

ARTIGO ORIGINAL

Perfil epidemiológico da AIDS em Contagem, Minas Gerais, Brasil, entre 2007 e 2011

Epidemiological profile of AIDS in Contagem, Minas Gerais, Brazil, 2007-2011

Rodrigo Henrique Alves¹, Dener Carlos dos Reis¹, Ana Maria Viegas², Jussara Alves Cardoso Neves², Thiara Amanda Correa de Almeida¹, Tacia Maria Pereira Flisch³

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

²Secretaria Municipal de Saúde, Contagem, MG, Brasil.

³Instituto de Pesquisas René Rachou – Fiocruz, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Recebido em: 16/03/2015

Aceito em: 17/07/2015

alvesrodrigoh@yahoo.com.br

RESUMO

Justificativa e Objetivos: Contrariando as tendências em âmbito mundial, no Brasil há uma tendência de aumento do número de casos de aids, justificando a realização de estudos epidemiológicos locais que forneçam subsídios para o seu enfrentamento. Objetivou-se analisar o perfil epidemiológico da aids, em Contagem, Minas Gerais, no período de 2007 a 2011, apresentando reflexões sobre práticas educativas para sua prevenção e controle. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, de série temporal histórica. Para os 651 novos casos de aids notificados no SINAN, entre 2007 e 2011, foram calculados coeficiente de incidência e taxas médias e realizada análise estratificada por sexo, escolaridade, idade e ano de ocorrência. **Resultados:** A taxa média anual de incidência de aids e a taxa média anual de óbitos para cada 100.000 habitantes foi de 21,0 e 4,0 casos, respectivamente. A razão de masculinidade (2,16:1) permaneceu significativa ($p \leq 0,05$) durante toda a série histórica. Foi verificada a feminilização da doença. Em relação à escolaridade, 11 pessoas (3,7%) eram analfabetos, 162 (54,0%) possuíam até o ensino fundamental, 84 (28,0%) apresentavam até o ensino médio e 43 (14,3%) possuíam até o ensino superior ($p \leq 0,05$). **Conclusão:** No município investigado, a aids apresentou um padrão oscilatório, com aumento do número de casos, relacionado com determinantes sociais. Isso indicou a necessidade de intensificação das ações de prevenção e controle da doença, o que pode ser feito com emprego de abordagens educativas, no âmbito da APS e em instituições de ensino.

DESCRITORES

Epidemiologia;
Educação em Saúde;
Atenção Primária à Saúde;
Doenças transmissíveis;
Síndrome de imunodeficiência
Adquirida.

ABSTRACT

Background and Objectives: Bucking the trend worldwide, in Brazil there is a tendency of increase in the number of AIDS cases, justifying the holding of local epidemiological studies providing subsidies for solving them. This study aimed to analyze the epidemiological profile of AIDS in Contagem, Minas Gerais, between 2007 and 2011, with reflections on educational practices for its prevention and control. **Methods:** This is a descriptive epidemiological study of historical time series. For the 651 new AIDS cases reported in SINAN from 2007 to 2011, it was calculated incidence rate and average rates and performed stratified analysis by gender, education, age and year of occurrence. **Results:** The mean annual incidence rate of AIDS and the average annual death rate per 100,000 population was 21.0 and 4.0 cases, respectively. The sex ratio (2.16: 1) remained significant ($p \leq 0.05$) for the entire series. The feminization of the disease has been verified. Regarding education, 11 people (3.7%) were illiterate, 162 (54.0%) had up to elementary school, 84 (28.0%) had through high school and 43 (14.3%) had to higher education ($p = 0.05$). **Conclusions:** In the investigated municipality, AIDS showed an oscillatory pattern, with increased number of cases and may present a strong social determination. This indicated the need to intensify prevention and control of disease, which can be done with the use of educational approaches within the APS and educational institutions.

KEYWORDS

Epidemiology;
Health Education;
Primary Health Care;
Communicable diseases;
Acquired Immunodeficiency
Syndrome.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), desde a década de oitenta, figura no elenco das doenças transmissíveis de importância mundial para as políticas de Saúde Pública. É um agravo de grande magnitude, associado, muitas vezes, aos fatores socioeconômicos e culturais e ao acesso aos serviços de saúde.¹⁻⁴

A doença é causada pelo HIV, um retrovírus citopático da Família *Retroviridae*. As principais formas de transmissão da doença se dão por via sexual, sanguínea e vertical. O tratamento consiste em utilizar drogas que inibem a replicação do HIV e também inibidores das enzimas relacionadas à produção de proteínas estruturais do vírus.^{5,6}

Nos últimos trinta anos, o perfil epidemiológico da aids em várias regiões do mundo vem apresentando mudanças, por exemplo a elevação do número de casos entre mulheres, jovens e pessoas com menor grau de escolaridade, além de heterossexualização e interiorização da epidemia.^{3,4,7,8} Não obstante essas alterações, a OMS relata uma redução do número de casos em âmbito mundial.⁹

A aids pode ser considerada um problema de saúde pública no Brasil, ao se considerar que, entre 1980 e primeiro semestre de 2013, foram notificados 686.478 casos de aids no país, sendo 64,9% do sexo masculino e 35,1% do sexo feminino.¹⁰ A taxa de detecção de casos de aids observada no Brasil, em 2012, foi de 20,2/100.000 habitantes, com a maior taxa na Região Sul (30,9/100.000 habitantes), seguida pela Região Norte (21,0/100.000 habitantes), Sudeste (20,1/100.000 habitantes), Centro-Oeste (19,5/100.000 habitantes) e Nordeste (14,8/100.000 habitantes).⁹ Os dados mostram que a aids se apresenta como um mosaico de subepidemias regionais e municipais, relacionado às diferenças nas condições sociais, culturais, de infraestrutura e de acesso aos serviços de saúde pública voltados ao aconselhamento, testagem, tratamento e ações de prevenção da doença.¹

Diante do exposto, considera-se que as políticas públicas, em âmbito nacional, devem continuar investindo em processos de descentralização, ampliando as tecnologias de diagnóstico, tratamento, prevenção e realização de estudos epidemiológicos periódicos da aids em todos os níveis. Deve-se expandir sua análise e interpretação para o nível local, resultando em aplicação mais efetiva dessas informações, podendo representarem ainda parâmetros de avaliação das políticas públicas de prevenção e controle desse agravo no nível municipal.^{2,4}

Nesse contexto, este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico da aids, em Contagem, Minas Gerais, no período de 2007 a 2011, com a finalidade de contribuir para as discussões das ações de prevenção e controle dessa doença no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, este estudo buscou ainda apresentar reflexões sobre práticas educativas para a prevenção e controle dessa doença.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de série histórica, realizado no município de Contagem,

Minas Gerais (MG), no período de 2007 a 2011. Esse município está localizado na região central do Estado de Minas Gerais. A população em 2007 era de 613.251 habitantes e, em 2013, segundo a estimativa do IBGE passou para 637.961 habitantes, o que representa um crescimento de 4,0%.¹¹

O município de Contagem possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,756. Possui sete distritos sanitários que apresentam processos de urbanização e de infraestrutura diversos, com distribuição de renda desigual. Nesse contexto, a maioria da população é dependente do sistema público de saúde. Em 2007, havia 118 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma cobertura de 54,44% da população pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).^{11,12}

Em Contagem, o diagnóstico para o HIV é ofertado em todas as UBS, a coleta de material é realizada nos postos de coleta descentralizados e o exame é realizado no Laboratório Central (LACEN). O teste rápido é feito no Ambulatório do Centro de Testagem e Acompanhamento (CTA). Sendo o resultado do exame positivo, o usuário é encaminhado ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE), que funciona no Centro de Consulta Especializada (CCE), para acompanhamento com equipe multidisciplinar.

Compuseram a população de estudo 651 novos casos de aids, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, Minas Gerais, entre 2007 e 2011. Pesquisaram-se nessa fonte as variáveis sociodemográficas e informações relacionadas à doença e seu tratamento.

Foram coletadas informações do SINAN relacionadas à descrição sócio-demográfica. Foram calculadas as taxas de incidência por sexo (masculino e feminino) e por faixa etária (< de 1 ano a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais), e escolaridade (analfabetos, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior), dividindo-se o número de casos novos de aids pela população das faixas etárias e dos sexos descritos acima, em cada ano de estudo, multiplicando-se por 100.000. Obtiveram-se também os coeficientes de incidência e de mortalidade, para cada ano da série histórica investigada, bem com as taxas médias de casos novos, do coeficiente de incidência e do coeficiente de mortalidade.

Os gráficos e tabelas foram construídos através do programa Excel do *software* Microsoft Office 2007 e as bases populacionais por ano, foram obtidas no *site* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).¹² A análise estratificada dos dados foi realizada no programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 15.0. Considerando a distribuição normal dos dados e $n > 20$, foi aplicado o teste qui-quadrado para a identificação das diferenças no padrão epidemiológico ao longo da série histórica, em relação à idade, sexo, escolaridade relacionados aos casos de aids. Adotou-se o nível de significância tradicional de $\alpha = 0,05$, garantido um nível de confiança adequado.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal do Estado de Minas Gerais sob nº 136.517. Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RESULTADOS

Foram registrados no Município de Contagem, entre 2007 e 2011, 651 casos novos de aids, com uma taxa média anual de incidência de 21/100.000 habitantes. Nesse período, o número de casos novos e o coeficiente de incidência foram menores nos anos de 2007 e 2010. Ao longo da série histórica, os valores dos coeficientes de incidência apresentaram oscilações. Os maiores valores foram constatados em 2009 e 2011 (24/100.000 habitantes). O coeficiente de mortalidade por aids apresentou uma variação de 1,8 a 5,8/100.000 habitantes, com taxa média anual de 4,0 óbitos por 100.000 habitantes, sendo o maior coeficiente de mortalidade referente ao ano de 2008 e o menor correspondente ao ano de 2011 (Tabela 1).

Em relação aos dados demográficos, foram observados 445 casos do sexo masculino (68,4%) e 206 casos do sexo feminino (31,6%), o que mostra uma razão de masculinidade de 2,16:1. Ao longo da série histórica, essa diferença permaneceu estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Observou-se que ambos os sexos apresentaram um aumento

do coeficiente de incidência de aids ao longo dos anos de 2007 a 2009, seguida de queda em 2010 e posterior aumento em 2011 (Figura 1).

Os percentuais de distribuição de casos de aids, por faixa etária, no período de 2007 a 2011 não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,308$). A idade variou entre menor de um ano e maior de 60 anos, com maiores taxas médias de incidência nas faixas etárias de 40 a 59 anos (36/100.000 habitantes) e 20 a 39 anos (31/100.000 habitantes), que representam, respectivamente, 40,2% (262) e 53,5% (348) dos casos avaliados nesse período. A menor taxa média de incidência foi na faixa etária de 0 a 19 anos (1/100.000 habitantes), representando um percentual de 1,4% (9) dos casos, no período estudado. Verificou-se, através do coeficiente de incidência, uma variabilidade dos casos de aids com tendência de decréscimo entre os anos de 2009 a 2010, nas faixas etárias investigadas, seguida, em 2011, por estabilização do valor do coeficiente de incidência nas faixas etárias de 0 a 19 anos e acima de 60 anos e por aumento nos grupos etários de 20 a 39 anos e 40 a 59 anos (Tabela 2).

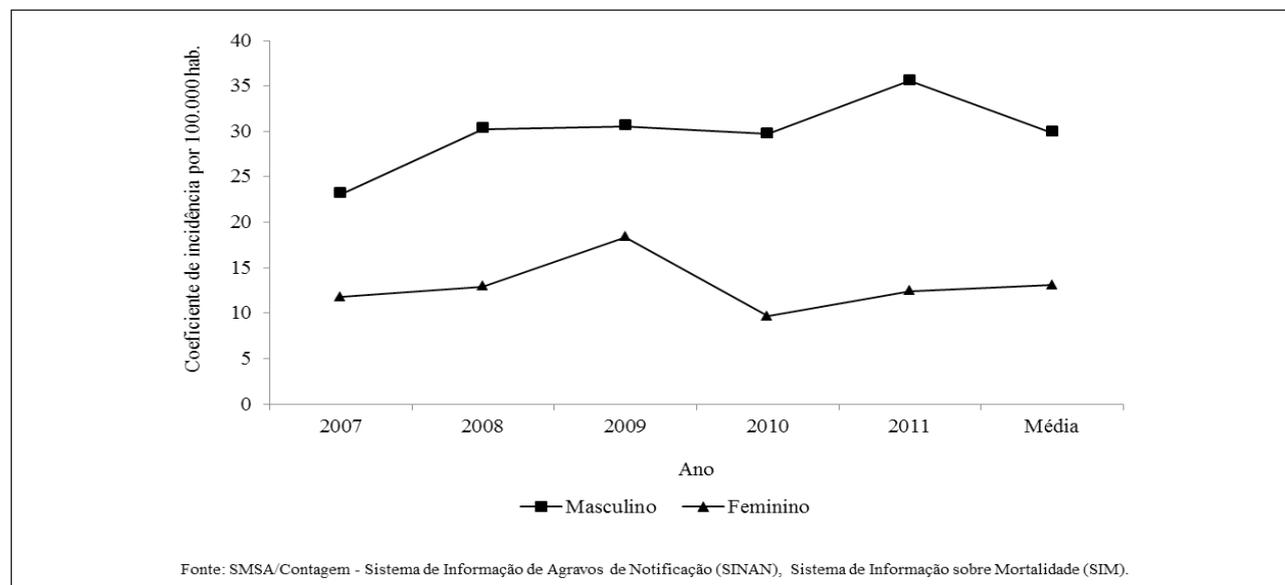


Figura 1. Coeficiente de incidência de aids (por 100.000 hab.), segundo o sexo e o ano de ocorrência no Município de Contagem-MG, Brasil, 2007 a 2011.^{11,12}

Tabela 1. Distribuição dos casos e do coeficiente de incidência (por 100.000 habitantes) e coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes) por aids, segundo o ano de ocorrência no Município de Contagem-MG, Brasil, 2007 a 2011.

Ano	População	Casos novos	Casos de óbito por aids	Coeficiente de incidência	Coeficiente de mortalidade
2007	613251	106	24	17	3,9
2008	617749	132	36	21	5,8
2009	625390	152	20	24	3,2
2010	603442	117	31	19	5,1
2011	608715	144	11	24	1,8
Média	613709	130	24	21	4,0

Fonte: SMSA - Contagem, MG - Sistema de informação de agravos notificáveis (SINAN), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.^{11,12}

Tabela 2. Coeficiente de incidência de aids (por 100.000 hab.), segundo faixa etária e o ano de ocorrência no Município de Contagem-MG, Brasil, 2007 a 2011.^{11,12}

Anos	População				Casos novos				p-valor	Coeficiente de incidência			
	Faixa etária				Faixa etária					Faixa etária			
	0-19	20-39	40-59	≥ 60	0-19	20-39	40-59	≥ 60		0-19	20-39	40-59	≥ 60
2007	203841	223163	137970	48277	0	51	47	8	0,308	0	23	34	17
2008	202181	224363	140729	50476	1	78	44	9		0	35	31	18
2009	201472	226558	144239	53121	4	78	61	9		2	34	42	17
2010	179998	220772	146910	55762	2	62	50	3		1	28	34	5
2011	181572	222700	148194	56249	2	79	60	3		1	35	40	5
Média	193813	223511	143608	52777	2	70	52	6		1	31	36	12

Dos 300 casos com informação sobre o nível de escolarização, representando 46,1% do total de casos, 11 (3,7%) eram analfabetos, 162 (54,0%) possuíam até o ensino fundamental, 84 (28,0%) apresentavam até o ensino médio e 43 (14,3%) possuíam até o ensino superior. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$), em relação ao nível de escolarização, em todos os anos da série histórica investigada (Tabela 3).

DISCUSSÃO

No presente estudo, as informações relacionadas às taxas médias de incidência de aids em Contagem, no período investigado, demonstraram um padrão oscilatório, com aumento do número de casos da doença, semelhante às taxas do Brasil e de outros municípios.^{13,14} Esses dados destacam uma tendência contrária à tendência mundial de redução do número de casos nas últimas décadas.⁹ Por outro lado, também se destacou a redução das taxas de mortalidade associadas à doença, ao longo da série histórica investigada.

É preciso ressaltar que a vulnerabilidade a infecção pela aids pode sofrer influências de fatores sociais. Entre esses fatores, destacam-se o acesso à educação e aos serviços de saúde, principalmente aqueles relacionados ao aconselhamento e testagem sorológica rápida da doença, sendo, portanto, alvos importantes para as políticas públicas de saúde.^{3,4,8,15,16} De modo geral, nas últimas décadas têm se destacado o maior acesso da população ao diagnóstico da doença, com a ampliação dos Centros de Aconselhamento e Testagens para as Doenças Sexualmente

Transmissíveis (DST/aids), da rede de Atenção Básica e a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).^{17,18}

Os resultados mostraram que a escolarização apresentou-se como um aspecto importante associado à aids, corroborando com vários estudos que discutem a determinação social dessa e de outras doenças importante na saúde pública. De modo geral, as pesquisas apontaram para uma relação inversamente proporcional entre casos de aids e o nível educacional.¹⁹

Embora tenham ocorrido melhorias no nível de educação da população no município investigado e no Brasil, em geral, nas últimas décadas, incluindo as abordagens pedagógicas voltadas à educação em saúde, elas ainda não foram suficientes para a redução de casos de aids. Não há dúvidas acerca do papel fundamental das ações de educação em saúde na prevenção dessa doença, as quais parecem ter uma centralidade para a obtenção da redução de casos. Desta forma, acredita-se que as ações educativas em saúde devam ser intensificadas, com avanços na linguagem e na forma como as informações sobre a doença vem sendo abordadas, sendo essencial a incorporação dos aspectos relacionados ao perfil contemporâneo da doença nas discussões sobre o assunto. Deve-se evitar, portanto, que essas ações se utilizem de informações desatualizadas ou relacionadas a realidades distintas daquelas em tais práticas educativas se desenvolvem.^{19,20}

A orientação sobre a prevenção da aids com a utilização de preservativos sexuais é bastante difundida e conhecida, considerando-se que a via sexual é a principal forma de transmissão dessa doença.^{1,2} Entretanto, isso não justifica a pouca difusão de outras informações relevantes sobre a doença. Ao contrário, deve-se buscar formas

Tabela 3. Distribuição dos casos novos de aids, segundo a escolaridade e ano de ocorrência no Município de Contagem-MG, Brasil, 2007 a 2011.^{11,12}

Anos	Sem		Até o ensino						Até o ensino						Casos Válidos	
	Informação		Analfabeto			fundamental completo			Até ensino médio			superior completo				T
	N	%	N	%	%*	N	%	%*	N	%	%*	N	%	%*		
2007	64	60,4	1	0,9	2,4	27	25,5	64,3	13	12,3	31,0	1	0,9	2,4	106	42
2008	73	55,3	2	1,5	3,4	30	22,7	50,8	19	14,4	32,2	8	6,1	13,6	132	59
2009	57	37,5	2	1,3	2,1	56	36,8	58,9	26	17,1	27,4	11	7,2	11,6	152	95
2010	63	53,8	2	1,7	3,7	28	23,9	51,9	10	8,5	18,5	14	12,0	25,9	117	54
2011	94	65,3	4	2,8	8,0	21	14,6	42,0	16	11,1	32,0	9	6,3	18,0	144	50
T	351	53,9	11	1,7	3,7	162	24,9	54,0	84	12,9	28,0	43	6,6	14,3	651	300

*: Percentual sobre o total de casos válidos, excluindo os casos sem informação; T: Total.

e linguagens que estimulem o maior conhecimento sobre a doença, de maneira mais contínua e sistematizada.¹⁹

Nesse sentido, acredita-se que, atualmente, um importante desafio da educação em saúde em relação à aids diz respeito à necessidade de modificar atitudes e crenças relacionados aos comportamentos de risco na transmissão do HIV, visando à prevenção individual e social em relação à doença.^{3,4,19,21}

Observa-se atualmente a elevação da expectativa de vida dos portadores de aids, devido, em grande parte, ao acesso ao tratamento, incluindo medicamentos e aos avanços tecnológicos em relação a esses aspectos.^{1,5,6,14} Embora haja controvérsias sobre o assunto, esse fato poderia levar as pessoas ou grupos sociais atualmente a terem uma menor preocupação com a prevenção da doença. Nesse sentido, a concepção de que a aids é uma doença adstrita a certos grupos de risco pode levar o indivíduo a sentir-se invulnerável a ela, podendo influenciar nas preventivas à doença.^{3,4,15}

Nessa mesma perspectiva, parece estar difundida atualmente a percepção acerca da estabilização do número de casos de aids e da redução do número de casos de mortalidade por essa doença. Esses parâmetros, com base em senso comum, precisam ser modificados, principalmente pela difusão de informações para a população de que a aids ainda representa um agravo preocupante para a saúde coletiva.

Portanto, continua sendo um importante desafio para a educação em saúde a mudança na percepção das pessoas acerca da visão estereotipada dos grupos que seriam vulneráveis à infecção e também ao estigma da culpa atribuída pela sociedade aos doentes de aids desses grupos, que se contaminariam por serem homossexuais, dependentes de drogas ou prostitutas (os). Nesse sentido, esse componente moral, do tipo crime/castigo, produz juízos de valor associados à contaminação pelo vírus da aids que não contribuem para os avanços do controle e prevenção da doença.^{3,15}

É importante ressaltar que a difusão das informações sobre a aids seja promovida com o uso de linguagens alternativas e diversificadas, voltadas a diferentes públicos etários, com diferentes graus de escolarização e com diferentes orientações sexuais, identidades de gênero e sexo. Como exemplo, pode ser citada a difusão de informações sobre a doença fundamentada em uma linguagem estética, com o uso de fotografias, cinema, propagandas, cartazes, desenhos e pinturas para adolescentes e jovens adultos.

O que se observa geralmente é que ao longo de sua história a aids é uma doença que povoa o imaginário popular com percepções construídas no cotidiano que, muitas vezes, não se aproximam das informações científicas. Em relação a isso, o saber científico precisa chegar à população por meio de um processo que associe características, imagens e ideias mais atuais sobre a doença. Esse modelo pode ser pautado em iniciativas realizadas no formato jornalístico, utilizando ideias associadas a relatos de experiências importantes em relação ao tema. Também são de grande valia os documentários, propagandas e redes sociais digitais.²⁰ Além disso, podem ser discutidos os diferentes valores atribuídos pelas pessoas a um determinado aspecto, como o uso de preservativos

sexuais, conforme o gênero, idade e nível de escolarização.

Em relação ao gênero, se destacou nos resultados a razão de masculinidade de 2:1, a qual corrobora a tendência de feminização da epidemia de aids mostrada em outras investigações.^{1,5,13,22} Além da maior vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV através da relação sexual, também podem ancorar essa tendência as relações de poder nas relações sexuais, nas quais muitas mulheres, por fatores históricos, culturais, econômicos e religiosos, ainda posicionam o homem na decisão de usar ou não o preservativo sexual, o que também é justificado pela crença na fidelidade conjugal, principalmente entre parceiros heterossexuais, de estado civil casado.^{3,17}

Esse incremento do número de mulheres com aids deve ser um provocador de ações específicas para esse público. Essas ações podem se valer do uso histórico mais frequente dos serviços de saúde pelas mulheres.⁸ O exame preventivo de câncer de colo de útero e mamas é, por exemplo, uma ótima oportunidade para o exercício de práticas de atividades preventivas e transformadoras em educação em saúde sobre esse tema com esse público.

Os homens, em geral, acessam menos os serviços de saúde e, quando o fazem, em geral, discutem menos sobre questões sexuais nesses espaços. A criação de uma rotina de atendimento desse público poderia ser uma importante estratégia para a prevenção da aids e outras doenças.^{8,23} Essa rotina poderia estar associada, por exemplo, aos programas voltados à prevenção de câncer de próstata que costumam apresentar uma maior adesão desse público. Além disso, o pré-natal poderia incluir a solicitação da testagem para HIV/aids dos pais, como já ocorre na rotina do pré-natal para as mães.

Outro aspecto relevante é o aumento do número de mulheres usuárias de drogas, com destaque para o aumento expressivo do consumo de crack no Brasil. Isso ocorre principalmente pelo fato de que o vício leva a uma maior vulnerabilidade à infecção, já que muitos usuários acabam se desvinculando da família e de seu suporte social de amigos, sendo expostos a condições bastante precárias, como é o caso dos moradores de rua.⁸

Os adultos jovens ainda representam o maior número de infectados, o que pode ser justificado pela maior atividade sexual nessa faixa etária, levando a um maior risco de contrair a doença. A educação em saúde para jovens e adultos, quando envolve uma mudança de comportamento sexual, é difícil de ser estabelecida. Esse problema é potencializado pela dificuldade de atuação em relação ao tema por uma parcela dos profissionais de saúde, principalmente por se tratar de um tema ainda permeado por tabus em nossa sociedade. Em relação a isso, há a necessidade de investimentos em capacitação das equipes de saúde, no âmbito da atenção básica à saúde, para que desenvolvam competências que lhes permitam dialogar com o público dessas unidades de saúde sobre temas importantes, incluindo aids e sexualidade, tanto de forma individual, quanto em grupos de educação em saúde.

Para a prevenção da doença, há necessidade de mais ações educativas que façam uso de linguagens adequadas sobre os aspectos relevantes e atuais, bem como pesquisas científicas que forneçam subsídios para o desenvolvimento

de ações de prevenção e controle da doença. Essas pesquisas devem incorporar fatores humanos, individuais e sociais, para investigar a relação da conduta, do processo cognitivo e das emoções com a transmissão do HIV.

Os incentivos aos programas de ampliação ao acesso a preservativos sexuais devem continuar sendo realizados. Esse item pode ser incluído no programa de farmácia popular, com critérios de acesso bem estabelecidos. Além disso, pode-se investir na redução do seu custo, por meio de incentivos fiscais na sua produção e comercialização.

Outra iniciativa importante é a continuidade da ampliação do acesso ao diagnóstico rápido da doença, o que pode se dar por meio de investimentos para a criação e estruturação de centros de testagem sorológica. Também devem ser intensificadas, de forma sistematizada e permanente, as ações voltadas à difusão de informações sobre a aids na mídia escrita e falada, com foco na importância e prevenção da doença.

Sugere-se ainda a criação de rotinas sistematizadas de processos interpretativos de investigação e análise das informações disponíveis sobre a doença nos bancos de dados, associada à divulgação das informações relevantes para as comunidades envolvidas, além de auditorias dos dados de importância epidemiológica. Essas informações podem ser muito úteis em atividades de educação em saúde, tanto no âmbito da atenção primária a saúde, quanto em instituições de ensino.

Por fim, acredita-se também que a ruptura com crenças que não traduzem a realidade contemporânea pode conduzir as pessoas ao maior engajamento na prevenção da doença, evitando exposições que conferem elevado risco de infecção.

REFERÊNCIAS

1. Cock KM, Jaffe HW, Curran JW. Reflections on 30 years of AIDS. *Emerg Infect Dis* 2011;17(6):1-11. doi: 10.3201/eid1706.100184.
2. Vieira GD, Alves TC, Sousa CM. Epidemiological evolution of vertical HIV transmission in Rondônia, Brazil. *Braz J Infec Dis* 2013;17:613-614. doi: 10.1016/j.bjid.2013.03.007.
3. King PAL, Pate DJ. Perinatal HIV testing among African American, Caucasian, Hmong and Latina women: exploring the role of health-care services, information sources and perceptions of HIV/AIDS. *Health Educ Res* 2014;29(1):109-121. doi: 10.1093/her/cyt101.
4. Nappo SA, Sanchez Z, Oliveira LG. Crack, AIDS, and Women in São Paulo, Brazil. *Subst Use Misuse* 2011;46:476-485. doi: 10.3109/10826084.2010.50348.
5. Cock KM, Jaffe HW, Curran JW. The evolving epidemiology of HIV/AIDS. *AIDS* 2012;26(10):1205-13. doi: 10.1097/QAD.0b013e328354622a.
6. Davis DHJ, Smith R, Brown A, et al. Early diagnosis and treatment of HIV infection: magnitude of benefit on short-term mortality is greatest in older adults. *Age Ageing* 2013;42:520-526. doi: 10.1093/ageing/aft052.
7. Pereira BS, Costa MCO, Amaral MTR, et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2014;19(3):747-758. doi: 10.1590/1413-81232014193.16042013.
8. Arraes CO, Palos MAP, Barbosa MA, et al. Masculinity, vulnerability and prevention of STD/HIV/AIDS among male adolescents: social representations in a land reform settlement. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2013;21(6):1266-73. doi: 10.1590/0104-1169.3059.2363.
9. WHO (World Health Organization). Global update on the health sector response to HIV [Internet]. Genebra; 2014 [citado 2014 jul 10]. 129p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128494/1/9789241507585_eng.pdf?ua=1.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV. 55p. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
11. Indicadores da População do Brasil. [Internet]. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2014 [citado 2014 ago 15]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao.
12. Informações de Saúde do Brasil. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2013 [citado 2012 ago 13]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 816p. 7ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
14. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília; 2011. http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf. Acessado em Agosto 2012. Acessado em Julho de 2014.
15. Hatzenbuehler ML. Structural Stigma and the Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *Curr Dir Psychol Sci* 2014;23(2):127-132. doi: 10.1177/0963721414523775.
16. Wiewel EW, Hanna DB, Begier EM, et al. High HIV Prevalence and Diagnosis Rates in New York City Black Men. *J Community Health* 2011;36(1):141-149. doi: 10.1007/s10900-010-9291-0.
17. Nogueira JA, Silva AO, De Sá LR, et al. AIDS in adults 50 years of age and over: characteristics, trends and spatial distribution of the risk. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2014;22(3):355-63. doi: 10.1590/0104-1169.3327.2424.
18. Taquette SR. HIV/Aids among adolescents in Brazil and France: similarities and differences. *Saude soc* 2013;22(2):618-628. doi: 10.1590/S0104-12902013000200029.
19. Coyle KK, Glassman JR, Franks HM, et al. Interventions to Reduce Sexual Risk Behaviors Among Youth in Alternative Schools: A Randomized Controlled Trial. *J Adolescent Health* 2013;53(1):68-78. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.12.012.
20. Flisch, TMP, Alves, RHA, Almeida TAC, et al. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? *Interface Comun Saúde Educ* 2014;18(supl. 2):1255-1268. doi: 10.1590/1807-57622013.0344.
21. Praça NS, Souza JO, Rodrigues DAL. Mulher no período pós-reprodutivo e HIV/AIDS: Percepção e ações segundo o modelo de crenças em saúde. *Texto Contexto Enferm* 2010;19(3):518-525. doi: 10.1590/S0104-07072010000300014.
22. Pedrosa NL, Paiva SS, Almeida RLF, et al. Série histórica da aids no Estado do Ceará. *Ciênc Saúde Colet* 2014;20(4):1177-1184. doi: 10.1590/1413-81232015204.00582014.
23. Marques Junior JS, Gomes R, Nascimento EF. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Cienc Saude Colet* 2012;17(2):511-520. doi: 10.1590/S1413-81232012000200024.