximadamente 98.312 km² e, segundo o IBGE de 2022, conta com uma população estimada em cerca de 9,7 milhões de habitantes, apresentando uma densidade populacional média de 97,7 habitantes por quilômetro quadrado.

Figura 9 - Localização do estado de Pernambuco.



Fonte: IBGE, 2022. Adaptado.

O clima predominante é tropical úmido na faixa litorânea e semiárido no sertão, com temperaturas médias anuais variando entre 18 °C e 33 °C, raramente inferiores a 16 °C ou superiores a 35 °C.

O território pernambucano localiza-se entre as latitudes 7°15' e 9°29' sul e longitudes 34°48' e 41°21' oeste, com altitude média de 328 metros. O estado limita-se ao norte com a Paraíba e o Ceará, ao sul com Alagoas, a oeste com o Piauí e a leste com o Oceano Atlântico, onde se encontra sua capital, Recife.

Distante aproximadamente 2.130 km de Brasília, Pernambuco apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,673, considerado médio segundo o PNUD (2021).

Administrativamente, o território estadual está dividido em doze Gerências Regionais de Saúde (GERES), distribuídas entre as macrorregiões Metropolitana, Agreste e Sertão, que organizam e coordenam as ações e serviços de saúde de forma descentralizada.

4.2 Tipo de estudo e fonte de dados

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e ecológico, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir da análise de dados secundários sobre pessoas que vivem com HIV (PVHIV) no estado de Pernambuco, no período de 2018 a 2024.

Esse tipo de estudo permite analisar a distribuição de casos em populações específicas e identificar padrões, tendências e desigualdades temporais, constituindo um instrumento relevante para o planejamento e avaliação das ações de saúde pública (MEDRONHO et al., 2022).

A população do estudo compreende todos os casos de infecção pelo HIV notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 1 de janeiro de 2018 a 20 de outubro de 2024, no estado de Pernambuco.

Foram incluídos todos os registros válidos e consolidados no informe epidemiológico estadual, com as variáveis sociodemográficas: sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade e município de residência; epidemiológicas: ano de notificação, categoria de exposição e evolução do caso; e posteriormente calculados os indicadores operacionais: taxa de detecção e taxa de mortalidade por 100 mil habitantes.

Essas variáveis foram organizadas em categorias analíticas que permitiram examinar o perfil demográfico, espacial e a tendência temporal das PVHIV, articulando-as com determinantes sociais e contextuais da saúde coletiva.

Por se tratar de um estudo censitário com dados secundários, não foi realizada amostragem, abrangendo a totalidade dos casos notificados no período.

Os dados utilizados foram obtidos de fontes oficiais e de domínio público, incluindo: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) — utilizado para a coleta de dados referentes aos casos de HIV notificados entre 2018 a 2024; Boletins

Epidemiológicos de HIV/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), que forneceram indicadores complementares e informações consolidadas de vigilância; tabulador de dados do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI/SVS/MS), por meio do TABNET/DATASUS, utilizado para cálculo de taxas e razões epidemiológicas.

4.3 Análise espaço-temporal

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel 2019 e analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo de taxas de detecção e razão entre os sexos.

A análise temporal foi realizada considerando o período de 2018 a 2024, com o objetivo de identificar tendências de crescimento, estabilidade ou redução dos casos notificados, bem como observar possíveis alterações após o período pandêmico. Para a avaliação da tendência ao longo do tempo, foi calculada a variação percentual anual (VPA) entre os anos consecutivos, utilizando-se a fórmula:

$$VPA = \frac{V_{inicial} - V_{final}}{V_{inicial}} \times 100$$

Adicionalmente, estimou-se a variação percentual anual média do período, a partir da taxa média de crescimento anual composta (*Compound Annual Growth Rate* – CAGR), obtida pela expressão:

$$CAGR = \left[\left(\frac{V_{final}}{V_{inicial}} \right)^{\frac{1}{n}} - 1 \right] \times 100$$

Esses indicadores permitiram avaliar de forma mais robusta a tendência temporal dos diagnósticos de HIV no estado, considerando as oscilações observadas ao longo da série histórica.

Os dados georreferenciados dos casos de HIV/AIDS foram importados, organizados e processados no ambiente do QGIS 3.44.3, permitindo a construção de mapas temáticos e a identificação de padrões de distribuição espacial no território pernambucano.

Os resultados foram apresentados em tabelas, gráficos e mapas, permitindo visualizar a evolução dos indicadores e as diferenças entre subgrupos populacionais.

Como complemento à análise numérica, realizou-se uma interpretação qualitativa dos achados à luz de documentos técnicos e literatura científica recente, buscando compreender os determinantes sociais e institucionais que influenciam a notificação e o cuidado em HIV/AIDS.

Essa etapa buscou contextualizar os resultados dentro do campo da saúde coletiva, evidenciando a influência de fatores sociais, econômicos e de acesso ao SUS na dinâmica da epidemia.

4.4 Comitê de ética em pesquisa

Não foram utilizados dados primários neste estudo. Todas as análises foram baseadas exclusivamente em dados secundários de domínio público, obtidos a partir de bases de dados oficiais disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e Pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, sem qualquer forma de coleta direta junto a indivíduos, profissionais de saúde ou serviços assistenciais.

Dessa forma, as informações analisadas encontram-se previamente sistematizadas e agregadas, não permitindo a identificação individual dos sujeitos, o que garante a preservação do anonimato e da confidencialidade das informações.

Considerando essas características metodológicas, não houve contato direto com participantes humanos, tampouco manipulação de informações sensíveis individualizadas. Assim, o desenvolvimento da pesquisa seguiu os princípios éticos aplicáveis ao uso de dados secundários em estudos epidemiológicos e de saúde coletiva.

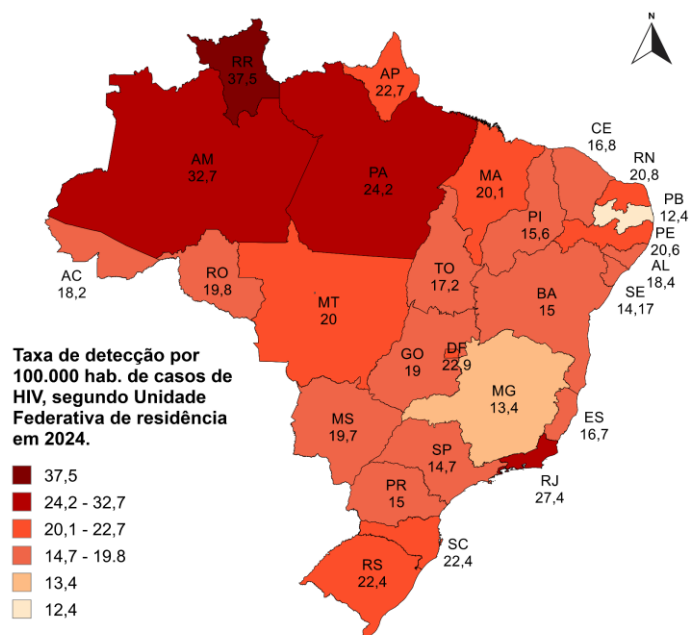
Nesse sentido, não foi necessária a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme previsto na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual estabelece que pesquisas que utilizam informações de acesso público, sem possibilidade de identificação dos indivíduos, estão dispensadas de apreciação pelo sistema CEP/CONEP.

Ainda assim, foram respeitados os princípios éticos de integridade científica, responsabilidade no manejo das informações e uso adequado dos dados para fins exclusivamente acadêmicos e científicos.

5. RESULTADOS

Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS de 2025, a taxa de detecção de HIV por 100.000 habitantes em 2024, o Brasil apresenta um cenário epidemiológico heterogêneo, com a maior carga da doença concentrada em estados da Região Norte, como Roraima e Amazonas, que registram as taxas mais elevadas do país (Figura 10).

Figura 10 - Taxa de detecção de HIV por 100 mil hab. no Brasil em 2024.



Fonte: BRASIL, 2025. Adaptado.

Essa disparidade geográfica reflete os diferentes estágios da epidemia e as variadas barreiras de acesso aos serviços de prevenção e testagem nas diversas macrorregiões (EKE, Ahizechukwu C.; EKE, Uzoamaka A, 2025), contrastando com as menores taxas observadas em estados como São Paulo e Minas Gerais.

A Região Nordeste, por sua vez, exibe uma variação considerável nas taxas de detecção. Em 2024, o Rio Grande do Norte se destacou com a maior taxa regional com 20,8, Pernambuco logo em seguida com 20,6, enquanto a maioria dos estados nordestinos apresenta taxas intermediárias, geralmente entre 14 e 20 casos por 100.000 habitantes.

Essa variação interna na região indica que os desafios para o controle do HIV não são uniformes e exigem que cada estado fortaleça suas políticas de saúde para atender às especificidades locais de vulnerabilidade e acesso.

Pernambuco, com uma taxa de 20,6 casos por 100.000 habitantes, a 2ª maior do Nordeste e a 11ª maior do país, posiciona-se em um patamar de risco intermediário-alto no contexto nacional e figura entre os líderes regionais de detecção. Essa taxa é significativamente mais alta do que a de seus vizinhos mais populosos, como o Ceará (16,8) e a Bahia (15), confirmando que a carga de novos diagnósticos de AIDS no estado é substancial.

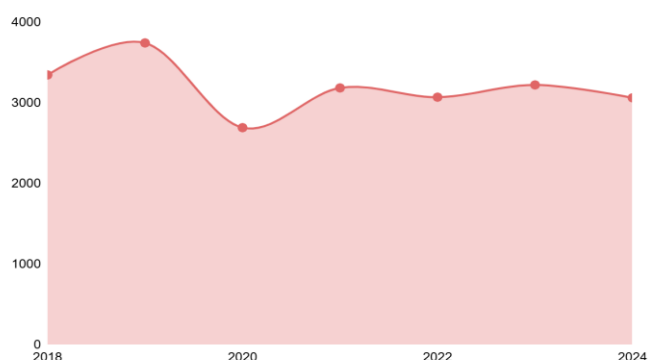
A capital do estado, Recife, configura-se como a 8ª capital do país com a maior taxa de diagnóstico, 41,1 e a 3ª maior do nordeste, ficando atrás apenas de Natal (46,9) e São Luís (42,3).

Este alto coeficiente de detecção reforça a necessidade de intensificar as estratégias de prevenção combinada e de diagnóstico precoce para mitigar a elevada letalidade e o diagnóstico tardio já observados nas análises internas do estado.

Segundos dados do Informe Epidemiológico de HIV/AIDS de Pernambuco de 2024, entre os anos de 2018 e 2024, foram notificados 21.594 casos de HIV no estado de Pernambuco, Brasil, com uma média anual de 3.189 casos registrados ao longo do período analisado.

O maior número de diagnósticos no período analisado foi registrado em 2019, com 3.747 casos. Em 2020, observou-se uma queda para 2.696 casos, possivelmente relacionada ao impacto da pandemia de COVID-19. Nos anos seguintes, houve uma recuperação gradual, com números próximos aos de 2018, embora sem retorno ao pico observado em 2019.

Figura 11 - Casos de HIV em Pernambuco de 2018 a 2024



Fonte: SES/PE, 2024.

A análise da variação percentual anual dos diagnósticos de HIV em Pernambuco entre 2018 e 2024 (Tabela 1), evidenciou oscilações importantes ao longo da série temporal, sem tendência consistente de crescimento sustentado. Observou-se aumento de 11,85% entre 2018 e 2019, seguido de uma redução acentuada de 28,05% entre 2019 e 2020, configurando a maior variação negativa do período analisado.

Nos anos subsequentes, verificou-se uma recuperação parcial dos diagnósticos, com incremento de 18,28% entre 2020 e 2021, possivelmente refletindo a retomada gradual das atividades de testagem e vigilância epidemiológica após o período mais crítico da pandemia de COVID-19.

Tabela 1 – Variação percentual anual dos diagnósticos de HIV em Pernambuco.

Ano	Casos	Variação %
2018	3350	—
2019	3747	11,85%
2020	2696	-28,05%
2021	3189	18,28%
2022	3074	-3,61%
2023	3226	4,94%
2024	3066	-4,96%

Fonte: SES/PE, 2025.

A partir de 2021, as variações anuais passaram a apresentar flutuações de menor magnitude, com redução de 3,61% entre 2021 e 2022, aumento de 4,94% entre 2022 e 2023 e nova redução de 4,96% entre 2023 e 2024.

5.1 Gerências Regionais de Saúde

A distribuição dos casos de HIV em Pernambuco, segundo as Gerências Regionais de Saúde (GERES) (Tabela 2), revela uma concentração significativa em determinadas regiões. A GERES I, que abrange Recife e sua região metropolitana, apresentou o maior número de diagnósticos: 14.938 casos, o que corresponde a 69,1% do total estadual.

Tabela 2 - Taxa de detecção de HIV por GERES de 2018-2024.

GERES	População	Diagnóstico	Taxa por 100 mil hab.	Risco
XII	302.351	1.206	398,87	Muito alto
III	507.147	2.017	397,71	Muito alto
I	3.954.654	14.938	377,75	Muito alto
II	567.688	663	116,8	Alto
IX	338.050	298	88,15	Intermediário
VIII	531.226	338	63,63	Intermediário
IV	1.366.625	795	58,17	Intermediário
VI	414.311	241	58,16	Intermediário
X	238.164	94	39,47	Baixo
XI	236.810	61	25,76	Baixo
V	538.978	118	21,89	Baixo
VII	141.653	27	19,06	Baixo

Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

Em seguida, aparecem a GERES IV, com 2.017 casos (9,3%), e a GERES III, com 1.206 casos (5,6%). Por outro lado, as regiões com o menor número de diagnósticos são a GERES X, com apenas 94 casos (0,4%), e a GERES VII, com 118 casos (0,5%).

A GERES I, que abrange Recife e a região metropolitana, possui a maior população, com aproximadamente 3,9 milhões de habitantes, e concentra a maioria dos diagnósticos (69,2%). Em comparação, a GERES II, com 567 mil habitantes, representa 3,6% dos casos, enquanto a GERES XII, com 302 mil habitantes, responde por 3%, mantendo uma proporção semelhante, apesar da população ser menor.

A predominância da GERES I nos registros de HIV pode estar associada a fatores como maior densidade populacional, melhor acesso aos serviços de diagnóstico e, possivelmente, uma maior prevalência do vírus na região. GERES V, VI, VII, X e XI têm menos de 1,5% dos casos cada, podendo haver barreiras de acesso a testes e estigma social inibindo diagnóstico.

As GERES XII e III apresentam taxas de diagnóstico praticamente idênticas e elevadíssimas com 398,87 e 397,71, respectivamente. A GERES I, apesar de ser a de maior população e volume absoluto de casos, tem uma taxa (377,75) que é inferior

à das GERES XII e III, embora ainda seja classificada como Risco Alto. Esta diferença é notável: as regiões com menor população (XII e III) detêm o maior risco proporcional. Por outro lado, as GERES VII (19,06) e V (21,89) registram as taxas mais baixas.

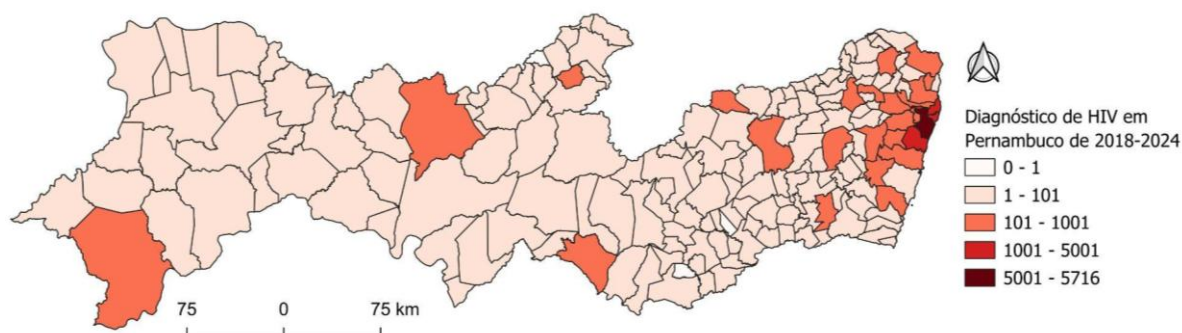
As maiores taxas estão concentradas de forma aguda nas GERES XII (398,87) e III (397,71), cujas taxas são as mais altas e praticamente idênticas, sinalizando uma situação de criticidade proporcional superior. Em contraste, uma menor taxa nas GERES VII (19,06) e V (21,89), resultando em uma disparidade de mais de 20 vezes entre a maior e a menor taxa proporcional.

5.2 Diagnósticos por município

Os dez municípios com maior número de casos diagnosticados de HIV em Pernambuco, no período de 2018 a 2024, concentraram um total de 14.838 registros, representando 68,71% de todos os diagnósticos notificados no estado.

O município do Recife lidera em número absoluto de diagnósticos, com 5.716 casos (Figura 12), correspondendo a 26,5% do total estadual. Em seguida, destacam-se: Jaboatão dos Guararapes (2.586 casos; 12%), Olinda (1.490 casos; 6,9%) e Paulista (1115 casos; 5,2%). Esses quatro municípios concentram mais de dez mil casos de HIV e pertencem à Região Metropolitana do Recife e juntos somam 50,6% dos casos diagnosticados no estado.

Figura 12 - Diagnóstico de HIV por município do estado de Pernambuco de 2018-2024.



Fonte: SEVS-PE 2024, adaptado.

Fora da Região Metropolitana, Caruaru aparece como o município com o maior número de casos diagnosticados (904, ou 4,2%). Outras cidades com altos números incluem, Cabo de Santo Agostinho (885 casos, 4,1%) Abreu e Lima (762 casos, 3,5%),

Petrolina (541 casos, 2,5%), Camaragibe (466 casos, 2,2%) e Ipojuca (373 casos, 1,7%).

Essa distribuição sugere que, embora a maioria dos diagnósticos ocorra na capital e região metropolitana, algumas cidades do interior também registram números significativos de casos.

Muitos municípios de pequeno porte registram poucos ou nenhum caso de HIV. Exemplos incluem Calçado, que não registrou nenhum diagnóstico até a data da análise, Solidão e Terezinha, com apenas um caso confirmado cada.

Essas localidades, em geral, possuem populações reduzidas e menor dinamicidade urbana, o que pode influenciar na menor taxa de diagnósticos, bem como na resistência a realização dos testes e a falta de acesso ao diagnóstico que muitas cidades pequenas possuem.

Recife, como maior centro urbano, concentra 26,5% dos casos estaduais (5716 casos), apresentando taxa de 383,9/100 mil habitantes. Jaboatão dos Guararapes (2.586 casos; 401.53/100 mil) e Olinda (1.490 casos; 425.74/100 mil) seguem este padrão, característico da região metropolitana.

Apesar dos municípios mais populosos apresentarem maior número absoluto de casos, algumas cidades revelam taxas proporcionais elevadas em relação à população. Abreu e Lima, por exemplo, com cerca de 98 mil habitantes, registrou 762 casos, indicando uma taxa expressivamente alta de infecção por HIV.

Abreu e Lima emerge como caso emblemático, pois embora com apenas 98.462 habitantes, registrou 762 casos, resultando em taxa alarmante de 773.92/100 mil, a mais elevada do estado, com uma taxa maior que Recife, (383,9/100 mil). Ipojuca (377.03/100 mil), Paulista (325.87/100 mil) e Camaragibe (315.35/100 mil), também apresentam taxas significativamente acima da média estadual.

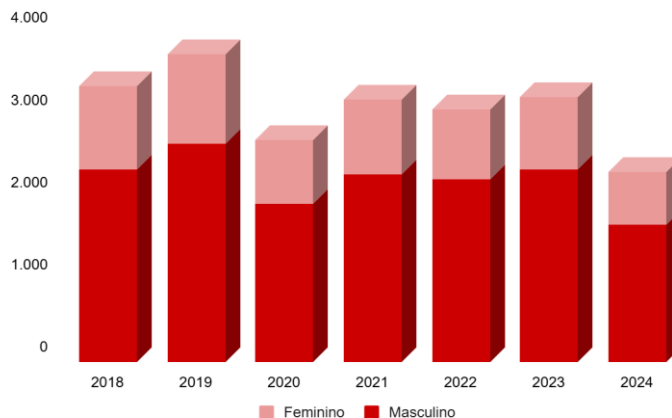
Caruaru (239.12/100 mil) e Petrolina (139.86/100 mil), apesar de serem polos regionais, exibem taxas substancialmente inferiores às da região metropolitana.

5.3 Dados Sociodemográficos

A maioria das notificações ocorreu entre pessoas do sexo masculino (Figura 13), totalizando 15.425 casos (71,4%), com destaque para a faixa etária de 20 a 29 anos (37,5%), seguida por 30 a 39 anos (29,7%). Observou-se uma predominância de indivíduos autodeclarados pardos (64,5%), seguidos por brancos (16%). Em relação

à escolaridade, identificou-se uma elevada proporção de registros com dados ignorados (25,9%), seguida por indivíduos com ensino médio completo (24,2%) e ensino fundamental incompleto (21,7%).

Figura 13 - Diagnósticos de HIV por sexo em Pernambuco de 2018 a 2024.

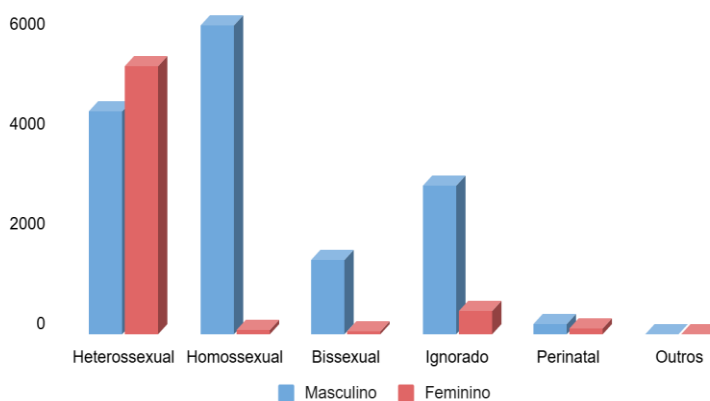


Fonte: SES/PE, 2024.

5.3.1 Categoria de Exposição

A exposição heterossexual (Figura 14), emerge como a principal categoria, constituindo a maioria dos registros de HIV/AIDS com 9.825 casos (45,7%). Neste grupo, as mulheres heterossexuais representam um ponto de vulnerabilidade maior, correspondendo a 54,4% dos casos dentro desta categoria. Em seguida, destaca-se a categoria de exposição homossexual com 6.272 notificações (29,2%).

Figura 14 - Diagnósticos de HIV por categoria de exposição em Pernambuco de 2018-2024.

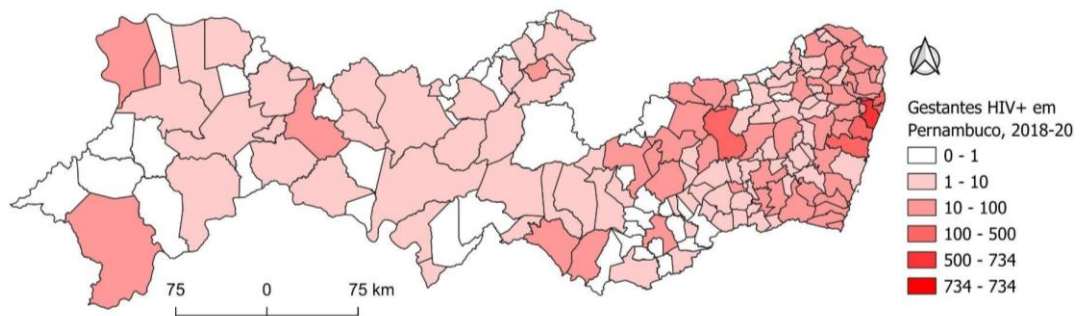


Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

5.3.2 Gestantes com HIV

Ao longo dos sete anos analisados, foram registrados 3.402 casos de gestantes vivendo com HIV, evidenciando a persistência da transmissão vertical como um importante desafio para a vigilância em saúde e para as estratégias de prevenção no estado (Figura 15).

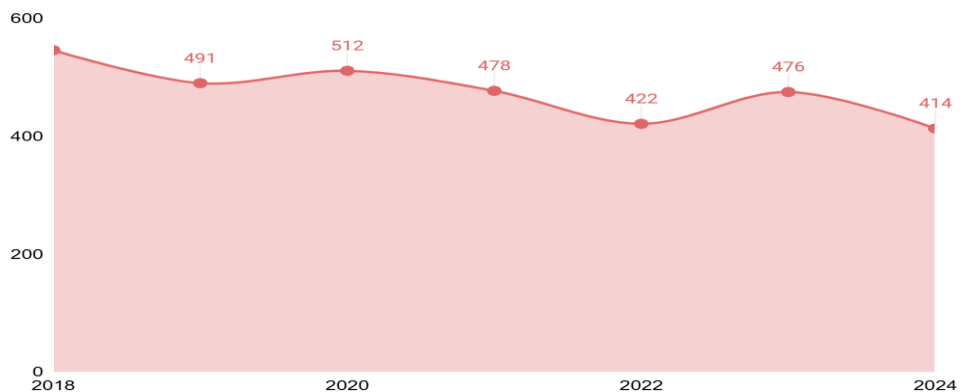
Figura 15 - Diagnósticos de gestantes HIV+ em Pernambuco de 2018 a 2024.



Fonte: SES/PE, 2024, adaptado.

No período de 2018 a 2024 (Figura 16), observa-se uma tendência geral de redução na notificação de casos ao longo da série histórica. O ano de 2018 apresentou o maior número de registros, com 547 notificações, enquanto 2024 concentrou o menor quantitativo do período, totalizando 414 casos.

Figura 16 - Evolução temporal de diagnósticos de gestantes HIV+ de 2018-2024 em Pernambuco.



Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

Essa redução no número absoluto de notificações indica avanços no controle da transmissão vertical, embora ainda persistam desafios relacionados à vigilância e ao diagnóstico oportuno.

Essa redução representa uma queda de 71 diagnósticos, ou aproximadamente 12,98% ao longo dos sete anos analisados. Embora o ponto mínimo tenha sido alcançado em 2022 (422 casos), os anos mais recentes (2023 e 2024) demonstraram estabilidade, mantendo o indicador nos 476 casos, sinalizando que a queda se estabilizou e sugere a necessidade de novas intervenções para retomar o declínio.

A distribuição dos diagnósticos entre as GERES demonstra uma polarização clara entre o alto volume de casos na Região Metropolitana e o alto risco proporcional na Zona da Mata, em contraste com o baixo volume e baixo risco nas regiões do Sertão. No total, foram registrados 3.805 casos (soma dos T0 fornecidos), (Tabela 3).

Tabela 3 - Taxa de detecção de gestantes com HIV por 100 mil habitantes

GERES	População (hab.)	Casos Totais (2018–2023)	Taxa por 100.000 hab.
I	3.954.654	1.763	44,6
III	507.147	221	43,6
XII	302.351	118	39
IV	1.366.625	374	27,4
IX	338.050	73	21,6
II	567.688	117	20,6
VIII	531.226	104	19,6
VII	141.653	24	16,9
XI	236.810	26	11
VI	414.311	42	10,1
V	538.978	49	9,1
X	238.164	15	6,3

Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

A GERES I (RMR) domina o cenário, tanto em população quanto em volume, enquanto as GERES III (Mata Sul) e XII (Mata Norte) apresentam a maior taxa proporcional. Essa distribuição desigual exige estratégias de saúde pública adaptadas, focando em recursos operacionais na RMR e em intervenções de prevenção na Zona da Mata.

A GERES I lidera de forma absoluta, concentrando 1.989 casos, o que representa mais da metade (52,3%) dos diagnósticos totais do estado. Em seguida, a

GERES IV (Caruaru) e a GERES III (Palmares) se destacam, com 412 e 259 casos, respectivamente.

No extremo oposto, o Sertão apresenta municípios com poucos ou nenhum caso notificado. Por exemplo, a GERES X (Afogados da Ingazeira), que possui a menor taxa (7,14), registra apenas 17 casos no total.

Dentro dessa região, municípios como Poção (GERES IV), Santa Filomena (GERES IX), Jucati (GERES V), Brejinho (GERES X) e Calçado (GERES V) aparecem consistentemente com zero ou um caso (não listados detalhadamente na tabela GERES, mas presentes na lista de municípios), indicando que o indicador é residual ou subnotificado nessas localidades.

A queda no número total de diagnósticos é predominantemente impulsionada pela Gerência Regional de Saúde I (RMR). Esta região, que tem a maior população, viu seu volume de casos cair de 345 em 2018 para 226 em 2024, sendo a principal responsável pela melhoria no cenário estadual.

Por outro lado, regiões como a GERES III (Mata Sul) e a GERES X (Sertão de Afogados da Ingazeira) exibem uma notável estabilidade em seus números. A GERES III, por exemplo, oscilou entre 32 e 42 casos, mantendo um patamar elevado (com risco proporcional já identificado como o maior do estado), e a GERES X se manteve com volumes extremamente baixos e estáveis (entre 1 e 4 casos), indicando que as tendências de alta ou baixa de casos não impactaram essas regiões da mesma forma que a RMR.

A GERES VIII (Petrolina) também apresentou uma queda significativa, caindo de 14 para 7 casos, reduzindo pela metade a carga em seu território. Em suma, embora haja uma clara diminuição no diagnóstico geral, essa melhora é desigual, sendo crucial analisar o risco proporcional para entender a verdadeira prevalência do indicador em cada área.

Quanto aos municípios (Tabela 4), a maior taxa do estado é liderada de forma absoluta por Cabo de Santo Agostinho, com uma taxa de 80,12 por 100 mil habitantes. A vulnerabilidade se mantém alta nos municípios vizinhos, com Olinda (70,87) e Igarassu (62,50) ocupando as posições subsequentes. Sete das dez maiores taxas pertencem a municípios da GERES I, o que estabelece a região metropolitana como o epicentro da infecção no estado.

Tabela 4 - Taxa de detecção por 100.000 hab. em gestantes com HIV.

GERES	Município	População	Gestantes HIV+	Taxa por 100.000 hab.
I	Cabo de Santo Agostinho	203.440	163	80,12
I	Olinda	349.976	248	70,86
I	Igarassu	115.196	72	62,5
I	Jaboatão dos Guararapes	644.037	333	51,7
I	Recife	1.488.920	734	49,3
I	Camaragibe	147.771	64	43,31
I	São Lourenço da Mata	111.249	47	42,25
I	Paulista	342.167	138	40,33
VII	Caruaru	378.048	110	29,1
IV	Petrolina	386.791	100	25,86

Fonte: SES/PE, 2024.

Embora possuam o maior número absoluto de casos, a capital Recife, e Jaboatão dos Guararapes, ocupam posições intermediárias no ranking de taxa (49,30 e 51,71, respectivamente). Isso ocorre porque suas populações maiores diluem o volume de casos, mas o risco permanece significativamente alto quando comparado com municípios de outras regiões.

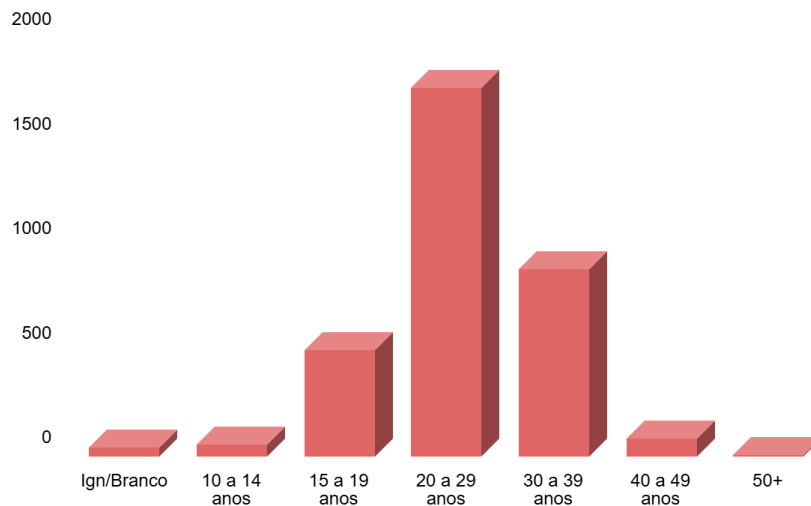
A lista é completada por três importantes centros regionais do interior: Petrolina (GERES VIII), com taxa de 25,86; Vitória de Santo Antão (GERES IV), com 17,15; e Garanhuns (GERES V), com 11,23. A inclusão desses municípios demonstra que, embora o risco seja mais intenso na RMR, há uma presença notável da notificação de HIV em gestantes em grandes centros fora da área metropolitana.

A distribuição dos 3.340 casos notificados de HIV em gestantes revela uma carga da infecção acentuadamente concentrada na idade reprodutiva central (Figura 17).

5.3.4 Faixa-etária

A faixa etária de 20 a 29 anos (Figura 17) é a mais afetada, totalizando 1.554 casos, o que representa 46,53% de todas as notificações do período. Essa alta proporção demonstra que quase metade dos diagnósticos está concentrada neste grupo, que é de alta prioridade para o rastreamento pré-natal.

Figura 17 - Gestantes com HIV por faixa etária entre os anos de 2018 e 2024.



Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

Em seguida, a faixa de 30 a 39 anos é o segundo maior grupo, com 780 casos, contribuindo com 23,35% do total. Juntas, estas duas faixas etárias somam aproximadamente 70% dos casos.

A vulnerabilidade na adolescência também é notável, com a faixa de 15 a 19 anos apresentando 13,56% das notificações, totalizando 531 casos, o que exige atenção especial aos programas de prevenção voltados para essa população.

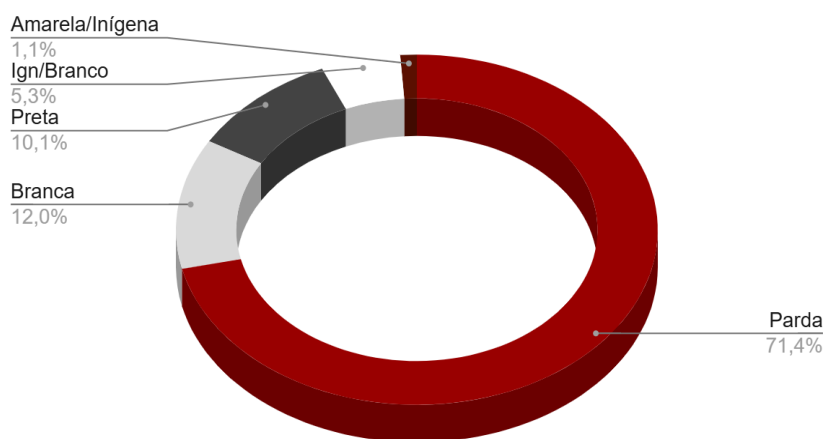
5.3.5 Raça/cor

A distribuição dos 3.340 casos notificados de HIV em gestantes, segundo o critério de Raça/Cor (Figura 18), é dominada pela categoria Parda, que concentra a vasta maioria dos diagnósticos.

As notificações de mulheres pardas totalizam 2.385 casos, correspondendo a 71,4% do total. Isso estabelece a cor Parda como o grupo de maior risco absoluto e maior foco de atenção na vigilância epidemiológica.

As outras categorias somam proporções bem menores: a cor Branca é a segunda mais frequente, com 402 casos (12%), seguida pela cor Preta, com 338 casos (10,1%). As categorias Amarela, Indígena e Ignorada/Branco somam, juntas, menos de 7% das notificações, com a cor Amarela representando 0,7% (32 casos) e a Indígena 0,40% (13 casos).

Figura 18 - Casos de gestantes HIV+ por raça/cor



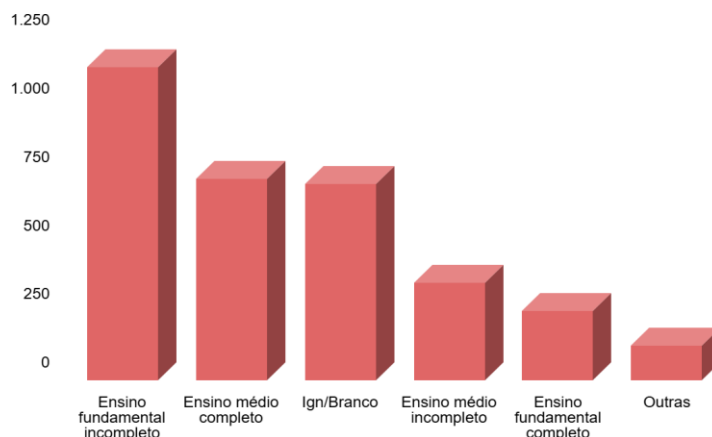
Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

5.3.6 Escolaridade

A análise da distribuição de 3.340 casos de HIV em gestantes por escolaridade estabelece uma clara correlação entre baixo nível de instrução formal e maior vulnerabilidade à infecção (Figura 19).

O grupo com Ensino Fundamental Incompleto concentra a maior carga de casos, respondendo por 34,3% do total (1.144 casos). Este achado, somado à alta porcentagem de casos em mulheres com Ensino Médio Incompleto (10,8%), reitera a necessidade de direcionar ações de prevenção e diagnóstico para as populações com menor escolaridade.

Figura 19 - Gestantes HIV+ segundo o nível de escolaridade entre 2018 e 2024.



Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

Em contraste, as categorias de Ensino Superior (incompleto e completo) representam uma parcela muito pequena dos diagnósticos, totalizando cerca de 2%. Este perfil sugere que a escolaridade funciona como um importante fator de proteção e que a vulnerabilidade é ampliada pela dificuldade de acesso à informação e aos serviços de saúde por parte dos grupos com menor nível de instrução

Adicionalmente, a qualidade dos dados apresenta um desafio significativo, visto que a categoria Ignorado/Branco representa 17,50% do total de casos (583 notificações).

5.3.7 Pré-natal

Dos 3.340 casos notificados entre 2018 e 2024, a maior parte dos diagnósticos ocorreram de forma oportuna. Quase metade dos casos, totalizando 1.637 (49%), foram identificados Antes do pré-natal. Este é o cenário ideal, pois indica que a gestante já tinha conhecimento de sua condição e, presumivelmente, estava em tratamento otimizado ao iniciar a gestação.

A segunda maior categoria é a de diagnósticos realizados Durante o pré-natal, com 1.292 casos (38,7%), o que demonstra a alta cobertura e a importância do rastreamento rotineiro nas consultas. Juntas, essas duas categorias somam 87,7% dos diagnósticos, confirmando que a maioria das gestantes está sendo alcançada pela rede de saúde.

No entanto, a persistência de diagnósticos tardios ou ausentes representa um desafio crítico para a eliminação da Transmissão Vertical (TV). A soma dos casos identificados Durante o parto (341 casos, ou 10,2%) e Após o parto (66 casos, ou 2,0%) totaliza 12,2% dos casos.

A análise aponta falhas concentradas na etapa de rastreamento tardio. A soma dos diagnósticos realizados Durante o parto (10,2%) e Após o parto (2,0%) totaliza 12,2% dos casos. Essa taxa de diagnóstico tardio é refletida, em parte, pela porcentagem de 6,90% das gestantes que declararam Não ter realizado o pré-natal, o que corresponde a 231 casos.

A análise temporal revela que a notificação de "Não" à realização do pré-natal manteve-se estável ao longo dos anos, com 40 casos em 2018 e 26 casos em 2024, enquanto os diagnósticos durante o parto caíram de 72 para 29 no mesmo período.

5.3.8 TARV no pré-natal

A maioria das gestantes notificadas, 60,5%, declarou ter feito o uso de ARV, totalizando 2.021 casos. Este percentual, embora seja majoritário, indica que mais de um terço das gestantes diagnosticadas não estava em tratamento efetivo no momento do pré-natal.

O grupo que declarou Não ter utilizado ARV durante o pré-natal representa 14,3% dos casos (476 notificações). Este grupo é de altíssimo risco, pois o tratamento com ARV é a intervenção mais eficaz para suprimir a carga viral e evitar a TV.

A análise temporal deste grupo mostra que os casos de não uso se mantiveram persistentes ao longo do período, variando de um pico de 92 casos em 2018 a 44 casos em 2024, queda de 52,17% em sete anos. Mesmo em queda, 44 casos de gestantes sem uso da TARV indica que falhas na adesão, acesso ou prescrição do medicamento continuam a ocorrer anualmente.

Um desafio significativo para a gestão dos dados reside na alta proporção de 25,2% de casos classificados como Ignorado/Branco, totalizando 843 notificações. Este volume de dados incompletos é alarmante, pois representa mais do que o dobro da categoria "Não". O alto índice de casos ignorados impede a determinação precisa da situação de tratamento de um quarto das gestantes diagnosticadas.

A tendência temporal dessa categoria mostra a persistência do problema, com o número de ignorados variando de 91 em 2024 a 145 em 2018, indicando uma falha

crônica no preenchimento das fichas de notificação ao longo de todo o período analisado.

5.3.9 ARV no momento do parto

A maioria das gestantes, 53%, utilizou antirretrovirais (ARV) no momento do parto, totalizando 1.756 casos. Este dado é vital, pois indica que, para mais da metade das gestantes diagnosticadas, houve a intervenção farmacológica de emergência necessária na sala de parto.

No entanto, uma parcela significativa, 14%, declarou Não ter feito uso do ARV no momento do parto, somando 460 notificações. Este grupo representa uma falha final e de alto risco no protocolo de prevenção da TV, pois a supressão viral no momento do nascimento é a última linha de defesa para o recém-nascido.

A análise temporal deste grupo crítico mostra a persistência da falha, com os casos de não uso variando entre 60 e 76 anualmente e fechando em 60 casos em 2024.

O principal desafio estatístico desta análise reside na categoria Ignorado/Branco, que corresponde a 34% dos casos, totalizando 1.124 notificações. Este volume de dados incompletos é o maior encontrado nas variáveis analisadas e supera a soma das categorias "Sim" e "Não".

O alto índice de casos ignorados impede a determinação precisa da condição de tratamento no parto de mais de um terço das gestantes diagnosticadas. A persistência dessa falha de registro ao longo de toda a série histórica (variando de 179 casos em 2018 a 167 em 2024) indica um problema crônico na coleta de informações vitais no ambiente hospitalar.

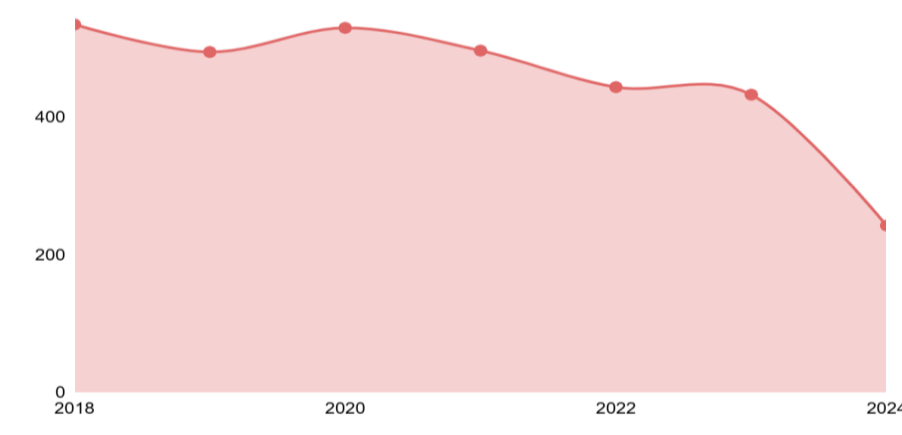
5.4 Crianças expostas

As crianças expostas ao HIV, ou seja, aquelas que nasceram de mães HIV+ ou que tenha sido amamentada por mulheres soropositivas, representam um grupo vulnerável que requer atenção especial no acompanhamento clínico e no cuidado preventivo.

O cenário da exposição infantil ao HIV em Pernambuco, no período de 2018 a 2024, revela uma tendência geral de redução, embora o ritmo de declínio tenha estagnado nos anos mais recentes. O ápice da exposição foi observado em 2018, com 547 casos, um número que decresceu para 476 em 2024 (Figura 20).

Essa diminuição, embora positiva, foi concentrada nos primeiros anos da série histórica, atingindo um patamar estável de 476 exposições nos anos de 2023 e 2024. Essa estabilização sugere que os esforços atuais de prevenção da Transmissão Vertical (TV) podem ter alcançado sua eficácia máxima com as estratégias vigentes, demandando uma reavaliação e intensificação das políticas para que o estado consiga retomar a trajetória descendente e alcançar a eliminação da TV.

Figura 20 - Notificações de crianças expostas ao HIV por ano em Pernambuco, 2018-2024



Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

No período de 2018 a 2024, foram registrados 3.177 casos de crianças expostas, distribuídos entre as 12 GERES do estado (Tabela 5). Observa-se uma expressiva concentração dos casos na I GERES, que concentrou 2.029 notificações, correspondendo a 63,9% do total, o que evidencia importantes desigualdades regionais na distribuição dos casos.

Em seguida, destacaram-se a IV GERES, com 359 casos (11,3%), e a III GERES, com 269 casos (8,5%). A II e XII GERES apresentaram números semelhantes, com 131 e 130 casos, respectivamente, ambas representando 4,1% do total. As demais GERES apresentaram participação inferior a 3%, com menores proporções observadas na VII GERES (0,5%) e na X GERES (0,3%).

Tabela 5 - Crianças expostas por GERES e ano.

GERES	População	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
I	3.954.654	367	325	340	314	260	284	139	2029	63,9
II	567.688	15	20	20	18	23	24	11	131	4,1
III	507.147	41	37	40	44	40	32	35	269	8,5
IV	1.366.625	46	42	56	59	77	52	27	359	11,3
V	538.978	11	10	13	10	9	2	4	59	1,9
VI	414.311	3	7	4	4	5	1	2	26	0,8
VII	141.653	3	1	3	5	2	2	0	16	0,5
VIII	531.226	5	18	17	7	5	10	3	65	2
IX	338.050	10	4	17	13	6	8	7	65	2
X	238.164	1	2	3	2	0	0	1	9	0,3
XI	236.810	3	1	1	6	2	3	3	19	0,6
XII	302.351	30	28	16	15	15	15	11	130	4,1
Total	9.137.657	535	495	530	497	444	433	243	3177	100,0%

Fonte: SES/PE 2024. Adaptado.

Ao longo da série histórica, verificou-se tendência de redução no número total de casos, passando de 535 em 2018 para 243 em 2024, o que representa uma diminuição de aproximadamente 54,6% no período analisado.

Essa redução foi observada de forma relativamente consistente entre as regiões, com maior impacto a partir de 2020. A I GERES, apesar de manter os maiores valores absolutos ao longo de todos os anos, também apresentou queda significativa, reduzindo de 367 casos em 2018 para 139 em 2024.

A análise da taxa de crianças expostas ao HIV em municípios com mais de 100 mil habitantes (Tabela 6), confirma uma concentração maior na Região Metropolitana do Recife (RMR), com sete dos dez municípios com as maiores taxas por 100 mil/hab. Esta taxa reflete diretamente a demanda por monitoramento e prevenção da Transmissão Vertical (TV) nos serviços pediátricos dessas regiões.

Tabela 6 – Municípios com as maiores taxas de detecção de crianças expostas ao HIV por 100 mil habitantes

GERES	Município	População	Casos	Taxa por 100 mil hab.
I	Olinda	349.976	277	64,3
I	Cabo de Santo Agostinho	203.440	151	49,6
I	Recife	1.488.920	742	49,84
I	Jaboatão dos Guararapes	644.037	333	49,11
I	São Lourenço da Mata	111.249	47	42,25
I	Camaraçipe	147.771	60	40,6

I	Paulista	342.167	127	37,12
I	Vitória de Santo Antão	134.084	35	26,1
IV	Caruaru	378.048	97	25,66
VIII	Petrolina	386.791	59	15,25

Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

A maior taxa de exposição concentra-se em Olinda, com uma taxa de 64,3 por 100 mil habitantes, ultrapassando ligeiramente Cabo de Santo Agostinho, que apresenta 49,6.

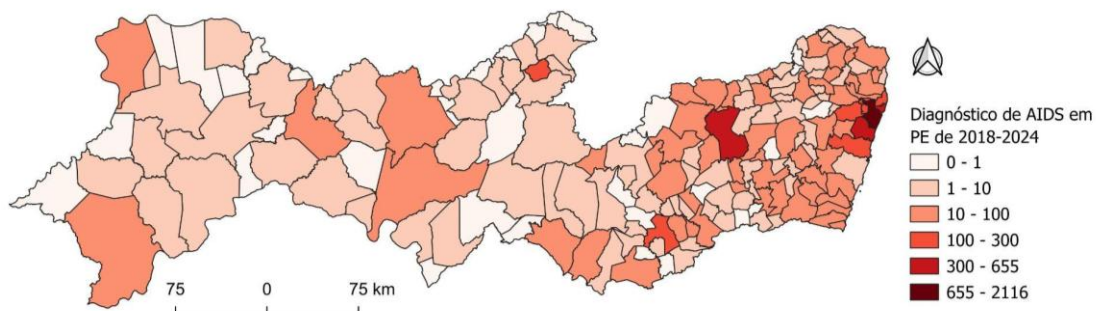
Embora Recife tenha o maior número absoluto de crianças expostas (742 casos), sua grande população resulta em uma taxa de 49,84, colocando-a na terceira posição. Jaboatão dos Guararapes (49,11) ocupa a quarta posição, evidenciando a alta pressão sobre os serviços de saúde materno-infantil nos dois maiores municípios.

A lista é complementada por Caruaru (25,66) e Petrolina (15,25), que são os únicos grandes centros fora da RMR com as maiores taxas. Essas, são significativamente menores do que as da RMR, indicando que o desafio epidemiológico da exposição infantil ao HIV é predominantemente urbano-metropolitano.

5.5 AIDS

Entre 2018 e 2024, o estado de Pernambuco notificou 6.417 casos de AIDS, resultando em uma média anual de 857 novos diagnósticos (Figura 21).

Figura 21 - Diagnósticos de AIDS em Pernambuco por municípios de 2018 a 2024

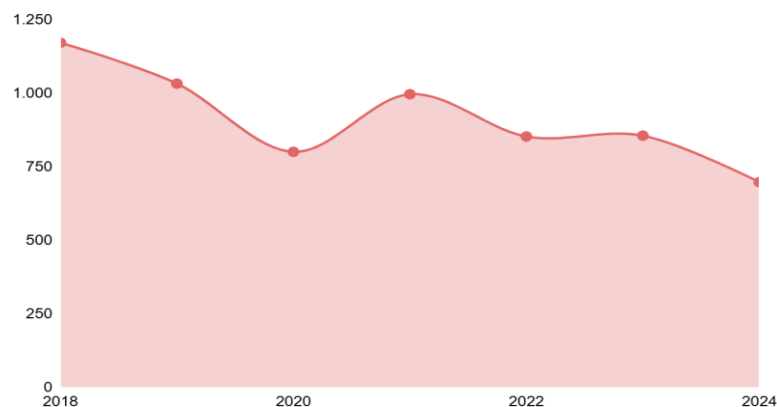


Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

A série histórica de notificações de AIDS entre 2018 e 2024 demonstra uma tendência geral de redução no número absoluto de casos (Figura 22). O maior volume de diagnósticos ocorreu em 2018, com 1.173 casos totais.

Houve uma queda notável nas notificações, atingindo o menor volume da série em 2024, com 699 casos. Esta redução foi mais acentuada entre 2019 (1.034 casos) e 2020 (802 casos), o que pode estar relacionado a alterações no rastreamento e acesso aos serviços de saúde durante o período da pandemia.

Figura 22 - Diagnóstico de AIDS em Pernambuco por ano de 2018-2024.



Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

A tendência geral do período é de redução no número absoluto de diagnósticos em ambos os sexos. O pico da série ocorreu em 2018 com 1.173 casos totais, decrescendo para 699 casos em 2024, representando uma queda total de aproximadamente 40,4%.

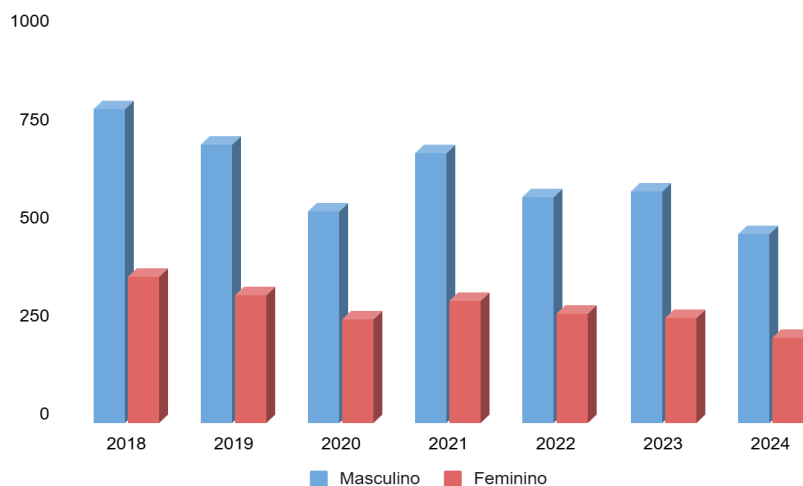
5.5.1 Sexo

A razão entre os sexos (Masculino para Feminino) (Figura 23), manteve-se notavelmente estável. A média de toda a série histórica aponta para uma razão aproximada de quatro casos masculinos para cada caso feminino.

Em 2018, a razão era de 4,06:1 (941 casos masculinos para 232 femininos). Em 2024, a razão permaneceu praticamente idêntica em 3,96:1 (558 casos masculinos para 141 femininos).

Essa estabilidade na razão M:F sugere que os fatores subjacentes de vulnerabilidade, os padrões de transmissão e as estratégias de rastreamento e diagnóstico tiveram um impacto de redução similar em ambos os sexos, sem promover uma mudança estrutural no perfil de incidência relativa.

Figura 23 - Diagnóstico de AIDS por sexo em Pernambuco de 2018-2024.



Fonte:SES/PE, 2024. Adaptado.

A redução no volume de casos é quase paralela para homens e mulheres: a queda percentual no número de casos foi de 40,7% para o sexo masculino e de 39,3% para o sexo feminino no período (comparando 2018 e 2024). Essa proximidade nos percentuais de redução confirma a uniformidade da tendência.

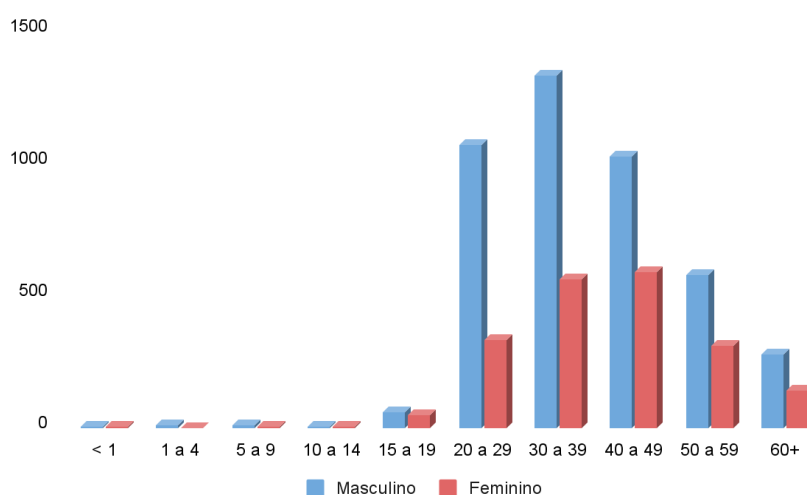
A única variação notável na razão de sexo ocorreu em 2020, quando o índice foi de 3,03:1 (539 casos masculinos para 263 femininos). Esta redução temporária da razão M:F em 2020, ano de forte impacto da pandemia, pode ser um dado estatístico resultante da subnotificação heterogênea ou da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e não uma mudança real no padrão epidemiológico da doença.

5.5.2 Faixa etária

A distribuição dos 6.417 casos de diagnóstico de AIDS notificados de 2018 a 2024 demonstra uma concentração maciça do problema nas faixas etárias intermediárias, definindo um perfil epidemiológico centrado na população economicamente ativa.

A vasta maioria dos diagnósticos de AIDS ocorre nos grupos etários de 20 a 49 anos (Figura 24). As faixas etárias de 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos somam 4.920 casos, o que representa aproximadamente 76,7% do total de notificações do período. O grupo de 30 a 39 anos registrou o maior número de casos, com 1.896 notificações, de 40 a 49 anos segue em segundo lugar, com 1.615 casos.

Figura 24 - Diagnósticos de AIDS em Pernambuco por faixa-etária.



Fonte: SESP/E, 2024.

A tendência geral de redução do número total de diagnósticos de AIDS na série histórica se reflete na diminuição do volume de casos nessas faixas etárias centrais: os diagnósticos no grupo de 30 a 39 anos caíram de 356 em 2018 para 205 em 2024, e no grupo de 20 a 29 anos, de 271 para 134 no mesmo período.

Embora os grupos de 30 a 39 e 40 a 49 anos sejam os mais prevalentes para ambos os sexos, a distribuição revela perfis de vulnerabilidade distintos:

No sexo masculino, a notificação é mais concentrada nas faixas etárias mais jovens, com 1.074 casos na faixa de 20 a 29 anos e 1.334 casos na faixa de 30 a 39 anos. O alto número de casos no grupo de 20 a 29 anos sugere uma falha significativa na prevenção primária entre os jovens do sexo masculino.

No sexo feminino, a infecção é mais prevalente nas faixas etárias ligeiramente mais maduras, com o grupo de 40 a 49 anos (590 casos) e 30 a 39 anos (562 casos) liderando as notificações femininas.

O diagnóstico em adolescentes e jovens adultos (15 a 19 anos) totalizou 122 casos. A maioria desses diagnósticos ocorreu no sexo masculino, com 90 casos e 32 casos no sexo feminino, indicando um foco importante de vulnerabilidade na adolescência masculina.

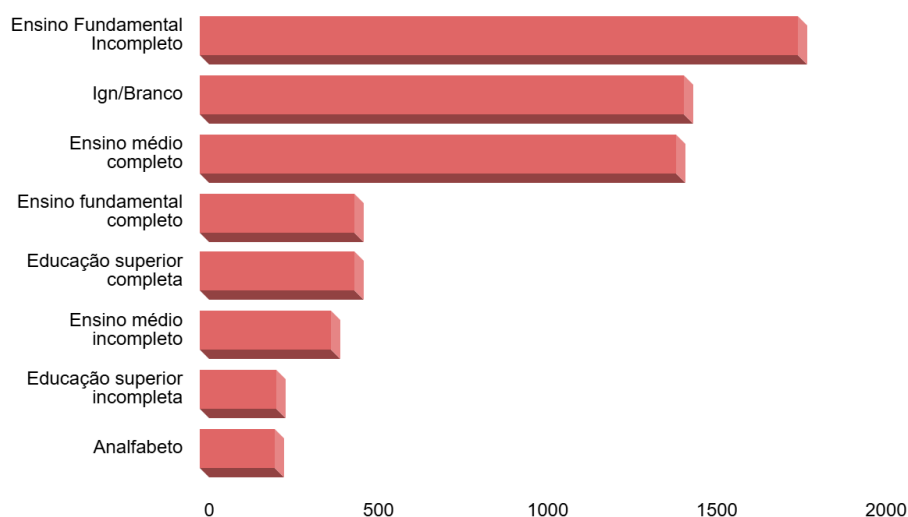
Os casos na população idosa (60 anos ou mais) representam uma parcela menor, mas estável, com 346 casos no total do período. O risco persiste em todas as faixas etárias, mas a maior urgência epidemiológica reside na população sexualmente ativa entre 20 e 49 anos.

A análise estatística dos dados de diagnóstico de AIDS por escolaridade e ano de diagnóstico (Figura 25), no período de 2018 a 2024, revela uma persistente associação do diagnóstico com níveis de escolaridade mais baixos e um problema estrutural na qualidade dos registros epidemiológicos.

A maior carga epidemiológica da AIDS concentra-se consistentemente na população com Ensino Fundamental Incompleto, que representa a maior categoria única de diagnóstico, com 1.767 casos no total. Esta categoria, juntamente com a de Analfabeto (220 casos), soma 1.987 diagnósticos, correspondendo a 31,3 por cento do total de casos na série histórica.

Essa concentração estatística no nível de escolaridade mais baixo é um forte indicador de que a vulnerabilidade socioeconômica e o menor acesso à informação preventiva eficaz são determinantes primários no padrão da epidemia.

Figura 25 - Diagnósticos de AIDS por escolaridade de 2018-2024.



Fonte: Boletim Epidemiológico 2024.

A segunda maior categoria em volume é a de Ensino Médio Completo, com 1.408 casos. Este dado sugere que, embora a escolaridade de nível médio seja alcançada, o conhecimento sobre prevenção ou o acesso a serviços de saúde de qualidade podem não estar sendo efetivos, mantendo um risco significativo nesse grupo populacional.

Embora haja uma redução no volume total de casos (de 1.157 em 2018 para 691 em 2024), a distribuição relativa entre os grupos de escolaridade permanece estável.

O Ensino Fundamental Incompleto manteve-se como a maior categoria em todos os anos analisados, e o Ensino Médio Completo manteve-se consistentemente como a segunda ou terceira maior. Essa estabilidade sugere que as intervenções de saúde pública não alteraram o perfil socioeducacional de maior risco ao longo do tempo.

O maior problema metodológico e estatístico na análise reside na categoria Ignorado/Branco, que totaliza 1.432 casos. Estatisticamente, esta é a segunda maior categoria de registro, correspondendo a 22,5% de todos os diagnósticos.

O elevado e persistente volume de dados não classificados (variando de 226 casos em 2018 a 197 em 2024) impede que se conheça o nível de escolaridade de mais de um quinto dos indivíduos diagnosticados.

5.5.3 GERES

A análise dos dados de notificação de casos de AIDS distribuídos pelas 12 GERES de Pernambuco, no período de 2018 a 2024, revela uma tendência estadual positiva, embora com pontos de atenção localizados que exigem intervenção imediata.

Em uma perspectiva macro, o estado de Pernambuco demonstra sucesso nas suas políticas de prevenção e tratamento, com uma redução notável de 40,9% nos casos de AIDS notificados, caindo de 1.176 em 2018 para 695 em 2024.

A GERES I (Tabela 5), que abrange a Região Metropolitana do Recife (RMR), domina o cenário absoluto com 3.257 casos notificados.

Contudo, a maior preocupação reside na análise da taxa relativa de casos. A GERES XI apresenta o maior número proporcional, com uma taxa média de 15,53 casos de AIDS por 100.000 habitantes. Uma taxa tão elevada sugere falhas sistêmicas

na região, como diagnóstico tardio de HIV ou dificuldades na manutenção do tratamento, permitindo que mais pessoas evoluam para a AIDS.

Em contraste, a GERES VI demonstra o menor impacto, com a menor taxa relativa de 1,32 por 100.000 habitantes, o menor volume absoluto de casos.

Embora a maioria das GERES tenha reduzido seus números, duas regiões mostram uma tendência preocupante de aumento de casos de AIDS entre 2018 e 2024: a GERES IV registrou um leve aumento de 101 para 107 casos, o que demanda monitoramento para evitar uma escalada.

A GERES XI é o principal ponto de alerta, pois duplicou seus casos, saltando de 7 em 2018 para 14 em 2024.

Tabela 7 - Taxas de detecção de crianças expostas ao HIV por 100 mil habitantes

GERES	População	Casos	Incidência por 100.000 hab.	%
I	3.954.654	4382	110,8	68,3%
II	567.688	209	36,82	3,3%
III	507.147	361	71,18	5,6%
IV	1.366.625	732	53,56	11,4%
V	538.978	264	49,07	4,1%
VI	414.311	49	11,83	0,8%
VII	238.164	46	19,31	0,7%
VIII	531.226	111	20,9	1,7%
IX	338.050	51	15,09	0,8%
X	238.164	28	11,76	0,4%
XI	236.810	56	23,65	0,9%
XII	302.351	128	42,34	2,0%

Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

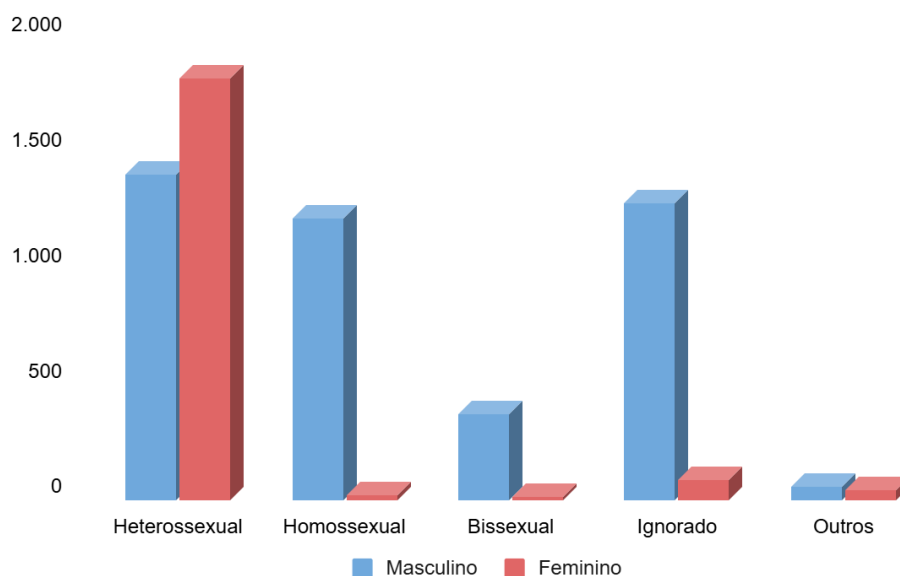
A combinação da maior taxa e do crescimento de casos na GERES XI sinaliza que os esforços de prevenção e tratamento não estão sendo suficientes ou acessíveis, configurando uma área prioritária para intervenção da saúde pública naquela região.

5.5.4 Categoria de Exposição

A categoria Heterossexual (Figura 26), é a principal via de exposição em volume absoluto, com 3237 casos, correspondendo a 48,5% do total, e dentro dessa categoria, o sexo feminino representa 56,4% das notificações.

A categoria Homossexual com 1248 caos, correspondendo a 20% do total, é quase exclusiva do sexo masculino e representa uma das maiores categorias de exposição neste grupo, evidenciando que, embora seja menor no total geral, possui um alto risco proporcional para os homens.

Figura 26 - Diagnóstico de AIDS por categoria de exposição.



Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

O perfil de exposição no sexo Masculino (4.355 casos) é marcadamente heterogêneo, com as três principais categorias de exposição apresentando volumes próximos: Heterossexual (1.410 casos, 32,4%), Ignorado (1.289 casos, 29,6%) e Homossexual (1.222 casos, 28,1%).

Notavelmente, a soma das categorias Homossexual e Bissexual totaliza 1.595 casos, representando 36,6% do total masculino, evidenciando uma alta prevalência do diagnóstico em homens que mantêm relações sexuais com outros homens.

Além disso, a categoria Ignorado é responsável por quase um terço dos casos masculinos, sugerindo uma falha crítica na coleta de informações que pode mascarar a verdadeira distribuição da exposição.

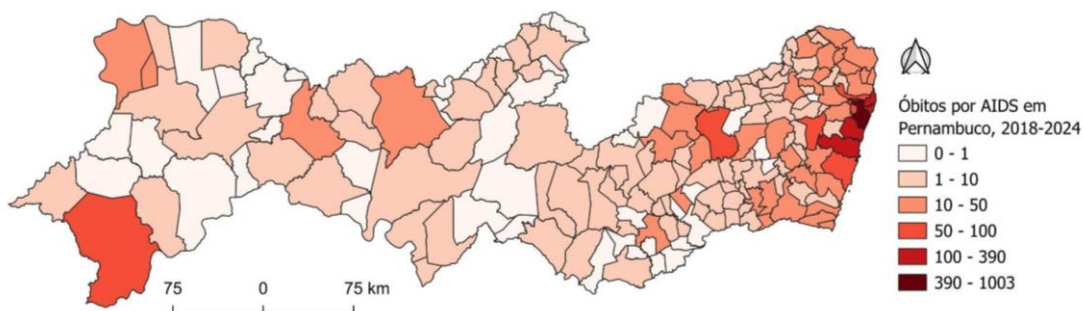
No sexo Feminino (1.999 casos), a categoria Heterossexual domina de forma esmagadora, sendo responsável por 91,4% do total (1.827 casos), o que estabelece um padrão de exposição quase unívoco para as mulheres. Todas as outras categorias somadas, incluindo Ignorado, Homossexual e Bissexual, representam apenas 8,6% dos casos femininos.

A alta concentração na categoria Heterossexual no sexo feminino contrasta fortemente com a distribuição equilibrada observada no sexo masculino e reforça que a transmissão majoritária para as mulheres ocorre por essa via de exposição.

5.5.5 Óbitos por AIDS

Entre os anos de 2018 e 2024, 3.585 pessoas evoluíram para óbito, tendo a AIDS como causa básica, evidenciando a persistência da mortalidade associada à doença no estado (Figura 27).

Figura 27 - Óbitos por AIDS em Pernambuco de 2018 a 2024.



Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

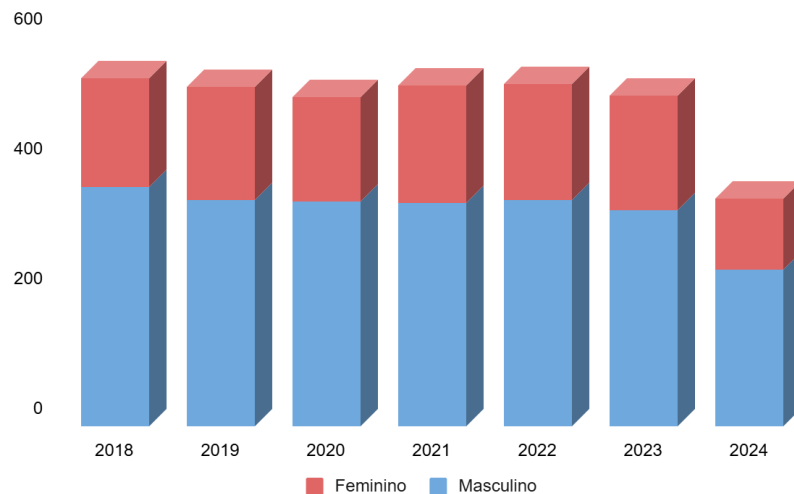
A série histórica entre 2018 e 2024 demonstra uma redução no número absoluto de diagnósticos e óbitos por AIDS para ambos os sexos, acompanhando a tendência nacional da epidemia.

5.5.6 Sexo

O cálculo da Taxa de Letalidade (óbitos pelo número de diagnósticos no mesmo ano) revela uma persistente disparidade de gênero no risco de mortalidade.

A taxa de letalidade (Figura 28) do período é de aproximadamente 59,4% para o sexo masculino e de 53,8% para o sexo feminino. Essa diferença é estatisticamente consistente, indicando que a letalidade no sexo masculino é, em média, 5,6 pontos percentuais superior à feminina.

Figura 28 - Diagnóstico de AIDS por sexo.



Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

Entre 2018 e 2024, observa-se que os óbitos por aids foram consistentemente mais elevados no sexo masculino em comparação ao feminino em todos os anos analisados. Em 2018, registraram-se 368 óbitos entre homens e 168 entre mulheres.

Nos anos seguintes, os óbitos masculinos mantiveram-se relativamente estáveis entre 2019 e 2022, variando de 345 a 348 registros, enquanto no sexo feminino houve oscilações, com aumento em 2021 (181 óbitos) e manutenção de valores próximos até 2023.

A partir de 2023, nota-se uma redução mais expressiva em ambos os sexos, especialmente em 2024. Entre os homens, os óbitos caíram de 332 em 2023 para 241 em 2024, representando uma redução aproximada de 27,4%. No sexo feminino, a

queda foi ainda mais acentuada, passando de 178 óbitos em 2023 para 110 em 2024, o que corresponde a uma redução de cerca de 38,2%.

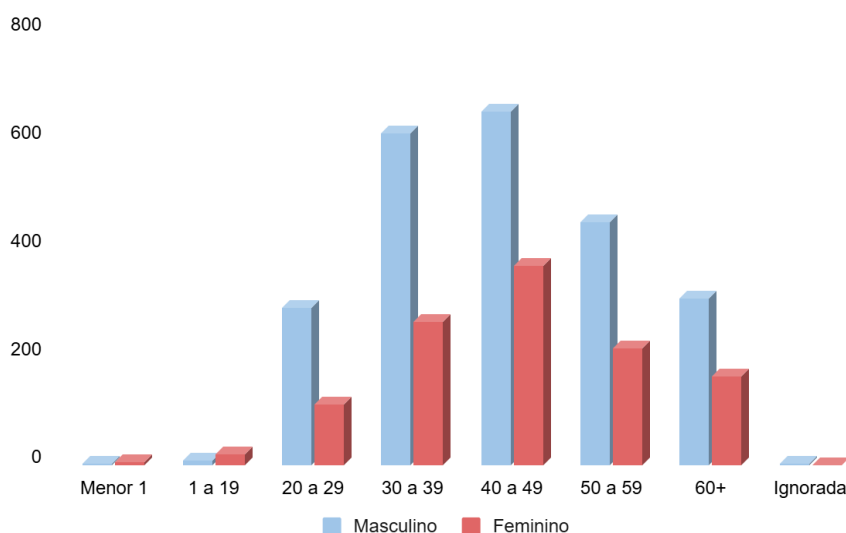
Ao longo de todo o período, apesar da tendência geral de estabilidade até 2022, os dados de 2024 indicam uma diminuição significativa da mortalidade por aids, possivelmente relacionada à ampliação do acesso ao diagnóstico, à terapia antirretroviral e ao acompanhamento contínuo das pessoas vivendo com HIV.

Ainda assim, a maior concentração de óbitos no sexo masculino reforça a necessidade de estratégias específicas de prevenção, cuidado e adesão ao tratamento voltadas a esse grupo.

5.5.5 Faixa etária

A análise da distribuição dos 3.585 óbitos por AIDS notificados na série histórica de 2018 a 2024, segmentada por faixa etária e sexo (Figura 29), confirma que a mortalidade da doença está concentrada nas faixas etárias de maior produtividade e que a carga de óbitos masculinos é significativamente superior em todas as idades.

Figura 29 - Óbito por AIDS por faixa-etária



Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

A grande maioria dos óbitos ocorre nas faixas etárias de 30 a 59 anos. As três faixas etárias centrais (30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos) somam 2.646 óbitos, o que representa aproximadamente 73,8% do total de óbitos do período.

O grupo de 40 a 49 anos registra a maior mortalidade absoluta, com 1.042 óbitos. A faixa etária de 30 a 39 anos segue com 904 óbitos e o de 50 a 59 anos com 700 óbitos.

Na análise por sexo demonstra uma clara disparidade na mortalidade, com o sexo masculino dominando o número de óbitos em todas as faixas etárias, exceto a infantil. A mortalidade masculina é liderada pela faixa de 40 a 49 anos (666 óbitos), seguida por 30 a 39 anos (584 óbitos). Os óbitos masculinos representam a maioria em todas as faixas etárias com mais de 15 anos.

Os óbitos femininos também são mais comuns nas faixas etárias maduras. As faixas de 40 a 49 anos (376 óbitos) e 30 a 39 anos (320 óbitos) concentram o maior volume, indicando um impacto significativo da doença na saúde da mulher adulta

Os óbitos na faixa etária de 20 a 29 anos totalizaram 373 casos, sendo predominantemente masculinos (319 óbitos), o que sugere um risco elevado e um possível diagnóstico extremamente tardio nessa população jovem. Os óbitos em adolescentes (15 a 19 anos) somaram 13 casos no total.

Nos grupos mais velhos (60 anos e mais), a mortalidade é persistente, somando 435 óbitos, com maior volume na faixa de 60 a 69 anos. A maioria desses óbitos é masculina, confirmando a maior carga de mortalidade masculina em todas as idades relevantes.

A série histórica revela uma estabilidade no número total de óbitos anuais entre 2018 e 2024, mantendo-se consistentemente na faixa de 507 a 536 óbitos por ano. Em 2024, no entanto, observa-se uma queda significativa para 351 óbitos.

A estabilidade dos óbitos anuais, mesmo com a redução no número de novos diagnósticos no mesmo período, sugere um efeito de coorte: as mortes estão ocorrendo em indivíduos diagnosticados em anos anteriores.

A acentuada queda em 2024 pode refletir tanto um efeito de sub-registro de óbitos no ano mais recente da série quanto um impacto positivo das terapias antirretrovirais e da maior sobrevida.

5.5.5 Raça/Cor

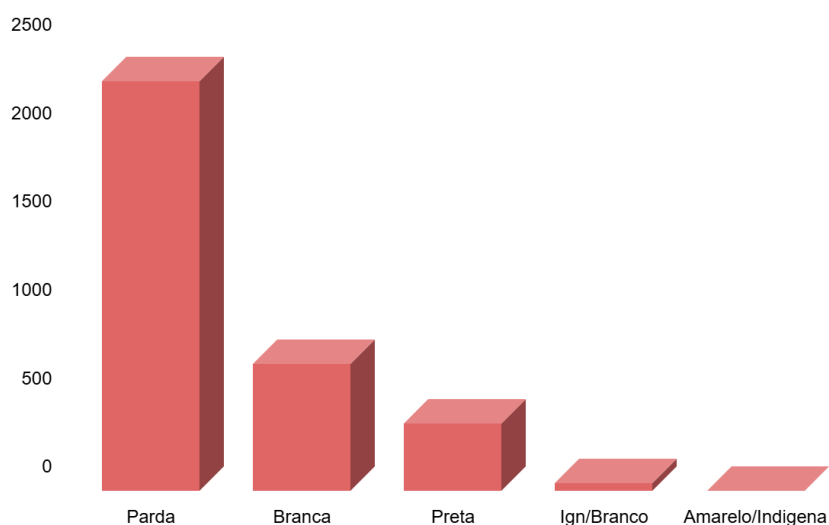
A análise da distribuição dos óbitos por AIDS por Raça/Cor entre 2018 e 2024 (Figura 29), demonstra uma desigualdade racial na mortalidade e um persistente desafio na qualidade dos dados de registro.

A vasta maioria dos óbitos por AIDS está concentrada nas categorias Parda e Branca (Figura 30), refletindo a composição demográfica da população estudada.

O grupo Parda registra o maior volume de óbitos, totalizando 2.129 casos na série histórica. O número de óbitos neste grupo manteve-se consistentemente o mais alto a cada ano, com um pico de 360 óbitos em 2021 e uma queda acentuada em 2024 (223 óbitos), acompanhando a tendência de redução geral.

A categoria Branca é o segundo maior em volume de óbitos, com 755 casos no total. O número de óbitos em pessoas que se autodeclaram brancas, demonstrou maior estabilidade ao longo do tempo, mantendo-se na faixa de 107 a 116 óbitos entre 2018 e 2022, antes de cair para 85 em 2023 e 76 em 2024.

Figura 30 - Óbito por AIDS por cor/raça.



Fonte: SES/PE, 2024. Adaptado.

A comparação entre o volume de diagnósticos e o volume de óbitos para cada grupo racial na série histórica de 2018 a 2024 revela as seguintes taxas de letalidade e a relação proporcional de mortalidade:

A População Parda: Esta é a categoria com maior volume absoluto de casos em diagnóstico (4.639) e óbito (2.129). A taxa de letalidade para a população Parda é de aproximadamente 45,9%.

A População Branca: Registrou 888 diagnósticos e 755 óbitos. A taxa de letalidade para a população Branca é de aproximadamente 85%.

A taxa de letalidade na população Branca é significativamente superior à taxa na população Parda, sendo quase o dobro. Isso indica que, proporcionalmente ao

número de diagnósticos, a população Branca tem um risco de óbito muito mais elevado, o que pode sugerir que o diagnóstico na população Branca está ocorrendo em estágios muito mais avançados da doença (fase AIDS) do que na população Parda.

População Preta: Registrou 658 diagnósticos e 352 óbitos. A taxa de letalidade para a população Preta é de aproximadamente 53,5%. A taxa de letalidade da população Preta é superior à da população Parda, mas significativamente inferior à da população Branca. Isso coloca a população Negra (Preta) em um risco de mortalidade intermediário.

A análise proporcional é prejudicada pelo alto volume de dados Ignorados/Brancos, que é diferente entre diagnóstico e óbito. No Diagnóstico, 351 casos foram Ignorados, no Óbito, 365 casos foram Ignorados.

6. DISCUSSÃO

Os resultados indicam que a epidemia de HIV em Pernambuco permanece ativa, com taxas elevadas no contexto regional e nacional. Esse padrão confirma o caráter concentrado da epidemia brasileira, sobretudo em capitais e grandes centros urbanos, conforme descrito em estudos epidemiológicos recentes (BRASIL, 2023; UNAIDS, 2023).

A elevada taxa observada em Recife, assim como em outras capitais nordestinas, reforça a necessidade de respostas territorializadas. A literatura aponta que estratégias homogêneas têm menor efetividade em epidemias concentradas, sendo indispensável adequar as intervenções às dinâmicas locais de transmissão (LEITE et al., 2020, SOUZA et al., 2024;).

A queda abrupta das notificações em 2020, seguida de recuperação nos anos subsequentes, reflete o impacto da pandemia de COVID-19 sobre a testagem e a vigilância em saúde. Esse fenômeno foi amplamente documentado e está associado ao represamento diagnóstico e ao aumento do risco de progressão tardia da infecção (UNAIDS, 2021; WHO, 2022).

A análise por Gerências Regionais de Saúde revelou profundas desigualdades territoriais. Embora a GERES I concentre a maioria absoluta dos casos, os coeficientes elevados observados nas GERES XII e III indicam epidemias hiperconcentradas fora da Região Metropolitana do Recife (BRASIL, 2023).

Esses achados corroboram estudos nacionais que descrevem a interiorização seletiva do HIV, marcada por surtos locais intensos associados a vulnerabilidades sociais, mobilidade populacional e fragilidade da rede assistencial (SOUZA et al., 2020; VERAS et al., 2022).

Por outro lado, GERES com baixíssima notificação provavelmente expressam subdiagnóstico. Barreiras estruturais, estigma e baixa oferta de testagem contribuem para o “silêncio epidemiológico”, caracterizando vulnerabilidade programática e comprometendo o planejamento regional (SOUZA et al., 2024; UNAIDS, 2022).

No nível municipal, Abreu e Lima apresentou o maior coeficiente de detecção do estado, superando a capital. Em municípios de menor porte, coeficientes tão elevados indicam epidemias altamente concentradas, frequentemente associadas a redes específicas de transmissão (SOUZA et al., 2024).

A literatura recomenda que cenários de hiperconcentração sejam investigados de forma imediata, com análises espaciais e temporais como ferramenta de vigilância epidemiológica, bem como ampliação da testagem e uso estratégico do tratamento como prevenção (TasP) (COHEN et al., 2021; WHO, 2022).

Os elevados coeficientes observados em Jaboatão dos Guararapes e Olinda reforçam o papel da Região Metropolitana do Recife como principal polo de circulação viral no estado, padrão consistente com estudos urbanos recentes no Brasil (VERAS et al., 2022).

O perfil sociodemográfico evidencia que a epidemia permanece estruturada por desigualdades sociais. A predominância masculina, a concentração em adultos jovens e a maior carga entre pessoas pardas e de baixa escolaridade reproduzem padrões descritos em estudos nacionais recentes (SILVA et al., 2023; VERAS et al., 2022).

A elevada proporção de exposição homossexual confirma a concentração do HIV em populações-chave. Entretanto, o predomínio da categoria heterossexual, especialmente entre mulheres, indica expansão para a população geral, associada a desigualdades de gênero e vulnerabilidade conjugal (MONTEIRO 2019; UNAIDS, 2023).

A elevada incompletude dos dados, especialmente na variável escolaridade, limita análises mais precisas e caracteriza vulnerabilidade programática. Estudos apontam que falhas na notificação comprometem o monitoramento da epidemia e a formulação de políticas públicas eficazes (BRASIL, 2022; SOUZA et al., 2024).

A redução das notificações de gestantes vivendo com HIV sugere avanços no rastreamento e na qualidade do pré-natal. A elevada proporção de diagnósticos realizados antes ou durante o acompanhamento gestacional está alinhada às diretrizes brasileiras para eliminação da transmissão vertical (BRASIL, 2023; WHO, 2022).

Apesar dos avanços, a persistência de diagnósticos no parto ou pós-parto evidencia falhas no acesso oportuno ao cuidado. Esses casos estão associados a maior risco de transmissão vertical e refletem exclusão assistencial em determinados territórios (UNAIDS, 2022).

O uso incompleto de ARV no pré-natal e no parto indica lacunas na adesão, prescrição ou seguimento clínico. A literatura demonstra que falhas nas etapas finais da prevenção são responsáveis por parcela significativa das transmissões residuais (WHO, 2022; BRASIL, 2023).

A redução inicial no número de crianças expostas sugere impacto positivo das políticas de diagnóstico e tratamento materno. Esse resultado é consistente com evidências nacionais que associam a ampliação da TARV à diminuição da transmissão vertical (BRASIL, 2023; UNAIDS, 2022).

Entretanto, a estagnação recente indica dificuldade em sustentar esses avanços ao longo do tempo. Estudos apontam que descontinuidade do cuidado e fragilidades na rede materno-infantil comprometem os resultados alcançados (WHO, 2022).

A maior carga proporcional em municípios da periferia metropolitana evidencia concentração da vulnerabilidade materno-infantil em territórios socialmente mais frágeis, reforçando a necessidade de priorização dessas áreas (VERAS et al., 2022).

A redução das notificações de AIDS é um achado positivo, associado à ampliação do acesso à TARV e à prevenção da progressão da infecção. Contudo, parte dessa redução pode ser explicada pelo subdiagnóstico ocorrido durante a pandemia de COVID-19 (UNAIDS, 2021; WHO, 2022).

A manutenção da elevada razão de sexo e a concentração dos casos entre indivíduos com baixa escolaridade indicam que a progressão para AIDS permanece fortemente associada à desigualdade social (SILVA et al., 2024; VERAS et al., 2022).

A maior mortalidade em adultos economicamente ativos evidencia o impacto social da doença. Entre mulheres, o predomínio da exposição heterossexual reforça

a vulnerabilidade conjugal e as desigualdades de gênero descritas na literatura recente (MONTEIRO et al., 2019; UNAIDS, 2023).

As principais limitações deste estudo estão relacionadas à qualidade e completude dos dados secundários, uma vez que o SINAN pode apresentar subnotificação. Apesar dessas limitações, o uso de bases oficiais e consolidadas garante consistência e validade à análise, contribuindo para o monitoramento e planejamento de ações estratégicas voltadas às pessoas que vivem com HIV em Pernambuco.

6.1 Desafios para a Saúde Pública em Pernambuco no Enfrentamento do HIV/AIDS

Um dos principais desafios para a Saúde Pública pernambucana é a persistência de uma epidemia focalizada e territorialmente desigual, com alta concentração de casos na Região Metropolitana do Recife e presença de epidemias hiperconcentradas em municípios específicos. A literatura aponta que a ausência de estratégias territorializadas limita a efetividade das respostas e contribui para a manutenção da transmissão em contextos urbanos e periurbanos vulneráveis (SOUZA et al., 2024; UNAIDS, 2023).

A desigualdade no acesso à testagem e ao diagnóstico oportuno permanece como um entrave central, especialmente em regiões do interior com baixos coeficientes notificados. Estudos recentes destacam que o subdiagnóstico e o “silêncio epidemiológico” decorrem de barreiras geográficas, estigma e fragilidade da Atenção Primária, comprometendo o controle da epidemia e a vigilância em saúde (VERAS et al., 2022; WHO, 2022).

Outro desafio relevante é a qualificação da vigilância epidemiológica, marcada por incompletude de dados e inconsistências no preenchimento do SINAN. A literatura ressalta que sistemas de informação frágeis dificultam o planejamento regional, a avaliação das políticas públicas e a alocação equitativa de recursos, especialmente em contextos de desigualdade social (BRASIL, 2022; SOUZA et al., 2024).

A ampliação e descentralização da prevenção combinada, incluindo PrEP, PEP, testagem regular e estratégias de redução de danos, constitui um desafio estratégico. Evidências recentes mostram que a cobertura dessas ações ainda é insuficiente fora dos grandes centros urbanos, limitando seu impacto entre

populações-chave e grupos em situação de vulnerabilidade social (MONTEIRO et al., 2019; UNAIDS, 2023).

A adesão e continuidade do cuidado permanecem como obstáculos críticos, especialmente entre populações socialmente vulneráveis. A literatura indica que barreiras socioeconômicas, estigma, racismo estrutural e desigualdades de gênero influenciam negativamente a retenção no cuidado e a supressão viral, perpetuando a cadeia de transmissão (SILVA et al., 2023; WHO, 2022).

No contexto da transmissão vertical, persiste o desafio de eliminar falhas nas etapas finais do cuidado materno-infantil, especialmente no uso oportuno de antirretrovirais no pré-natal e no parto. Estudos recentes demonstram que transmissões residuais estão diretamente associadas a exclusão assistencial, diagnóstico tardio e descontinuidade do cuidado (BRASIL, 2023; UNAIDS, 2022).

A integração entre Atenção Primária, serviços especializados e redes temáticas, como a Rede Cegonha, ainda se mostra insuficiente em determinados territórios. A literatura aponta que a fragmentação da rede de atenção compromete a longitudinalidade do cuidado e reduz a efetividade das políticas de eliminação da AIDS e da transmissão vertical (WHO, 2022; SOUZA et al., 2024).

Por fim, o enfrentamento do HIV em Pernambuco exige superar o desafio estrutural das desigualdades sociais como determinantes centrais da epidemia. Evidências recentes reforçam que respostas biomédicas isoladas são insuficientes, sendo imprescindível articular políticas intersetoriais que enfrentem pobreza, baixa escolaridade, desigualdade de gênero e estigma, sob pena de perpetuar a carga da doença (UNAIDS, 2023; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

6.2 Limitações e perspectivas futuras

Este estudo apresenta limitações inerentes ao uso de dados secundários, como subnotificação e incompletude de variáveis. O impacto da pandemia de COVID-19 sobre a vigilância epidemiológica também deve ser considerado na interpretação dos achados (BRASIL, 2022; WHO, 2022).

Pesquisas futuras devem incorporar análises espaciais, estudos qualitativos sobre barreiras de acesso e investigações locais em territórios com hiperconcentração. A literatura aponta que respostas territorializadas e integradas são

essenciais para o enfrentamento das desigualdades na epidemia de HIV (SOUZA et al., 2024; UNAIDS, 2023).

7. CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que a epidemia de HIV/AIDS em Pernambuco permanece ativa, focalizada e profundamente marcada por desigualdades territoriais e sociais. A elevada concentração de casos na Região Metropolitana do Recife, associada à presença de epidemias hiperconcentradas em municípios específicos, demonstra que a dinâmica da transmissão não é homogênea e exige respostas adaptadas às realidades locais.

A análise regional e municipal revelou que, além da hiperconcentração metropolitana, há territórios com provável subdiagnóstico, caracterizando vulnerabilidade programática. Esse cenário compromete o alcance do primeiro eixo das metas 95-95-95, ao limitar a identificação oportuna das pessoas vivendo com HIV, especialmente em regiões do interior com menor oferta de testagem.

O perfil sociodemográfico dos casos reforça o papel central dos determinantes sociais da saúde na sustentação da epidemia. A maior carga entre homens jovens, pessoas de baixa escolaridade, população parda e mulheres em contextos de vulnerabilidade conjugal evidencia que desigualdades estruturais seguem influenciando tanto a infecção quanto a progressão para AIDS.

Os avanços observados no cuidado de gestantes vivendo com HIV e na redução inicial de crianças expostas indicam efetividade parcial das políticas públicas, especialmente no âmbito do pré-natal. Entretanto, a persistência de diagnósticos tardios, falhas no uso de antirretrovirais e estagnação recente dos indicadores revela lacunas importantes no cuidado materno-infantil e na eliminação da transmissão vertical.

A redução das notificações de AIDS ao longo do período analisado representa um resultado positivo, associado à ampliação do acesso à terapia antirretroviral. Contudo, a manutenção do diagnóstico tardio, da elevada mortalidade em adultos economicamente ativos e da concentração da doença entre indivíduos socialmente vulneráveis indica que os benefícios da resposta biomédica ainda não alcançam de forma equitativa toda a população.

Diante desse contexto, o enfrentamento do HIV/AIDS em Pernambuco requer o fortalecimento de estratégias territorializadas, a ampliação da prevenção combinada, a qualificação da vigilância epidemiológica e a integração efetiva das redes de atenção. O alinhamento das políticas estaduais às metas 95-95-95 e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especialmente o ODS 3, é essencial para reduzir desigualdades e avançar no controle da epidemia até 2030.

Por fim, os resultados reforçam que o controle do HIV/AIDS no estado depende não apenas da ampliação do acesso a tecnologias biomédicas, mas do enfrentamento das desigualdades sociais, de gênero e territoriais que estruturam a epidemia. A consolidação de uma resposta equitativa, integrada e baseada em evidências é condição indispensável para interromper a transmissão, reduzir a mortalidade e garantir o direito à saúde da população pernambucana.

8. REFERÊNCIAS

ARANTES, L. M. N. et al. **Factors Associated with Late Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS) in a University Hospital in Brazil: Challenges to Achieving the 2030 Target.** *Viruses* 2023, 15, 2097. <https://doi.org/10.3390/v15102097>. Acesso em: 10 set, 2025.

ARAÚJO, K. M. et al. **Epidemiologia de gestantes com HIV no Brasil.** *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. Vol 25. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e18897.2025> . Acesso em: 02 out, 2025.

ARMELIN, N.T.; CUNHA, J.R.A. **O Papel do médico veterinário no sistema único de saúde: uma análise à luz do direito sanitário.** *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v.5, n. 1, p. 60-77, Brasília, 2016. Disponível em: . Acesso em: 14 set, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** 6. ed. Brasília, DF; 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf f Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2023.** Brasília: MS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos-1/hiv-aids>. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos – IDB.** Brasília: MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hiv-aids>. Acesso em: 18 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf. Acesso em 20 de out. 2025.

BRASIL. **Painel de Indicadores Epidemiológicos.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>. Acesso em: 13 de out. 2025.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/DyQhYyXz8pRFQ6vK7Y9Y4nJ/>. Acesso em: 29 dez. 2025.

COHEN, Myron S. et al. **Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission.** *The New England Journal of Medicine*, v. 375, n. 9, p. 830–839, 2021. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1600693>. Acesso em: 21 de out. 2025.

COSTA, R. C. et al. **Epidemiologia do HIV em Alagoas: análise de tendência de 2010 a 2020**. Revista Saúde em Debate, v. 46, n. 132, p. 983–996, 2022. Disponível em: : <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14811>. Acesso em 15 out. 2025.

EKE, Ahizechukwu C.; EKE, Uzoamaka A. **Beyond viral suppression: navigating structural barriers, aging and frailty, drug resistance, therapeutic innovations, and reproductive health challenges in the global HIV/AIDS epidemic**. Journal of AIDS and HIV Treatment, [s.l.], v. 7, n. 1, p. 108–122, 2025. Disponível em: <https://www.scientificarchives.com/article/beyond-viral-suppression-navigating-structural-barriers-aging-and-frailty-drug-resistance-therapeutic-innovations-and-reproductive-health-challenges-in-the-global-hiv-f-aids-epidemic>. Acesso em: 23 nov. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Análise da subnotificação de HIV/AIDS durante a pandemia de COVID-19 no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/63320>. Acesso em: 22 jul. 2025.

GUIMARÃES, R. M.; MEIRA, K. C.; PAZ, E. P. A.; DUTRA, V. G. P.; CAMPOS, C. E. A. **Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1407–1416, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kG8G9yVt4q6m8q7YJxWJb8M/>. Acesso em: 22 jul. 2025.

Knauth, D. R., Hentges, B., Macedo, J. L., Pilecco, F. B., Teixeira, L. B., & Leal, A. F. (2020). **O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia**. *Caderno de Saúde Pública* 2020; 36(6):e00170118. Doi: 10.1590/0102-311X00170118. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xDFfhtkF89JM65GDhWwTHPj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2025.

LEITE, D. S. **A AIDS no Brasil: mudanças no perfil da epidemia e perspectivas**. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 6, n. 8, p. 57382–57395, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n8-228. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/14856>. Acesso em: 21 de out. 2025

MONTEIRO, S. S. et al. **Challenges facing HIV treatment as prevention in Brazil: an analysis drawing on literature on testing**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5):1793-1807, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RNkwKrgv4Lqs7DB4QvGKmKH/?format=pdf&lang=en>. Acesso em 02 out, 2025.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2025.

RODRIGUES, A. et al. **Late initiation of antiretroviral therapy: inequalities by educational level despite universal access to care and treatment**. *BMC Public Health*, v. 21, p. 389, 2021. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-021-10421-8>. Acesso em: 20 out. 2025.

RODRIGUES, C. A. et al. **Transmissão vertical do HIV em Recife: análise de 2009 a 2020**. Contribuciones a las Ciencias Sociales, n. 32, p. 1–12, 2022.

Disponível em:

<https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/11555>. Acesso em: 22 jul. 2025.

SANTOS, M. A. B.; FERREIRA, M. P. **Estigma e discriminação relacionados ao HIV/AIDS no Brasil: dados do Estudo Índice de Estigma em Pessoas Vivendo com HIV**. Brasília: UNAIDS, 2020. Disponível em:

<https://unaid.org.br/2020/12/estigma-e-discriminacao-estudo-no-brasil/>. Acesso em: 22 jul. 2025.

SES. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Informe Epidemiológico HIV/AIDS – 2024**. Recife: SES-PE, 2024. Disponível em:

<https://portal.saude.pe.gov.br/ses-pe-divulga-informe-epidemiologico-2024-sobre-hiv-aids-no-estado>. Acesso em: 22 jul. 2025.

SILVA, C. M. et, al. **Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro**. Revista Brasileira de Enfermagem. Contribuições e Desafios das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, 2018;71(supl1):613-21.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/ztwvxH8Q5FBpqnQW6V6PCCH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 out, 2025.

SILVA, M. M. C. da; LOPES, M. C. R.; OLIVEIRA, R. S. de. **Análise da transmissão vertical do HIV em Pernambuco: desafios e estratégias de prevenção**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 21, n. 4, p. 1061–1069, 2021.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/T3PQZSJwFhXKHcGqFMZyp9H/>. Acesso em: 22 jul. 2025.

SOUZA, F. M. et al. **Iniquidades raciais no acesso ao tratamento do HIV: revisão integrativa**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. Suppl 1, p. e20200213, 2020.

SOUZA, J. O. et al. **Análise do panorama da PrEP no Brasil de 2019 a 2024: indicadores, desigualdades e estratégias de prevenção**. Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana, Curitiba, v.22, n.11, p. 01-28. 2024. Disponível em: DOI: 10.55905/oelv22n11-204. Acesso em: 06 set, 2025.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N.; CARMO, E. H.; OLIVEIRA, W. K.; PENNA, G. O. **Vigilância em Saúde no SUS: construção, efeitos e perspectivas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1811–1818, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9xk8Wm8n3m9n4kQ6K6W9YpM/>. Acesso em: 24 jul. 2025.

UNAIDS. **Uma oportunidade para acabar com a AIDS Como novos medicamentos de ação prolongada podem revolucionar a resposta ao HIV**.

Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2025/03/2025_03_11-UMA-OPORTUNIDADE-PARA-ACABAR-COM-A-AIDS_VF.pdf. Acesso em: 23 nov. 2025.

VERAS. N. M. C. et, al. **Effects of COVID-19 pandemic on HIV care and treatment in Brazil: a cross-sectional observational study**. Social Science Research Network. 2022. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4039913. Acesso em: 04 set, 2025.

WHO. World Health Organization. **Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>. Acesso em 12 out, 2025.

9. APÊNDICE

Apêndice A – Folder sobre IST

O que é a sífilis congênita?

A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*.

A sífilis congênita ocorre quando uma pessoa grávida com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada transmite a infecção para o bebê durante a gestação ou no momento do parto. Essa transmissão pode causar graves complicações ao bebê, incluindo má formação, parto prematuro, baixo peso ao nascer ou até mesmo óbito.

Formas de Transmissão

- Via placentária: Durante a gestação.



- Contato no parto: Com lesões presentes no canal vaginal.

Fale conosco

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

R. Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bonfim, Recife - PE, 50751-535



Fone: 31940205/31940205/31940215



Email: prevencaoistadspw@gmail.com
pestaids@gmail.com



Sífilis Congênita

A prevenção da sífilis começa com informação



Acesse o QR code para obter mais informações sobre a sífilis congênita.



Como prevenir?

Uso de preservativo interno ou externo em todas as relações sexuais.

Uso diário ou sob demanda de PrEP (Profilaxia Pré-exposição ao HIV) por pessoas em risco de infecção pelo HIV.

PEP (Profilaxia Pós-exposição ao HIV) até 72 horas após uma exposição de risco, por 28 dias.

Testagens regulares para IST em caso de exposição de risco.

Realizar Testagem para HIV e demais IST no pré-natal e sempre que houver exposição de risco.

Busque informações sobre IST. Saber identificar sintomas e entender os meios de transmissão é crucial para a prevenção.

ATENÇÃO

No Brasil, o tratamento é gratuito e acessível pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Pessoas com carga viral indetectável têm risco zero de transmitir o HIV por via sexual.

Fale conosco

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

R. Dona Maria Augusta Nogueira, 519 -
Bongi, Recife - PE, 50751-535

Fone: 31840203/31840205/31840215

Email:
prevencaodstaidspe@gmail.com
pestaids@gmail.com



HIV

A prevenção do HIV
começa com informação



Accesse o QR code para saber
mais informações sobre o HIV.

Como prevenir?

Uso de preservativo interno ou externo, em todas as relações sexuais, inclusive no sexo oral.

Faça testagem regulares para IST em caso de exposição de risco.

É direito da pessoa que gesta e suas parceiras realizar o teste de sífilis e outras ISTs independente do resultado anterior.

Busque informações sobre IST. Saber identificar sintomas e entender os meios de transmissão é crucial para a prevenção.

ATENÇÃO

A infecção pelo **Treponema pallidum**, bactéria causadora da sífilis, não confere imunidade protetora. Isso significa que as pessoas podem se infectar novamente caso tenha novas exposições.

Fale conosco

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

R. Dona Maria Augusta Nogueira, 519 -
Bongi, Recife - PE, 50751-535

Fone: 31840203/31840205/31840215

Email:
prevencaodstaidspe@gmail.com
pestaids@gmail.com



Sífilis

A prevenção da sífilis
começa com informação



Accesse o QR code para saber
mais informações sobre a sífilis.

Apêndice B – Ficha de Transferência Tuberculose



SECRETARIA MUNICIPAL DO RECIFE
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



FICHA DE TRANSFERÊNCIA DE TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

() TUBERCULOSE () ILTB

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Da: Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário : _____
Para: Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário : _____
Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
CPF/CNS: _____ Telefone para contato: () _____ Data de Transferência: ____/____/____
Nome da mãe: _____
Endereço atual: _____
Novo endereço: _____

INFORMAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO

Data do diagnóstico: ____/____/____ Data de Início do Tratamento: ____/____/____ SINAN: _____

Diagnóstico:

Formal clínica () Pulmonar () Extrapulmonar () Pulmonar + Extrapulmonar	HIV/AIDS () Positivo () TARV () Negativo () Em Andamento () Não Realizado	Tratamento () RHZE () RH () 3HP () 3RH () Isoniazida	Internação Hospitalar () Sim () Não Intervenção cirúrgica em decorrência da TB? () Sim () Não
---	---	---	--

Exames:

Baciloscopia de diagnóstico () Positiva () Negativa () Não Realizada () Não se aplica	Cultura () Positivo () Negativo () Em Andamento () Não Realizado	Biópsia () Positiva () Negativa () Não Realizada () Não se aplica	Radiografia de Tórax () Suspeito () Normal () Outra Patologia () Não Realizado	Teste tuberculínico (PPD) () Realizado () Não realizado Resultado: ____ mm	TRM () Detectável () Não detectável () Detectado traços () Sensível à R () Resistente à R () Indeterminado () Não realizado
--	---	--	--	--	--

Baciloscopia de acompanhamento:

1º mês () Positiva () Negativa () Não Realizada () Não se aplica	2º mês () Positiva () Negativa () Não Realizada () Não se aplica	3º mês () Positiva () Negativa () Não Realizada () Não se aplica	4º mês () Positiva () Negativa () Não Realizada () Não se aplica	5º mês () Positiva () Negativa () Não Realizada () Não se aplica	6º mês () Positiva () Negativa () Não Realizada () Não se aplica
---	---	---	---	---	---

Medicação Fornecida até: _____

Observação: _____

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Nome: _____
Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário: _____
Categoria profissional: _____ Data: ____/____/____ Contato () _____

Prefeitura do Recife 13º andar, Av. Cais do Apolo, 925, Bairro do Recife, Recife / PE CEP: 50030-903
das 8h às 17h, Contato: 81 3355.9344 E-mail: danieli.saldanha@recife.pe.gov.br
Buscar Minha Unidade de Saúde por Endereço: <https://conecta.recife.pe.gov.br/servico/1209>

Apêndice C – Boletim Epidemiológico



Ano 2025

nº 01

Período de referência: 01/01/2025 a 30/06/2025

Data de Emissão: 24/11/2025

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2025

Expediente

Prefeito João

Henrique Campos

Vice-Prefeito

Victor Marques

Secretária de Saúde do Recife

Luciana Caroline Albuquerque D'Angelo

Gerente do Distrito Sanitário IV

Luciana Bezerra

Gerente Adjunta do Distrito Sanitário IV

Michele Farias

Supervisor de Atenção e Vigilância

Luciana Pinheiro

Chefe de Divisão Distrital de Vigilância em Saúde

Ana Cristina Rodrigues

Coordenador Distrital de Vigilância Epidemiológica

Tarciana Duarte

Elaboração

Maria Cândida Marcos Panta

Revisão final

Ana Cristina Rodrigues Tarciana Duarte

O Distrito Sanitário IV, com sede no bairro da Torre, na Rua Cantora Clara Nunes, 183, compreende vários setores os quais regem um total de 12 bairros: Ilha do Retiro, Madalena, Torre, Zumbi, Prado, Cordeiro, Torrões, Iputinga, Engenho do Meio, Cidade Universitária, Várzea e Caxangá, como exposto na Figura 1.

A atenção básica do Distrito Sanitário IV é composta de 54 eSFs (equipes de Saúde da Família), que correspondem a uma cobertura total de 67,5% do território. A rede de atenção tem 21 Unidades de Saúde da Família, sendo 1 unidade mista, 2 UBTs (Unidade Básica Tradicional de Saúde), 16 Pontos de Apoio dos ASACEs (Agente de Saúde Ambiental e Combate às Endemias), 3 Equipes e-Multi (equipes Multiprofissionais), 4 Farmácias da Família, 1 Centro de Práticas Integrativas, 1 Centro de convivência, 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Consultório na Rua e 6 Residências Terapêuticas. O período analisado neste boletim se refere aos meses de janeiro a junho de 2025.

Unidades de Atenção à Saúde Básica 4.1:

USF Casarão do Cordeiro, USF+ Caranguejo, USF+ Emocy Krause, USF Sítio do Cardoso, USF Skylab, USF Vila União, UBT Dr. José Dustan, essa microrregião opera com cobertura de 73,6%.

Unidades de Atenção à Saúde Básica 4.2:

USF Cosirof, USF Sinos, USF Macaé, USF Vietnã, USF Engenho do Meio, USF Sítio das Palmeiras, UBT Joaquim Cavalcanti, possuindo 53,7% de cobertura em toda a microrregião.

Unidades de Atenção à Saúde Básica 4.3:

USF Amaury de Medeiros, USF Barreiras, USF Brasilit, USF Cosme e Damião, USF Jd. Teresópolis, USF Rosa Selvagem, USF Sítio Wanderley, USF+ Vila Arraes, USF+ Olinto de Oliveira, onde se apresenta 75,31% de cobertura.

Apêndice D – Dashboard para monitoramento da tuberculose

