

David de Alencar
Correia Maia¹
Izolda Souza Costa²
Hatus da
Silva Almeida³
Deyvison de
Lacerda Lopes⁴
Suely de Souza Costa⁵

Perfil de adolescentes e jovens adultos portadores de HIV/AIDS na região nordeste brasileira entre os anos de 2004 e 2016

Profile of adolescents and young adult with HIV/AIDS in the brazilian northeast region between the years of 2004 and 2016

> RESUMO

Objetivo: Descrever as características do HIV/AIDS em adolescentes e jovens adultos entre os anos de 2004 e 2016 nos nove Estados da Região Nordeste brasileiro. **Métodos:** Trata-se de um estudo de série temporal, com dados disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre janeiro de 2004 e julho de 2016. **Resultados:** No período, foram notificados um total de 6981 novos casos na Região. A maioria tem como características: idade entre 21 e 24 anos (70,90%); gênero masculino (60,74%); raça parda (65,17%); comportamento heterossexual (53,56%); com maior concentração de casos no Estado de Pernambuco (23,53%). De 2004 a 2008, observa-se um crescimento do número total de casos, caindo em 2009, voltando a crescer a partir de 2010, chegando ao seu pico em 2013 (945 novos casos), reduzindo novamente a partir de 2014. Os maiores coeficientes de incidência foram observados nos grupos com menor escolaridade. **Conclusão:** A AIDS em adolescentes apresentou tendência de crescimento na última década, havendo maior incidência entre os homens, na faixa etária entre 21 e 24 anos, heterossexuais, o que justifica a criação de campanhas de prevenção específicas para a população adolescente e adulta jovem, visando o enfrentamento da doença.

> PALAVRAS-CHAVE

Infecções por HIV; Soroprevalência de HIV; Adolescente; Adulto Jovem; Vulnerabilidade em Saúde.

> ABSTRACT

Objective: Describe the characteristics of HIV / AIDS among adolescents and young adults between the years 2004 and 2016 in the nine states of the Brazilian Northeast Region. **Methods:** This is a time-series study with data available in the SINAN Information System between January 2004 and July 2016. **Results:** A total of 6981 new cases were reported in the Region. Most of them have these characteristics: age between 21 and 24 years (70.90%); male gender (60.74%); brown skin color (65.17%); heterosexual behavior (53.56%); with the highest concentration of cases in the State of Pernambuco (23.53%). From 2004 to 2008, there was a growth in the total number of cases, falling in 2009, growing again from 2010, reaching its peak in 2013 (945 new cases), reducing again from 2014. The highest coefficients were observed in the

¹Doutorado em Ciências da Odontológicas pela Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMANDIC). Mestrado em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente pelo Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO). Fortaleza, CE, Brasil.

²Mestranda em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil.

³Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil.

⁴Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil.

⁵Doutorado em Ciências Odontológicas pela Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMANDIC). Mestrado em Odontologia pela Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL). Pinheiro, MA, Brasil.

David de Alencar Correia Maia (davidmaia42@gmail.com) – Complexo Odontológico FAMETRO - Av. Filomeno Gomes, nº184 – Jacarecanga. Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60010-281.

Submetido em: 20/11/2018 – Aprovado em 09/02/2019

groups with lower school levels. **Conclusion:** AIDS among adolescents showed a trend to grow in the last decade, with a higher incidence among heterosexual men, between the ages of 21 and 24, justifying the creation of specific prevention campaigns for adolescents and young adults, aimed at coping with the disease.

> KEY WORDS

HIV infections; HIV Seroprevalence; Adolescent; Young Adult; Health Vulnerability.

> INTRODUÇÃO

Na década de 80 houve o surgimento de uma nova doença que inicialmente foi identificada como uma síndrome, sendo posteriormente reconhecida como entidade clínica, de etiologia viral, denominada *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Entre 1980 a 1985 surgiram os primeiros casos da doença nos EUA, Haiti e África Central, sendo que no Brasil o primeiro caso foi descoberto em 1980. Nesse mesmo ano reforçou-se o conhecimento do fator de possível transmissão por contato sexual, uso de drogas ou exposição a sangue e derivados. Os primeiros casos de AIDS notificados no Brasil surgiram nos chamados grupos de risco, que incluía homossexuais do sexo masculino, usuários de drogas injetáveis e prostitutas¹.

Entretanto, a evolução da epidemia revelou a capacidade de alcançar todas as pessoas que adotavam comportamentos de risco, como, por exemplo, manter relações sexuais sem preservativo ou compartilhar seringas². Esta síndrome foi responsável por mudanças significativas no campo da saúde e em outras áreas por envolver aspectos relacionados a saúde e comportamento. E, apesar de ter acarretado desafios para a área científica e conferir maior visibilidade a questões relacionadas à sexualidade, a prevenção por meio de campanhas e o alerta aos agravos a saúde tem sido medida de importância para a Saúde Pública, garantindo a qualidade de vida da população³.

As evoluções epidemiológicas permitiram direcionar a doença não só para grupos isolados (homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis), mas para a sociedade como um todo. Esse direcionamento mostrou o crescimento da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em mulheres na idade fértil. Mesmo assim,

não houve a mudança do estigma em relação à doença². O conceito de risco ou comportamento de risco entrou em desuso, sendo substituído atualmente por vulnerabilidade social, onde fatores estruturais levaram ao avanço da epidemia, como condições materiais de existência, sexualidade, cidadania, raça/cor, entre outros, requerendo do Estado políticas e/ou ações de combate ao HIV/AIDS numa perspectiva social e não meramente sanitária^{2,4}. Além disso, a naturalização da infecção do HIV/AIDS como doença controlável por medicamentos, crença na impossibilidade de transmissão do HIV relacionadas com carga viral indetectável, sentimento de invencibilidade que surge com o tempo de convívio entre o casal, e sua influência na manutenção do sexo seguro são fatores de vulnerabilidade, que contribuem para o aumento do número de casos⁵⁻⁶.

Hoje a HIV/AIDS atinge diversos grupos, independente do sexo, gênero ou opção sexual e nos últimos anos tem ampliando o número entre adolescentes e jovens adultos⁶. Os Descritores em Ciências da Saúde (DECS)⁷ classificam como adolescente o indivíduo que se encontra na faixa etária compreendida entre 13 e 18 anos, e jovem adulto seria aquele que se encontra entre 19-24 anos. Entretanto, a Organização Mundial de Saúde⁸ (OMS) considera como adolescência o período de 10 a 19 anos, distinguindo ainda a adolescência inicial de 10 a 14 anos e a adolescência final entre 15 a 25 anos. A preocupação com a faixa etária da adolescência final descrita pela OMS⁸ surge do fato de que, nela, a vulnerabilidade é maior por se tratar de uma etapa da vida onde são comuns os conflitos do âmbito social, psicológico e físico, e onde há a descoberta do prazer⁹. Sendo portanto, necessárias ações de educação em saúde que orientem sobre os riscos de contaminação

de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em geral e da AIDS^{6,10}. Essa fase há muitas mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, sendo o momento em que são adotadas “novas práticas e comportamentos, ganho de autonomia, exposição a diversas situações e riscos que podem levá-los a se contaminarem”¹⁰.

Além disso, tem havido uma elevação anual no número de jovens contaminados por HIV/AIDS, sendo este aumento devido a vulnerabilidade do adolescente, que torna-se sexualmente ativo antes dos 15 anos de idade¹¹. Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde sobre o comportamento sexual da população em 2008 confirma esta informação, onde os dados revelam que entre brasileiros de 16-24 anos do sexo masculino, 36,9% tiveram relações sexuais antes dos 15 anos de idade e entre o sexo feminino, o percentual foi de 17%¹².

O início da vida sexual precoce está associado à alta incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST), considerado como um dos agravos mais frequentes à saúde^{6,13-14}. No Brasil, a cada ano, um contingente de 4 milhões de jovens torna-se ativos sexualmente, onde a idade mediana da primeira relação sexual é de 14 anos para homens, e de 15 anos para as mulheres, e o início precoce da vida sexual pode ser considerado um agravante para o comportamento de risco frente ao HIV/AIDS, sendo também o ato sexual desprotegido um agravante para a gravidez na adolescência^{6,10,14}.

Os fatores que têm contribuído para aumentar a incidência de relações sexuais entre adolescentes são múltiplos e complexos, sendo difícil avaliar a importância de cada um deles¹⁴. Mas consequências da baixa idade da menarca feminina podem ser observadas no rejuvenescimento do processo reprodutivo no Brasil, cuja taxa de fecundidade entre as mais jovens aumentou de 17% para 23% nos últimos 10 anos¹⁵ e na feminização da AIDS, mais intensa entre 13 e 19 anos, onde já houve inversão da proporção de casos entre o sexo masculino e o feminino¹⁶.

Esta vulnerabilidade do grupo incluído na adolescência final torna este estudo relevante

ao descrever a incidência de HIV/AIDS nestas faixas etárias, alertando para um maior cuidado e atenção da educação e de programas de saúde específicos para estes grupos.

Mais da metade das novas infecções por HIV que ocorrem na atualidade afetam a população de 15 a 24 anos de idade. Entretanto, as necessidades dos milhões de jovens do mundo continuam sistematicamente desatendidas quando se elaboram as estratégias sobre HIV/AIDS ou se estabelecem políticas. Estima-se que 11,8 milhões de jovens de 15 a 24 anos vivem com HIV/AIDS hoje em dia em todo o mundo. A cada dia, cerca de 6 mil jovens dessa faixa etária se infectam com o HIV¹¹. Das 4.500 novas infecções por HIV em 2016, 35% ocorreram entre jovens de 15 a 24 anos, e anualmente uma em cada dez pessoas sexualmente ativas adquire uma DST¹⁷.

O total de casos de AIDS em jovens de 15 a 24 anos, de 1982 até junho de 2011, corresponde a 66.698. No ano de 2010, a região com a maior taxa de incidência foi a Sul (14,3 casos a cada 100 mil habitantes), seguida da Norte (12,8), Sudeste (9,2), Centro-Oeste (7,9) e Nordeste (6,9). A razão de sexos em jovens de 15 a 24 anos, atualmente em 1.4, ou seja, a cada 14 homens com HIV/AIDS, existem 10 mulheres em igual situação¹⁸.

Considerando os dados oficiais sobre as características clínico-epidemiológicas de adolescentes na faixa etária entre 15 e 24 anos com HIV/AIDS na Região Nordeste, entre os anos de 2004 e junho de 2016, se torna importante analisar esse contexto com a finalidade de descrever o perfil da população contaminada nesta faixa etária. Dessa maneira, é possível sugerir a criação de políticas públicas de prevenção e tratamento no intuito de orientar novas pesquisas e orientar os profissionais da área da saúde interessados na matéria.

OBJETIVO



Descrever o perfil da população adolescente portadora de HIV/AIDS na região Nordeste, entre os anos 2004 e 2016.

> MÉTODOS

Para caracterizar o perfil de adolescentes na faixa etária de 15 a 24 anos portadores AIDS/HIV no Nordeste brasileiro utilizou-se o método transversal, analítico, descritivo e exploratório.

A coleta de dados foi realizada no SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), no SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8 e Carga Viral) e no SIM (Sistema de Informações de Mortalidade), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br>), considerando o período de 01/01/2004 a 30/06/2016. Esse banco de dados é de livre acesso ao público.

Foram considerados e estudados os casos de HIV/AIDS notificados no sistema, por ano de diagnóstico, entre 1º de janeiro de 2004 a 30 de junho de 2016 (último período disponível).

A população escolhida para o presente estudo foi de adolescentes na faixa etária de 15 a 24 anos portadores de HIV/AIDS, notificados pelos sistemas SINAN, SIM, SISCEL. Todos os 6.981 casos notificados pelo sistema no período foram estudados, este número correspondeu a 100%, nesta faixa etária na Região Nordeste brasileira.

As variáveis abordadas neste estudo foram às seguintes: idade, gênero, escolaridade (anos de estudo), opção sexual e raça. Os dados destas variáveis foram coletados por Estado e sempre cruzadas com a faixa etária divididas em: de 15 a 20 anos e de 21 a 24 anos.

Foi estabelecida ligação entre os bancos de dados do SINAN, SISCEL e SIM. Os dados foram apresentados em formas de tabelas e gráficos. Os dados foram inseridos em planilha Excel onde foi realizada a compilação inicial. Os resultados foram analisados por meio de tabelas de distribuição de frequências e gráficos em Excel 2007. As análises foram realizadas no programa SAS (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, Release 9.2, 2010.). O processo adotado na análise dos dados envolveu medidas em razão de coeficiente de incidência de acordo com o gênero, faixa etária, escolaridade, raça e

opção sexual. Os coeficientes de incidência foram medidos por excelência do risco e de agravo da doença nestes grupos.

Esse estudo encontra-se em conformidade com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, não requerendo o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, por utilizar-se de banco de dados de acesso livre ao público.

RESULTADOS <

A maioria dos adolescentes notificados com HIV/AIDS na região Nordeste no período analisado está na faixa entre 21 a 24 anos (70,90%), são do gênero masculino (60,74%) e raça parda (65,17%). Um número elevado de pessoas (23,32%) não informou o grau de instrução, mas a maioria dos que informaram (32,95%) possui nível fundamental incompleto, e a minoria se encontra nos extremos (analfabeto, 2,25%; ou superior completo, 2,87%).

Em relação ao ano de notificação, observa-se maior número de casos no gênero masculino em todo o período pesquisado (Figura 1). Dentre esses, prevalece a faixa etária dos 21 a 24 anos, havendo maior incidência na raça parda, e com ensino fundamental incompleto (Figura 2).

Em função da Categoria de Exposição Hierárquica, em 16,28% dos casos pesquisados não consta a informação da categoria de exposição ao HIV/AIDS, representando um total de 1.137 notificações (Tabela 1). Entre aqueles em que havia a informação, há maior incidência em indivíduos heterossexuais, segundo notificações de todos os anos.

Quanto ao estado brasileiro da região Nordeste, Pernambuco foi o que apresentou o maior número de casos notificados no período analisado (23,53%), seguido de Bahia (18,94%), Ceará (17,64%) e Maranhão (11,58%), sendo que o menor número ocorreu em Sergipe (4,55%) (Tabela 2). Ao se analisar por gênero, os mesmos estados se classificam na mesma posição no *ranking* das notificações, sendo que oito dos nove estados nordestinos apresentaram a predominância do gênero masculino, com exceção da Bahia (Figura 3).

Figura 1. Número de casos notificados de HIV/AIDS no Nordeste brasileiros em adolescentes da faixa etária entre 15-24 anos, em função do ano e do gênero.

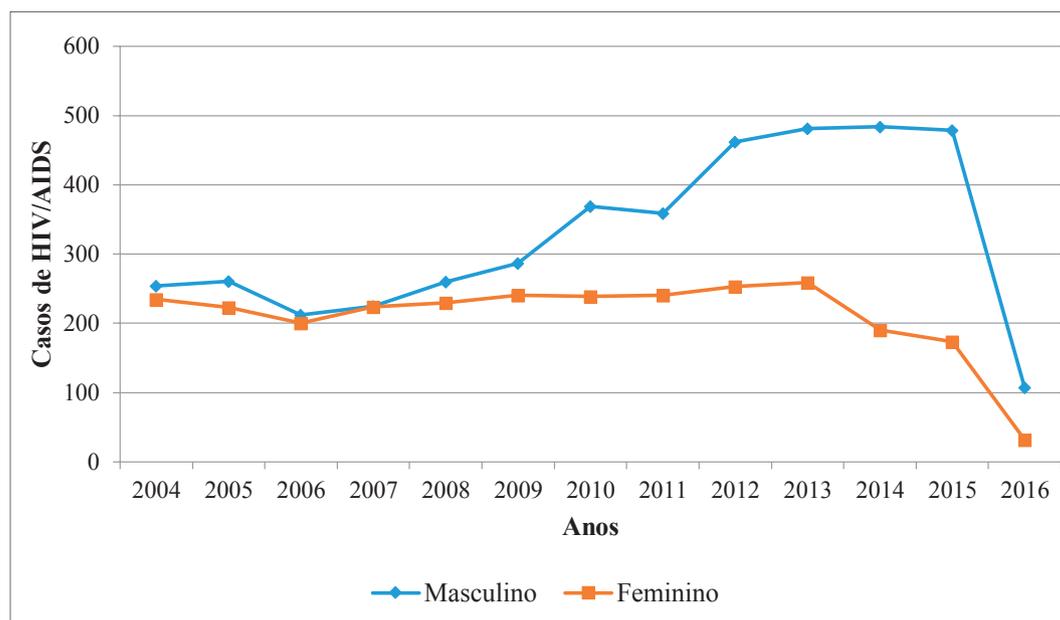


Figura 2. Número de casos notificados de HIV/AIDS no Nordeste brasileiro em adolescentes entre 15 e 24 anos, em função do ano e do grau de instrução.

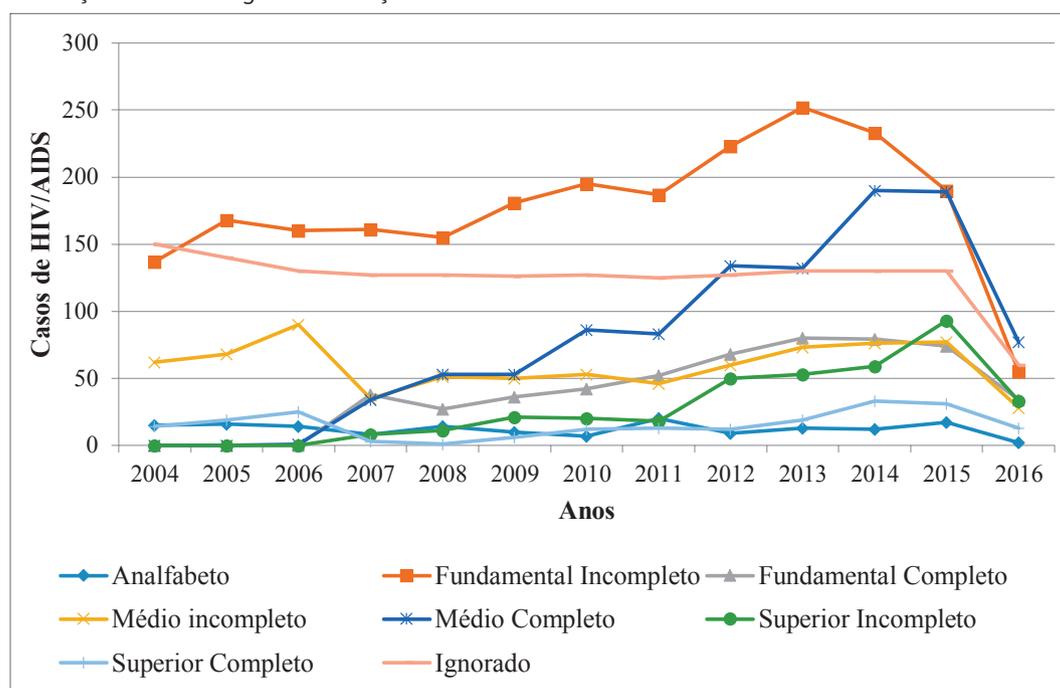


Tabela 1. Distribuição de frequências dos casos notificados de HIV/AIDS em adolescentes no Nordeste brasileiro, entre janeiro/2004 e junho/2016, em função da categoria de exposição e ano de notificação.

Variável / Ano	Categoria de exposição												Total	
	Homossexual		Heterossexual		Bissexual		Ignorado		UDI		Transmissão Vertical			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2004	35	0,50	175	2,50	36	0,51	28	0,40	11	0,15	0	0,0	285	4,08
2005	37	0,53	236	3,38	28	0,40	38	0,54	6	0,08	0	0,0	346	4,95
2006	42	0,60	220	3,15	40	0,57	45	0,64	10	0,14	0	0,0	358	5,12
2007	46	0,65	225	3,22	29	0,41	56	0,80	15	0,21	1	0,01	372	5,32
2008	62	0,88	228	3,26	29	0,41	63	0,90	11	0,15	3	0,04	396	5,67
2009	57	0,81	273	3,91	28	0,40	80	1,14	17	0,24	2	0,02	458	6,54
2010	90	1,28	335	4,80	30	0,42	115	1,64	17	0,24	5	0,07	592	8,48
2011	104	1,48	332	4,75	33	0,47	115	1,64	7	0,10	13	0,18	604	8,65
2012	131	1,87	361	5,17	50	0,71	137	1,96	17	0,24	13	0,18	709	10,15
2013	182	2,60	419	6,00	48	0,68	138	1,97	18	0,25	15	0,21	820	11,74
2014	237	3,39	421	6,03	47	0,67	149	2,13	15	0,21	13	0,18	882	12,63
2015	261	3,73	384	5,50	54	0,77	119	1,70	9	0,12	18	0,25	845	12,10
2016	104	1,48	130	1,86	24	0,34	52	0,74	0	0,0	5	0,07	315	4,51
TOTAL	1388	19,88	3739	53,56	476	6,81	1137	16,28	153	2,19	88	1,26	6981	100,00

Legenda: UDI: Uso de drogas injetáveis, N: frequência absoluta, #: Porcentagem na coluna dentro de cada variável, %: frequência relativa representada em porcentagem. **Fonte de origem dos dados:** SINAN, SIM, SISCEL

Figura 3. Número de casos notificados de HIV/AIDS no Nordeste brasileiro em adolescentes entre 15 e 24 anos em função do Estado notificado, no período de janeiro de 2004 a junho de 2016.

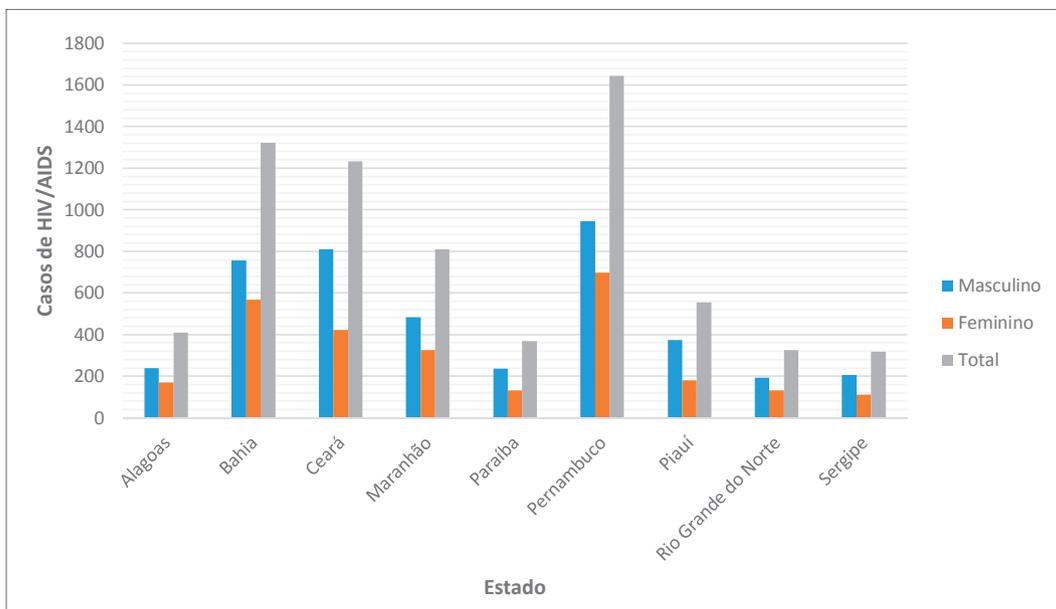


Tabela 2. Distribuição de frequências de casos de AIDS por estado da região Nordeste do país, em função do sexo.

Estado	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Alagoas	238	3,40	171	2,44	409	5,84
Bahia	756	10,82	567	8,12	1.323	18,94
Ceará	810	11,60	422	6,04	1.232	17,64
Maranhão	484	6,93	325	4,65	809	11,58
Paraíba	235	3,36	133	1,90	368	5,26
Pernambuco	946	13,55	697	9,98	1.643	23,53
Piauí	375	5,37	179	2,56	554	7,93
Rio Grande do Norte	193	2,76	133	1,90	326	4,66
Sergipe	206	2,96	111	1,59	317	4,55
Total	4243	60,78	2738	39,22	6981	100,00

Legenda: N: frequência absoluta, #: Porcentagem na coluna dentro de cada variável. Fonte de origem dos dados: SINAN, SIM, SISCEL

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na pesquisa demonstram que incidência de HIV em indivíduos adolescentes na faixa etária de 15 a 24 anos no período estudado tem reduzido. No Brasil, segundo dados da UNAIDS¹⁷, “de 2006 a 2015 a taxa de detecção de casos de AIDS entre jovens do sexo masculino com 15 a 19 anos quase que triplicou (de 2,4 para 6,9 casos por 100 mil habitantes) e entre os jovens de 20 a 24 anos, a taxa mais do que dobrou (de 15,9 para 33,1 casos por 100 mil habitantes)”¹⁷. A pesquisa apontou 95,02 casos por 100 mil habitantes nesta região geográfica, cuja população de jovens entre 15 e 24 anos de idade é de 7.346.838 habitantes, segundo o IBGE¹⁹.

O Ministério da Saúde²⁰ disponibiliza dados da epidemia por região geográfica, sendo que a última publicação, em 2016, demonstra que no período de 2001 a 2011, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 23 para 21 casos por 100 mil habitantes. Nas outras regiões, essa taxa de incidência teve aumento: 27 para 31 no Sul; 9 para 20 no Norte; 14 para 17 no Centro-Oeste; e 7 para 14 no Nordeste²⁰. Entretanto, ao analisar os

dados observados na presente pesquisa, nota-se que os casos no Nordeste diminuíram, e que, quando analisado ano a ano, demonstra-se uma oscilação: houve pequeno aumento do número de casos entre 2004 e 2005; no ano de 2006 decresceu e voltou a aumentar ano a ano até 2013; mas em 2014 houve queda expressiva, indo de 945 casos em 2013 para 416 em 2014.

Os resultados desta pesquisa apontaram a prevalência de HIV/AIDS em indivíduos do gênero masculino, na faixa etária de 15 a 24 anos. Entretanto, para o Ministério da Saúde²⁰, esta diferença vem diminuindo ao longo dos anos no contexto brasileiro. Entretanto, na região Nordeste, esta pesquisa demonstra pequena diferença no número de casos por gênero entre os anos de 2004 a 2009. Mas, de 2010 a 2014, a razão entre o número de casos no gênero masculino e do gênero feminino sofreu ampliação: em 2004, a razão era de 1,01 casos do primeiro em relação ao segundo; em 2016 chegou a 1,54 casos no gênero masculino para cada 1 no feminino. Apesar disto, a razão de casos entre a população masculina e feminina mantém-se estável, acompanhando os dados nacionais²⁰.

Quanto à faixa etária acometida pelo HIV/AIDS, a cada 14 segundos, um jovem entre 15 e 24 anos é infectado pelo HIV/AIDS. E de todas as novas infecções, cerca da metade ocorre nessa faixa etária¹⁰⁻¹⁴. No mundo, diariamente, mais de sete mil jovens são infectados pelo HIV/AIDS, num total de 2,6 milhões por ano¹⁷. No Brasil, dados do Ministério da Saúde²⁰ indicam que foram registrados 12.046 casos de HIV/AIDS entre jovens de 10 a 19 anos desde o início da epidemia na década de 1980 até 2012, representando 1,8% dos casos notificados no país. Na nossa pesquisa, notou-se haver maior incidência em jovens na faixa etária de 21 a 24 anos (70,90%). Este resultado é relativo as notificações que ocorre numa faixa etária maior, mas a contaminação ocorre num período anterior, tendo havido significativo aumento de casos nos grupos de 10 a 14 e de 15 a 19 anos. Há que se considerar que as infecções que motivaram os casos notificados no início da vida adulta (entre 20 e 24 anos) muito provavelmente ocorreram durante a adolescência^{10, 12}.

Uma das razões para infecção por HIV/AIDS é a falta de acesso à informação, e quanto menor o grau de instrução, menor o percentual de conhecimento das formas de prevenção e transmissão do HIV^{4,6,10,12,15}. Nos dados coletados na presente pesquisa, há aumento na proporção de doença na população menos instruída e diminuição nos níveis mais instruídos de ensino. Tal fato remete a uma reflexão a respeito das estratégias de prevenção e das campanhas educativas, que devem ser claras e adaptadas ao nível de compreensão de pessoas com menos instrução formal, sendo que o entendimento sobre as vulnerabilidades dos jovens brasileiros e suas determinantes sociais é fundamental para o fortalecimento de programas e políticas públicas⁶.

Quanto à forma de transmissão, o Ministério da Saúde²⁰ registrou, em 2012, um percentual de 86,8% dos casos (todas as faixas etárias) em função de relações heterossexuais. Nossa pesquisa corrobora com os dados nacionais onde a maioria que informou a opção sexual se declarou heterossexual (3.739 indivíduos ou 53,56%), em todos os anos analisados, e no ano de 2012 foram

notificados 336 casos em adolescentes de 15 a 24 anos, o que equivale a 37% dos casos notificados naquele ano nesta faixa etária.

A predominância de casos em heterossexuais encontrados neste estudo pode ser atribuída a vários fatores, como dificuldade de negociação entre os parceiros para a adoção de medidas preventivas; dúvidas quanto à eficácia e utilização de preservativo; falta de conhecimento sobre as vias de transmissão; confiança plena no parceiro; tabu sobre imunidade, além da ausência de estratégias de prevenção dos riscos de infecção pelo HIV/AIDS^{2,10,12,14,15}.

Quando se analisa por Estado (Figura 3), Pernambuco apresenta o maior número de casos notificados entre a população e período pesquisado, o que corrobora com outros dados que indicam que a maior incidência de HIV/AIDS no Nordeste está nas cidades litorâneas, devido haver maior turismo e exploração sexual nesta região¹⁸.

CONCLUSÃO

A incidência de HIV/AIDS em adolescentes entre 15 e 24 anos no Nordeste brasileiro no período de 2004 a 2016 apresenta aumento até o ano de 2013, com comportamento divergente entre os sexos a partir desse ano, tendo decaído no sexo feminino e tendo leve crescimento total até 2015.

Após mais de três décadas do início da epidemia do HIV/AIDS, é possível observar uma expressiva mudança nas características epidemiológicas da doença e das populações acometidas, denotando a queda dos preceitos que intitulavam grupos específicos como maiores predisponentes ao contágio pelo HIV e desenvolvimento da AIDS. Conforme a pesquisa, é possível observar de forma mais direta esta modificação nos adolescentes, onde a heterossexualização é característica marcante.

Com o início da atividade sexual cada vez mais precoce, elevam-se as chances de contrair HIV/AIDS. Com isto, faz-se necessário o planejamento e a execução de ações que objetivem a redução dos novos contágios, assim como medidas que busquem melhora nos índices de detecção precoce

dos casos, uma vez que a população adolescente não se reconhece como vulnerável, mesmo após relações sexuais desprotegidas. Além disto, os dados coletados nesta pesquisa enfatizam a importância de estabelecer programas de prevenção e atenção às HIV/AIDS aos jovens do Nordeste.

É necessário compreender a importância do levantamento e consolidação de indicadores, a fim de subsidiar políticas e práticas eficazes de prevenção e controle dos principais fatores de exposição, contribuindo assim, para mudança no quadro epidemiológico do HIV/AIDS na adolescência.

> REFERÊNCIAS

1. Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc.* 2010 Dec; 19(Suppl 2): 9-20.
2. Villela WV, Monteiro S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/AIDS entre mulheres. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015 Set; 24(3): 531-40.
3. Cézar VM, Draganov PB. A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética. *Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde* 2014; 18 (3):151-6.
4. Schaurich D, Freitas HMB. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2011;45(4): 989-95.
5. Reis RK, Gir E. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2009; 43(3):662-9.
6. Fontes MB, Crivelaro RC, Scartezini AM, Lima DD, Garcia AA, Fujioka RF. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22(4):1343-52.
7. *Descritores em Ciências da Saúde: DeCS*. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. [Acesso em 15 abr. 2018]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org> .
8. OMS. Organização Mundial de Saúde. Adolescents: health risks and solutions. May 2017. [Acesso em 15 abr. 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>.
9. Cavalcante MB, Alves MD, Barroso MG. Adolescence, alcohol and drugs: a reflection in the health promotion perspective. *Esc Anna Nery* 2008; 12:555-9.
10. Câmara SC. Vulnerabilidades dos adolescentes à transmissão sexual do HIV/AIDS: uma análise no contexto do programa saúde escola. [Dissertação] Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2012.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Controle e Prevenção de DST/AIDS. *Boletim epidemiológico AIDS e DST*. Brasília, 2006a.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília, 2009.
13. Linhares IM, Duarte G, Giraldo PC, Bagnoli VR. *DST/AIDS: Manual de orientação da FEBRASCO*. 10. ed. São Paulo: Ponto, 2004.
14. Andalafit JN. Comportamento sexual na adolescência. O papel da anticoncepção de emergência. *Jornal da SOGIA BR.* 2013; 4 (6):8-10.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, 2006b.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Controle e Prevenção de DST/AIDS. *Boletim epidemiológico AIDS e DST*. Brasília, 2008.

17. UNAIDS. Estatísticas. Resumo Global da Epidemia de Aids. Acesso em 15 abr. 2018. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Controle e Prevenção de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília, 2011.
 19. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas populacionais. 2012. [Acesso em 15 abr. 2018]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/POP_2012_TCU.pdf.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília, 2016. [Acesso em 15 abr. 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>.
-