

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO
ENFRENTAMENTO E
CONTROLE DO VÍRUS DA
IMUNODEFICIÊNCIA
HUMANA (HIV) NA REGIÃO
NORDESTE DO BRASIL:
UMA ANÁLISE CRÍTICA**

**PRIMARY HEALTH CARE IN ADDRESSING AND CONTROLLING THE HUMAN
IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) IN THE NORTHEAST REGION OF BRAZIL:
A CRITICAL ANALYSIS**

Ciências da Saúde • 01/11/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/793385210](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/793385210)

Antônio Felipe da Silva Fragoso¹
Francisco Mateus Lauriano Lima²
André Lopes de Lima³
André Wagner Dantas Rodrigues⁴
Anne Milane Formiga Bezerra⁵
Carmen Silva Alves⁶
Lídia Maria Pereira Linhares⁷
Denisy Dantas Melquíades Azevedo⁸
Ana Júlia Crispim de Oliveira⁹
Evilly Cristiny Fonseca de Aquino¹⁰
Ana Clara Palmeira Melo¹¹
Fabiana Maria Santos Triett¹²
Luana Jannine de Araujo Medeiros¹³
Ingrid Dayanna da Costa Marinho¹⁴
Josefa Kelly Lima Dantas¹⁵
Mayara Gabrielly Costa Pereira Costa¹⁶
Italo Cavalcante Guedes¹⁷
Camila Felix Moura Ferreira¹⁸
Josué Brito Gondim¹⁹

RESUMO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) permanecem como desafios estruturais de saúde pública global, destacando-se a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) por suas repercussões clínicas e sociais. Este estudo analisa o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na incidência e no cuidado das pessoas vivendo com HIV/Aids na região Nordeste do Brasil, evidenciando gargalos operacionais e assistenciais do setor público. A metodologia fundamenta-se em uma revisão integrativa da literatura, complementada por consulta a dados secundários de fontes oficiais (DATASUS, CEBES, UNAIDS e Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde). Os resultados indicam que a fragilidade na fixação profissional, as assimetrias na distribuição de equipes da Estratégia Saúde da Família e as barreiras do estigma social dificultam o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento. Questiona-se a tendência analítica de atribuir as discrepâncias regionais unicamente à escassez médica, ressaltando-se a necessidade de valorização da equipe multiprofissional e de indicadores epidemiológicos padronizados. Conclui-se que o fortalecimento da atenção primária é indispensável para descentralizar a testagem, consolidar a prevenção combinada e assegurar a equidade no acesso aos cuidados em saúde na região Nordeste.

Palavras-chave: Infecções Sexualmente Transmissíveis; Atenção Primária à Saúde; Nordeste do Brasil; Prevenção de Doenças; Epidemia de HIV.

ABSTRACT

Sexually Transmitted Infections (STIs) remain structural challenges to global public health, with Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)

standing out due to their clinical and social repercussions. This study analyzes the role of Primary Health Care (PHC) in the incidence and care of people living with HIV/AIDS in the Northeastern region of Brazil, highlighting operational and care bottlenecks in the public sector. The methodology is based on an integrative literature review supplemented by consultation of secondary data from official sources (DATASUS, CEBES, UNAIDS, and Ministry of Health Epidemiological Bulletins). The results indicate that fragility in professional retention, asymmetries in the distribution of Family Health Strategy teams, and the barriers of social stigma hinder early diagnosis and treatment adherence. The analytical tendency to attribute regional discrepancies solely to medical shortages is questioned, emphasizing the need for valuing the multiprofessional team and standardized epidemiological indicators. It is concluded that strengthening primary care is essential to decentralize testing, consolidate combined prevention, and ensure equity in healthcare access in the Northeast region.

Keywords: Sexually Transmitted Infections; Primary Health Care; Northeast Brazil; Disease Prevention; HIV Epidemic.

1. INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis nunca foram um capítulo encerrado da medicina, mas uma falha estrutural contínua que os sistemas de saúde insistem em tratar com apatia (Amaral *et al.*, 2023). A devastação da sífilis na Europa dos séculos XV e XVI escancarou o custo social dessa negligência muito antes de qualquer resposta biológica. Contudo, a virada com a identificação do *Treponema pallidum* e o surgimento da penicilina no século XX (Ribeiro *et al.*, 2021) acabou alimentando uma ilusão perigosa: a de

que a tecnologia farmacológica, por si só, resolveria o que depende de vontade política.

O isolamento do vírus do herpes e do HIV no século XX alterou drasticamente o controle epidemiológico, transformando a prevenção em uma questão de urgência física e política (Almeida *et al.*, 2022). Ao invadir os linfócitos T CD4+, integrar seu genoma à célula e destruí-la em escala, o HIV expôs a fragilidade do sistema imune e a letalidade da imunodepressão não tratada (Melhuish; Lewthwaite, 2022). A Terapia Antirretroviral (TARV) mudou o prognóstico da infecção, mas não interrompeu a mortalidade em larga escala (Duarte *et al.*, 2023). A tecnologia médica esbarrou na violência estrutural: leis como a Lei nº 12.984/2014 criminalizam a discriminação, mas falham em conter a rejeição silenciosa que ainda opera em consultórios, escritórios e dentro das famílias (Brasil, 2014; Souza; Pereira; Raxach, 2023; Leite *et al.*, 2024).

No Brasil, a geografia do vírus escancara a desigualdade social. A alta concentração de casos no Sudeste e no Nordeste não é um acaso estatístico, mas um indicador de falhas históricas de acesso (Vasconcelos; Silva, 2020; Holanda *et al.*, 2024). Sobrecarregar a Atenção Primária à Saúde (APS) com a expectativa de resolver a epidemia por meio de testes rápidos e insumos é ignorar os gargalos operacionais do próprio SUS (Leite *et al.*, 2023; Carvalho *et al.*, 2023). Partindo do trabalho de Bessa *et al.* (2025), este estudo questiona o impacto real da APS na incidência do HIV no Nordeste, confrontando as limitações dos modelos tradicionais de análise sanitária com a realidade do território.

Tratar as estatísticas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação como espelho fiel da realidade é um equívoco primário

de quem analisa a saúde pública à distância. No Nordeste, a subnotificação não funciona como mero ruído estatístico, mas como barreira estrutural: o atraso no diagnóstico congelado pela falha de registro oculta a real circulação viral (Melo *et al.*, 2021; Brasil, 2022). Onde a notificação falha, a contabilidade sanitária perverte o sistema: a falsa impressão de controle epidemiológico corta investimentos e priva justamente as populações em maior vulnerabilidade do aporte financeiro indispensável para conter a cadeia de transmissão (Vasconcelos; Silva, 2020).

A tese de que a descentralização do manejo do HIV para a Atenção Primária à Saúde resolveria a interiorização do cuidado esbarrou no moralismo local e no desmonte operacional. Solicitar um teste rápido em uma Unidade Básica de Saúde no interior nordestino ainda expõe a vida privada do usuário ao julgamento velado da própria comunidade (Souza; Pereira; Raxach, 2023). A ausência crônica de privacidade nos consultórios, a rotatividade contínua das equipes e o desabastecimento de insumos essenciais transformam a diretriz técnica do Ministério da Saúde em papel assinado sem efeito prático na ponta do serviço (Leite *et al.*, 2023; Carvalho *et al.*, 2023).

Modelos epidemiológicos tradicionais persistem no erro de tratar o território como uma superfície geométrica estática, ignorando a dinâmica viva do espaço social. Espaço não é métrica de distância; envolve segregação urbana, fluxos migratórios e negligência política acumulada (Holanda *et al.*, 2024). Para dar densidade analítica à tese inaugurada por Bessa *et al.* (2025), torna-se imperativo empregar métodos de análise espacial que capturem a autocorrelação e a heterogeneidade regional. Sem essa abordagem, qualquer avaliação sobre o verdadeiro impacto da Atenção Primária no controle da

epidemia permanecerá no plano das conjecturas teóricas cegas para a realidade do território.

Dada a insuficiência de abordagens estritamente clínicas perante o HIV/Aids, examinar a epidemia no Nordeste exige abandonar a ilusão do dado sanitário neutro. Não basta contar diagnósticos. É preciso mapear onde o silêncio institucional opera e como a Atenção Primária oscila entre o discurso da prevenção e a precariedade prática do atendimento na ponta.

Sob a premissa de que o território molda a dinâmica da transmissão e de que o acesso ao SUS é profundamente desigual, este artigo objetiva analisar a interferência real da Atenção Primária à Saúde na incidência e no manejo do HIV/Aids nos municípios do Nordeste brasileiro, aprofundando a reflexão iniciada por Bessa *et al.* (2025). Ao confrontar indicadores epidemiológicos, técnicas de análise espacial e as barreiras atitudinais do serviço, a pesquisa busca desorganizar a tese simplista de que a mera oferta de testes rápidos equivale à garantia de equidade.

Trata-se de testar a eficácia do modelo sanitário contra a realidade do território. O propósito final é produzir evidência empírica capaz de desmascarar falhas de registro, expor gargalos operacionais e forçar o redirecionamento de políticas públicas que, até agora, insistiram em responder com soluções homogêneas a um cenário de profunda desigualdade regional.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. HIV/AIDS, Determinação Social da Saúde e Desigualdades no Acesso Ao Cuidado

A epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) constitui um problema de saúde pública cuja compreensão exige ultrapassar a dimensão estritamente biomédica da infecção. Embora os avanços científicos tenham ampliado as possibilidades de diagnóstico, prevenção e tratamento, a distribuição dos casos, o acesso aos serviços e os desfechos clínicos continuam relacionados às condições sociais, econômicas e institucionais em que as pessoas vivem. Nessa perspectiva, a infecção pelo HIV não pode ser analisada apenas a partir de suas características virológicas ou das possibilidades terapêuticas disponíveis, uma vez que as condições de acesso à informação, à prevenção, ao diagnóstico oportuno e ao tratamento também participam da produção das desigualdades em saúde.

A história das infecções sexualmente transmissíveis demonstra que a disponibilidade de intervenções farmacológicas, embora indispensável, não elimina automaticamente os fatores sociais que condicionam sua ocorrência e suas consequências. A incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas precisa estar acompanhada de políticas públicas capazes de garantir acesso equitativo aos serviços, continuidade assistencial e proteção dos direitos das pessoas afetadas. No caso do HIV, essa articulação tornou-se particularmente relevante com a consolidação da terapia antirretroviral, que modificou substancialmente a evolução clínica da infecção e ampliou a expectativa de vida das pessoas em tratamento. Entretanto, a possibilidade de controle clínico não significa que as necessidades de saúde tenham sido integralmente atendidas, sobretudo em contextos marcados por desigualdades socioeconômicas e barreiras institucionais.

A análise da política brasileira de enfrentamento ao HIV/Aids evidencia que a resposta nacional foi construída por meio da interação entre diferentes atores sociais, instituições governamentais, organizações da sociedade civil e parcerias internacionais. Almeida, Ribeiro e Bastos (2022), ao examinarem a política nacional de DST/Aids a partir do modelo de coalizões de defesa, demonstraram que sua trajetória envolveu disputas políticas, diferentes sistemas de crenças e estratégias de atuação que influenciaram a formulação das ações governamentais. Os autores também identificaram dificuldades para estabelecer políticas capazes de contemplar integralmente as necessidades da população. Essa perspectiva permite compreender que a resposta à epidemia depende não apenas da disponibilidade de tecnologias sanitárias, mas também das prioridades políticas, dos mecanismos de participação social e da capacidade institucional de sustentar as ações ao longo do tempo.

A ampliação do acesso à terapia antirretroviral representou uma mudança importante na história da epidemia, mas a efetividade do tratamento depende de condições que ultrapassam a prescrição e a dispensação dos medicamentos. A vinculação aos serviços, a realização dos exames necessários, o acompanhamento clínico, a continuidade do tratamento e o enfrentamento das barreiras sociais influenciam a possibilidade de alcançar resultados favoráveis. Duarte et al. (2023), ao analisarem o conceito de diagnóstico precoce da infecção pelo HIV/Aids, destacaram atributos relacionados à realização oportuna de exames e à identificação da infecção. O diagnóstico precoce, portanto, deve ser compreendido como parte de um processo assistencial mais amplo, que envolve a oferta de testagem, a comunicação do resultado, o acolhimento e a vinculação efetiva da pessoa ao cuidado.

Nesse contexto, o estigma relacionado ao HIV permanece como uma barreira importante ao acesso e à continuidade assistencial. A discriminação pode ocorrer nas relações familiares, no trabalho, na comunidade e nos próprios serviços de saúde, comprometendo a confiança dos usuários nas instituições e sua disposição para buscar atendimento. O estudo de Costa et al. (2022), realizado com pessoas vivendo com HIV no Brasil, identificou experiências de discriminação nos serviços especializados, com repercussões potenciais sobre a utilização dos serviços e a adesão ao tratamento. Os resultados reforçam a necessidade de reconhecer o estigma como um fenômeno institucional e social, e não apenas como uma atitude individual isolada.

A existência de legislação protetiva constitui uma dimensão importante dessa resposta. A Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, define crimes resultantes de discriminação contra pessoas vivendo com HIV e pessoas com Aids (Brasil, 2014). Entretanto, a previsão legal não assegura, por si só, a eliminação de práticas discriminatórias no cotidiano. A proteção dos direitos depende também da formação dos profissionais, da organização dos processos de trabalho, do sigilo das informações, da privacidade no atendimento e da existência de mecanismos institucionais para prevenir e enfrentar situações de discriminação.

As desigualdades associadas ao HIV também se expressam de maneira heterogênea entre os grupos populacionais. Idade, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, raça ou cor, renda e escolaridade podem interagir e produzir condições diferenciadas de vulnerabilidade. Por essa razão, políticas preventivas generalistas podem apresentar limitações quando não consideram as necessidades específicas das pessoas atendidas. O reconhecimento

dessas diferenças não significa atribuir a determinados grupos uma predisposição inerente à infecção, mas compreender como as relações sociais, as oportunidades de acesso e as experiências de discriminação interferem na exposição aos riscos e na utilização dos serviços.

Para a população idosa, por exemplo, a associação cultural entre envelhecimento e ausência de vida sexual pode contribuir para a invisibilidade de suas necessidades de prevenção. Entre pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e outras pessoas com diversidade sexual e de gênero, experiências de discriminação e inadequação das práticas assistenciais podem dificultar o acesso a informações, exames e acompanhamento. Essas situações indicam que a integralidade do cuidado requer abordagens que considerem a diversidade das experiências individuais e evitem pressupostos sobre sexualidade, práticas preventivas ou condições de saúde.

Desse modo, a compreensão da epidemia do HIV demanda a articulação entre conhecimento biomédico, proteção dos direitos humanos e análise das condições concretas de vida. A disponibilidade de tratamento precisa ser acompanhada de estratégias que reduzam as barreiras de acesso, fortaleçam a confiança nos serviços e promovam a continuidade do cuidado. Essa articulação constitui o ponto de partida para discutir a responsabilidade da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da epidemia e na redução das desigualdades assistenciais.

2.2. Atenção Primária à Saúde, Descentralização e Continuidade do Cuidado

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente por sua capacidade de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado. A Política Nacional de Atenção Básica estabelece diretrizes para a organização desse nível assistencial, reconhecendo a importância do território, da população adscrita e da integração entre as equipes e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2017). No enfrentamento do HIV, essas atribuições permitem aproximar as ações de prevenção e diagnóstico das necessidades da população, desde que existam condições organizacionais e técnicas para sua execução.

A descentralização de determinadas ações relacionadas ao HIV para a APS deve ser compreendida como uma estratégia de ampliação do acesso, e não como simples transferência de responsabilidades para as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sua efetividade depende da disponibilidade de insumos, da qualificação das equipes, da definição de fluxos assistenciais e da articulação com os serviços especializados. A oferta de testagem, o aconselhamento, a prevenção combinada, a identificação de situações de vulnerabilidade e a vinculação dos usuários ao acompanhamento clínico exigem processos de trabalho organizados e compatíveis com as necessidades locais.

A relevância desse nível assistencial para a prevenção e o cuidado relacionados ao HIV no Nordeste brasileiro também foi discutida por Bessa et al. (2025). O estudo destaca a importância do desenvolvimento da atenção primária para a organização das ações de prevenção e assistência na região. Essa discussão contribui para situar a APS como componente relevante da resposta regional à

epidemia, embora a efetividade das estratégias deva ser examinada considerando as diferenças entre municípios, a capacidade instalada e as características das redes locais de saúde.

A existência de uma diretriz nacional, entretanto, não assegura que todas as unidades disponham das mesmas condições para executá-la. A oferta de serviços pode ser afetada por problemas de abastecimento, limitações de infraestrutura, insuficiência de profissionais, rotatividade das equipes e dificuldades de integração entre os níveis de atenção. Quando essas condições comprometem a regularidade das ações, o usuário pode enfrentar atrasos na testagem, dificuldades para obter orientações ou obstáculos para dar continuidade ao acompanhamento. Tais problemas precisam ser investigados empiricamente, uma vez que sua intensidade e suas consequências podem variar de acordo com o contexto municipal.

A continuidade assistencial é particularmente importante no acompanhamento das pessoas vivendo com HIV. O cuidado não se encerra na realização do teste ou na comunicação do resultado. Após a confirmação diagnóstica, é necessário assegurar a vinculação ao serviço apropriado, a avaliação clínica, o acesso ao tratamento indicado e o acompanhamento ao longo do tempo. Quando a articulação entre a APS e os serviços especializados é insuficiente, podem ocorrer interrupções no percurso assistencial, duplicidade de procedimentos e dificuldades de comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado.

Além das condições materiais e organizacionais, as relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários influenciam a utilização dos serviços. A proximidade territorial característica da

Estratégia Saúde da Família pode favorecer o vínculo e o conhecimento das necessidades da população. Contudo, em comunidades nas quais as relações sociais são estreitas, o receio de exposição da vida privada pode dificultar a procura por testagem ou por insumos relacionados à prevenção. Esse risco tende a ser particularmente relevante quando os usuários não percebem garantias suficientes de confidencialidade ou antecipam julgamentos morais por parte dos profissionais e da comunidade.

Os resultados de Costa et al. (2022) sobre discriminação relacionada ao HIV em serviços de saúde reforçam a importância de examinar as práticas institucionais para além da disponibilidade formal dos procedimentos. Um serviço pode oferecer testagem e tratamento e, ainda assim, apresentar barreiras relacionadas ao acolhimento, ao sigilo ou às atitudes dos profissionais. Assim, a avaliação da APS deve considerar tanto os indicadores de oferta quanto a experiência dos usuários, a qualidade das relações assistenciais e a capacidade de responder às necessidades de grupos historicamente sujeitos à discriminação.

A qualificação das equipes constitui uma dimensão necessária para enfrentar essas barreiras. A formação permanente deve contemplar conhecimentos atualizados sobre prevenção combinada, testagem, encaminhamento, tratamento, confidencialidade, diversidade sexual e de gênero e enfrentamento do estigma. Também é necessário que os serviços disponham de protocolos claros para orientar o atendimento, definir responsabilidades e organizar a comunicação entre os diferentes pontos da rede. A qualificação profissional, entretanto, não substitui investimentos em infraestrutura, disponibilidade de insumos e condições adequadas de trabalho; essas dimensões precisam ser abordadas conjuntamente.

Outro aspecto relevante diz respeito à utilização das tecnologias de informação e comunicação. A telessaúde e os recursos digitais podem apoiar a educação permanente, a discussão de casos, a articulação entre equipes e o acesso a orientações técnicas. Todavia, sua implementação exige conectividade, capacitação e definição de procedimentos para preservar o sigilo das informações. A utilização dessas ferramentas não deve ser tratada como solução automática para as dificuldades assistenciais, especialmente em localidades onde as condições de acesso à internet e aos equipamentos são desiguais.

Portanto, a descentralização das ações relacionadas ao HIV precisa ser analisada a partir da capacidade real da APS de acolher, diagnosticar, orientar e acompanhar os usuários, bem como de articular o cuidado com os demais serviços da rede. Essa abordagem permite superar avaliações baseadas exclusivamente na existência formal de programas e procedimentos, incorporando as condições que determinam sua execução cotidiana. No contexto nordestino, essa discussão deve considerar as desigualdades entre municípios e a distribuição territorial dos recursos e serviços de saúde.

2.3. Distribuição Epidemiológica, Qualidade da Informação e Desigualdades Territoriais no Nordeste

A distribuição dos casos e óbitos relacionados ao HIV/Aids no Brasil apresenta diferenças entre regiões, estados e municípios. Essas diferenças não podem ser interpretadas apenas como expressão da frequência da infecção, pois os indicadores observados também dependem da capacidade de diagnóstico, da oportunidade da notificação, do acesso aos serviços e da qualidade dos registros. Por

essa razão, a análise epidemiológica precisa considerar simultaneamente os processos de ocorrência do agravo e as condições institucionais que permitem identificá-lo e registrá-lo.

Os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde constituem fontes importantes para acompanhar a situação do HIV e da Aids no país. Essas publicações reúnem informações sobre casos, óbitos e indicadores relevantes para a vigilância e o planejamento das ações nos níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 2024, 2025). Entretanto, a interpretação desses dados exige atenção à definição dos indicadores, ao período analisado, à população considerada e às limitações próprias dos sistemas de informação.

A infecção pelo HIV e a Aids não devem ser tratadas como indicadores equivalentes. A notificação da infecção permite acompanhar a identificação dos casos, enquanto os registros de Aids e de mortalidade refletem outros momentos da trajetória clínica e epidemiológica. O aumento de notificações pode decorrer, entre outros fatores, da ampliação da testagem e da identificação de casos anteriormente desconhecidos. De maneira semelhante, uma redução das notificações não demonstra necessariamente diminuição da transmissão, pois também pode decorrer de dificuldades de acesso ao diagnóstico ou de problemas no registro. Por isso, a análise deve articular diferentes indicadores e evitar conclusões baseadas em uma única medida.

A qualidade da informação epidemiológica depende de processos adequados de coleta, preenchimento, transmissão, consolidação e atualização dos registros. No Brasil, os sistemas oficiais permitem acompanhar diferentes dimensões da epidemia, mas os dados devem ser interpretados considerando possíveis atrasos,

incompletudes e diferenças na capacidade de vigilância entre localidades. A subnotificação é uma possibilidade que precisa ser investigada, e não presumida exclusivamente a partir de taxas baixas ou da ausência de registros em determinado território.

Essa distinção é particularmente importante para a análise do Nordeste, região que reúne municípios com diferentes estruturas econômicas, condições de infraestrutura, padrões de urbanização e capacidades de organização dos serviços de saúde. As médias regionais podem ocultar diferenças expressivas entre áreas metropolitanas, cidades de porte intermediário e municípios de pequeno porte. A agregação dos dados em grandes unidades territoriais pode, assim, reduzir a capacidade de identificar localidades nas quais os indicadores epidemiológicos ou assistenciais demandam maior atenção.

O estudo de Ribeiro et al. (2023), que analisou a distribuição espaço-temporal e os fatores associados à mortalidade por HIV/Aids entre jovens no Nordeste brasileiro entre 2001 e 2020, demonstra a utilidade de uma abordagem territorialmente desagregada. Os autores analisaram 2.509 óbitos registrados no período e identificaram tendências crescentes de mortalidade em cinco estados nordestinos: Maranhão, Sergipe, Rio Grande do Norte, Ceará e Alagoas. A análise espacial também identificou agrupamentos de óbitos, principalmente no litoral de Pernambuco e no centro-norte do Maranhão. Esses resultados demonstram que a evolução da mortalidade não ocorreu de maneira uniforme entre os estados e municípios da região.

Os achados de Ribeiro et al. (2023) também evidenciam a possibilidade de relacionar indicadores epidemiológicos a

características socioeconômicas dos territórios. Contudo, os resultados de um estudo ecológico devem ser interpretados considerando a unidade de análise e o período investigado. As associações observadas entre indicadores municipais não permitem inferir automaticamente relações causais no nível individual. Além disso, os padrões identificados entre 2001 e 2020 não devem ser apresentados como descrição direta da situação atual sem atualização dos dados.

A subnotificação pode produzir consequências para a vigilância e para o planejamento sanitário, uma vez que informações incompletas dificultam a identificação das necessidades de saúde e a avaliação das ações implementadas. Quando os registros não representam adequadamente a ocorrência dos agravos, gestores e equipes podem ter dificuldades para reconhecer áreas prioritárias, dimensionar demandas e monitorar resultados. Entretanto, a afirmação de que a subnotificação provoca necessariamente redução do financiamento municipal exige investigação específica dos critérios de alocação dos recursos e dos mecanismos de transferência financeira vigentes. Não é metodologicamente adequado estabelecer essa relação causal apenas com base na existência de registros incompletos.

A avaliação dos indicadores epidemiológicos deve, portanto, ser acompanhada de informações sobre a capacidade dos serviços, a cobertura da APS, a disponibilidade de testagem e as condições de vigilância. A comparação entre municípios pode contribuir para identificar situações que mereçam investigação adicional, como taxas persistentemente baixas em localidades com limitações de acesso aos serviços ou diferenças importantes entre notificações, internações e óbitos. Ainda assim, esses padrões constituem sinais

para análise, e não evidências suficientes para classificar um município como área de subnotificação sem procedimentos adicionais de validação.

O fortalecimento da vigilância epidemiológica depende da articulação entre a assistência e os setores responsáveis pela produção da informação. A qualidade dos registros precisa ser considerada parte do processo de cuidado, pois a informação epidemiológica permite acompanhar tendências, reconhecer necessidades e subsidiar decisões de gestão. Nesse sentido, o aprimoramento dos sistemas de informação deve ser associado à qualificação dos profissionais, à organização dos fluxos de notificação e à avaliação periódica da completude e da consistência dos dados.

A análise das desigualdades territoriais no Nordeste exige, assim, uma abordagem que reconheça tanto a distribuição dos agravos quanto os processos sociais e institucionais que condicionam sua identificação. Essa perspectiva prepara o debate sobre o uso de métodos espaciais, capazes de examinar a distribuição dos indicadores em relação à localização dos municípios e às características de seus territórios.

2.4. Território, Análise Espacial e Planejamento das Ações de Saúde

Na epidemiologia, o território constitui uma dimensão relevante para compreender a distribuição dos agravos e as desigualdades no acesso aos serviços. Embora a delimitação administrativa dos municípios seja necessária para organizar os dados, ela não representa integralmente as relações sociais, os deslocamentos

populacionais, os fluxos de atendimento e as conexões entre localidades. A organização territorial da atenção à saúde envolve relações que ultrapassam fronteiras administrativas, especialmente quando determinados municípios dependem de centros regionais para a realização de exames, consultas especializadas ou acompanhamento clínico.

A análise espacial permite incorporar essa dimensão territorial ao estudo dos fenômenos de saúde. Diferentemente de abordagens que apenas descrevem frequências e tendências temporais, os métodos espaciais investigam se os indicadores apresentam padrões de concentração geográfica e se localidades próximas tendem a compartilhar valores semelhantes. Essa abordagem pode contribuir para identificar áreas que demandam investigação adicional e orientar a formulação de hipóteses sobre a relação entre condições socioeconômicas, organização dos serviços e resultados epidemiológicos.

O estudo de Ribeiro et al. (2023) constitui exemplo da aplicação desses procedimentos à mortalidade por HIV/Aids no Nordeste. Os autores utilizaram técnicas de análise temporal e espacial, incluindo medidas de autocorrelação, identificação de aglomerados e modelos de regressão espacial. A aplicação desses métodos permitiu identificar áreas com concentração de óbitos e examinar associações entre a mortalidade e indicadores socioeconômicos. Os resultados demonstram que a distribuição espacial pode revelar diferenças que não seriam adequadamente descritas por uma única estimativa regional.

Entre as técnicas disponíveis, o Índice de Moran Global permite avaliar a presença de autocorrelação espacial, indicando se valores

semelhantes de determinado indicador tendem a ocorrer em localidades vizinhas. O Índice de Moran Local, por sua vez, auxilia na identificação de agrupamentos específicos e de áreas que apresentam valores distintos daqueles observados em seus vizinhos. Esses procedimentos podem ser complementados por métodos de detecção de aglomerados, análises temporais e modelos de regressão espacial, conforme os objetivos e as características dos dados disponíveis.

A aplicação dessas técnicas ao estudo do HIV/Aids pode contribuir para identificar municípios com taxas elevadas de incidência ou mortalidade, áreas com padrões persistentes de agravamento e localidades nas quais os indicadores apresentem comportamentos diferentes dos observados no entorno. Também é possível examinar a distribuição espacial de variáveis relacionadas à oferta de serviços, à cobertura da Estratégia Saúde da Família, à disponibilidade de testagem e às características socioeconômicas da população. Essa integração pode auxiliar na formulação de hipóteses sobre as relações entre condições territoriais e resultados de saúde.

Entretanto, a interpretação dos mapas e dos agrupamentos espaciais exige cautela. A identificação de um agrupamento de altas taxas não demonstra, por si só, a existência de um mecanismo causal comum entre os municípios envolvidos. Da mesma forma, a identificação de agrupamentos de baixas taxas não permite concluir automaticamente que determinada área apresenta controle epidemiológico satisfatório. Os resultados precisam ser interpretados à luz da qualidade dos registros, da estrutura populacional, da estabilidade dos indicadores e da capacidade local de diagnóstico e vigilância.

Em municípios com populações pequenas, por exemplo, a ocorrência de poucos eventos pode produzir grandes oscilações nas taxas anuais. Métodos de suavização estatística, como o estimador bayesiano empírico, podem reduzir a instabilidade associada a números pequenos e auxiliar na comparação territorial. Ainda assim, essas técnicas não corrigem automaticamente problemas de subnotificação, erros de classificação ou ausência de informações. A robustez da análise depende da qualidade dos dados, da adequação dos denominadores populacionais e da escolha de procedimentos compatíveis com a pergunta de pesquisa.

Outro aspecto importante é a possibilidade de combinar diferentes escalas de análise. A avaliação estadual permite observar diferenças amplas, enquanto a análise municipal pode identificar agrupamentos e heterogeneidades internas à região. Quando os dados e os objetivos permitem, análises complementares por regiões de saúde ou áreas de abrangência da APS podem aproximar os resultados das unidades responsáveis pelo planejamento e pela execução das ações. Essa estratégia, contudo, depende da disponibilidade de dados georreferenciados e de critérios consistentes para a delimitação das unidades territoriais.

A análise espacial também pode contribuir para a avaliação da organização da rede assistencial. A comparação entre indicadores epidemiológicos e variáveis de oferta de serviços permite investigar se áreas com menor disponibilidade de recursos apresentam padrões diferenciados de diagnóstico, acompanhamento ou mortalidade. Para que essas relações sejam interpretadas adequadamente, é necessário considerar fatores de confusão, diferenças na estrutura demográfica e possíveis mudanças na cobertura dos sistemas de informação. Estudos ecológicos e

espaciais são particularmente úteis para a formulação de hipóteses e para o planejamento territorial, mas não substituem investigações capazes de examinar mecanismos individuais ou relações causais específicas.

No contexto da APS, os resultados da análise espacial podem subsidiar a identificação de áreas prioritárias para a ampliação da testagem, a qualificação das equipes, a organização de fluxos assistenciais e o fortalecimento da vigilância. A identificação de agrupamentos territoriais pode orientar investigações locais sobre a disponibilidade de insumos, a capacidade de atendimento, a continuidade do tratamento e as experiências dos usuários nos serviços. Dessa forma, os mapas deixam de ser apenas instrumentos descritivos e passam a integrar um processo mais amplo de análise e planejamento, desde que suas interpretações sejam acompanhadas de informações assistenciais e sociais.

A incorporação dessa perspectiva ao estudo do HIV/Aids no Nordeste pode contribuir para uma compreensão mais precisa das desigualdades territoriais e das diferenças na capacidade de resposta dos serviços de saúde. Ao relacionar dados epidemiológicos, características socioeconômicas e informações sobre a organização da APS, torna-se possível identificar padrões que mereçam investigação e formular estratégias mais compatíveis com as necessidades locais. A utilidade dessa abordagem depende, entretanto, da atualização dos dados, da transparência dos procedimentos analíticos e da interpretação cuidadosa dos resultados.

Em síntese, o enfrentamento das desigualdades relacionadas ao HIV exige a articulação entre políticas públicas, organização da APS,

qualidade da vigilância e compreensão das características territoriais. Os avanços terapêuticos ampliaram as possibilidades de controle da infecção, mas a efetividade das ações continua relacionada às condições de acesso, à continuidade assistencial e à capacidade institucional de reconhecer as necessidades da população. Nesse sentido, a análise espacial representa um recurso metodológico para investigar a distribuição dos agravos e apoiar o planejamento em saúde, sem substituir a análise crítica dos processos sociais e organizacionais que condicionam os resultados epidemiológicos.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, de natureza qualitativa, com abordagem exploratória e descritiva, que tem como objetivo analisar a atuação da Atenção Primária à Saúde na prevenção, no diagnóstico e no acompanhamento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na região Nordeste do Brasil, levando em conta os desafios estruturais, as barreiras de acesso e os impactos no cuidado à saúde dessa população.

Nesse contexto, a análise das manifestações assistenciais e de suas repercussões na rede básica permite uma compreensão mais abrangente do fenômeno, contribuindo para o aprofundamento da discussão e para a qualificação do debate científico sobre a temática.

Local e Período do Estudo

Esta pesquisa foi conduzida de forma online, na qual foi realizado o levantamento de publicações indexadas em bases científicas digitais nacionais e internacionais, com posterior análise. Esse estudo foi

conduzido em abril de 2026. Quanto às etapas do estudo, estas foram consolidadas entre a análise e a sistematização de dados por meio de estudos remotos e independentes, sob supervisão acadêmica vinculada ao Centro Universitário de Patos.

Estratégia de Busca

A busca de dados foi realizada nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO) e MEDLINE (via PubMed). Para a seleção das produções científicas, foram utilizados descritores relacionados à temática, como “Atenção Primária à Saúde”; “Infecções Sexualmente Transmissíveis”; “Sorodiagnóstico do HIV” e “Saúde Pública”. Os termos foram combinados por meio do operador booleano AND. A busca ocorreu em abril de 2026, com aplicação de filtros quanto ao período de publicação e ao idioma.

CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão

Quanto aos critérios de inclusão, foram considerados artigos publicados na íntegra, nos idiomas português e/ou inglês, no período de 2021 a 2026, que abordassem a atenção ao HIV/AIDS no âmbito da atenção básica na região Nordeste, incluindo aspectos relacionados às formas de cuidado, seus contextos territoriais e impactos sociais.

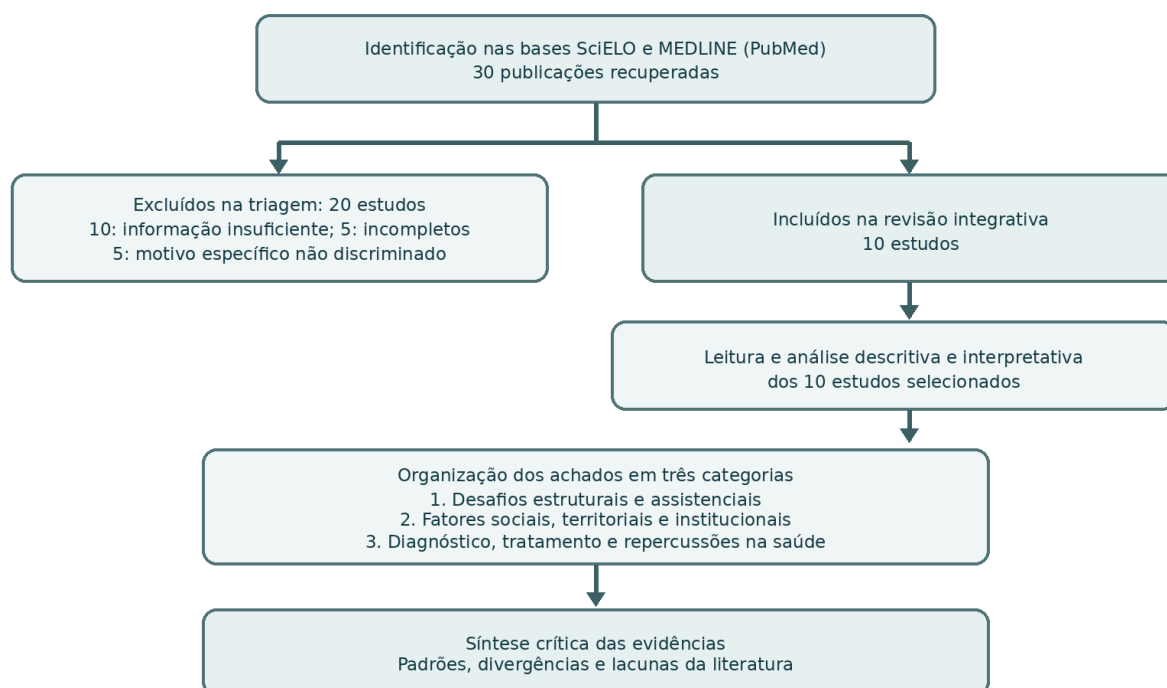
Em relação aos critérios de exclusão, foram desconsideradas publicações que não abordassem a temática proposta, artigos incompletos e estudos que apresentassem incompatibilidade com a metodologia estabelecida.

Processo de Seleção dos Estudos

O processo de seleção iniciou-se com a identificação de 30 publicações nas bases consultadas. Na triagem, 20 estudos foram excluídos, entre os quais 10 apresentavam informações insuficientes e 5 estavam incompletos. Os motivos específicos dos cinco registros restantes não foram discriminados nas informações originais da seleção. Ao final, 10 artigos foram incluídos na revisão e submetidos à análise descritiva e interpretativa.

Análise e Síntese dos Dados

Figura 1. Fluxograma de identificação, seleção e síntese dos estudos



Fonte: Elaboração dos autores (2026), com base nas etapas metodológicas descritas no estudo.

Os estudos selecionados foram analisados de forma descritiva e interpretativa, sendo organizados em categorias temáticas que abrangem: (1) os desafios estruturais e assistenciais da Atenção Primária no controle do HIV no Nordeste; (2) os fatores sociais, territoriais e institucionais associados; e (3) os impactos no diagnóstico precoce, na adesão ao tratamento e na saúde física e

mental dessa população. Essa organização possibilitou uma análise comparativa mais crítica dos achados, contribuindo para a identificação de padrões, divergências e lacunas na literatura, além de favorecer uma compreensão mais ampla do fenômeno investigado.

Aspectos Éticos

Trata-se de uma revisão integrativa, baseada em dados secundários, sem envolvimento direto de seres humanos, sendo dispensada a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ressalta-se que todos os princípios éticos foram respeitados, com adequada citação das fontes. Ademais, destaca-se a utilização da ferramenta ChatGPT como recurso auxiliar, não sendo empregada na elaboração do conteúdo científico, na interpretação dos dados ou na formulação de ideias. Todo o desenvolvimento intelectual do estudo foi conduzido integralmente pelos autores, em conformidade com o rigor da escrita científica.

Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos

Para garantir maior rigor científico à presente revisão, os estudos incluídos foram submetidos a uma análise crítica quanto à sua qualidade metodológica. Foram considerados aspectos como o delineamento dos estudos, clareza na definição dos objetivos, coerência entre metodologia e resultados, bem como possíveis limitações e vieses identificados pelos próprios autores.

O procedimento não se restringiu à descrição dos achados, mas buscou analisar as evidências de forma crítica, a partir de uma leitura orientada por critérios previamente definidos. Essa avaliação

permitiu identificar fragilidades metodológicas nos estudos analisados, além de evidenciar lacunas no conhecimento científico sobre a temática.

Dessa forma, a análise da qualidade dos estudos contribuiu para fortalecer a confiabilidade dos resultados desta revisão, ao mesmo tempo em que possibilitou uma interpretação mais crítica e fundamentada dos dados, ampliando a compreensão do fenômeno investigado.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos serviços de saúde no Nordeste brasileiro evidencia entraves históricos no financiamento, na infraestrutura e no provimento de profissionais para a atenção básica. As descontinuidades em políticas públicas de fixação profissional, a exemplo das reformulações no Programa Mais Médicos, e a disparidade na densidade de médicos por habitante — que registra proporção de 1,41 por mil habitantes no Nordeste frente a 2,81 no Sudeste — geram sobrecarga nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e deslocamentos forçados de usuários em busca de atendimento (Bessa *et al.*, 2025).

Relatórios do Tribunal de Contas da União e auditorias do setor público apontam que a restrição na oferta de consultas básicas deságua em tempos prolongados de espera e na perda de oportunidades para o diagnóstico precoce (Bessa *et al.*, 2025). Essa fragilidade assistencial é agravada por deficiências na formação profissional e por atitudes preconceituosas percebidas pelos usuários no acolhimento de saúde, onde fatores como condição socioeconômica, orientação sexual e identidade de gênero figuram

como vetores de afastamento do serviço (Brasil, 2023; Reis *et al.*, 2024).

Em 2023, o credenciamento de 18.913 novas equipes na APS nordestina demonstrou esforço de expansão da cobertura assistencial (CEBES, 2023). Contudo, o número de cadastros por equipe em estados como Pernambuco, Alagoas, Ceará, Bahia e Paraíba permanece elevado, frequentemente ultrapassando o parâmetro recomendado para a atenção personalizada e contínua (CEBES, 2023; Bessa *et al.*, 2025).

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos casos confirmados de Aids por Unidade Federativa no Brasil, com base nos registros oficiais de 2023.

Tabela 1. Casos de Aids notificados no Brasil por Unidade Federativa de residência e sexo (2023)

Unidade Federativa	Masculino	Feminino	Total
Brasil (Total Geral)	5.282	1.915	7.197
Rondônia	92	26	118
Acre	29	12	41
Amazonas	193	53	246
Roraima	53	30	83
Pará	194	84	278
Amapá	16	13	29
Tocantins	39	8	47
Maranhão	86	67	153

Piauí	65	15	80
Ceará	266	90	356
Rio Grande do Norte	108	37	145
Paraíba	44	15	59
Pernambuco	198	101	299
Alagoas	110	37	147
Sergipe	76	16	92
Bahia	348	106	454
Minas Gerais	336	109	445
Espírito Santo	108	47	155
Rio de Janeiro	321	130	451
São Paulo	1.219	336	1.555
Paraná	293	112	405
Santa Catarina	341	121	462
Rio Grande do Sul	293	205	498
Mato Grosso do Sul	88	35	123
Mato Grosso	112	39	151
Goiás	175	54	229
Distrito Federal	79	17	96

Fonte: Adaptado de Brasil (2023) e Bessa *et al.* (2025).

A evolução da mortalidade em decorrência da Aids na Bahia, acompanhada entre 2012 e 2021, indica a persistência de patamares elevados de óbitos quando as redes de atenção falham no

diagnóstico oportuno e na retenção do paciente ao tratamento (Bahia, 2022).

No que tange às faixas etárias específicas, observa-se lacuna informativa relevante entre os jovens e adolescentes. Investigação conduzida no município de Patos, Paraíba, com 92 estudantes secundaristas, revelou que 12% dos entrevistados desconheciam a definição de IST e 17,4% ignoravam formas de prevenção (Bessa *et al.*, 2025). Por outro lado, a população idosa apresenta vulnerabilidade ascendente. No decêndio de 2011 a 2021, o Brasil registrou aumento nos diagnósticos e óbitos por Aids em indivíduos acima de 60 anos (UNAIDS, 2023; Oliveira *et al.*, 2024). Na região Nordeste, registraram-se 2.246 casos de Aids em idosos em um período de quatro anos, distribuídos conforme exposto na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos casos de Aids em idosos (>60 anos) nos estados do Nordeste

Estado	Número de Casos (N)	Percentual (%)
Bahia	538	23,95%
Pernambuco	411	18,30%
Maranhão	369	16,43%
Ceará	286	12,73%
Rio Grande do Norte	174	7,75%
Alagoas	146	6,50%
Paraíba	127	5,65%
Piauí	99	4,41%
Sergipe	96	4,27%

Total Nordeste	2.246	100,00%
-----------------------	--------------	----------------

Fonte: Adaptado de Bomfim et al. (2023) e Bessa et al. (2025); percentuais recalculados a partir dos números absolutos (n = 2.246).

Verifica-se, por fim, que a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero opera como condicionante negativo no acesso às ações de prevenção combinada, afetando mulheres lésbicas, bissexuais e a população de travestis e transexuais (Aguiar, 2023; Leite et al., 2024).

A análise dos dados epidemiológicos e institucionais impõe o questionamento de certas premissas consolidadas na literatura em saúde coletiva. Primeiramente, é preciso problematizar a associação direta e quase exclusiva entre a escassez de profissionais médicos e os piores indicadores epidemiológicos de HIV/Aids no Nordeste, conforme sinalizado na proposição de Bessa *et al.* (2025). Embora a presença médica seja essencial na coordenação do cuidado complexo, a Atenção Primária à Saúde opera sob o modelo de equipe multiprofissional. O enfermeiro, os agentes comunitários de saúde e os demais técnicos desempenham papéis decisivos na aplicação de testes rápidos, no aconselhamento pré e pós-teste, no acompanhamento da adesão à TARV e nas atividades educativas. Portanto, focar as deficiências da APS unicamente na vertente médica reduz a complexidade do modelo assistencial do SUS.

Em segundo lugar, a leitura de quadros absolutos de casos confirmados de Aids (Tabela 1) exige acautelamento metodológico. Os números absolutos elevados observados em estados como São Paulo (1.555 casos) ou Bahia (454 casos) refletem, precipuamente, o volume populacional dessas unidades federativas. Para estabelecer

comparações epidemiológicas válidas entre as regiões brasileiras, é indispensável calcular as taxas de detecção padronizadas por 100 mil habitantes. Dados do Ministério da Saúde demonstram que, ao analisar taxas relativas, certas capitais das regiões Norte e Sul chegam a apresentar coeficientes superiores aos de grandes centros do Nordeste e Sudeste (Brasil, 2024).

A dimensão sociocultural da epidemia constitui outro pilar central na discussão. O aumento de infecções na população idosa (Tabela 2) expõe o mito da assexuidade no envelhecimento, o qual contamina a própria prática clínica. Profissionais de saúde na atenção básica frequentemente omitem a anamnese sexual de pacientes idosos, resultando em diagnósticos tardios, quando a infecção já evoluiu para estágios avançados de imunodepressão (Kowalski, 2022; Almeida, 2023; Oliveira *et al.*, 2024).

Paralelamente, a persistência de lacunas conceituais entre adolescentes, constatada nos levantamentos de campo em municípios do interior nordestino (Bessa *et al.*, 2025), demonstra que a abordagem escolar da sexualidade ainda enfrenta resistências morais e dogmáticas. A educação sexual emancipatória, articulada entre as Unidades Básicas de Saúde e o Programa Saúde na Escola (PSE), permanece como mecanismo indispensável para desmistificar o uso do preservativo e apresentar novas ferramentas preventivas, como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) (Brasil, 2024, 2025).

Por fim, a superação das barreiras institucionais impostas pelo preconceito contra a diversidade de gênero e sexual configura requisito prévio para a efetividade de qualquer política pública na APS. O acolhimento isento de julgamentos atitudinais é condição

sine qua non para que populações em situação de maior vulnerabilidade busquem os serviços de saúde espontaneamente (Aguiar, 2023; Leite *et al.*, 2024; Reis *et al.*, 2024).

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo da importância da Atenção Primária à Saúde na prevenção e no manejo do HIV/Aids no Nordeste brasileiro demonstra que os desafios transcendem a mera ampliação quantitativa de insumos ou contratos profissionais. A complexidade do fenômeno exige uma reorganização estrutural do acolhimento na rede básica de saúde. O fortalecimento da APS no enfrentamento do HIV requer a consolidação da prevenção combinada, a garantia de testagem rápida acessível e confidencial, o investimento contínuo na capacitação de equipes multiprofissionais e o combate rigoroso ao estigma institucional. Recomenda-se que pesquisas futuras empreguem indicadores epidemiológicos relativos e ajustados, a fim de aperfeiçoar o diagnóstico das assimetrias regionais e nortear a alocação de recursos públicos de maneira mais equitativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, V. C. F. **Métodos de prevenção a infecções sexualmente transmissíveis em mulheres lésbicas e bissexuais:** uma revisão integrativa da literatura. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2023.

ALMEIDA, A. I. S.; RIBEIRO, J. M.; BASTOS, F. L. Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 837-848, 2022.

ALMEIDA, E. **UNAIDS celebra o Dia da Pessoa Idosa e alerta para os dados de HIV e AIDS nesta população.** Brasília, DF: UNAIDS Brasil, 2023.

AMARAL, R. S. et al. Epidemiologia das infecções sexualmente transmissíveis no Brasil: avanços e desafios contemporâneos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, e230012, 2023.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** Salvador: SESAB, 2022.

BESSA, A. T. T. et al. Importância do desenvolvimento da atenção primária na prevenção e cuidados referentes ao Human Immunodeficiency Virus (HIV) no nordeste do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 14, n. 3, e10214348575, 2025.

BOMFIM, R. B. et al. Perfil epidemiológico de AIDS em idosos na região Nordeste. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 6, p. 32073-32083, 2023.

BRASIL. Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014. Define os crimes resultantes de discriminação aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 3 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2024.** Número especial, dezembro de 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/boletim-epidemiologico-de-hiv-e-aids-numero-especial-dez-2024.pdf>.

Acesso em: 23 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2025**. Número especial, dezembro de 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/aids/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim_hiv_aids_2025.pdf. Acesso em: 23 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatísticas de Notificação do HIV/AIDS – DATASUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23 set. 2026.

CARVALHO, M. L. et al. Telessaúde e inovação no acompanhamento de infecções sexualmente transmissíveis na atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 12, p. 45-56, 2023.

CASARIN, S. T. et al. Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 5, e20105001, 2020.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **Analisando dados de cobertura da Atenção Primária à Saúde no Brasil no início de 2023**. Rio de Janeiro: CEBES, 2023.

COSTA, A. B. et al. Key and general population HIV-related stigma and discrimination in HIV-specific health care settings: results from the Stigma Index Brazil. **AIDS Care**, v. 34, n. 1, p. 16-20, 2022. DOI: 10.1080/09540121.2021.1876836. Disponível em:

<https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1876836>. Acesso em: 23 set. 2026.

DUARTE, F. H. S. et al. Diagnóstico precoce da infecção por HIV/Aids: análise de conceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 2, e20220565, 2023.

HOLANDA, B. A. et al. Análise do perfil epidemiológico de casos de AIDS no Brasil (2020-2023). **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 6, p. 1926-1934, 2024.

KOWALSKI, C. V. Doenças negligenciadas: autocuidado na atenção à saúde de pessoas idosas em vulnerabilidade. 2022. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10923/26974>. Acesso em: 24 out. 2026.

LEITE, C. A. et al. A importância do aprendizado em sala de aula sobre educação sexual e doenças sexualmente transmissíveis. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 1481-1490, 2023.

LEITE, J. P. P. et al. Vulnerabilidade de transgêneros, transexuais e travestis na assistência de saúde. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 13, n. 1, e202404, 2024.

MELHUIISH, A.; LEWTHWAITE, P. História natural do HIV e da AIDS. **Medicine**, v. 50, n. 5, p. 298-303, 2022.

MENDONÇA, R. T. et al. Desafios da expansão da Atenção Primária no Nordeste brasileiro: uma análise pós-pandêmica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, e00041224, 2025.

OLIVEIRA, A. S. et al. Convivendo com o vírus da imunodeficiência humana: memórias de pessoas idosas. **Revista de Gestão e Secretariado**, v. 15, n. 4, e3594, 2024.

PEREIRA, A. S. et al. **Metodologia da pesquisa científica**. Santa Maria: Editora UAB/NTE/UFSM, 2018.

REIS, B. M. R. et al. Desafios e caminhos para a equidade em saúde na atenção primária. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 8, e14473, 2024.

RIBEIRO, B. V. D. et al. Um século de sífilis no Brasil: deslocamentos e aproximações das campanhas de saúde de 1920 e 2018/2019. **Revista Brasileira de História da Mídia**, v. 10, n. 1, p. 112-128, 2021.

RIBEIRO, L. M. et al. Distribuição espaço-temporal e fatores associados à mortalidade por HIV/Aids entre jovens no Nordeste brasileiro. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 32, e20220211, 2023. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2022-0211pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0211pt>. Acesso em: 23 set. 2026.

SILVA, J. P. G.; VASCONCELOS, F. N. Tendências temporais da morbimortalidade por HIV/AIDS na região Nordeste. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 48, e88, 2024.

SOUZA, D.; PEREIRA, C.; RAXACH, J. Relatos sobre um livro com experiências de estigma/discriminação de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, p. 264-276, 2023.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-108, 2010.

UNIME. **Saúde pública no Nordeste e as oportunidades para profissionais da área.** Lauro de Freitas: UNIME, 2020.

VASCONCELOS, F. N.; SILVA, J. P. G. **AIDS no Nordeste brasileiro (2006-2017):** análise por regressão temporal. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas, Arapiraca, 2020.

¹ Acadêmico de Enfermagem. Centro Universitário de Patos (UNIFIP).
E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

² Fisioterapeuta com pós-graduação. Centro Universitário Católica de Quixadá (Unicatólica). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2275-977X>.

³ Doutor. UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9244-2425>.

⁴ Mestre. UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3029-0913>.

⁵ Doutora em Ciências da Saúde. UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9182-9233>.

⁶ Mestre em Serviço Social. UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7193-0676>.

⁷ UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1051-170X>.

⁸ Mestre. UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4968-0621>.

⁹ UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1885-9072>.

¹⁰ Estudante. UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7575-4496>.

¹¹ UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8598-9861>.

¹² Estudante. UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0872-0412>.

¹³ Graduanda em Odontologia. UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6751-444X>.

¹⁴ Graduando. UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7177-6419>.

¹⁵ Mestre. UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2640-9447>.

¹⁶ Tecnóloga em Radiologia. UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2543-4042>.

¹⁷ Tecnólogo em Radiologia. UNIFIP. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1357-3250>.

¹⁸ Graduanda em Odontologia. UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8647-2853>.

¹⁹ Mestre em Inovações Terapêuticas. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8888-0932>.