

Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças¹

HIV/ Aids among adolescents in Brazil and France: similarities and differences

Stella R. Taquette

Doutora em Medicina. Professora Associada da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Endereço: Av. Prof. Manoel de Abreu 444, Vila Isabel, CEP 20550-170, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: stella.taquette@gmail.com

¹ Projeto financiado pelo Ministério da Saúde – UNESCO

Resumo

Com objetivo de analisar a epidemia de Aids na França e no Brasil, especialmente entre adolescentes, realizou-se revisão crítica de literatura, documentos oficiais e verificação *in loco* de serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes. Utilizaram-se as categorias que compõem o conceito de vulnerabilidade como base teórica da análise. O Brasil em relação à França tem o triplo do número de casos de Aids, proporcionalmente à sua população. Na França houve declínio ininterrupto da incidência a partir de 1998 e, no Brasil, a redução iniciou somente em 2002, voltando a aumentar em 2008. O acesso universal ao tratamento antirretroviral (ARV) e a tendência de pauperização, feminização e heterossexualização da epidemia está presente em ambos os países. Entre adolescentes brasileiros, o número de casos é proporcionalmente 3,5 vezes mais elevado e estes vivem em contextos de maior vulnerabilidade: têm iniciação sexual mais precoce, usam menos preservativos e a escolaridade é menor. Na França a educação sexual nas escolas é prevista em lei, a notificação da Aids e do HIV são obrigatórias, o acesso a serviços para adolescentes com confidencialidade é facilitado, e há disponibilidade de exames para DST e interrupção voluntária da gravidez oportunizando prevenção e tratamento de agravos sexuais.

Palavras-chave: HIV/Aids; Adolescência; Saúde sexual e reprodutiva; Educação sexual; Doenças sexualmente transmissíveis.

Abstract

In order to analyze the Aids epidemic in France and Brazil, particularly among adolescents, a critical review of literature, official documents and on-site verification of services for sexual and reproductive health for adolescents was held. The concept of vulnerability and its categories were used as theoretical basics of analysis. In comparison to France, Brazil has three times the number of Aids cases in proportion to its population. In France there was a continuous decline in the incidence of this disease from 1998 onwards; in Brazil, the decline started in 2002, but there was a rise in cases in 2008. Both countries offer universal access to ARV treatment and the epidemic shows a trend of impoverishment, feminization and heterosexualization. Among Brazilian adolescents, the number of cases is proportionally 3,5 times higher; they have an earlier sexual initiation, use condoms less frequently and schooling is shorter. In France schools are obliged by law to offer regular educational activities on sexuality, the notification of Aids and HIV are mandatory; the access of adolescents to health services with confidentiality is facilitated, there is availability of tests for STDs and of voluntary interruption of pregnancy, which offer conditions for prevention and treatment of sexual disorders.

Keywords: HIV/Aids; Adolescence; Sexual and Reproductive Health; Sex Education; Sexually Transmitted Diseases.

Introdução

O Ministério da Saúde do Brasil dispõe desde 1990 de Programa de Cooperação Técnica e Científica Brasil-França na área da Aids, pelo qual profissionais dos dois países intercambiam conhecimentos sobre o enfrentamento da epidemia, para fazer frente às necessidades programáticas da política nacional na área de Aids.

No âmbito desta cooperação foi realizado o estudo intitulado “Prevenção de DST- Aids e seus agravos à adolescência”, no Centre Régional de Ressources d’Information et de Prévention sur le VIH/SIDA - CRIPS (Centro Regional de Recursos de Informação e de Prevenção sobre o HIV - Aids), em Paris, associação criada em 1988 por iniciativa do Conselho Regional da *Île-de-France* com o apoio do Ministério da Saúde francês (CRIPS ILE-DE-FRANCE, 2010). Esta instituição, financiada pelo poder público, tem por objeto apoiar e realizar ações de prevenção e de luta contra a Aids com jovens. Desde 1992 o CRIPS coordena programas de educação para a saúde destinados aos adolescentes do ensino secundário e supletivo. O objetivo geral destes programas é permitir que os adolescentes reflitam sobre as situações às quais são confrontados, que se apropriem das informações que lhes são oferecidas afim de serem capazes de proteger sua saúde.

O Projeto que deu origem a esta cooperação teve como objetivo verificar por quais meios a França enfrenta a epidemia de Aids em adolescentes, analisar as diferenças de contextos culturais e sua influência na vulnerabilidade à doença, de forma a oferecer subsídios às políticas públicas brasileiras. Em relação à sexualidade na adolescência, questionava-se sobre: a idade média de início das relações sexuais, frequência de uso do preservativo, presença ou não de desigualdade de gênero, políticas de educação em saúde sexual e reprodutiva adotadas pelo governo francês, entre outras. No campo das políticas públicas, objetivou-se conhecer a oferta de serviços de saúde para adolescentes e analisar como são realizados os atendimentos, se há autonomia, respeito à confidencialidade, se há políticas voltadas para o público adolescente *gay*, entre outras.

O quadro atual de Aids em adolescentes no Brasil indica que há uma feminização mais intensa que

nas outras faixas etárias, bem como aumento entre homens que fazem sexo com homens (HSH). Daí a necessidade de desenvolver estratégias de educação e de comunicação em saúde direcionadas aos grupos populacionais mais vulneráveis, assim como políticas de prevenção de DST/ Aids em todos os níveis: municipal, estadual e federal.

O estudo se fundamenta na análise de bibliografia pertinente dos dois países, incluindo leis e documentos oficiais sobre dados epidemiológicos de HIV e Aids e os Planos Governamentais de Enfrentamento à Epidemia; além disso, foi feita visita *in loco* a serviços voltados para o atendimento de adolescentes e jovens, observações de atividades educativas em escolas e entrevistas com profissionais de saúde franceses envolvidos tanto na prevenção e na atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes como no atendimento de pacientes portadores de HIV e Aids. Utilizaram-se as categorias que compõem o conceito de vulnerabilidade como base teórica da análise (Ayres e col., 2003).

A Aids na França

A França é o maior país da União Européia, com uma população total de 62.616.488 habitantes em 2009 (Banque Mondiale, 2009a). A esperança de vida ao nascer é de 77,8 anos para homens e 84,5 anos para as mulheres, sendo esta última a mais elevada da Europa. A frequência escolar é obrigatória por lei dos seis aos 16 anos.

O número total de casos de Aids diagnosticados do início da epidemia até 31 de dezembro de 2009 foi de 65.279 (0,1% da população total), sendo cerca de 80% do sexo masculino (Institut de Veille Sanitaire, 2009). A partir de 1998, a incidência vem diminuindo progressivamente. Entre os homens, o principal modo de contaminação é a via homo/bissexual e nas mulheres, a heterossexual. Houve um aumento proporcional gradativo do número de casos de transmissão heterossexual entre eles. No período I (até 1997), a via homo/bissexual representou 54,6% das infecções masculinas, que apresentaram redução para 36,1% no período II (de 1998 a 2009). Ao contrário, a via heterossexual representou 13,1% no período I e 36,1% no II, ou seja, quase triplicou. No ano de 2009 o número de casos

de transmissão heterossexual entre os homens foi maior do que os de transmissão homo/bissexual. No caso das mulheres, no período I a transmissão heterossexual representou 47% do total de casos e as usuárias de drogas injetáveis UDI, 34%. No período II o percentual de transmissão heterossexual subiu para 78% e das UDI reduziu a 11,6% (Institut de Veille Sanitaire, 2009).

Quanto à distribuição por sexo, verifica-se uma redução na proporção de casos entre homens e mulheres a partir de 1998. No período I, o número de casos entre homens representava 82% do total e o de mulheres 18%, com uma proporção de 4,5 casos em homens para 1 caso em mulher. No período II, houve diminuição do número total de casos e também na proporção homem/mulher. O percentual de casos entre os homens neste período foi de 71,3% e em mulheres 28,3%, ou seja, 2,5 casos entre homens para cada caso em mulher (Institut de Veille Sanitaire, 2009).

A análise da nacionalidade dos pacientes com Aids na França indica que o maior número de casos depois dos cidadãos franceses ocorreu entre os originários da África sub-saariana, com uma tendência de aumento gradativo do percentual de casos entre os últimos. Na distribuição por nacionalidade reagrupada por sexo, verifica-se que a feminização da epidemia se dá principalmente à custa das originárias da África subsaariana, que apresentam 2,5 vezes mais casos do que as francesas (Institut de Veille Sanitaire, 2009).

A distribuição por faixa etária dos casos de Aids mostra um percentual bastante reduzido de diagnósticos na faixa etária adolescente, de 10 a 19 anos: 0,6%. Destaca-se que nesta faixa etária há proporcionalmente mais casos entre o sexo feminino, que perfazem 40,4% do total. Isto é mais significativo quando se sabe que no cômputo geral de casos o percentual entre mulheres é de 20,7%.

Na França a saúde é pública e acessível a todos. Para adolescentes, o Estado oferece serviços de saúde especialmente voltados às suas especificidades (*“Espace Santé Jeune”*). O atendimento é gratuito, desburocratizado e com garantia de anonimato e confidencialidade. São oferecidas consultas de ginecologia/obstetrícia, psicologia, odontologia e nutrição. Há disponibilidade de exames laborato-

riais para diagnóstico de DST (sífilis, hepatite B e C, clamídias, HIV) e de interrupção voluntária da gravidez, permitida por lei desde 1975 até a décima semana de gestação, sem a obrigatoriedade, para as menores de idade, do consentimento dos responsáveis, apenas de um representante maior de 18 anos (Assemblée Nationale de France, 1975).

Na visita *in loco* a três serviços de saúde para adolescentes pode-se confirmar a disponibilidade e a qualidade do atendimento oferecido a eles. Segundo Laurence Levy, conselheira conjugal do primeiro serviço visitado, MGEN CS (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale), Centro de Planificação Familiar, ali são realizadas diversas atividades, entre elas planejamento familiar, atendimento obstétrico e ginecológico, exames laboratoriais para diagnóstico de gravidez e DST (HIV, hepatite B e C, clamídias, sífilis) e ultrassonografia.

No segundo serviço de saúde visitado, "Espace Santé Jeune", localizado em Nanterre, a enfermeira responsável, Sra. Geneviève Dogbé, informou que há atendimento de adolescentes e jovens de 12 a 25 anos, também de forma gratuita, anônima e confidencial para qualquer demanda de saúde. O local dispõe de médicos (clínico e gineco-obstetra), psicólogos, dentista, nutricionista, além de exames laboratoriais, ultrassonografia e distribuição de insumos de prevenção (preservativos e contraceptivos). As consultas atendem a demandas espontâneas ou agendadas, sendo o tempo máximo de espera de uma semana para atendimento psicológico. Atividades educativas são realizadas rotineiramente nestes espaços. Este serviço também atende solicitações de atividades educativas de orientação em saúde e prevenção nas escolas e na própria comunidade.

O terceiro serviço visitado, sob a direção de Michelle Orbach Roulière, no "Centre Municipal de Santé" de Issy-Les-Moulineaux, apresenta características semelhantes aos demais já relatados. Pode-se constatar nos três serviços de saúde visitados que não há qualquer dificuldade para adolescentes obterem atendimento. Ressalta-se, dentre as propostas de trabalho educativo verificadas, a que contribuiu para o aumento da autoestima dos adolescentes, tornando-os capazes de fazer escolhas mais seguras e saudáveis. Esse trabalho é realizado principalmente pelas psicólogas das equipes.

Outros serviços de saúde visitados foram o Hospital Trousseau, especializado no atendimento a crianças, e o Hospital Tenon, de atendimento geral, cujo chefe do setor de doenças infectocontagiosas, Dr. Guillaume Le Loup, destacou a política de enfrentamento ao HIV/Aids na França. No primeiro, a Dra. Catherine Dollfun, responsável pelo ambulatório de HIV/Aids, informou sobre o atendimento de pacientes até os 15 anos que contraíram o HIV por transmissão vertical. Dra. Catherine chamou a atenção para a feminização da epidemia de Aids na França, especialmente entre as adolescentes de ascendência africana. Essas adolescentes se relacionam com homens de sua mesma cultura e origem; a prevalência de Aids nos países da África é muito maior do que na França, portanto suas chances de contaminação são bem maiores. Destacou-se, também, a situação socioeconômica mais precária, assim como a menor escolaridade desta parcela populacional.

Outro local visitado foi o consultório da Dra. Athéa, médica ginecologista, autora do livro "*Parler de sexualité aux ados. Une éducation à la vie affective et sexuelle*" (2006). Segundo Athéa, o primeiro exame ginecológico das adolescentes na França acontece, em geral, aos 17 anos, principalmente motivada pela busca de orientação contraceptiva antes do início das primeiras relações sexuais.

Quanto à prevenção entre adolescentes, uma das atividades regulares e prevista em lei desde 2001 é a educação para a saúde sexual e afetiva nas escolas, realizada em três seções anuais, associada à distribuição de preservativos (Jourdain-Menninger e Aubin, 2009). Nas visitas aos espaços escolares e às atividades educativas nos *Lycées Auguste Renoir*, *Louis Armand* e *École Nationale Chimie-Physique Biologie* pode-se verificar as variadas técnicas de animação utilizadas, como: grupos de teatro com apresentação de comédias sobre Aids seguidas de debate, psicodrama e teatro espontâneo, palestras sobre o tema vida afetiva e sexual e outras.

Na França a idade média da primeira relação sexual está estável desde 1965, em torno dos 17,5 anos para homens e 18 anos para mulheres. 87,6% dos homens e 84,2% das mulheres utilizam preservativo na primeira relação sexual. Esta norma preventiva está fortemente integrada nas novas gerações, porém não da mesma forma em todas as classes sociais. O uso

do preservativo na primeira relação sexual é menos frequente entre as mulheres de menor escolaridade e entre aquelas que dão mais importância à religião (Moreau e col., 2007).

A notificação da Aids é obrigatória desde 1986. Com a terapia antirretroviral (ARV) a partir de 1996, o prognóstico da doença foi modificado e, em consequência, a evolução do número de casos de Aids deixou de refletir a dinâmica da epidemia. A partir desta verificação, constatou-se a pertinência de se notificar também os casos de HIV para fins de vigilância epidemiológica. Em 2003 passou a ser obrigatória a notificação do HIV e o início da terapia ARV hoje é preconizado quando o número de células CD4 é menor ou igual a 500 células/mm³ (Institut de Veille Sanitaire, 2009).

O Plano Nacional de Aids 2010-2014 tem como principal ação a realização de rastreamento nacional do HIV em todas as pessoas de 15 a 80 anos, para diagnóstico e tratamento precoce do HIV. Segundo o *Ministère de la Santé*, aproximadamente 40-50 mil pessoas estão infectadas pelo HIV sem saber e em cada quatro diagnósticos é tardio. Tal plano visa mudar radicalmente a dinâmica da epidemia em cinco anos, através de ações que incluem, além do rastreamento do HIV na população geral, a divulgação de informações sobre exposição ao risco e reforços direcionados aos grupos mais vulneráveis, notadamente os HSH, que têm uma incidência anual 200 vezes maior que a população heterossexual (France, 2010).

Em relação ao público específico de adolescentes e jovens, o Plano prevê que a informação preventiva deve ser oferecida a eles desde a entrada na vida sexual para favorecer comportamentos de prevenção no momento de aprendizagem das relações afetivas e sexuais. São ressaltados os conhecimentos sobre as DST, principalmente a respeito da frequência das infecções por clamídias assintomáticas, nas redes de comunicação mais modernas (internet, redes sociais). O Plano prevê também a atenção especial aos jovens sob proteção judicial que manifestam uma entrada mais precoce na sexualidade.

A Aids no Brasil

A população brasileira em 2009, segundo dados do Banque Mondiale (2009b) era de 193.733.795 habitantes. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geo-

grafia e Estatística - IBGE, a esperança média de vida ao nascer é de 69,4 anos para os homens e 77 anos para as mulheres. Quanto ao nível de escolaridade, observa-se que o sistema escolar ainda não garante o acesso a todos, pois grande parte da população não chega ao ensino médio. Na faixa etária dos 15 aos 17 anos, 50,9% apresentam inadequação entre a idade e o nível educacional. Em 2009, a média de anos de estudo das pessoas de 15 anos ou mais era 7,5 anos, inferior aos oito anos necessários para a conclusão do o ensino fundamental obrigatório (IBGE, 2010).

O número de casos de Aids notificados de 1980 até junho de 2011 foi de 608.230, segundo Boletim Epidemiológico Aids - DST do Ministério da Saúde 2011. Verificou-se, em 2010, uma taxa de incidência de 17,9/100.000 habitantes. Há predomínio de casos do sexo masculino, porém com tendência de feminização: em 2010 houve 1,7 casos novos em homens para cada caso em mulheres. A taxa de incidência no Brasil está estabilizada, com diminuição na Região Sudeste e aumento nas demais regiões (Boletim Epidemiológico, 2010/2011). A categoria de exposição mais frequente e em ascensão é a heterossexual, em seguida homo/bissexual. Verifica-se uma tendência de aumento na população jovem. Pesquisa realizada entre jovens de 17 a 20 anos conscritos no Exército revela que a prevalência nesta população aumentou de 0,09% em 2002 para 0,12% em 2007 (Szwarcwald e col., 2011).

Para fins de comparação com os índices da França até 2009, ressaltam-se os dados epidemiológicos do Ministério da Saúde consolidados até junho de 2009 (Brasil, 2012) que apontam um total de 544.846 casos desde o início da epidemia, sendo 65,2% no sexo masculino e 34,8% no feminino. No Período I, de 1980 a 1997, esses percentuais foram de 75,9% e 24,1% para homens e mulheres respectivamente. No segundo período, de 1998 a junho de 2009, de 61,7% e 39,9%, ou seja, houve aumento do número de casos em mulheres. Quanto à exposição, destaca-se o predomínio da via heterossexual em todo o período, tendo-se acentuado no decorrer do tempo. No Período I estes casos representaram 31% e no Período II, 45,7%. Entretanto, apesar do decréscimo dos casos entre homossexuais e o aumento de outras categorias de exposição, quando se comparam as taxas de incidência verifica-se o maior risco dos

HSH. De acordo com estudo de Barbosa Júnior e colaboradores (2009), a dinâmica da epidemia de Aids no Brasil mostra que os HSH apresentam um risco maior.

Na análise global da epidemia, verifica-se que o número de casos de Aids se manteve em escala ascendente até 2002, quando iniciou quadro de diminuição da incidência até 2007; houve ligeiro aumento em 2008 e 2009. A via de transmissão por UDI representou 12,3% do total da epidemia em 1998, mas vem reduzindo sua incidência desde então, sendo apenas 2,6% dos casos em 2008. A transmissão vertical passou de 2,3% do total de casos para 1,1% em 2008. Todos esses percentuais, entretanto, são prejudicados pelo alto índice de infecções em que o item via de exposição foi ignorado. Do total da epidemia, os ignorados representam 25,3% dos casos e no ano de 2008, 52,7%, ou seja, mais da metade dos casos notificados (Brasil, 2012).

Em relação à incidência por faixa etária, os dados mostram um aumento do percentual do número de casos na faixa etária de 17 a 20 anos, que nos cinco últimos anos passou de 0,09% para 0,12% (Brasil, 2012). No cômputo geral da epidemia, de 1980 até 2009, 2,1% dos casos foram diagnosticados entre 13 e 19 anos, sendo 50,3% no sexo masculino e 49,7% no feminino. É nesta faixa etária a menor razão entre em homens e mulheres no número de casos. No município do Rio de Janeiro, desde 1996 há mais casos em adolescentes do sexo feminino, chegando em 2009 a quase dois casos em mulher para cada homem (Taquette e col., 2011).

A idade de início da atividade sexual no Brasil tem diminuído no decorrer dos anos e há relação entre escolaridade, idade da primeira relação e o uso de preservativo. Quanto mais baixa a idade e a escolaridade, menor a chance do uso do preservativo. Estudo realizado por Teixeira e colaboradores (2006) em três capitais de estados brasileiros revelou que a primeira experiência sexual com penetração ocorreu com até 14 anos de idade em 53% da amostra. Pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde em 2007 verificou que o início da atividade sexual acontece em média aos 15,3 anos e aproximadamente 36% têm o primeiro coito antes dos 15 anos. Outros estudos (Abramovay e col., 2004; Taquette e col., 2004) apontam a idade média de 14 anos e meio para os meninos

e 15 anos para as meninas para o primeiro coito.

Comparando-se os dados epidemiológicos da França e do Brasil, pode-se identificar que o Brasil tem proporcionalmente à sua população o triplo do percentual de casos da França, com mais casos diagnosticados no Período II, 382.030, contra 162.816 do Período I. Ao contrário da França, que do Período I para o II reduziu o número de casos quase a um terço - de 48.509 para 16.770. Verifica-se em ambos os países uma tendência de acometimento das parcelas mais pobres da população, de heterossexualização e feminização da epidemia, porém mais intensa no Brasil. Destaca-se também o maior percentual de casos entre adolescentes no Brasil, 3,5 vezes maior do que na França. Esses dados podem ser visualizados nas Tabelas 1 e 2.

O sistema de notificação brasileiro apresenta um índice muito elevado de casos cuja via de exposição é ignorada: isto pode ser um sinal de lacunas no processo desde o diagnóstico até a comunicação oficial às autoridades sanitárias. No período I, de 1980 a 2009, o percentual de casos de via de exposição não conhecida foi de 25,3% do total de casos diagnosticados no Brasil e de apenas 6,9% na França.

As políticas de enfrentamento da epidemia de Aids no Brasil têm dois grandes objetivos: reduzir a transmissão do HIV, das doenças sexualmente transmissíveis e das hepatites virais e melhorar a qualidade de vida das pessoas já infectadas. Para alcançar estes objetivos trabalha-se prioritariamente em seis grandes eixos: fortalecimento da rede de atenção e linhas de cuidado às DST, Aids e hepatites virais; prevenção, diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e das hepatites virais e redução de risco e vulnerabilidade; promoção de direitos humanos e articulação com redes e movimentos sociais; aprimoramento e desenvolvimento da vigilância, informação e pesquisa; aprimoramento da governança e da gestão; e acesso universal aos medicamentos, preservativos e outros insumos estratégicos. Além destes eixos estratégicos, o Departamento de DST e Aids do Ministério da Saúde dispõe de programas de cooperação técnica internacional que proporcionam possibilidades reais de trocas de experiência entre os países (Brasil, 2012) e Planos e Programas específicos voltados para públicos prioritários como o Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das

Tabela 1 - Distribuição do número de casos de Aids na França e no Brasil, segundo período do diagnóstico, via de exposição e sexo

FRANÇA	Período Total 80- 2009 (até dez 09) n (%)	Período I 80-97 n (%)	Período II 98- 2009 (até dez 09) n (%)	BRASIL	Período Total 80- 2009 (até jun 09) n - %	Período I 80-97 n - %	Período II 98- 2009 (até jun 09) n - %
Casos	65.279 (100)	48.509 (100)	16.770 (100)	Casos	544.846	162.816	382.030
Via de Exposição							
Homo/bi	26.057 (39,9)	21.722 (44,8)	4.335 (25,8)	Homo/bi	98.502 (18,2)	46.300 (28,4)	52.202 (13,7)
Hetero	17.344 (26,6)	9.304 (19,2)	8.040 (47,9)	Hetero	224.913 (41,3)	50.443 (31)	174.470 (45,7)
UDI	13.484 (20,6)	11.351 (23,4)	2.133 (12,7)	UDI	67.009 (12,3)	38.097 (23,4)	28.912 (7,6)
Ignorado	4.508 (6,9)	2552 (5,3)	1956 (11,7)	Ignorado	138.081 (25,3)	19.989 (12,3)	118.092 (30,9)
Sexo							
Masculino	51.795 (79,3)	39.775 (82)	12.020 (71,7)	Masculino	377.604 (65,2)	123.947 (75,9)	235.657 (61,7)
Feminino	13.484 (20,7)	8.734 (18)	4.750 (28,3)	Feminino	201.774 (34,8)	39.453 (24,1)	152.321 (39,9)

Tabela 2 - Distribuição dos casos de Aids na França e no Brasil segundo a faixa etária e o sexo

FRANÇA	1980 a 2009			
Idade	n (%)	Homens	Mulheres	Total
10 a 19	361 (0,6)	215 (59,5)	146 (40,4)	361 (100)
20 a 29	11.110 (17)	7.902 (71,1)	3.208 (28,9)	11.110 (100)
Outras	53.808 (82,4)	43.678 (81,2)	10.130 (18,8)	53.808 (100)
Total	65.279 (100)	51.795 (79,3)	13.484 (20,7)	
BRASIL	1980 a 2009			
Idade	n (%)	Homens n (%)	Mulheres n (%)	Total n (%)
13 a 19	12.456 (2,1)	6.269 (50,3)	6.187 (49,7)	12.456 (100)
20 a 29	154.023 (6,6)	95.415 (61,9)	58.608 (38,1)	154.023 (100)
Outras	412.911 (71,3)	275.920 (66,8)	136.991 (33,2)	412.911 (100)
Total	579.390 (100)	377.604 (65,2)	201.786 (34,8)	

DST entre gays, HSH e travestis, o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids /outras DST, Plano de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, Plano Nacional de Controle das Hepatites, Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, Programa Integrado para Ações Afirmativas para Negros - Afrotitute, Projeto Redução de Danos para UDI, Povos Indígenas, Profissionais do Sexo, entre outros. Destaca-se como resultado importante da iniciativa brasileira o grande decréscimo das taxas de Aids em UDI, relacionado principalmente à política nacional de redução de danos que proporcionou

aumento das práticas de uso seguro de drogas injetáveis e migração do uso destas drogas para outras formas de drogas (Barbosa Júnior e col., 2009).

O Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) visa atingir o público específico de adolescentes escolares. Uma de suas propostas é realizar ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, articulando os setores de saúde e de educação com vistas a contribuir para a redução da infecção pelo HIV/DST e dos índices de evasão escolar causada pela gravidez na população de 10 a 24 anos (Brasil, 2006). O SPE é gerido de forma descentralizada, por meio de grupos de trabalho

compostos por membros das três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Esses grupos contam com a participação também da sociedade civil, universidades e outros parceiros locais, agregando diferentes iniciativas regionais que contribuam para o fortalecimento da resposta nacional à epidemia de HIV/Aids. Em 2008, todos os estados brasileiros dispunham de grupos gestores estaduais, porém as ações do SPE eram desenvolvidas por apenas 600 municípios (cerca de 10% do total de municípios brasileiros). O SPE é a principal política pública de prevenção dos agravos da atividade sexual desprotegida entre adolescentes e jovens e estratégia fundamental para a redução da vulnerabilidade deste estrato populacional ao HIV/Aids.

Discussão

Analisando-se a epidemia de Aids a partir do conceito de vulnerabilidade, pode-se constatar que em relação aos fatores individuais, na França a vulnerabilidade dos adolescentes é menor, pois estes têm um início mais tardio da atividade sexual e a utilização do preservativo é mais frequente. Há vários anos o uso de preservativo na primeira relação sexual é de 85%. Ou seja, o risco que depende do indivíduo é baixo, ainda mais levando em consideração que adolescentes mais velhos têm uma escolaridade maior, o que aumenta a compreensão sobre os riscos; consequentemente, o indivíduo tem maior chance de se proteger.

Esse comportamento sexual mais protegido observado na França, segundo Rudelic-Fernandez (2002), é resultado de mudança cultural provocada pela Aids: pela necessidade de preveni-la, a discussão sobre sexualidade passou a existir no âmbito de instituições onde antes não ocorria, como, por exemplo, na escola. Falar sobre sexualidade se tornou mais fácil. A Aids contribuiu para que as pessoas se permitissem revelar suas angústias sexuais e abriu caminho para uma nova arte erótica. A sexualidade passou a integrar um espaço de diálogo que incluiu a erotização da relação sexual e também a gestão “a dois” do prazer e do risco. Do outro lado, no Brasil, a discussão sobre sexualidade na sociedade e nos espaços de convivência de adolescentes e jovens, a exemplo das escolas, ainda não avançou o suficiente

para provocar mudanças culturais relevantes. Não se debatem as situações vivenciadas na realidade de suas vidas e as angústias provocadas por elas. O discurso ainda é o da normatização do comportamento, que convive com a erotização alardeada de forma intensa nos meios de comunicação. Os adolescentes vivem situação paradoxal na qual são incentivados precocemente a exercitarem seus desejos e ao mesmo tempo recebem mensagens de que ter sexo na adolescência é precoce e inadequado (Taquette, 2009).

Quanto aos fatores sociais, na França a grande oferta do sistema educacional aliada à obrigatoriedade legal de frequência à escola até os 16 anos e à ampla divulgação de informação e liberdade de expressão diminuem a vulnerabilidade, pois a consciência do risco é maior. Verificam-se, entretanto, alguns contextos de vulnerabilidade semelhantes aos do Brasil, como a homofobia, a desigualdade de gênero e a violência contra a mulher (Bousquet, 2009; Laborde, 2010; Sida Info Service, 2010).

No campo das ações programáticas, das políticas públicas, o Ministério da Saúde francês reedita a cada quatro anos um novo plano de ação e metas de enfrentamento à epidemia de Aids. Algumas diferenças com os programas brasileiros se destacam, como a obrigatoriedade da notificação tanto do HIV como da Aids e a política de incentivo ao rastreamento precoce do HIV com tratamento ARV de todos os casos HIV + em que o nível de CD4 for menor ou igual a 500 células/mm³. Objetiva-se alcançar um público estimado de 50 mil pessoas na França hoje que são soropositivas sem saber. A meta é atingir todas as pessoas de 15 a 70 anos, independente da noção do risco de exposição, além de alcançar sistematicamente pacientes em determinadas circunstâncias, como suspeita ou diagnóstico de DST, hepatite C, tuberculose, projeto de gravidez, IVG, primeira prescrição de contraceptivos, violência sexual e encarceramento. Quando a soropositividade é reconhecida, há uma melhora no comportamento preventivo para a Aids e redução da transmissibilidade. Foi demonstrado em estudo realizado em 2008 que 81% dos pacientes com HIV tratados há pelo menos seis meses com uma combinação de ARV tiveram uma carga viral <50 cópias/ml (France, 2010). Este aspecto, além

de melhorar a perspectiva de vida destes pacientes, favorece um melhor controle da epidemia, pois há uma relação entre o nível de viremia plasmática e o risco de transmissão. Portanto, o rastreamento e tratamento dos pacientes HIV positivos são medidas preventivas importantes complementadas pelo uso do preservativo. Por outro lado, a probabilidade de modificação do comportamento sexual com a adoção de medidas preventivas é bem maior nos indivíduos que conhecem sua soropositividade do que naqueles que a ignoram (ORS, 2010).

A notificação obrigatória do HIV já foi ressaltada por outros autores. Hoje em dia, com as intervenções profiláticas e terapêuticas disponíveis que aumentam consideravelmente o período assintomático, a interpretação dos dados baseados unicamente nos casos de Aids é insuficiente (Paixão, 2000). No Brasil, o tratamento de adultos infectados pelo HIV assintomáticos é indicado pelo Ministério da Saúde quando o CD4 é menor que 350 células/mm³ (Brasil, 2010a). Outras ações a serem destacadas são as desenvolvidas em serviços de saúde sexual e reprodutiva específicos para adolescentes e jovens, a permissão para a IVG (interrupção voluntária da gravidez) em gestantes de qualquer idade com até 12 semanas de gestação e a obrigatoriedade de todas as escolas de nível médio realizarem atividades educativas sobre sexualidade no mínimo três vezes por ano com grupos homogêneos de alunos, além da acessibilidade a preservativos. Existe também disponível uma linha telefônica para informações sobre Aids (em 2004, 21,5% das chamadas foram feitas por jovens, a maioria entre 20 e 24 anos). Este serviço foi criado em 1990 e reagrupa vários dispositivos telefônicos e de internet que intervêm no campo da saúde (HIV, DST, sexualidade, direitos dos pacientes, urgências sanitárias e sociais). É anônimo, confidencial, gratuito e acessível 24h, sete dias por semana (IFOP, 2007).

No Brasil a notificação obrigatória da Aids ao Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN) se iniciou em 1993 e, a partir de 31 de agosto de 2010, a sífilis adquirida e a síndrome do corrimento uretral masculino passaram também a ser doenças de notificação compulsória. A notificação do HIV só é obrigatória nas gestantes e recém-natos (Brasil, 2010a). Por outro lado, a disponibilidade

de serviços públicos de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes é baixa, segundo demonstram alguns estudos (Taquette, 2009; Pereira e Taquette, 2013). Além disso, exames para diagnóstico de DST, principalmente para clamídias, não existem rotineiramente na maioria dos serviços. Isso talvez explique a intensidade da feminização da Aids na faixa etária adolescente, extrato populacional em que há grande prevalência de DST assintomáticas.

Subsídios às políticas públicas

Tomando como base a experiência francesa de enfrentamento à epidemia de Aids e a realidade brasileira, algumas medidas viáveis poderiam contribuir para a redução dos índices de infecção no Brasil, em especial na faixa etária adolescente.

Em curto prazo, a estratégia definida para o Programa Saúde e Prevenção na Escola deveria ser ampliada, oferecendo aos adolescentes escolares informações sobre a prevenção dos agravos relativos à atividade sexual e desenvolvendo ações de promoção da saúde, como, por exemplo, a distribuição gratuita em larga escala do preservativo masculino. A escola é o lugar ideal de ensinar a pensar, portanto, deve ensinar as pessoas a pensar a sexualidade também. A educação sexual é parte obrigatória da educação para a vida e a escola é vista como um lugar apropriado para isso. Porém, as atividades propostas não devem apenas ser informativas, mas servir como momentos para escuta e diálogo sobre experiências reais das relações afetivo-sexuais dos estudantes, que provoquem reflexões, favorecendo a ampliação da competência emocional e propiciando mudanças de comportamento.

Do ponto de vista das estratégias informativas, é fundamental uma maior difusão de informação sobre as DST, principalmente as assintomáticas, que acabam tendo o diagnóstico retardado. Outras formas de divulgação a serem intensificadas: campanhas televisivas e disponibilização de número telefônico gratuito (0800) para informações e solução de dúvidas e questionamentos sobre HIV/DST/ Aids.

A notificação compulsória do HIV deveria ser implantada, associada à instauração do teste rápido gratuito em todos os municípios do país, com capacitação dos profissionais de saúde no acolhimento

e no aconselhamento pré e pós-teste e na questão do anonimato. Evidencia-se a necessidade de investimentos na melhoria e ampliação do acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes visando não apenas o diagnóstico e tratamento das DST, mas também a disponibilização de informações contraceptivas e insumos de prevenção, incluindo aí a melhora da qualidade do pré-natal. Em longo prazo, a redução das desigualdades e iniquidades, ou seja, da violência estrutural da sociedade brasileira, é uma meta a ser perseguida para a garantia dos direitos à saúde de todos e a mudança do perfil atual da Aids, que evidencia tão nitidamente as injustiças sociais.

Referências

- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. (Org.). *Juventudes e sexualidade*. Brasília, DF: Unesco, 2004.
- ASSEMBLÉE NATIONALE DE FRANCE. *Loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse*. France, 1975. Disponível em: <<http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/interruption/sommaire.asp>>. Acesso em: 29 nov. 2010.
- ATHÉA, N. *Parler de sexualité aux ados: une éducation à la vie affective et sexuelle*. Paris: Groupe Eyrolles, 2006.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- BANQUE MONDIALE. *Données*: France. [S.l.], 2009. Disponível em: <<http://donnees.banquemondiale.org/pays/france>>. Acesso em: 29 nov. 2010.
- BANQUE MONDIALE. *Données*: Brésil. [S.l.], 2009. Disponível em: <<http://donnees.banquemondiale.org/pays/bresil>>. Acesso em: 29 nov. 2010.
- BARBOSA JUNIOR, A. et al. Tendências da epidemia de Aids entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 727-737, 2009.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, ano VIII, n. 1, 2010/2011.
- BOUSQUET, D. *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes*. [S.l. ; s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1799-t1.asp>>. Acesso em: 4 nov. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas*. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.472 de 31 de agosto de 2010. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 01 de setembro de 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV*. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/suplemento_II_web.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *A Aids no Brasil*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 29 nov. 2012.
- CRIPS ILE-DE-FRANCE. *Qui sommes nous?* Disponível em: <<http://www.lecrips-idf.net/rubrique36.html>>. Acesso em: 25 set. 2010.
- FRANCE. Ministère de la Santé et des Sports. *Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014*. [S.l. : s.n.], 2010. Disponível em: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2010.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais 2010*. [S.l. ; s.n.], 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=1717>. Acesso em: 8 fev. 2011.

IFOP - INSTITUT FRANÇAIS D'OPINON PUBLIQUE. *Les jeunes face au sida: représentations et comportements face à l'épidémie*. [S.l.], 2007. Disponível em: <www.ifop.com/media/poll/jeunes_sida.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE. *Données issues de la déclaration obligatoire du VIH au 31 décembre 2009*. [S.l.], 2009. Disponível em: <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>. Acesso em: 29 nov. 2010.

JOURDAIN-MENNINGER, D.; AUBIN, C. *La prévention des grossesses non désirées: information, éducation et communication: Rapport*. [S.l. : s.n], 2009. Disponível em: <lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000048/0000.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2010.

LABORDE, F. *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la proposition de loi, adoptée par l'assemblée nationale, renforçant la protection des victimes et la prévention et la répression des violences faites aux femmes*. [S.l. : s.n], 2010. Disponível em: <www.senat.fr/rap/ro9-553/ro9-5531.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2010.

MOREAU, C. et al. Activité sexuelle, IST, contraception stabilisée. In : INPES - INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION. *Baromètre Santé 2005*. Saint-Denis, 2007. p. 328-353.

ORS - OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE D'ÎLE-DE-FRANCE. Suivi de l'infection à VIH/sida en Île-de-France. *Bulletin de Santé: Épidémiologie en Ile-de-France*. Paris, n.16, p. 1-20, déc. 2010.

PAIXÃO, M. T. *Metodologia para a vigilância epidemiológica da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em Portugal: perspectivas*. In: I CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS PORTUGAL: à descoberta de desafios partilhados na luta contra a SIDA. 2000. portugal. Disponível em: http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=30&CommID=21. Acesso em: 29 set. 2012.

PEREIRA, S. M.; TAQUETTE, S. R. A consulta ginecológica sob a ótica de estudantes do ensino médio da cidade do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. v. 47, n. p. 2-10, 2013.

RUDELIC-FERNANDEZ, D. A sexualidade dos jovens em tempos de Aids: atos e falas. In: BORILLO, D. et al. (Org.). *A sexualidade tem futuro?* São Paulo: Loyola, 2002. p. 55-72.

SIDA INFO SERVICE. *L'homophobie, savoir et réagir*: brochure à destination des enseignants et de tous les professionnels travaillant auprès des jeunes. 5^{ème} éd. [S.l. : s.n], 2010. Disponível em: <www.lecrips.net/GED/77744.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2010.

SZWARCWALD, C. L. et al. HIV-related risky practices among Brazilian young men, 2007. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, p. S19-S26, 2011. Suplemento 1.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 282-290, 2004.

TAQUETTE, S. R. O paradoxo da moral sexual na adolescência e as DST/Aids. In: _____. (Org.). *Aids e juventude: gênero, classe e raça*. Rio de Janeiro: UERJ, 2009. p. 135-154

TAQUETTE, S. R. et al. A epidemia de Aids em adolescentes de 13 a 19 anos no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 467-470, 2011.

TEIXEIRA, A. M. F. B. et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1385-1396, 2006.

Recebido em: 01/03/2012

Reapresentado em: 01/10/2012

Aprovado em: 25/10/2012