

Perfil epidemiológico da AIDS em crianças e adolescentes da região Nordeste do Brasil no período de 1985 a 2016

AIDS epidemiological profile in children and adolescents in the northeastern region of Brazil from 1985 to 2016

DOI:10.34119/bjhrv3n5-330

Recebimento dos originais: 08/09/2020

Aceitação para publicação:31/10/2020

Taynah Calixto Martins

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Endereço Institucional: Estrada de Pacas, Bairro Fomento, Pinheiro, MA – Brasil

E-mail: taynahcalixto@hotmail.com

Túlio Gabriel de Lima Cavalcanti Tôrres

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Endereço Institucional: Estrada de Pacas, Bairro Fomento, Pinheiro, MA – Brasil

E-mail: tuliot85@gmail.com

Amanda Cristina dos Santos

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Endereço Institucional: Estrada de Pacas, Bairro Fomento, Pinheiro, MA – Brasil

E-mail: acsaantos@gmail.com

Beatriz Ferreira Feitosa

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Endereço Institucional: Estrada de Pacas, Bairro Fomento, Pinheiro, MA – Brasil

E-mail: biaffeitosa@gmail.com

Vitor da Cunha Stoco

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Endereço Institucional: Estrada de Pacas, Bairro Fomento, Pinheiro, MA – Brasil

E-mail: vstoco@gmail.com

Consuelo Penha Castro Marques

Doutora em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Endereço Institucional: Estrada de Pacas, Bairro Fomento, Pinheiro, MA – Brasil

E-mail: consuelopenha@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em crianças e adolescentes é consequente da categoria de infecção por transmissão vertical e horizontal. No Brasil, de acordo com os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período 1985-2016, foram notificados 22.234 casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nas crianças e 21.065 nos adolescentes. **Objetivo:** descrever o perfil epidemiológico da AIDS em crianças e adolescentes na Região Nordeste do país, de 1985 a 2016. **Métodos:** dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, tabulados no Excel 2016®, realizado cálculos de frequência e análise estatística descritiva. **Resultados:** nas crianças predominou o sexo feminino, faixa etária de 1-4 anos e a forma de contágio pela transmissão vertical. Nos adolescentes prevaleceu o sexo masculino, faixa etária de 15-19 anos e forma de contágio pela relação heterossexual. O grau de escolaridade da 5° - 8° série incompletas e a raça parda prevaleceram. **Conclusão:** Embora com maior prevalência do sexo masculino sobre o feminino, observa-se tendência de feminilização desta doença na faixa etária estudada. O estudo visa incentivar os gestores, acadêmicos e profissionais a investir em conhecimento, prevenção, diagnóstico e tratamento da AIDS em crianças e jovens desta região.

Palavras-chave: Epidemiologia, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: Infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) in children and adolescents is a consequence of the vertical and horizontal transmission infection category. In Brazil, according to data made available by the Ministry of Health, through the Information System for Notifiable Diseases (SINAN), in the period 1985-2016, 22,234 cases of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) were reported in children and 21,065 in teenagers. **Objective:** to describe the epidemiological profile of AIDS in children and adolescents in the Northeast of the country, from 1985 to 2016. **Methods:** data obtained from the Information System for Notifiable Diseases, tabulated in Excel 2016®, performed frequency calculations and descriptive statistical analysis. **Results:** female children predominated, aged 1-4 years and the form of contagion through vertical transmission. Among adolescents, the male gender prevailed, aged 15-19 years and a form of contagion through heterosexual intercourse. Incomplete grades from 5th - 8th grade and brown race prevailed. **Conclusion:** Although with a higher prevalence of males over females, there is a tendency towards the feminization of this disease in the age group studied. The study aims to encourage managers, academics and professionals to invest in knowledge, prevention, diagnosis and treatment of AIDS in children and young people in this region.

Keywords: Epidemiology, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Public Health.

1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em crianças e adolescentes é consequente da categoria de infecção por transmissão vertical e horizontal. As crianças são caracterizadas como infectadas, na maioria das vezes, devido à condição sorológica materna positiva do vírus. Os adolescentes infectados são descritos com relação à exposição sexual ou sanguínea¹. O diagnóstico do HIV pode transformar profundamente a vida de uma criança,

interferindo psicologicamente no convívio social e familiar, bem como no seu desenvolvimento fisiológico².

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) a criança é definida como a pessoa na faixa etária de zero a 9 anos, e a adolescência é definida pelo período que varia dos 10 aos 19 anos de idade, e representa a transição da infância para a vida adulta, por este motivo é marcada pelo desenvolvimento físico, sexual, mental, emocional e social³.

Dentre os pontos naturais de desenvolvimento, o comportamento sexual deste indivíduo também apresenta maturação⁴ e, quando esse adolescente dá início à atividade sexual, aumenta-se sua vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e ao HIV⁵. Dentre os fatores que podem colocar os adolescentes em maior risco para as IST's estão: a idade precoce de início da atividade sexual, uso incorreto ou inconsistente de preservativos e experimentação com álcool e outras drogas⁶.

No Brasil, de acordo com os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período 1985-2016, foram notificados 22.234 casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nas crianças e 21.065 nos adolescentes⁷.

Na década de 80 a epidemia da AIDS no Brasil, era caracterizada pela predominância nas pessoas do sexo masculino, com alto nível socioeconômico, pertencentes às categorias de transmissão homossexuais ou bissexuais, hemofílicos e os que recebiam transfusão sanguínea⁸. A partir de 1990, ocorreu no Brasil uma importante mudança no perfil dos indivíduos portadores do HIV, incluindo cada vez mais mulheres, em plena idade reprodutiva. Essa mudança, com maior heterossexualização e feminilização da epidemia apresentou numerosas consequências, dentre as quais destaca-se o aumento do número de crianças infectadas pelo HIV tendo a transmissão vertical como principal via de infecção⁹.

De acordo com o boletim epidemiológico HIV/AIDS publicado em 2018 pelo Ministério da Saúde, a taxa de detecção de AIDS em menores de 5 anos, usada como indicador para o monitoramento da transmissão vertical, apresentou queda nos últimos 10 anos, de 3,5 casos/100.000 habitantes em 2007 para 2,0 casos/100.000 habitantes em 2017, correspondendo a uma queda de 42%¹⁰.

Notadamente naqueles infectados pela transmissão vertical, os familiares, em especial os cuidadores primários, tendem a se deparar com novos desafios, tais como a revelação do diagnóstico, o início e a continuidade da escolarização, a adesão a um tratamento complexo e de longo prazo, a chegada da puberdade e o início da vida sexual¹¹⁻¹².

Estudos indicam que familiares e cuidadores de crianças e adolescentes soropositivos para o HIV tendem a postergar o momento da revelação do diagnóstico por diferentes razões, entre as quais, destacam-se: imaturidade cognitiva da criança para compreender a complexidade da doença, a falta de questionamento, ou até o medo do estigma, sentimento de culpa pela transmissão do HIV e de despreparo para abordar o assunto com a criança ou o adolescente¹³.

No que se refere à adolescência e juventude, indicadores dos diversos contextos apontam esses grupos como prioritários aos empreendimentos e estratégias de proteção e prevenção, face à alta susceptibilidade às doenças sexualmente transmissíveis¹⁴.

Na atual conjuntura, a população adolescente apresenta crescente prevalência de soropositividade ao HIV, sendo o grupo mais precocemente acometido por via sexual direta. Entretanto, os adultos jovens representam uma das faixas etárias de mais alta prevalência, pela possibilidade de a infecção ter ocorrido na adolescência, indicando prioridade absoluta dessa população, visto que a precocidade das medidas de atenção interfere com a evolução da infecção e doença¹⁵⁻¹⁶.

Estudos mostram que quanto maior o número de adolescentes e adultos jovens que vivenciam sua sexualidade com maior liberdade, associadas à fatores ambientais e sociais determinantes, tais como, baixo nível de instrução e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, têm-se elevado o número de casos novos de infecções sexualmente transmissíveis nessas duas populações¹⁷.

Diante do quadro exposto, onde ainda se observa a ocorrência de transmissão vertical do vírus HIV em crianças e adolescentes, além da tendência do aumento de notificações nas populações mais jovens, surgiu o questionamento sobre estudos voltados à população foco desta pesquisa e o porquê de não haver estudos epidemiológicos específicos sobre casos notificados de AIDS em crianças e adolescentes residentes na região Nordeste. Desta forma, neste trabalho procurou-se descrever o perfil epidemiológico das crianças e adolescentes que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana na região Nordeste do país durante os anos de 1985 a 2016.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo, ecológico, que utilizou dados provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), obtidas através do Sistema de Informações do SUS/DATASUS. A população estudada foi composta por crianças (<1 ano a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos) de acordo com a Organização Mundial de Saúde, residentes na região Nordeste do Brasil, no período de 1985 a 2016.

A região estudada faz parte das cinco regiões do Brasil, definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1969. Composta por nove estados, sendo eles, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Piauí, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe, essa região apresenta a segunda maior população em comparação com as outras regiões brasileiras, aproximadamente 53.078,137 pessoas em 2007¹⁸. Dados do censo de 2010 do IBGE confirmam que a Região Metropolitana de Recife e Fortaleza compõem as regiões mais populosas do Nordeste, respectivamente, e demonstram que o Nordeste brasileiro é a região que possui o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país: 0,560¹⁸. Logo, por ser uma região com as características acima descritas, o Nordeste representa uma amostra de intensas desigualdades sociais e econômicas, constituindo um cenário em que, de acordo com as atuais tendências, o alto índice de infecção por HIV faz-se uma realidade.

As variáveis estudadas foram frequência de casos identificados de AIDS por cada estado que compõem a região; faixa etária; categoria de exposição hierarquizada agrupada em: homossexual; bissexual; heterossexual; Uso de Drogas Injetáveis (UDI); transfusão; transmissão vertical e ignorado; raça conforme a autodeclaração em brancos, negros, pardos, amarelos, indígenas, e ignorado; sexo biológico masculino e feminino e escolaridade conforme disponibilizado pelo SINAN: analfabetos, 1º a 4º série incompletas, 4º série completa, 5º a 8º série incompletas, 8º série completa, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo.

Os dados foram tabulados em uma planilha do Microsoft Office Excel 2016® para elaboração do banco de dados. A partir das tabelas geradas foram realizados cálculos de frequência e análise estatística descritiva, para obtenção das características do estudo.

Por tratar-se de um estudo que utiliza dados provenientes de banco de dados secundários de domínio público, não foi necessária submissão e aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando os aspectos éticos e legais propostos pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

3 RESULTADOS

Os dados obtidos demonstraram um total de 4.314 casos de HIV/AIDS na faixa etária de 0 a 19 anos, entre os anos 1985 a 2016, na região Nordeste do país, destacando Pernambuco com 1.096 casos, Bahia com 931, Ceará com 677 e Maranhão com 527 casos.

Em relação ao sexo, nas crianças houve predomínio do sexo feminino (1.095 casos). Nos adolescentes, predominaram os indivíduos do sexo masculino (1.297) (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de pacientes vivendo com HIV em relação ao sexo e faixa etária na região Nordeste (1985-2016)

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
< 1 ano	243	214	457
1-4	535	609	1.144
5-9	270	272	542
10-14	142	169	311
15-19	1.155	921	2.076
Total	2.345	2.185	4.530

Fonte:Ministério da Saúde.DST/AIDS.

Em relação à faixa etária, a incidência do diagnóstico dos indivíduos adolescentes, com idade de 10 a 19 anos de acordo com a OMS, se manteve a mais elevada na maioria dos Estados, excetuando-se a Bahia e o Pernambuco, onde as crianças, com idade menor de um ano a 9 anos obtiveram maior taxa de diagnóstico nos anos analisados. Considerando os dados obtidos, os adolescentes são os mais incidentes ao HIV/AIDS na região Nordeste, representando 52,17% dos casos no período analisado (Tabela 2). Pode-se destacar também que nas crianças, o maior número de diagnósticos aconteceu na idade de 1 a 4 anos em todos os estados analisados.

Tabela 2 – Números de casos confirmados de HIV/AIDS entre os Estados da região Nordeste por faixa etária (1985 a 2016)

Região/UF Res.	< 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
Região Nordeste	446	1.089	528	292	1.959	4.314
Maranhão	60	134	59	28	246	527
Piauí	13	35	21	10	118	197
Ceará	37	189	89	46	316	677
Rio Grande do Norte	15	31	19	17	104	186
Paraíba	11	50	30	22	115	228
Pernambuco	175	276	119	59	467	1.096
Alagoas	18	89	35	20	122	284
Sergipe	14	52	24	13	85	188
Bahia	103	233	132	77	386	931
Total	446	1.089	528	292	1.959	4.314

Fonte : Ministério da Saúde. DST/AIDS.

No tocante à raça autodeclarada, dos 4.314 casos de HIV/Aids diagnosticados, 510 (11,82%) se autodeclararam brancos, 277 (6,42%) pretos, 12 (0,27%) amarelos, 2.245 (52,03%) pardos, 8 (0,18%) indígenas e 1.262 (29,25%) foram ignorados.

O nível de escolaridade também faz relação à incidência de casos na região estudada, os dados analisados demonstraram que dos 3.813 casos, 1.769 (46,38%) não relataram seu grau de escolaridade, gerando, portanto, dificuldade na elaboração do perfil epidemiológico do portador

de HIV/Aids. Entretanto, aos que relataram, podemos perceber que a incidência de casos é superior em indivíduos com baixo nível de instrução escolar.

Dessa forma, o índice de casos de HIV/AIDS relacionados à escolaridade dos 3813 indivíduos foi: Analfabetos, 123 casos (3,22%); 1ª a 4ª série incompleta, 399 casos (10,46%); 4ª série completa, 106 casos (2,77%); 5ª a 8ª série incompleta, 675 casos (17,69%), ensino fundamental completo, 157 casos (4,11%), ensino médio incompleto, 305 casos (7,99%); ensino médio completo, 196 casos (5,16%); ensino superior incompleto, 55 casos (1,44%); ensino superior completo, 28 casos (0,73%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Número de indivíduos em relação ao nível de escolaridade e faixa etária na região Nordeste (1985-2016)

Escolaridade	< 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	Total
Analfabeto	7	22	29	11	54	123
1ª a 4ª série incompleta	0	1	103	67	228	399
4ª série completa	1	1	14	14	76	106
5ª a 8ª série incompleta	6	7	46	88	528	675
Fundamental completo	0	0	0	10	147	157
Médio incompleto	2	0	1	6	296	305
Médio completo	2	0	2	6	186	196
Superior incompleto	1	0	0	0	54	55
Superior completo	0	1	1	2	24	28
Não se aplica	419	1.092	254	4	0	1.769
Total	438	1.124	450	208	1.593	3.813

Fonte:Ministério da Saúde.DST/AIDS.

Em relação a categoria de exposição hierarquizada segundo a faixa etária, nos indivíduos menores de 1 ano até 9 anos de idade houve predomínio da transmissão vertical com 1.938 notificações. Nos adolescentes, com idades de 10 a 19 anos, a relação heterossexual desprotegida representou cerca 1.177 notificações na região Nordeste no período estudado (Tabela 4).

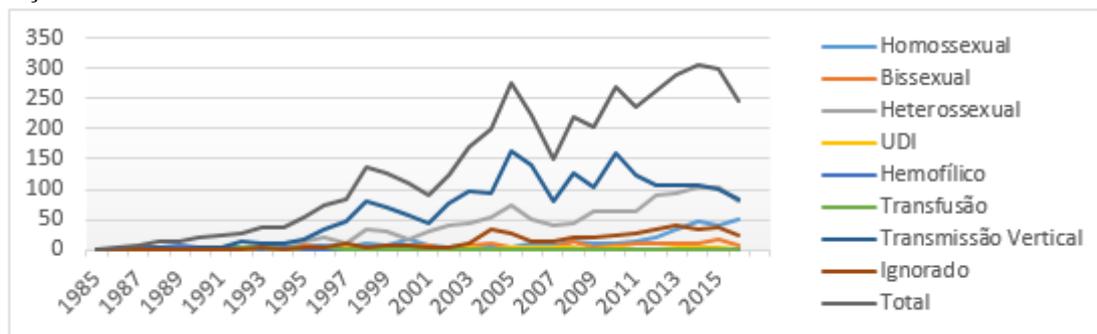
Tabela 4 – Número de pessoas vivendo com HIV/AIDS de acordo com a faixa etária e a categoria de exposição hierarquizada

Categoria de Exposição Hierarquizada	<1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	Total
Homossexual	3	0	1	18	356	378
Bissexual	2	0	1	2	175	180
Heterossexual	19	33	14	71	1.106	1.243
UDI	2	0	0	6	73	81
Hemofílico	0	1	13	11	17	42
Transfusão	1	5	7	11	4	28
Transmissão Vertical	406	1.065	467	149	48	2.135
Ignorado	24	40	39	43	297	443
Total	457	1.144	542	311	2.076	4.530

Fonte: Ministério da Saúde. DST/AIDS⁷.

No tocante a categoria de exposição hierarquizada segundo o ano de notificação, pode-se observar que houve aumento no número de diagnósticos consequentes de relações homossexuais desprotegidas, queda na transmissão vertical, queda nas notificações quanto as relações heterossexuais e no total de notificações (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Frequência por Categoria de Exposição Hierarquizada segundo o ano de notificação na região Nordeste, em crianças e adolescentes



Fonte: Ministério da Saúde. DST/AIDS⁷.

4 DISCUSSÃO

Ao longo das últimas 3 décadas, a AIDS sofreu diversas mudanças em seu perfil epidemiológico². No início da sua epidemia, na década de 80, essa patologia era mais prevalente entre os homossexuais, passando por um processo de feminilização posteriormente. Essa mudança de perfil resultou em dois aspectos importantes: um novo grupo passou a ser incluído neste perfil da síndrome, a mulher. O outro aspecto importante com a feminilização da patologia diz respeito à problemática da transmissão vertical do HIV/AIDS, incluindo um novo grupo populacional na epidemia, as crianças¹⁹⁻²⁰.

Este estudo demonstrou que nas crianças, a incidência de HIV/AIDS foi maior na faixa etária de 1 a 4 anos em todos os estados, indo de encontro à um estudo realizado por Melo, 2013 em Porto Alegre, onde foi evidenciado que a incidência de HIV/AIDS foi maior nas crianças menores de 1 ano, em decorrência do predomínio da amamentação exclusiva, segundo o autor⁹. Um estudo realizado por Leal, em 2015, em um município do Nordeste, revelou que a amamentação exclusiva até os seis meses de idade estava muito aquém da recomendação da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde. O autor relacionou este fato fundamentalmente com o baixo esclarecimento das mães sobre a importância e benefícios do leite materno para seus filhos²¹.

Diante do exposto, nota-se que apesar da mulher nordestina amamentar por um menor tempo, o que em tese reduziria o risco de transmissão vertical, o maior número de diagnósticos

está na faixa etária 1 a 4 anos, levando o autor a acreditar que faltam políticas públicas não somente para a antecipação do diagnóstico bem como à prevenção da transmissão vertical (PTV) por meio de implementação das estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde, sendo elas, intervenções biomédicas onde o foco está na redução do risco a exposição dos indivíduos ao HIV a partir de estratégias que impeçam sua transmissão direta; intervenções comportamentais na abordagem dos diferentes graus de risco a que os indivíduos estão expostos; e intervenções estruturais visando executar estratégias voltadas a interferir nos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos que criam ou potencializam vulnerabilidades dos indivíduos ou segmentos sociais em relação ao HIV²².

Comparando as duas faixas etárias do estudo, percebe-se que há um predomínio do número de diagnósticos nos adolescentes em detrimento das crianças, compatível com outros estudos^{23,1}. A maior prevalência em adolescentes pode ser explicada pelo fato dessa população possuir características de risco para aquisição do HIV, com destaque para a atividade sexual precoce, não uso ou uso descontínuo de preservativo, possuir maior número de parceiros sucessivos ou simultâneos e relacionamentos instáveis²⁴⁻²⁵.

Quando avaliado o sexo, o estudo demonstrou maior prevalência de notificação dos indivíduos masculinos de forma geral, sendo encontradas distribuídos nas faixas etárias dos menores de 1 ano e com idade entre 15 a 19 anos. Entretanto, há um maior número de diagnósticos femininos nas faixas etárias de 1 a 14 anos. Em consonância com este estudo, Melo 2013, revela que, nas faixas etárias correspondentes a crianças e adolescentes, houve predominância do sexo masculino⁹. Contrapondo o presente estudo, foi publicado por Silva, et al., 2017 em uma cidade no Sul do Brasil, um trabalho onde há predominância do sexo feminino de forma geral, sendo encontradas pacientes distribuídas nas faixas etárias de menores de um ano a 9 anos. Nas faixas etárias de 10 a 18 anos, houve predomínio dos indivíduos masculinos²⁶.

Em relação à etnia, o presente estudo revelou preponderância da raça autodeclarada parda na região Nordeste do país. Um estudo realizado por Silva, et al., 2017, em um centro de referência do Sul do Brasil, revelou predominância da raça branca em detrimento à parda, entre as crianças e adolescentes²⁶. Outro estudo realizado por Melo, 2013 também na região Sul, revela predominância da etnia branca⁹. Em conformidade com o presente estudo, Cabral, et al., 2015 realizou um trabalho em Pernambuco que evidenciou a prevalência da raça parda e negra em 58,9% em sua amostra de adolescentes²⁴. A diferença entre a etnia é relevante somente para o controle epidemiológico, não sendo significativa de modo que possa influenciar negativamente ou positivamente as medidas adotadas para uma prática sexual segura²⁷.

No que concerne ao nível de escolaridade, o estudo chama atenção para a maioria do número de indivíduos adolescentes com idade de 15 a 19 anos estarem alocados no grupo de ensino fundamental incompleto. De acordo com o Ministério da Educação, por meio da Resolução N°2 de 9 de outubro de 2018, declara que o ensino fundamental tem duração de 9 anos e abrange toda a população dos 6 aos 14 anos de idade, abrangendo também a população que não teve condições de frequentá-lo nessas condições²⁸. Tendo o estudo demonstrado que a maioria dos adolescentes portadores do vírus estão na faixa etária de 15 a 19 anos e declarou possuir ensino fundamental incompleto, pode-se confirmar que há um atraso na formação desses adolescentes que vivem na região Nordeste.

Em referência a categoria de exposição hierarquizada, o estudo indicou importantes tendências. No que se refere a forma de contaminação segundo a faixa etária, evidenciou-se que, nas crianças, a principal forma de contaminação foi a transmissão vertical. Um estudo realizado em São Paulo, por Santos, et al., 2002, revelou que a transmissão vertical é responsável por mais de 80% dos casos notificados em menores de 13 anos de idade no Estado²⁹. O boletim epidemiológico HIV/AIDS 2018 publicado pelo Ministério da Saúde também reforça o resultado deste estudo quanto à transmissão vertical em pacientes menores de 13 anos (92,3% dos casos)¹⁰.

O presente estudo também demonstrou que nos adolescentes, a principal forma de contágio foi a relação heterossexual desprotegida. O último boletim epidemiológico 2018, em discordância com o estudo, afirma que as relações homossexuais superaram pela primeira vez na história, o número de notificações em comparação as relações heterossexuais em pacientes maiores de 13 anos¹⁰.

No tocante a categoria de exposição hierarquizada segundo o ano de notificação, analisando de 1985 a 2016, pode-se comprovar que nos últimos anos houve uma queda no número de notificações relativas à transmissão vertical. As transmissões por relações heterossexuais no Nordeste ainda superam o diagnóstico por relações homossexuais, entretanto, essa demonstra estar em ascensão, seguindo a tendência brasileira de acordo com o último boletim epidemiológico HIV/AIDS¹⁰. Um estudo realizado em Brasília, por Pereira, et al., 2018, demonstra que, em consonância com este estudo, as notificações por contaminação relativas a categoria de exposição homossexual está aumentando, entretanto, não supera a categoria heterossexual³⁰.

Conclusão

De maneira geral, o estudo conseguiu cumprir seu objetivo de traçar o perfil epidemiológico das crianças e adolescentes do Nordeste do país no intervalo de 1985 a 2016. Sabe-se que há predomínio das notificações em indivíduos do sexo masculino, adolescentes, com

escolaridade de 5° a 8° série incompleta. Quanto à categoria de exposição, nas crianças houve um predomínio da transmissão vertical e nos adolescentes a relação heterossexual desprotegida prepondera.

Desta forma, conclui-se que a região nordeste segue as tendências brasileiras quanto à feminilização da população que vive com HIV, sem ainda ultrapassar as notificações do sexo masculino. O predomínio da escolaridade no Brasil ainda faz referência à população com ensino médio completo, no entanto, tendências atuais demonstra que a escolaridade de 5° a 8° série incompleta está em ascensão, semelhante ao estudo. No que se refere a raça, ainda há discordância, visto que no Brasil a raça branca predomina nas notificações. Quanto à categoria de exposição, as crianças seguem a tendência brasileira, os adolescentes diferem, uma vez que no Brasil houve um predomínio das notificações por relações homossexuais e bissexuais na população jovem¹⁰. Por ser um trabalho de caráter pioneiro na região Nordeste, este pode servir de base para a elaboração de mais estudos na área, e também incentivar os gestores a investir na prevenção, diagnóstico e tratamento da AIDS em crianças e adolescentes, garantindo políticas públicas para a melhoria da saúde desta população e promovendo a prevenção e controle da doença junto à comunidade em geral.

REFERÊNCIAS

1. Silva CB, Paula CC, Lopes LFD, Harzheim E, Magnago TSBS, Schimith MD. Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços. REBEn [Internet]. 2016 mai-jun [citado 2019 out 18]; 69(3):522-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000300522&script=sci_arttext
2. Souza MA, Gratão LHA, Pereira RJ. Perfil Antropométrico e Dietético de Crianças Expostas ao HIV. Revista Cereus [Internet]. 2018 [citado 2019 out 18]; 10(1):65-77. Disponível em: <http://sub1.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/1593>
3. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. Adolescência e Saúde [Internet]. 2005 [citado 2019 out 18]; 2(2):6-7. Disponível em: http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167
4. Machado DM, Succi RC, Turato ER. Transitioning adolescents living with HIV/AIDS to adult-oriented health care: an emerging challenge. J Pediatr [Internet]. 2010 nov-dez [citado 2019 out 18]; 86(6):465-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n6/v86n6a04.pdf>.
5. Ministério da Saúde (BR). 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2019 out 18]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/recomendacoes-para-atencao-integral-adolescentes-e-jovens-vivendo-com-hivaids-2013>
6. Guerra CPP, Seidl EMF. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. Paideia [Internet]. 2009 jan-abr [citado 2019 out 18]; 19(42):59-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n42/08.pdf>.
7. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos de aids identificados no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2019 out 17]. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>
8. Reis LC. Perfil nutricional de crianças e adolescentes portadores de HIV em acompanhamento ambulatorial [tese] [Internet]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008 [citado 2019 out 18]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6133/tde-11092008-163951/en.php>
9. Melo MC. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes com SIDA: série histórica de 1985 a 2012. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2013 set-dez [citado 2019 out 18]; 3(3):418-28. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/8956>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV AIDS, [Internet]. 2018 [citado 2019 out 18]; 49(53):1-72. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>
11. Antle BJ, Wells LM, Goldi RS, Matteo D, King SM. Challenges of parenting for families living with HIV/AIDS. Social Work [Internet]. 2001 abr [citado 2019 out 18]; 46 (2);159-169. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11329645>
12. Thorne C, Newell M, Botet FA, Bohlin A, Ferrazin A, Giaquinto C, et al. Older children and adolescents surviving with vertically acquired HIV infection. JAIDS [Internet]. 2002 [citado 2019 out 18]; 29:396-401. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11917245>

13. Guerra CPP, Seidl EMF. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. Paideia [Internet]. 2009 jan-abr [citado 2019 out 18]; 19(42):59-65. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3054/305423764008.pdf>
14. Pereira BS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HS, Silva CAL, 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, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [citado 2019 out 18]; 19(3):747-58. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n3/747-758/pt>
15. Costa MCO, Santos BC, Souza KEP, Cruz NLA, Santana MC, Nascimento OC. HIV/AIDS e Sífilis em Gestantes Adolescentes e Adultos Jovens: Fatores de Exposição e Risco dos Atendimentos de um Programa em DST/HIV/AIDS na Rede Pública de Saúde/SUS, Bahia, Brasil. RBSP [Internet]. 2011 [citado 2019 out 18]; 35(Supl. 1):179-85. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSupl1/a2308.pdf>
16. Camargo BV, Giacomozzi AI, Wachelke JFR, Aguiar A. Relações Amorosas, Comportamento Sexual e Vulnerabilidade de Adolescentes Afrodescendentes e Brancos em Relação ao HIV/aids. Saude soc [Internet]. 2010 [citado 2019 out 18]; 19(Supl. 2):36-50. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902010000600005&script=sci_arttext
17. Fernandes AMS, Antonio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2000 [citado 2019 out 18]; 16(Sup. 1):103-12. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0732.pdf>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. CENSO 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [citado 2019 out 18]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=3&idnoticia=1766&t=censo-2010-populacao-brasil-190-732-694-pessoas&view=noticia>
19. Gomes MAT, Cabral IE, Schilkowsky LB. Crianças com HIV/AIDS de uma unidade ambulatorial pública: conhecendo seu perfil. Ver Soc Bras Enferm Pediatr [Internet]. 2004 dez [citado 2019 out 18]; 4(2):55-68. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol4-n2/v.4_n.2-art1.pesq-criancas-com-hiv-aids.pdf
20. Rigoni E, Pereira EOS, Carvalho FT, Piccinini CA. Sentimentos de mães portadoras de HIV/Aids em relação ao tratamento preventivo do bebê. Psico-USF [Internet]. 2008 jan-jun [citado 2019 out 18]; 13(1):75-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v13n1/v13n1a10.pdf>
21. Leal AB, Sousa AF, Florentino ECL, Silva LRB, Menezes CC. Perfil do aleitamento materno exclusivo e fatores determinantes do desmame precoce em município do semi-árido da Região Nordeste. Rev Bras Pesq Saúde [Internet]. 2014 jul-set [citado 2019 out 18]; 16(3):84-91. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/10155/6896>
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2019 out 18]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
23. Deienno MCV, Farias N, Chencinski J, Simões RN. Perfil dos usuários do serviço de aconselhamento no serviço de assistência especializada em DST/Aids Campos Elíseos, município de São Paulo, Brasil. Bepa [Internet]. 2010 [citado 2019 out 18]; 7(74):13-22. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v7n74/v7n74a03.pdf>

24. Cabral JVB, Santos SSF, Oliveira CM. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e clínico dos casos de HIV/aids em adolescentes no estado de Pernambuco. *Rev Uniara* [Internet]. 2015 [citado 2019 out 18]; 18(1):148-63. Disponível em: <http://revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/345/312>
25. Wolf E, Herbeck JT, Rompaey SV, Kitahata M, Thomas K, Pepper G, et al. Short Communication: Phylogenetic Evidence of HIV-1 Transmission Between Adult and Adolescent Men Who Have Sex with Men. *AIDS Research and Human Retroviruses* [Internet]. 2017 [citado 2019 out 18]; 33(4):318-22. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/AID.2016.0061>
26. Silva CM, Webber RNMR, Peder LD, Horvath JD, Vieira-Teixeira JJ, Bertolini DA. Prevalência de HIV em crianças/adolescentes em um centro de referência no sul do Brasil. *Rev Pre Infec e Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2019 out 18]; 3(3):30-7. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6605/pdf>
27. Ministério da Saúde (Brasil). Programa Nacional de DST e Aids. PCAP: Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 citado 2019 out 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf
28. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução nº 2, de 9 de Outubro de 2018 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2018 out 10 [citado 2019 out 18]; Seção 1:10. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/44709546
29. Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev Bras Epidemiol* [Internet], 2002 [citado 2019 out 18]; 5(2):286-310. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2002000300007&script=sci_arttext&tlng=en
30. Pereira GFM, Shimizu HE, Bermudez XP, Hamann EM. Epidemiologia do HIV e aids no estado do Rio Grande do Sul, 1980-2015. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2018 [citado 2019 out 18]; 27(4):1-11. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000500300