

Mirian Domingos
Cardoso¹
Alisse Maria Chaves
de Lima Peixoto²
Ana Carolina
Monteiro de
Araújo Rolim³

Perfil epidemiológico de adolescentes residentes em Recife - PE, notificados como caso de Aids no período de 2007 a 2015

Epidemiological profile of adolescents living in Recife - PE, reported as AIDS cases from 2007 to 2015

> RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico de adolescentes de 10 a 19 anos residentes em Recife-PE, notificados como caso de Aids no período de 2007 a 2015. **Métodos:** Estudo descritivo com dados do sistema oficial de vigilância de Aids. As variáveis selecionadas foram classificadas de acordo com as fichas de investigação epidemiológica. **Resultados:** Foram notificados 84 casos onde a média de idade foi de 17,4, 67% eram de raça/cor parda, 45% analfabetos ou tinham ensino fundamental incompleto. O número de casos da doença não variou entre os sexos no período analisado, onde observou-se um aumento de casos no sexo feminino a partir de 2011 (5/1) declinando após este ano. Os coeficientes médios de incidência e mortalidade no período foram respectivamente de 6,2 e 0,4/100.000 habitantes. **Conclusão:** Apesar dos esforços no controle da epidemia da Aids, há necessidade de melhorar o acesso dessa população a ações de prevenção da infecção e controle da incidência.

> PALAVRAS-CHAVE

Adolescente, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, perfil de saúde.

> ABSTRACT

Objective: Describe the epidemiological profile of adolescents with 10-19 years old living in Recife, reported as AIDS cases from 2007 to 2015. **Methods:** A descriptive study with official data from AIDS surveillance system. The selected variables were classified according to the records of the epidemiological investigation. **Results:** 84 cases were reported where the age average was 17.4, 67% had brown and black color, 45% were illiterate or had not finished elementary school. The number of cases did not vary between sexes in the analyzed period, where there was an increase in female cases from 2011 (5/1), declining after this year. The average incidence and mortality rates in the period were respectively 6.2 and 0.4 / 100,000 inhabitants. **Conclusion:** Despite efforts to control the AIDS epidemic, there is still a need to improve the access of this population to prevent infection and control the incidence.

> KEY WORDS

Adolescent, Acquired Immunodeficiency Syndrome, health profile.

¹Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. Professora adjunta da Universidade de Pernambuco (UPE). Recife, PE, Brasil.

²Mestranda em Hebiatria. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, da Universidade de Pernambuco (UPE). Recife, PE, Brasil.

³Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, da Universidade de Pernambuco (UPE). Recife, PE, Brasil.

Mirian Domingos Cardoso (mirian.domingos@upe.br) - Rua Quinze de março, 298, Torrões. Recife, PE, Brasil. CEP: 50761-070. Recebido em 04/10/2016 – Aprovado em 25/01/2017

INTRODUÇÃO

Atualmente, o quadro epidemiológico da Aids no Brasil é marcado pela feminização, interiorização, pauperização e aumento da incidência na população jovem. Durante a adolescência, período entre 10 e 19 anos de idade, é onde a feminização é mais marcante¹.

No Brasil, a taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população jovem apresenta tendência de aumento e no caso da adolescência, o percentual de infecção pelo HIV torna-se mais significativo se considerarmos que a Aids se manifesta em média seis anos após a infecção. Dessa forma, pode-se considerar que grande parte dos indivíduos que foi notificado na idade adulta se infectou na adolescência ou no início da juventude^{2,3,4}.

O primeiro caso de Aids entre adolescentes notificados no município do Recife ocorreu em 1985, sendo este do sexo masculino e somente em 1987 diagnosticou-se um caso do sexo feminino. Em 2005, 20 anos após o primeiro caso notificado, já se observava o mesmo número de notificações entre os dois sexos, evidenciando a feminização da Aids nessa fase da vida⁵.

Apesar da comprovada experiência nacional no controle da epidemia da Aids, este agravamento continua a desafiar as políticas públicas, principalmente quando relacionada à população jovem. No Brasil existem muitos estudos sobre a Aids, entretanto, poucos focam na adolescência. Deste modo, o objetivo desta pesquisa foi descrever o perfil epidemiológico de adolescentes residentes no Recife- PE, notificados como casos HIV/Aids no período de 2007 a 2015.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo de base populacional utilizando a base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Aids (SINAN_Aids) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Cidade do Recife (PE), dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) até 2012 e dados de pro-

jeção populacional da Cidade do Recife para os anos de 2013 a 2015.

O banco de dados para a análise foi formado a partir da junção dos bancos de dados de Aids criança (menor de 13 anos) e Aids adulto (≥ 13 anos). As variáveis selecionadas foram classificadas em: a) Características sociodemográficas (idade, sexo, raça/cor, escolaridade, distrito de residência); b) Características clínico epidemiológicas (categoria de exposição, provável modo de transmissão, linfócitos T CD₄ < 350 cel/mm³; critérios de definição de caso Aids, número de doenças oportunistas associadas, evolução do caso).

Os dados foram analisados no pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 20.0 de acordo com os blocos de variáveis. Foram calculadas medidas de tendência central para as variáveis contínuas e as diferenças de proporções das variáveis categóricas foram comparadas utilizando o teste do *Qui-quadrado*, considerando diferença estatisticamente significativa um valor de p menor ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$). Foram ainda calculados indicadores de incidência e mortalidade por ano de diagnóstico e faixa etária. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa sob número de CAAE: 55201016.6.0000.5207.

RESULTADOS

No período estudado foram notificados 84 casos de Aids em adolescentes de 10 a 19 anos residentes no Recife, PE. O coeficiente médio de incidência do período foi 3,2/100.000 habitantes sendo o ano de 2014 o que apresentou maior taxa de incidência (6,2). Analisando os coeficientes de incidências (CI) por faixa etária, observou-se uma tendência decrescente para adolescentes de 10 a 14 anos e tendência crescente para os de 15 a 19 anos (Figura 1).

A média de idade dos casos foi de 17,4 anos ($\pm DP$ 2,2 anos) e a mediana de 18, sendo a faixa etária de 15 a 19 anos a mais prevalente (89,3%). Os sexos masculinos e femininos apresentaram o mesmo número de casos no

período estudado. Entretanto, observou-se uma diferença marcante entre as razões (%), sendo maior no ano de 2010, quando havia 500 casos feminino para cada 100 masculino. A partir de 2011, essa feminização começou a declinar com reversão em 2013 (Figura 2).

Figura 1. Coeficientes de incidência (CI) de casos Aids em adolescentes de 10 a 19 anos residentes em Recife-PE, notificados no período de 2007 a 2015 e classificados por faixa etária (Fonte: SINAN- Recife, PE).

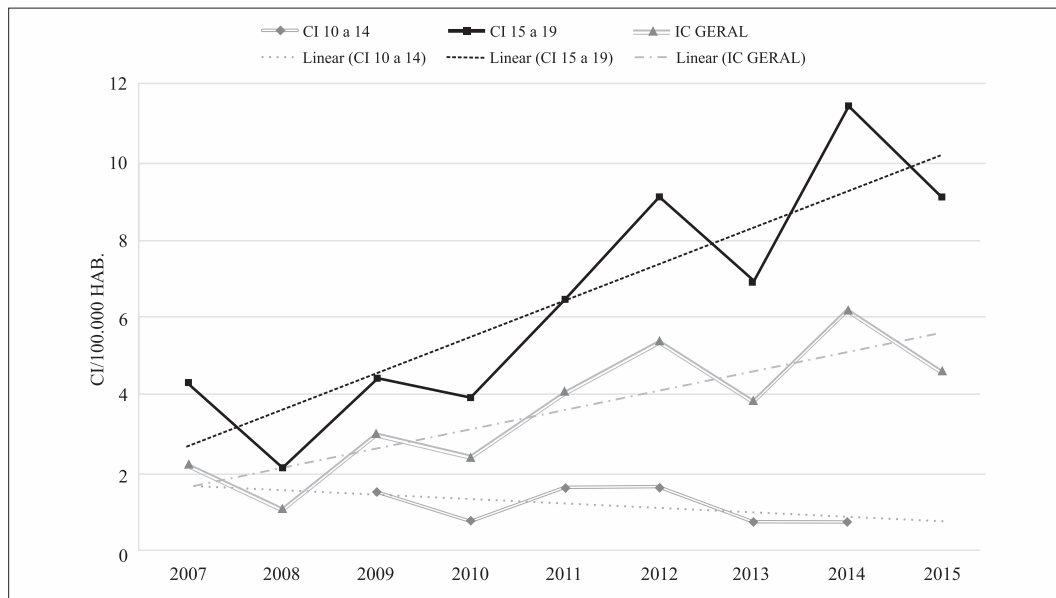
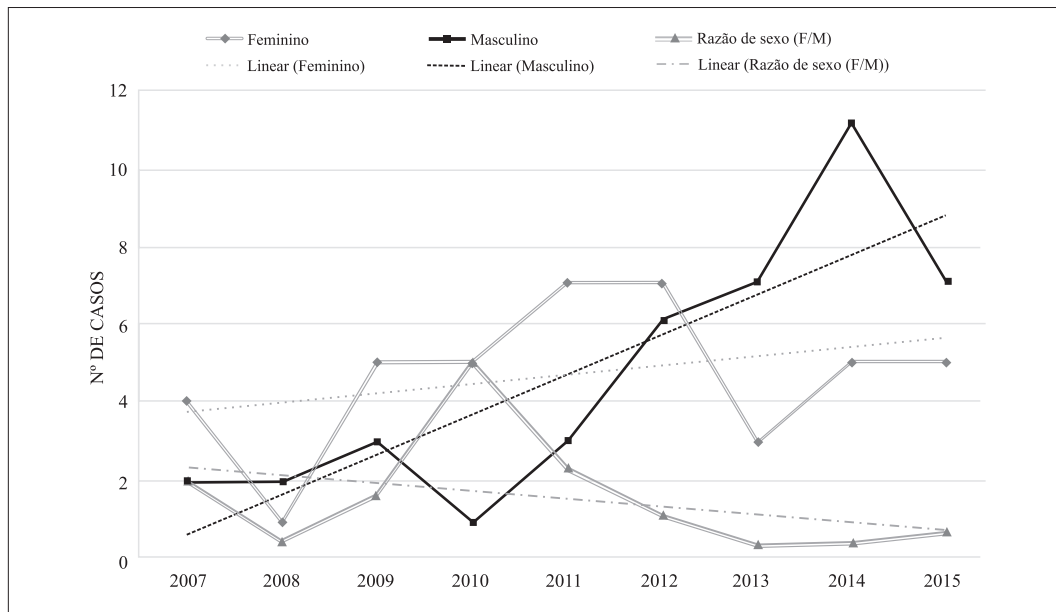


Figura 2. Número de casos de Aids apresentado por sexo/ano e a razão entre os sexos em adolescentes de 10 a 19 anos notificados no período de 2007 a 2015 (Fonte: SINAN- Recife, PE).



Comparando as proporções das covariáveis por sexo (Tabela 1), verificou-se diferença estatisticamente significativa de proporção apenas para as variáveis categóricas de exposição e forma de transmissão. Quando analisadas as variáveis, retirando-se as informações ignoradas e comparando os valores relativos das covariáveis por sexo, observou-se maior prevalência da faixa etária de 15 a 19 anos em ambos os sexos. Entretanto, o sexo feminino

apresentou maiores proporção de casos na faixa etária de 10 a 14 anos (16,7 versus 4,8%), raça/cor parda (84,6 versus 63,9%) e analfabeto/ensino fundamental incompleto (63,2 versus 43,3%).

Com relação à distribuição por Distrito de Residência, observou-se que embora haja maior concentração de casos no Distrito Sanitário I, IV e V, não houve diferença de proporção estatisticamente significativa ($p \geq 0,05$).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos adolescentes de 10 a 19 anos notificados como casos Aids no período de 2007 a 2015, organizadas segundo sexo.

Características Sociodemográficas	Feminino		Masculino		p valor
	N	%	N	%	
Faixa etária					0,078
10 a 14 anos	7	16,7	2	4,8	
15 a 19 anos	35	83,3	40	95,2	
Raça					0,146
Branco	3	7,1	6	14,3	
Preto	3	7,1	7	16,7	
Pardo	33	78,6	23	54,8	
Ignorado	3	7,1	6	14,3	
Escolaridade					0,078
Analfabeto	1	2,4	-	-	
Ensino Fundamental Incompleto	23	54,8	13	31,7	
Ensino Fundamental Completo	3	7,1	1	2,4	
Ensino Médio Incompleto	7	16,7	6	14,6	
Ensino Médio Completo	4	9,5	10	24,4	
Ensino Superior	-	-	2	4,9	
Ignorado	4	9,5	9	22	
Distrito Sanitário de Residência					0,076
I	8	19	2	4,8	
II	3	7,1	2	4,8	
III	1	2,4	6	14,3	
IV	7	16,7	8	19	
V	5	11,9	13	31	
VI	5	11,9	3	7,1	
VII	6	14,3	3	7,1	
VIII	7	16,7	5	11,9	

Fonte: SINAN-Recife, PE.

A tabela 2 apresenta as características clínico-epidemiológicas dos casos. A transmissão sexual prevaleceu em ambos os sexos, embora chame atenção o fato de que 5,6% das adolescentes informaram que a transmissão foi por uso de drogas injetáveis. Quanto a categoria de exposição, a maioria das adolescentes é heterossexual (77,5%) enquanto que 48,4% são homossexuais.

Observou-se que a contagem de linfócitos T CD4⁺ menor que 350 cel/mm³ foi o maior percentual para os dois sexos, sendo 76,2% e 66,7% para o sexo feminino e masculino, respectivamente.

Com relação a doenças oportunistas na maioria dos casos não houve registro de doenças para ambos os sexos. Entretanto, entre os que apresentaram doenças no diagnóstico (47,6%), 79,0% das adolescentes e 61,9% dos adolescentes apresentaram mais de duas doenças oportunistas.

Quanto à evolução, 13 (15,5%) casos estavam registrados como óbito, sendo quatro (30,8%) feminino e 9 (69,2%) masculino. O coeficiente médio de mortalidade por 100.000 habitantes para o período estudado foi de 0,9/100.000 hab.

Tabela 2. Características clínico-epidemiológicas apresentada segundo o sexo de adolescentes de 10 a 19 anos vivendo com HIV/Aids residentes no Recife no período de 2007 a 2015.

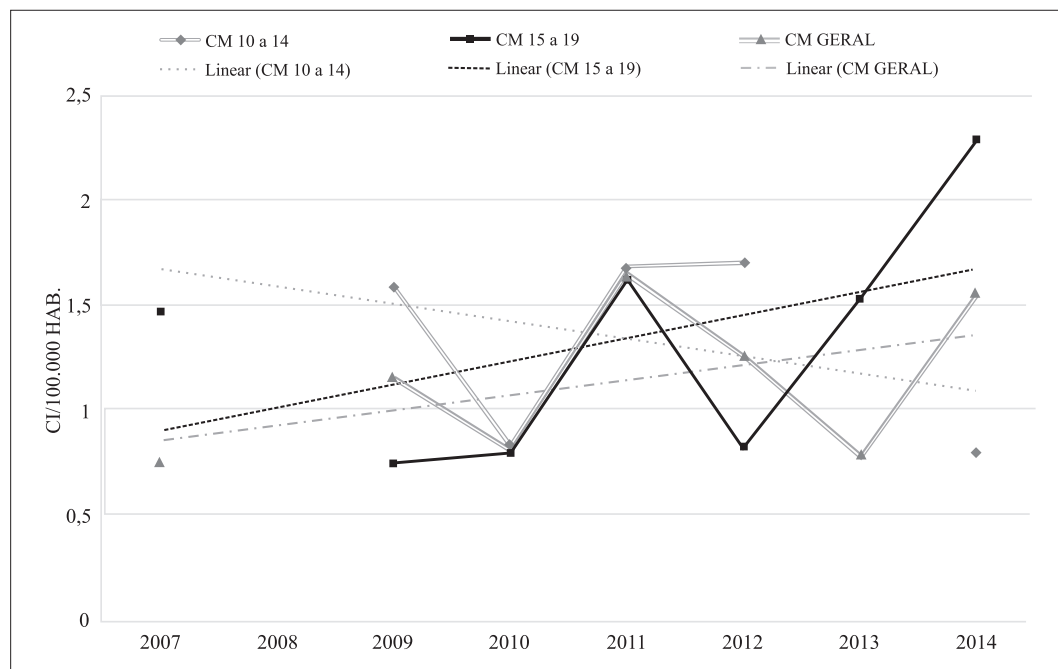
Características Clínico Epidemiológicas	Feminino		Masculino		p valor
	N	%	N	%	
Categoria de Exposição					< 0,01
Homossexual	-	-	15	35,7	
Bissexual	-	-	7	16,7	
Heterossexual	31	73,8	6	14,3	
Usuário de drogas injetáveis	2	4,8	-	-	
Perinatal	3	7,1	2	4,8	
Ignorado	2	4,8	11	26,2	
Forma de transmissão					< 0,01
Transmissão Vertical	3	7,1	2	4,8	
Transmissão sexual	31	73,8	15	35,7	
Usuário de drogas injetáveis	2	4,8	-	-	
Ignorado	6	14,3	25	59,5	
Linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm³					0,163
Sim	32	76,2	28	66,7	
Não	6	14,3	11	26,2	
Ignorado	-	-	3	7,1	
Quantidade de doenças oportunistas					0,378
Nenhuma doença	23	54,8	21	50	
1 doença	4	9,5	8	19	
1 a 5 doenças	14	33,3	10	23,8	
Mais que 5 doenças	1	2,4	3	7,1	
Evolução do caso					0,131
Vivo	38	90,5	33	78,6	
Óbito por Aids	4	9,5	9	21,4	

Fonte: SINAN- Recife, PE

Em relação ao coeficiente de mortalidade (CM), observou-se aumento ao longo dos anos, saindo de 0,8 em 2007 para 1,6 em 2014 (Figura 3). Observando por faixa etária, os anos

com maiores valores foram 2011 e 2012 entre os indivíduos com 10 a 14 anos, e 2011 entre os de 15 a 9 anos (Figura 3).

Figura 3. Coeficientes de mortalidade (CM) por aids em adolescentes de 10 a 19 anos residentes em Recife-PE no período de 2007 a 2015, apresentados de acordo com faixa etária (Fonte: SINAN- Recife, PE).



DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, a população de adolescentes de 10 a 19 anos notificados como caso Aids no período de 2007 a 2015 no Recife, caracterizou-se com proporções iguais entre os sexos. Tal achado aponta para a característica de feminização que a epidemia atingiu. Comparando com o início da epidemia, quando as pessoas que viviam com a doença eram predominantemente do sexo masculino, 30 anos após, a incidência entre os sexos consegue atingir uma proporção igualitária⁶.

Quando analisados os coeficientes de incidência por faixa etária, observou-se que os maiores coeficientes foram entre os adolescentes de 15 a 19 anos, com tendência de aumento.

A maior incidência nessa faixa etária pode ser justificada devido ao fato da doença se manifestar em média seis anos após a infecção, para aqueles que se infectaram na infância. Além disso, subteve-se que é nessa faixa etária onde a maioria dos adolescentes inicia a vida sexual, estando mais sujeitos a adquirir doenças sexualmente transmissíveis. Acompanhando a incidência, a mortalidade também foi maior entre os indivíduos nessa faixa etária².

Apesar do período do estudo ser menor que 10 anos, o que pode dificultar a análise da tendência, os coeficientes de incidência calculados por ano podem demonstrar a tendência de aumento da epidemia entre os adolescentes, que também é provada em outros estudos, atingindo seu pico em 2014, com um CI de 6,2 por

100.000 habitantes. Em relação à mortalidade, o CM apresenta aumento significativo a partir de 2011, mantendo-se oscilando com valores quase constantes até 2015.

No tocante ao declínio da feminização da Aids encontrada a partir de 2013, este resultado pode ser reflexo de ações coletivas que foram articuladas pela UNAIDS com 10 metas para serem cumpridas até 2015. Entre essas metas, encontra-se: eliminar as desigualdades de gênero e o abuso e a violência baseada em gênero e ampliar a capacidade de mulheres e meninas de proteger a si mesmas da Aids. Com a diminuição da feminização da epidemia, pode-se atingir também a queda na transmissão vertical da Aids, trazendo benefícios para toda a população em geral⁷.

Ainda sobre as características sociodemográficas dos adolescentes, a raça/cor, escolaridade e faixa etária demonstraram ser características predominantes para ambos os sexos. Sendo a maioria parda, com ensino fundamental incompleto e tendo de 15 a 19 anos. É possível considerar que há uma baixa escolaridade na maioria dessa população, uma vez que nessa faixa etária, espera-se que os adolescentes apresentem ensino médio completo ou estejam cursando o mesmo. Dessa forma, estudos apontam a influência do contexto social na vulnerabilidade à Aids, uma vez que a baixa escolaridade dificulta o acesso a informações corretas e seguras sobre prevenção de doenças, especialmente DST/Aids^{8,9}.

Quanto aos Distritos Sanitários, apesar de alguns concentrarem pessoas com maior poder aquisitivo que outros, quando observada a distribuição geral dos adolescentes por DS não há discrepância significativa entre eles, refletindo a heterogeneidade das classes sociais. Dessa forma, uma epidemia que antes era caracterizada por atingir pessoas ricas, nos dias atuais demonstra afetar pessoas independente de classe social¹⁰.

Acerca da categoria de exposição, o maior percentual de casos era de heterossexuais do sexo feminino e de homossexuais do sexo masculino, convergindo com a história da epidemia. Esse dado é historicamente compatível, pois inicialmente a doença atingiu mais homens ho-

mossexuais, e a partir do contato sexual desses homens com os bissexuais, as mulheres heterossexuais passaram a ser infectadas com a Aids. Essa diferença de categoria predominante entre os sexos é confirmada através de outras pesquisas realizadas com adolescentes, refletindo que a tendência de submissão feminina e dificuldade de negociação de sexo seguro ainda é marcante⁹.

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde para diminuir a transmissão sexual do vírus da Aids, ela é prevalente nessa faixa etária, principalmente na população feminina, tendo como possível hipótese a dificuldade de adesão ao sexo seguro por essa faixa etária, bem como os desafios das adolescentes em negociar o uso do preservativo com o parceiro. Comparando a outra pesquisa realizada com adolescentes no Rio Grande do Sul em 2008, 61,54% tiveram uma forma vertical de transmissão. O que diverge do presente estudo onde a transmissão sexual obteve a maior porcentagem de casos e a transmissão vertical correspondeu apenas a 7,1% nas meninas e 4,8% nos meninos. Tal achado pode relacionar-se aos avanços da tecnologia medicamentosa profilática na gestação e no parto¹¹.

A contagem dos linfócitos TCD4+ menor que 350 cel/mm³ apresentou-se na maioria dos adolescentes. O que pode ser relacionado à demora no diagnóstico da doença, e o consequente atraso no início do tratamento, agravando assim a infecção. Desta forma, observa-se que há necessidade de diagnóstico oportuno/precoce através de ações de prevenção e testagem ampliada. Além disso, pode-se questionar se há falhas na rede de atenção à saúde, uma vez que essa população não reside no interior e que há vários serviços especializados em HIV/Aids no Recife.

Apesar da maioria dos adolescentes serem notificados com a contagem dos linfócitos TCD4+ menor que 350 cel/mm³, mais da metade das meninas e metade dos meninos não tinham infecções oportunistas quando notificados, seguido de maior porcentagem de 1 a 5 doenças oportunistas, reafirmando que a evolução e da

epidemia não foi apenas modificada pela terapia antirretroviral (TARV), mas o manejo clínico das infecções oportunistas são também resultados das alterações no padrão da epidemia¹¹.

O aumento da mortalidade encontrada neste estudo contradiz a afirmativa apresentada em 2013 pelo MS no Brasil, quando diz que a partir de 2007 houve um aumento da sobrevivência das pessoas com Aids no Brasil. Esse resultado demonstra que, apesar dos esforços realizados no Brasil e no mundo para diminuir a prevalência de infecções pelo HIV e aumentar a sobrevivência das pessoas que vivem com a Aids, ainda há populações mais vulneráveis que continuam a infectar-se, passando a viver com a doença sem que esta seja controlada de modo que se evite a morte^{2,12}.

➤ CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou muitas limitações em relação a incompletudes de algumas variáveis no banco de dados do SINAN/AIDS da cidade do Recife, o que prejudicou a análise mais acurada da epidemia entre adolescentes. O atraso da notificação, demonstrado pelo número de casos notificados apenas no momento do óbito, faz com que se tenha um quadro epidemiológico subestimado que pode levar a interpretações errôneas sobre a evolução da doença. Destacamos a importância de investimentos para a notificação dos casos e aumento das ações de testagem, através de treinamentos e conscientização sobre importância do preenchimento da ficha

de notificação. Essas ações são necessárias para que haja uma maior completude e diminuição do tempo entre o diagnóstico e a notificação, e consequentemente, um melhor planejamento das ações de saúde.

Esta pesquisa afirma a importância da atenção à saúde do adolescente, visto que os resultados apontaram dados clínicos epidemiológicos que poderiam ter sido evitados ou obtidos resultados mais positivos como, por exemplo, evitar transmissão sexual do HIV nessa faixa etária. Essa fase da vida possui muitos meios para obter informações sobre sexo seguro, através de um maior acesso à internet, diálogo aberto entre as famílias, escola, por exemplo. Entretanto, os resultados dessa pesquisa demonstram que essa facilidade no acesso a informação não minimiza o risco para adoecer. Desta forma, torna-se imprescindível a criação de meios acolhedores para que essa faixa etária busque informações e acompanhamento nos serviços de saúde. Nesse contexto, o Programa de Saúde na Escola (PSE) pode ajudar a estabelecer o vínculo com o público alvo.

NOTA DE AGRADECIMENTOS ◀

Torna-se indispensável o agradecimento a todos os envolvidos na confecção deste artigo, sobretudo, a Maria Goretti de Godoy e toda equipe da Coordenação de DS/Aids e Hepatites Virais da Prefeitura do Recife, pela receptividade, boa vontade e confiança na disponibilização dos dados utilizados na elaboração deste trabalho.

➤ REFERÊNCIAS

1. Taquette SR. Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: Semelhanças e diferenças [Internet]. Saude e Soc. 2013 [citado 2015 nov 28];22(2):225–35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200029
2. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

3. Toledo MM, Takahashi RF, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS [Internet]. *Rev Bras Enferm.* 2011 [citado 2015 nov 28]; 64(2):370–5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200024
4. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
5. Ministério da Saúde. Brasil. DATASUS - Tabulação de dados: Casos de Aids identificados no Pernambuco. Brasília; 2014.
6. Sousa MGL de. Caracterização espaço-temporal da epidemia de Aids na região de Ariquemes - Rondônia, no período de 1991-2009 [dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.
7. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaid). A ONU e a resposta à aids no Brasil [Internet]. 2ª Edição. Brasília: Unaid-Brasil; 2010 [citado 2016 jun 10]. Disponível em: <http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGU%C3%8AS.pdf>
8. Costa MCO, Santos BC, Souza KEP de, Cruz NL de AC, Santana MC, Nascimento OC do. HIV/Aids e Sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens: Fatores de exposição e risco dos atendimentos de um programa de DST/HIV/Aids na rede pública de Saúde/SUS, Bahia, Brasil [Internet]. *Rev. baiana saúde pública.* Salvador; 2011 [citado 2016 mai 29];179–95. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/155>
9. Pereira BDS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HS da, Silva CAL da, Sampaio VS. Fatores associados à infecção pelo HIV/ AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia [Internet]. *Ciênc. Saúde coletiva.* Feira de Santana; 2014 [citado 2016 mai 29];747–58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00747.pdf>
10. Vargens OM da C, Rangel TSA. Análise reflexiva sobre os aspectos sociais do HIV/Aids: feminização, discriminação e estigma [Internet]. *Online Brazilian J Nurs.* 2012 [citado 2016 jun 4];11(1):1–6. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3531/html_2
11. Ribeiro AC, Paula CC de, Neves ET, Padoin SM de M. Perfil clínico de adolescentes que têm aids [Internet]. *Cogitare Enferm.* 2010 [citado 2016 jun 4]; 256–62. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17858/11651>
12. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. História da Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.