

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Onde se concentram as desigualdades: retenção, tratamento e supressão viral entre povos indígenas vivendo com HIV no Brasil, 2018–2021

Diego Agostinho Calixto, Jacinta de Fátima Sena

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.17170>

Submetido em: 2026-07-31

Postado em: 2026-09-24 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Onde se concentram as desigualdades: retenção, tratamento e supressão viral entre povos indígenas vivendo com HIV no Brasil, 2018–2021

Where inequalities are concentrated: retention, treatment and viral suppression among Indigenous people living with HIV in Brazil, 2018–2021

Diego Agostinho Calixto¹ ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5949-7790>

Jacinta de Fátima Sena da Silva¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0809-0413>

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Escola de Governo Fiocruz Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Autor correspondente: Diego Agostinho Calixto. E-mail: dacalixto@gmail.com

Resumo

A resposta brasileira ao HIV avançou em direção às metas 95-95-95, mas os ganhos não se distribuem igualmente entre grupos populacionais. Este estudo examinou em que etapas do cuidado contínuo do HIV se concentram as desigualdades entre povos indígenas e outros grupos de raça/cor no Brasil, de 2018 a 2021. Foi realizado estudo ecológico de séries temporais com dados secundários e agregados, complementado por análise documental interpretativa de políticas públicas e literatura selecionada. Os indicadores foram extraídos dos Relatórios de Monitoramento Clínico do HIV do Ministério da Saúde e têm como denominador pessoas vivendo com HIV (PVHIV) já vinculadas aos serviços. Entre 2018 e 2021, a diferença entre indígenas e a população branca/amarela permaneceu em 6 pontos percentuais na retenção nos serviços e aumentou de 1 para 7 pontos percentuais na cobertura de terapia antirretroviral. Na supressão viral, as diferenças foram de 5 pontos percentuais em 2018 e 14 em 2021; esses valores utilizam pontos de corte distintos de carga viral e não constituem comparação longitudinal direta. Em 2021, a apresentação tardia, definida pelo primeiro CD4 inferior a 200 células/mm³, foi de 18% entre indígenas, 26% entre brancas/amarelas e 28% entre negras, e o tempo mediano entre o primeiro CD4 registrado e o início do tratamento foi semelhante entre os grupos. Entretanto, 61% das pessoas indígenas iniciaram terapia antirretroviral em menos de um mês, contra 72% e 69% nos demais grupos, e 14% iniciaram após seis meses ou permaneceram sem início registrado. Entre as PVHIV já vinculadas, os indicadores disponíveis não sugerem desvantagem indígena na apresentação tardia ou no tempo mediano até o início da terapia, enquanto as maiores desigualdades se concentram na iniciação oportuna do tratamento e, sobretudo, na supressão viral. Os resultados apontam para a continuidade do cuidado como dimensão programática prioritária, sem permitir conclusões sobre pessoas não diagnosticadas ou ainda não vinculadas aos serviços.

Palavras-chave: HIV; Povos Indígenas; Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Disparidades em Assistência à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Carga Viral.

Abstract

Brazil's HIV response has advanced toward the 95-95-95 targets, but gains remain unevenly distributed across population groups. This study examined the stages of the HIV continuum of care at which inequalities between Indigenous peoples and other race/colour groups were concentrated in Brazil from 2018 to 2021. We conducted an ecological time-series study using secondary aggregated data, complemented by an interpretive documentary analysis of public policies and selected literature. Indicators were extracted from the Brazilian Ministry of Health Clinical Monitoring Reports on HIV and refer exclusively to people living with HIV (PLHIV) already linked to health services. Between 2018 and 2021, the gap between Indigenous and white/yellow populations remained 6 percentage points for retention in care and increased from 1 to 7 percentage points for antiretroviral therapy coverage. For viral suppression, the gaps were 5 percentage points in 2018 and 14 in 2021; these values used different viral-load thresholds and do not constitute a direct longitudinal comparison. In 2021, late presentation, defined as a first CD4 count below 200 cells/mm³, was 18% among Indigenous people, 26% among white/yellow people and 28% among Black people, while the median time from the first recorded CD4 test to treatment initiation was similar across groups. However, 61% of Indigenous people initiated antiretroviral therapy within one month, compared with 72% and 69% in the other groups, and 14% initiated after six months or had no recorded initiation. Among PLHIV already linked to services, available indicators did not suggest an Indigenous disadvantage in late presentation or median time to therapy, whereas the largest inequalities were concentrated in timely treatment initiation and, particularly, viral suppression. These findings identify continuity of care as a programmatic priority but do not support conclusions about people who remain undiagnosed or have not yet been linked to services.

Keywords: HIV; Indigenous Peoples; Health Services Accessibility; Healthcare Disparities; Continuity of Patient Care; Viral Load.

1. Introdução

O Brasil consolidou uma das respostas mais abrangentes ao HIV entre os países de renda média, com acesso universal e gratuito à terapia antirretroviral e um sistema nacional de monitoramento clínico que acompanha as etapas do cuidado contínuo desde o diagnóstico até a supressão viral (BRASIL, 2022). Os indicadores agregados vêm melhorando de forma sustentada. Esse avanço, entretanto, convive com desigualdades sociais, econômicas, territoriais e raciais que condicionam de modo distinto a exposição ao vírus, o acesso aos serviços e a permanência no cuidado (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Os povos indígenas não constituem um grupo homogêneo (KRENAK, 2019). Ainda assim, muitas comunidades enfrentam barreiras recorrentes ao acesso e à continuidade do cuidado: distância dos serviços especializados, rotatividade de profissionais, diferenças linguísticas, racismo institucional, estigma relacionado ao HIV e baixa integração entre a atenção primária indígena e a rede especializada do Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES et al., 2018; GRAEFF et al., 2019, 2021). Essas barreiras não devem ser interpretadas como atributos culturais individuais, mas como processos relacionados à desigualdade social, à organização institucional e à reprodução do estigma, conforme discutido por Parker e Camargo Jr. (2000) e Parker e Aggleton (2003). Revisões internacionais descrevem padrões semelhantes entre povos indígenas de diferentes países (NEGIN et al., 2015).

A literatura sobre iniquidades no HIV frequentemente trata a cascata de cuidado como um bloco único, o que dificulta identificar em que ponto exato a desvantagem se produz. Essa distinção não é apenas descritiva: ela determina o desenho da intervenção. Se a perda ocorre na entrada, a resposta passa por ampliar testagem e busca ativa; se ocorre depois da entrada, a resposta passa por vínculo, adesão e continuidade. As duas agendas mobilizam atores, recursos e competências diferentes.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (Sasi-SUS), instituído pela Lei nº 9.836/1999, reconhecem a necessidade de atenção diferenciada e culturalmente apropriada (BRASIL, 1999; BRASIL, 2002), em consonância com o direito à consulta prévia previsto na Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1989). O reconhecimento normativo, contudo, não elimina por si só as desigualdades observadas na implementação.

Este estudo teve como objetivo identificar em que etapas do cuidado contínuo do HIV se concentram as desigualdades entre povos indígenas e outros grupos de raça/cor, entre as PVHIV já vinculadas aos serviços no Brasil, de 2018 a 2021, e examinar suas implicações para a justiça social e a adequação cultural das políticas públicas.

2. Métodos

Foi realizado estudo ecológico de séries temporais, baseado em dados secundários e agregados, complementado por análise documental interpretativa de políticas públicas e literatura selecionada para contextualização e interpretação dos resultados. A estratégia articulou a análise quantitativa dos indicadores de monitoramento clínico do HIV às contribuições da saúde coletiva, da antropologia e das ciências sociais e humanas. A análise documental não foi concebida como revisão sistemática e não teve como objetivo estimar efeitos ou esgotar a literatura disponível.

Fonte e unidade de análise

Os indicadores quantitativos foram extraídos das cascatas de cuidado contínuo estratificadas por raça/cor publicadas nos Relatórios de Monitoramento Clínico do HIV do Ministério da Saúde referentes aos anos de 2018 a 2021 (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022). Nessas cascatas, o denominador é o conjunto de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) já vinculadas aos serviços de saúde, e não o total estimado de PVHIV no país. Essa delimitação decorre da ausência de fonte que permita estimar o número total de PVHIV por raça/cor e das limitações de completude dessa variável. Todas as proporções devem, portanto, ser interpretadas como indicadores entre pessoas já vinculadas. Pessoas não diagnosticadas, diagnosticadas mas ainda não vinculadas, sem registro de raça/cor ou não captadas pelos sistemas analisados não integram diretamente o denominador.

Grupos de comparação

Os relatórios apresentam quatro categorias de raça/cor: branca/amarela, negra, indígena e ignorada. A categoria combinada “branca/amarela” foi mantida conforme a classificação dos relatórios oficiais, que não disponibilizam esses grupos separadamente nas cascatas analisadas; portanto, essa agregação não foi criada pelos autores. A população indígena foi comparada separadamente com as categorias branca/amarela e negra, em vez de se formar uma categoria única de “não indígenas”, pois essa agregação ocultaria a posição intermediária observada para a população negra.

Indicadores

Foram analisados três indicadores entre PVHIV vinculadas: retenção nos serviços, cobertura de terapia antirretroviral (TARV) e supressão viral entre pessoas em tratamento. Também foram examinados quatro indicadores relacionados à apresentação e ao início do tratamento: apresentação tardia, operacionalizada como primeiro CD4 registrado inferior a 200 células/mm³; tempo mediano entre o primeiro CD4 registrado e o início da TARV; proporção de início em menos de um mês; e proporção de início após seis meses ou sem início registrado. O primeiro CD4 registrado não equivale necessariamente à data do diagnóstico, e nenhum desses indicadores permite avaliar pessoas não diagnosticadas ou ainda não vinculadas.

Comparabilidade da série

O ponto de corte utilizado para definir supressão viral nas cascatas estratificadas mudou ao longo do período: as edições referentes a 2018 e 2019 adotam carga viral inferior a 1.000 cópias/mL, enquanto as referentes a 2020 e 2021 adotam carga viral inferior a 50 cópias/mL. Como o corte mais estrito reduz mecanicamente as proporções observadas, a variação entre 2019 e 2020 não pode ser interpretada como mudança real. As comparações longitudinais de supressão viral foram, por isso, restritas a pares de anos com o mesmo ponto de corte, e a descontinuidade foi explicitada na figura. Os valores de 2018 e 2021 podem ser descritos separadamente, mas não constituem comparação longitudinal direta. Os indicadores de retenção e cobertura de TARV não são afetados por essa mudança e permitem comparação em todo o período. A série foi encerrada em 2021 porque essa é a última edição cujos indicadores estratificados por raça/cor correspondem a um ano civil completo; a edição seguinte adota data de corte anterior ao fim do ano de referência.

A análise documental interpretativa reuniu literatura acadêmica e documentos institucionais de acesso público sobre HIV, saúde indígena, vulnerabilidade, estigma, desigualdades estruturais e organização do Sasi-SUS, localizados em fontes como PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde e SciELO. A leitura concentrou-se na PNASPI e utilizou elementos do Ciclo de Políticas para contextualizar reconhecimento do problema, formulação, implementação e avaliação (SABATIER; WEIBLE, 2014). Por não se tratar de revisão sistemática, não foram estimadas medidas de efeito nem realizada síntese exaustiva da literatura.

Por utilizar exclusivamente dados secundários, agregados, públicos e sem identificação individual, o estudo não envolveu recrutamento, intervenção ou contato com participantes,

situando-se entre as pesquisas dispensadas de registro e apreciação pelo sistema CEP/Conep nos termos do artigo 1º, parágrafo único, da Resolução CNS nº 510/2016 (BRASIL, 2016).

3. Resultados

3.1 As desigualdades são maiores nas etapas posteriores do cuidado

Entre as PVHIV vinculadas aos serviços, a posição relativa da população indígena foi menos favorável nas etapas posteriores do cuidado (Figura 1). Na retenção, a diferença em relação à população branca/amarela foi de 6 pontos percentuais tanto em 2018 quanto em 2021. Na cobertura de TARV, a diferença foi de 1 ponto percentual em 2018 e de 7 pontos percentuais em 2021: a cobertura entre brancas/amarelas passou de 83% para 90%, enquanto entre indígenas passou de 82% para 83%. Na supressão viral, as diferenças foram de 5 pontos percentuais em 2018 e de 14 pontos percentuais em 2021. Como esses anos utilizaram pontos de corte distintos de carga viral, os valores descrevem contrastes transversais em cada ano e não uma evolução longitudinal diretamente comparável.

A população negra ocupou posição intermediária em todos os indicadores e em todos os anos, o que reforça a leitura de gradiente e desaconselha o uso de uma categoria agregada de não indígenas.

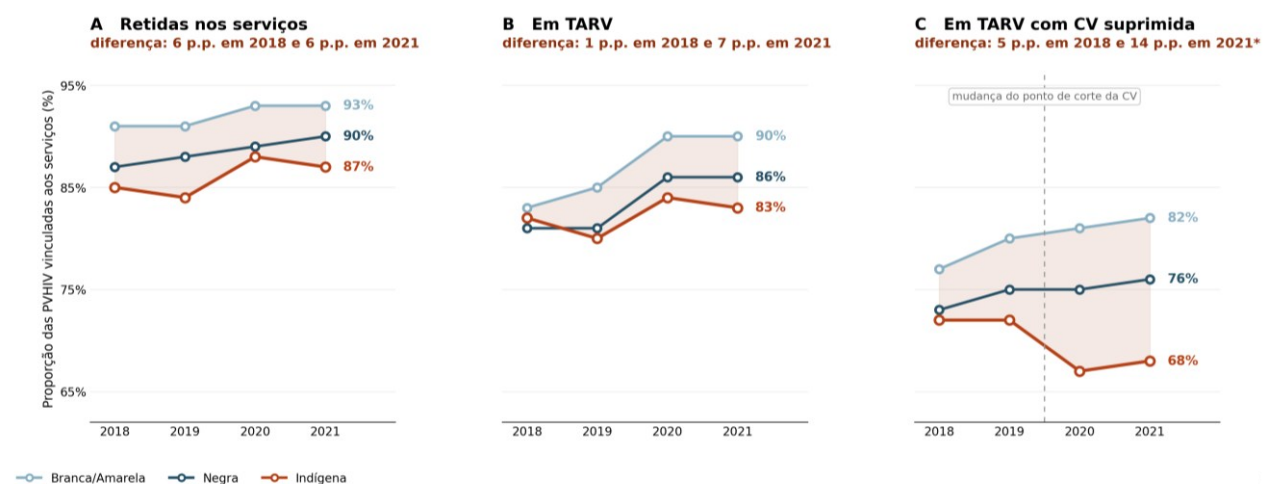


Figura 1. Indicadores do cuidado contínuo do HIV entre PVHIV vinculadas aos serviços, segundo raça/cor. Brasil, 2018–2021.

Fonte: elaboração própria a partir dos Relatórios de Monitoramento Clínico do HIV 2018–2021 (DCCI/SVSA/MS). p.p.: pontos percentuais. A supressão viral foi definida como carga viral inferior a 1.000 cópias/mL em 2018 e 2019 e inferior a 50 cópias/mL em 2020 e 2021, conforme cada edição do relatório. Os

valores de 2018 e 2021 utilizam pontos de corte distintos e não representam comparação longitudinal direta; a descontinuidade está assinalada no painel C.

3.2 Indicadores de apresentação e início do tratamento

Entre as PVHIV vinculadas e com informações disponíveis nos sistemas analisados, não se observou desvantagem indígena na apresentação tardia, definida pelo primeiro CD4 registrado inferior a 200 células/mm³, nem no tempo mediano entre o primeiro CD4 registrado e o início da terapia (Tabela 1). Em 2021, a apresentação tardia foi menos frequente entre indígenas do que nos demais grupos, e o tempo mediano até a TARV variou em apenas um dia. Esses indicadores, entretanto, não permitem avaliar pessoas ainda não diagnosticadas, diagnosticadas mas não vinculadas ou ausentes dos sistemas analisados, e o primeiro CD4 registrado não deve ser interpretado como equivalente à data do diagnóstico.

Nos indicadores que descrevem a distribuição do início da TARV, o padrão foi menos favorável entre indígenas. A proporção que iniciou o tratamento em menos de um mês após o primeiro CD4 registrado foi de 61%, contra 72% entre brancas/amarelas e 69% entre negras. A proporção que iniciou somente após seis meses ou permaneceu sem início registrado foi de 14% entre indígenas, contra 10% e 11% nos demais grupos. Embora as medianas tenham sido semelhantes, a distribuição do tempo até o tratamento foi mais desfavorável entre indígenas: uma menor proporção iniciou a TARV em menos de um mês e uma maior proporção permaneceu sem início registrado ou iniciou somente após seis meses. A mediana, isoladamente, não captura essa concentração de atrasos na cauda da distribuição. Também foi menor a proporção de indígenas que iniciaram o tratamento com CD4 igual ou superior a 500 células/mm³.

Tabela 1. Indicadores de entrada no sistema e de início do tratamento antirretroviral, segundo raça/cor. Brasil, 2021.

Indicador	Branca/ Amarela	Negra	Indígena	Grupo com resultado menos favorável
Apresentação tardia (primeiro CD4 < 200 células/mm ³)	26%	28%	18%	Negra
Tempo mediano entre primeiro CD4 e início da TARV	21 dias	21 dias	22 dias	sem diferença
Início da TARV em menos de um mês	72%	69%	61%	Indígena
Início da TARV após seis meses ou não iniciou	10%	11%	14%	Indígena
Início da TARV com CD4 ≥ 500 células/mm ³	37%	33%	29%	Indígena

Fonte: elaboração própria a partir do Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2021 (DCCI/SVSA/MS). TARV: terapia antirretroviral. “Apresentação tardia” refere-se ao primeiro CD4 registrado inferior a 200 células/mm³ e não equivale necessariamente à data do diagnóstico. As linhas destacadas indicam os resultados menos favoráveis entre os três grupos.

3.3 Escala e completude dos grupos analisados

Cabe registrar a escala dos grupos analisados. Em 2021, entre as PVHIV vinculadas aos serviços, cerca de 323 mil eram autodeclaradas brancas ou amarelas, 320 mil negras e aproximadamente mil indígenas. Outras 158 mil, correspondentes a cerca de 20% do total, não tinham o campo raça/cor preenchido no sistema de informação.

4. Discussão

O achado central deste estudo diz respeito à localização das desigualdades entre as PVHIV já vinculadas, e não à totalidade do percurso desde a infecção ou o diagnóstico. Nessa população observada, os indicadores de apresentação tardia e de tempo mediano entre o primeiro CD4 registrado e o início da TARV não mostraram desvantagem indígena, enquanto as diferenças foram mais expressivas na iniciação oportuna do tratamento e na supressão viral. O desenho e o denominador não permitem concluir sobre desigualdades na testagem, no diagnóstico ou na vinculação inicial entre pessoas que permanecem fora dos serviços ou dos sistemas de informação.

Essa delimitação tem consequência prática. A ampliação da testagem e da busca ativa continua necessária, especialmente porque barreiras geográficas, institucionais, linguísticas, econômicas e relacionadas ao estigma podem impedir o diagnóstico e a vinculação e não são captadas pelo denominador deste estudo. A literatura de Richard Parker enfatiza que a epidemia e o acesso ao cuidado são moldados por desigualdades estruturais, exclusão social e processos de estigmatização, e não apenas por escolhas individuais (PARKER; CAMARGO JR., 2000; PARKER; AGGLETON, 2003). Para as PVHIV indígenas já vinculadas, porém, os resultados sugerem que ampliar a entrada, isoladamente, não basta: também são necessárias estratégias de vínculo longitudinal, dispensação regular, acompanhamento laboratorial e apoio à adesão em contextos de mobilidade territorial. O Ministério da Saúde converge com essa interpretação ao recomendar intervenções específicas de adesão para grupos com piores indicadores de supressão viral (BRASIL, 2022).

A estabilidade da retenção combinada ao aumento da diferença na cobertura de TARV descreve um padrão relevante, mas não identifica seu mecanismo causal. Entre 2018 e 2021, a cobertura entre brancas/amarelas aumentou sete pontos percentuais, sem aumento equivalente entre indígenas. Esse padrão é temporalmente compatível com a consolidação das políticas de tratamento para todas as pessoas diagnosticadas, testar e tratar e prevenção combinada, além de iniciativas de redução do tempo até o início da terapia, embora o desenho ecológico não permita atribuir o aumento observado a políticas específicas. Políticas universais podem produzir ganhos médios sem eliminar desigualdades quando não incorporam dispositivos efetivos de equidade.

A interpretação dos resultados deve evitar explicações que atribuam os desfechos a características culturais ou comportamentos individuais. As diferenças observadas são mais

adequadamente examinadas à luz de determinantes estruturais e da organização dos serviços: descontinuidade assistencial, distância entre aldeias e unidades dispensadoras, fragmentação entre Distritos Sanitários Especiais Indígenas e rede especializada, barreiras de referência e contrarreferência, confidencialidade em comunidades pequenas, racismo institucional e efeitos do estigma (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; PARKER; CAMARGO JR., 2000; PARKER; AGGLETON, 2003; NEGIN et al., 2015). A distinção entre redistribuição e reconhecimento proposta por Fraser (2006) é útil: o acesso formal universal não se converte automaticamente em cuidado efetivo quando as instituições não reconhecem especificidades culturais, linguísticas e territoriais.

Este estudo não analisou a prevenção biomédica. A participação de pessoas autodeclaradas indígenas entre usuários de profilaxia pré-exposição é reconhecidamente residual, mas os dados disponíveis por raça/cor não permitem estimar cobertura populacional nem acompanhar tendência no mesmo período aqui examinado, razão pela qual esse eixo foi deixado para análise específica. A oferta de prevenção combinada em territórios indígenas permanece uma lacuna de pesquisa relevante (BRASIL, 2017).

O fortalecimento da atenção primária no Sasi-SUS é condição necessária, mas não suficiente (MENDES et al., 2018). É necessária articulação efetiva com a rede especializada em HIV, com fluxos de referência e contrarreferência, acesso regular a exames de carga viral, dispensação descentralizada quando pertinente e acompanhamento que respeite a circulação entre aldeias e cidades, em linha com as recomendações de diferenciação da oferta de serviços (WHO, 2021). Os Agentes Indígenas de Saúde ocupam posição estratégica nesse desenho, por serem simultaneamente membros da equipe e da comunidade, o que favorece vínculo e mediação cultural; sua atuação, contudo, depende de formação continuada, condições adequadas de trabalho e integração real às equipes (GARNELO; SAMPAIO; PONTES, 2019). Estratégias educativas devem ser construídas com as comunidades e não traduzidas depois de prontas, o que remete ao direito à consulta prévia, livre e informada (OIT, 1989).

Limitações

Trata-se de estudo ecológico, baseado em dados secundários e agregados, que não permite inferência individual, controle de fatores de confusão ou atribuição causal. Primeiro, a escala do grupo indígena vinculado é reduzida, cerca de mil pessoas em 2021, e os relatórios alertam para flutuações decorrentes do pequeno número de indivíduos; variações anuais de poucos pontos percentuais devem ser interpretadas com cautela. Segundo, aproximadamente 20% das

PVHIV vinculadas em 2021 não tinham raça/cor registrada, contingente muito superior ao grupo indígena. A incompletude e a possível subnotificação ou classificação inadequada da raça/cor nos sistemas de informação podem afetar as estimativas, mas a direção e a magnitude do viés decorrente dessa incompletude não podem ser determinadas com os dados disponíveis. Terceiro, a mudança do ponto de corte da carga viral entre 2019 e 2020 impede tratar a supressão viral como série contínua; por isso, foram priorizadas comparações entre anos com definições homogêneas e contrastes transversais dentro de cada ano. Quarto, o denominador exclui pessoas não diagnosticadas, não vinculadas ou não captadas pelos sistemas, impedindo conclusões sobre as barreiras anteriores à vinculação. Por fim, não foram realizadas entrevistas com usuários, profissionais ou lideranças indígenas, e os dados agregados não descrevem a heterogeneidade entre os mais de trezentos povos indígenas do país (IBGE, 2023).

5. Conclusão

Entre 2018 e 2021, entre as PVHIV já vinculadas aos serviços, as desigualdades que afetaram a população indígena foram mais expressivas nas etapas posteriores do cuidado. Os indicadores disponíveis não mostraram desvantagem indígena na apresentação tardia, definida pelo primeiro CD4 registrado inferior a 200 células/mm³, nem no tempo mediano entre esse registro e o início da TARV. Em contraste, observaram-se menor proporção de início oportuno do tratamento e diferenças mais acentuadas na supressão viral. Esses achados não permitem conclusões sobre pessoas não diagnosticadas, ainda não vinculadas ou ausentes dos sistemas de informação.

A implicação programática é fortalecer a continuidade do cuidado sem reduzir a importância da testagem e da vinculação. Entre pessoas já vinculadas, devem ser priorizados o início oportuno da TARV, a dispensação regular, o monitoramento laboratorial e o apoio à adesão, com desenho étnica e culturalmente adequado, articulação efetiva entre o Sasi-SUS e a rede especializada, valorização dos Agentes Indígenas de Saúde e participação das comunidades na formulação, implementação e avaliação das políticas. Simultaneamente, permanecem necessárias ações para enfrentar barreiras de acesso anteriores à vinculação, que não puderam ser avaliadas neste estudo. A equidade deve ser tratada como requisito da qualidade da resposta, e não como componente complementar.

Recomenda-se que os relatórios oficiais mantenham estabilidade metodológica nos pontos de corte, ampliem a completude e a qualidade do registro de raça/cor e disponibilizem tabelas

detalhadas e metadados que permitam reproduzir as análises. Essas condições são essenciais para monitorar iniquidades étnico-raciais no cuidado do HIV e distinguir mudanças reais de variações decorrentes dos sistemas de informação.

Contribuição dos autores

Diego Agostinho Calixto: concepção, metodologia, curadoria dos dados, análise, redação da versão inicial e revisão.

Jacinta de Fátima Sena da Silva: orientação, supervisão, revisão crítica e aprovação da versão final. Ambos os autores leram e aprovaram a versão depositada.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento

A pesquisa não recebeu financiamento específico para sua realização.

Aspectos éticos

O estudo utilizou exclusivamente dados secundários, públicos, agregados e sem identificação individual, além de documentos de políticas públicas de acesso aberto. Não houve recrutamento, intervenção ou contato com participantes. Nos termos do artigo 1º, parágrafo único, da Resolução CNS nº 510/2016, pesquisas que utilizam informações de acesso público não requerem registro nem apreciação pelo sistema CEP/Conep. Foram observados os princípios de privacidade, não estigmatização e interpretação culturalmente sensível dos dados relativos a povos indígenas.

Declaração de disponibilidade dos dados

Os dados de pesquisa que sustentam os resultados deste estudo são secundários, agregados e de acesso público, provenientes dos Relatórios de Monitoramento Clínico do HIV do Ministério da Saúde do Brasil, identificados nas referências. Os valores utilizados na análise estão reproduzidos no manuscrito e em arquivo suplementar, organizado por ano, grupo de raça/cor, indicador, definição operacional, valor observado, ponto de corte aplicável e relatório de

origem. Numeradores e denominadores foram informados quando disponíveis nas fontes públicas. Não foram utilizados microdados individualizados.

Aviso de preprint e divulgação prévia

Este manuscrito é um preprint e não foi submetido à revisão por pares. O trabalho deriva de dissertação de mestrado profissional defendida em 2024 na Escola de Governo Fiocruz Brasília. Resultados preliminares, com recorte e enquadramento distintos dos aqui apresentados, foram divulgados como e-pôster (EP0616) na 13^a IAS Conference on HIV Science, em 2025, cujo resumo consta no livro de resumos do evento. O manuscrito não foi depositado em outro servidor de preprints nem publicado em periódico científico.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de monitoramento clínico do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de monitoramento clínico do HIV 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de monitoramento clínico do HIV 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 153 p. ISBN 978-65-5993-262-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de monitoramento clínico do HIV 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. ISBN 978-65-5993-530-7.

BRYMAN, A. Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? **Qualitative Research**, v. 6, n. 1, p. 97-113, 2006.

CALIXTO, D. A.; SENA, J. F. Analysis of disparities in the HIV care cascade between indigenous and non-indigenous peoples in Brazil. In: IAS CONFERENCE ON HIV SCIENCE, 13., 2025. **Abstract book**. Genebra: International AIDS Society, 2025. Resumo EP0616.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Estocolmo: Institute for Futures Studies, 1991.

FRASER, N. **Redistribuição ou reconhecimento? Uma crítica à política da justiça**. São Paulo: Editora 34, 2006.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. S.; PONTES, A. L. **Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

GRAEFF, S. V.-B.; PÍCOLI, R. P.; ARANTES, R.; CASTRO, V. O. L.; CUNHA, R. V. Epidemiological aspects of HIV infection and AIDS among indigenous populations. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 71, 2019. DOI: 10.11606/S1518-8787.2019053000362.

GRAEFF, S. V.-B.; PÍCOLI, R. P.; ARANTES, R.; CUNHA, R. V. Evolução da infecção pelo HIV entre os povos indígenas do Brasil Central. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12, e00062920, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00062920.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2022: indígenas — primeiros resultados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

MENDES, A. M. et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e184, 2018.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

NEGIN, J. et al. HIV among Indigenous peoples: a review of the literature on HIV-related behaviour since the beginning of the epidemic. **AIDS and Behavior**, v. 19, n. 9, p. 1720-1734, 2015.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais em países independentes**. Genebra: OIT, 1989.

SABATIER, P. A.; WEIBLE, C. M. **Theories of the policy process**. 3. ed. Boulder: Westview Press, 2014.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, v. 57, n. 1, p. 13–24, 2003. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00304-0.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, supl. 1, p. 89–102, 2000. DOI: 10.1590/S0102-311X2000000700008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring**. Genebra: WHO, 2021.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.