

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**JÚLIA VALÉRIA FERREIRA CORDELLINI**

**SABERES E ORIENTAÇÕES SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE  
ADOLESCENTES INFECTADOS E NÃO INFECTADOS PELO HIV**

**CURITIBA**

**2013**

**JÚLIA VALÉRIA FERREIRA CORDELLINI**

**SABERES E ORIENTAÇÕES SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE  
ADOLESCENTES INFECTADOS E NÃO INFECTADOS PELO HIV**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina de Oliveira Rodrigues**

**Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lídia Natalia Dobrianskyj Weber**

**CURITIBA**

**2013**

Cordellini, Júlia Valéria Ferreira

Saberes e orientações sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes infectados e não infectados pelo HIV / Júlia Valéria Ferreira Cordellini. Curitiba, 2013.

157f.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina de Oliveira Rodrigues

Coorientadora: Profa. Dra. Lídia Natalia Dobrianskyj Weber

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. Transmissão Vertical de Doença Infecciosa. 3. Adolescente. 4. Saúde Sexual e Reprodutiva. 5. Direitos Sexuais e Reprodutivos. I. Título. II. Rodrigues, Cristina de Oliveira. III. Weber, Lídia Natalia Dobrianskyj.

NLM: WC 140

# *Parecer*

A banca examinadora, instituída pelo colegiado do **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente**, do Setor de Ciências Saúde, da Universidade Federal do Paraná, após arguir a Mestranda

*Júlia Valéria Ferreira Cordellini,*

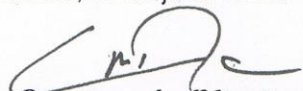
em relação ao seu trabalho de Dissertação intitulado:

**“SABERES E ORIENTAÇÕES SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES INFECTADOS E NÃO INFECTADOS PELO HIV”.**

É de parecer favorável à *Aprovação* da acadêmica, habilitando-a ao título de *Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente*, área de concentração em *Pediatria*.

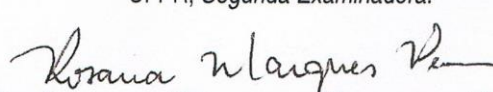
A obtenção do título de Mestre está condicionada as correções sugeridas pelos membros da banca examinadora e ao cumprimento integral das exigências estabelecidas nas Normas Internas deste Curso de Pós-Graduação.

Curitiba, 24 de julho de 2013.

  
*Professora Cristina de Oliveira Rodrigues*  
UFPR, Orientadora e Presidente da Banca Examinadora.

  
*Professora Ana Paula Almeida de Pereira*  
UFPR, Primeira Examinadora.

  
*Professora Marta Francis Benevides Rehme*  
UFPR, Segunda Examinadora.

  
*Professora Rosana Marques Pereira*  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação  
Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente

*Dedico este trabalho a Deus, por sua  
proteção e luz na minha vida.*

*Aos meus pais, Adalberto e Valdeci  
(in memoriam), pelo exemplo de força, fé,  
integridade e amor parental.*

*Ao meu marido Marcelo, que sempre apoiou,  
com sua inteligência, amor e solidariedade, o  
desenvolvimento dos meus projetos pessoais  
e profissionais.*

*Às minhas filhas, Marcela e Daniela, que  
preenchem minha vida com sua alegria e  
ternura, trazendo beleza e juventude ao  
nosso lar.*

*Aos meus familiares, pelo carinho e vínculo  
que nos une.*

*Aos adolescentes, pela beleza de sua  
diversidade e potencial de vida.*

## AGRADECIMENTOS

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina de Oliveira Rodrigues, um agradecimento especial, pela paciência, exemplo profissional e orientação desta pesquisa.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lídia Natalia Dobrianskyj Weber, pelo conhecimento transmitido, principalmente nos aspectos qualitativos e na coorientação desta pesquisa.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosana Marques Pereira e à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Oliveira de Carvalho, coordenadora e vice-coordenadora, do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Paraná, pelo profissionalismo e apoio.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Nunes Lima, pelo auxílio e orientação na análise estatística dos dados.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Almeida de Pereira, coordenadora do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Paraná, pelo apoio ambulatorial ao meu projeto de pesquisa.

À equipe dos ambulatórios de Infectologia (pediátrico e de adultos) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo acolhimento e ajuda nos meses em que acompanhei o atendimento dos pacientes, especialmente Dr. Tony Tannous Tahan e Dra. Cléa Elisa Lopes Ribeiro.

À Dr.<sup>a</sup> Beatriz E. B. V. Bermudez, responsável pelo ambulatório de Adolescentes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo acolhimento, amizade e valiosa ajuda durante toda a pesquisa e desenvolvimento da dissertação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Paraná, e a todos que participaram da qualificação, pelas sugestões e orientações fornecidas.

À Universidade Federal de Alagoas, ao Instituto do Servidor do Estado do Rio de Janeiro e ao Setor de Adolescência do Departamento de Pediatria da Universidade de São Paulo, que foram responsáveis pela minha formação profissional.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Ignez Saito, ex-chefe do Setor de Adolescência do Departamento de Pediatria da Universidade de São Paulo, que me capacitou a atuar na área de medicina do adolescente.

À Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, pelo apoio à criação e desenvolvimento do Programa Adolescente Saudável e a todos os amigos e colegas de trabalho pela amizade e parceria nas ações do dia a dia. Especial agradecimento "aos amigos do CIS", pela ajuda técnica na fase final da dissertação.

Aos membros do Departamento Científico de Adolescência da Sociedade Paranaense de Pediatria pelos trabalhos desenvolvidos na área acadêmica e pela amizade todos esses anos.

Às Organizações Não Governamentais, pela receptividade e viabilidade na realização da pesquisa em suas dependências.

Aos adolescentes, em especial aos soropositivos para o HIV, pelas sugestões nos questionários, participação na pesquisa, e que pelo fato de serem pessoas especiais, preenchem de alegria, desafios e atualidades a minha vida profissional.

À Léa G. Iankilevich, pela valiosa ajuda na pesquisa de dados nos prontuários dos adolescentes infectados pelo HIV e planilhas conferidas.

A todos que direta ou indiretamente, embora não citados, auxiliaram de alguma forma na concretização deste trabalho.

*...Tenho andado distraído,  
Impaciente e indeciso  
E ainda estou confuso...*

Quase Sem Querer (Legião Urbana)  
Compositores: Dado Villa-Lobos /  
Renato Russo / Marcelo Bonfá

*...Eu sei é tudo sem sentido  
Quero ter alguém  
Com quem conversar  
Alguém que depois  
Não use o que eu disse  
Contra mim...*

Andrea Doria (Legião Urbana)  
Compositores: Dado Villa-Lobos /  
Renato Russo / Marcelo Bonfá



## RESUMO

Em decorrência da terapia antirretroviral (TARV) uma grande proporção de crianças com HIV adquirido no período perinatal sobreviveu e atingiu a adolescência e idade adulta jovem, trazendo novos desafios para os profissionais de saúde, principalmente referentes aos aspectos preventivos e assistenciais da sexualidade e saúde reprodutiva desses adolescentes. O objetivo deste trabalho foi comparar os conhecimentos e as orientações recebidas sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes infectados pelo HIV, por transmissão vertical, e de adolescentes não infectados pelo HIV, suas opiniões sobre os direitos sexuais e reprodutivos, identificando também os sentimentos sobre a doença e sobre a adolescência. Foi realizado um estudo observacional, analítico, transversal, com coleta de dados prospectiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, nos Serviços de Infectologia Pediátrica e de Adultos e no Ambulatório de Adolescentes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no período de junho de 2010 a agosto de 2011. Sessenta e um adolescentes HIV+, que sabiam de seu estado sorológico, representaram o grupo de estudo e sessenta e um adolescentes HIV- representaram o grupo controle. O Grupo HIV+ teve menor conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, porém, ao comparar a saúde sexual com a saúde reprodutiva, ambos os grupos mostraram um menor conhecimento sobre a saúde reprodutiva. O Grupo HIV+ foi quem mais expressou a opinião sobre os direitos sexuais e reprodutivos, recebeu menos orientação sobre a anticoncepção de emergência, "*ficou*" e namorou menos. Ambos os grupos iniciaram atividade sexual em torno dos 15 anos, com seus "*ficantes*" ou namorados, referiram ter usado preservativos nas relações sexuais, mas não referiram o hábito de buscá-los. Encontrou-se um percentual considerável de adolescentes que não responderam sobre um cuidado efetivo relacionado à prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Gravidez, na primeira relação sexual e nem nas seguintes. O sentimento de "ser igual aos outros", foi muito maior no Grupo HIV+, que também referiu não ter dificuldade para aceitar que é soropositivo. Responderam ter menos raiva, revolta e dúvidas e uma tendência a ter mais pena de si mesmo, indiferença e vergonha que os do Grupo HIV-. Os resultados sugerem que o conhecimento dos adolescentes sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva precisa ser melhorado, principalmente daqueles com HIV/Aids, visto os enfrentamentos que eles precisam realizar nas relações afetivas, sexuais e sociais. Há necessidade de espaços para os adolescentes expressarem e refletirem sobre seus sentimentos. Os profissionais e cuidadores também necessitam se qualificar e ajudá-los, principalmente no desenvolvimento de sua autonomia e resiliência.

**Palavras-chave:** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Transmissão Vertical de Doença Infecciosa. Adolescente. Saúde Sexual e Reprodutiva. Direitos Sexuais e Reprodutivos.

## ABSTRACT

Due to the anti-retroviral therapy, a large proportion of children with perinatally acquired HIV has survived and reached adolescence and young adult age, bringing new challenges to health providers, especially those related to the preventive and assistencial aspects of their sexual health and sexuality. The objective of this study was to compare the knowledge and the orientations received about sexual and reproductive health of HIV-infected adolescents, via vertical transmission, to those of non HIV infected adolescents, also their opinions about sexual and reproductive rights, and identifying their feelings about the disease and about adolescence. It was conducted an observational, analytical, cross-sectional and prospective data collection, with qualitative and quantitative approach, at the Pediatric and Adult Infectology department and the outpatient clinic of adolescence from "Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná", from June 2010 to August 2011. Sixty-one HIV-positive (HIV+) adolescents, who knew about their HIV-status, formed the study group and sixty-one HIV-negative (HIV-) adolescents formed the control group. The HIV+ group showed less knowledge on sexual and reproductive health than the HIV- group, but when comparing sexual health to reproductive health, both groups showed less knowledge about reproductive health. The HIV+ group expressed more opinions on the sexual and reproductive rights, received less guidance on emergency contraception, had fewer "hook-ups" and relationships. Both groups became sexual active around 15 years old, with their "hook-ups" or partners, reported having used contraceptive (condoms) on their sexual intercourse, but not the habit of active seeking the contraceptive. It was found a considerable percentage of adolescents who did not answer the question about an effective care on the prevention of Sexually Transmitted Diseases/Pregnancy neither on their first or following sexual intercourses. The sentiment of "being like others" was more present in the HIV+ group, which also reported not having difficulty accepting being serum positive, reported having less anger, sentiment of rebellion and doubts, and showed a tendency to less self-pity, indifference and shame than the HIV- group. Results suggest that adolescents' knowledge about sexual and reproductive rights and health need improving, especially those with HIV/Aids, seeing the difficulties they encounter on their sentimental, sexual and social relationships. There is the need for places where adolescents express and reflect on their feelings. Health professionals and caretakers also need to be qualified to help them, mainly in the development of their autonomy and resilience.

**Keywords:** Acquired Immunodeficiency Syndrome. Infections Disease Transmission Vertical. Adolescent. Sexual and Reproductive Health. Sexual and Reproductive Rights.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DE UMA OU MAIS FONTES DE LEITURA SOBRE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	57
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DE UMA OU MAIS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	58
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS PRÁTICAS SEXUAIS E SOCIAIS RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	63
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DE UM OU MAIS LOCAIS ONDE OS ADOLESCENTES HIV+ E HIV- RELATARAM PEGAR PRESERVATIVO MASCULINO.....	64
GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE MASTURBAÇÃO RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	69
GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE MENSTRUÇÃO RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	70
GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE PRIMEIRA EJACULAÇÃO RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	71
GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO DA ORIENTAÇÃO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS RELATADA POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	72
GRÁFICO 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	73
GRÁFICO 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE GRAVIDEZ RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	74

GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE ABORTO RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- ...	75
GRÁFICO 12 - DISTRIBUIÇÃO DE UMA OU MAIS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE DST RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	76
GRÁFICO 13 - DISTRIBUIÇÃO DE UMA OU MAIS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE VACINAS RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	77
GRÁFICO 14 - DISTRIBUIÇÃO DE UMA OU MAIS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE DROGAS PSICOATIVAS RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	78
GRÁFICO 15 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS EM RELAÇÃO À ORIENTAÇÃO RECEBIDA SOBRE EVENTOS DA VIDA COTIDIANA RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	78
GRÁFICO 16 - DISTRIBUIÇÃO DE UMA OU MAIS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE EVENTOS DA VIDA COTIDIANA RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	79

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	53
TABELA 2 -	DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ADOLESCENTES HIV+ E HIV- À QUESTÃO: "O QUE VOCÊ ENTENDE POR SAÚDE SEXUAL?" .....	54
TABELA 3 -	DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ADOLESCENTES HIV+ E HIV- À QUESTÃO "O QUE VOCÊ ENTENDE POR SAÚDE REPRODUTIVA?" .....	56
TABELA 4 -	OPINIÃO DE ADOLESCENTES HIV+ E HIV- SOBRE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS.....	58
TABELA 5 -	DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ADOLESCENTES HIV+ E HIV-EM RELAÇÃO À QUESTÃO: "OS ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV E OS NÃO INFECTADOS SE RELACIONAM IGUALMENTE COM SEUS NAMORADOS/FICANTES? POR QUÊ?" .....	60
TABELA 6 -	DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO PRINCIPAL CUIDADO NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-.....	64
TABELA 7 -	DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO SEGUNDO CUIDADO NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-.....	65
TABELA 8 -	DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO PRIMEIRO CUIDADO NAS ATIVIDADES SEXUAIS PARA PREVENIR DST/GRAVIDEZ RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	67
TABELA 9 -	DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO SEGUNDO CUIDADO NAS ATIVIDADES SEXUAIS PARA PREVENIR DST/GRAVIDEZ RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	67

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO À ORIENTAÇÃO RECEBIDA SOBRE AS DST RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	75
TABELA 11 - TOTAL DE ORIENTAÇÕES RECEBIDAS PELOS ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	80
TABELA 12 - SENTIMENTOS PERGUNTADOS AOS ADOLESCENTES HIV+ E HIV- .....	80

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOA	- Associação Curitibana dos Órfãos da Aids
Aids	- Acquired Immunodeficiency Syndrome
APAV	- Associação Paranaense Alegria de Viver
ARV	- Antirretroviral
CEPAL	- Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CIPD	- Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CIPD+5	- Conferência de Avaliação de Cinco Anos da Implementação do Programa de Ação do Cairo
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBRASGO	- Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FÊNIX	- Fênix Ações pela Vida
HC	- Hospital de Clínicas
HIV	- Human Immunodeficiency Virus
IP	- Inibidores da protease
ITRNN	- Inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos
MS	- Ministério da Saúde
NESA	- Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONG	- Organizações Não Governamentais
PCAP	- Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira
RNJVHA	- Rede Nacional de Adolescentes e Jovens vivendo com HIV/Aids
SBP	- Sociedade Brasileira de Pediatria
SUS	- Sistema Único de Saúde
TARV	- Terapia Antirretroviral
TCLE	- Termo de consentimento livre e esclarecido
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UNAIDS	- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNFPA	- United Nations Population Fund

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	19
1.1 OBJETIVOS.....	22
1.1.1 Objetivo geral.....	22
1.1.2 Objetivos específicos.....	22
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	23
2.1 AIDS E TRANSMISSÃO VERTICAL.....	23
2.2 ADOLESCÊNCIA.....	27
2.3 SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA.....	30
2.4 DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS.....	36
<b>3 PACIENTES E MÉTODOS</b> .....	38
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	38
3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO.....	38
3.3 GRUPO HIV+.....	39
3.3.1 Casuística.....	39
3.3.2 Critérios de inclusão.....	39
3.3.3 Critérios de exclusão.....	40
3.3.4 População de estudo.....	40
3.3.5 Amostra e técnica de amostragem.....	40
3.4 GRUPO HIV-.....	41
3.4.1 Casuística.....	41
3.4.2 Critérios de inclusão.....	41
3.4.3 Critérios de exclusão.....	41
3.4.4 População de estudo.....	42
3.4.5 Pareamento.....	42
3.5 HIPÓTESES.....	42
3.6 VARIÁVEL DE ESTUDO.....	42
3.7 PROCEDIMENTOS.....	43
3.7.1 Elaboração dos instrumentos de coleta de dados.....	43
3.7.2 Instrumentos de coletas de dados (questionários).....	45
3.8 ANÁLISE, REGISTRO E GERENCIAMENTO DE DADOS.....	47
3.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	48



3.10 ÉTICA EM PESQUISA.....	49
3.11 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA .....	49
3.12 FOMENTOS PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS.....	50
<b>4 RESULTADOS</b> .....	51
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	51
4.2 SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA.....	54
4.3 DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS.....	57
4.4 PRÁTICAS SEXUAIS E SOCIAIS.....	62
4.5 CUIDADOS NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL.....	64
4.6 CUIDADOS NAS ATIVIDADES SEXUAIS PARA PREVENIR DST/GRAVIDEZ .....	66
4.7 ORIENTAÇÕES RECEBIDAS .....	69
4.7.1 Masturbação .....	69
4.7.2 Menstruação .....	70
4.7.3 Primeira ejaculação .....	71
4.7.4 Métodos anticoncepcionais.....	72
4.7.5 Anticoncepção de emergência.....	73
4.7.6 Gravidez .....	74
4.7.7 Aborto .....	74
4.7.8 Doenças sexualmente transmissíveis.....	75
4.7.9 Vacinas .....	77
4.7.10 Drogas psicoativas .....	77
4.7.11 Comportamentos na vida cotidiana .....	78
4.8 SENTIMENTOS .....	80
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	82
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	82
5.2 SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA.....	83
5.3 DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS.....	87
5.4 PRÁTICAS SEXUAIS E SOCIAIS.....	94
5.5 CUIDADOS NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL E NAS ATIVIDADES SEXUAIS PARA PREVENIR DST/GRAVIDEZ.....	97
5.6 ORIENTAÇÕES RECEBIDAS .....	99
5.7 SENTIMENTOS .....	110

<b>6 CONCLUSÕES.....</b>	<b>116</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES .....</b>	<b>117</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SUJEITOS A PARTIR DE 18 ANOS ....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS CUIDADORES/FAMILIARES RESPONSÁVEIS LEGAIS PELOS ADOLESCENTES E MENORES.....</b>	<b>131</b>
<b>APÊNDICE 3 - TERMO DE ASSENTIMENTO PARA OS ADOLESCENTES ....</b>	<b>132</b>
<b>APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO 1 .....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICE 5 - QUESTIONÁRIO 2 .....</b>	<b>139</b>
<b>APÊNDICE 6 - CATEGORIZAÇÃO SEMÂNTICA DAS RESPOSTAS ABERTAS DE ADOLESCENTES HIV+ E HIV-.....</b>	<b>144</b>
<b>ANEXO 1 - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS .....</b>	<b>155</b>
<b>ANEXO 2 - DECLARAÇÃO DE JOVENS DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE.....</b>	<b>156</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade em função de seu caráter pandêmico e de sua gravidade (BRASIL, 2010). Em 2011 foi estimado que houvesse no mundo cerca de 34 milhões de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (UNAIDS, 2012). No Brasil, de 1980 a junho de 2011, foram notificados 608.230 casos de Aids, sendo 32.273 casos no Paraná (BRASIL, 2012). Em Curitiba, de 1984 a dezembro de 2012, foram notificados 9.682 casos de Aids, sendo 282 na faixa etária de 10 a 19 anos (CURITIBA, 2013). Desde os primeiros casos notificados a epidemia da Aids acometeu indivíduos jovens. A primeira notificação nesse segmento populacional ocorreu em 1982 (UNFPA, 2008), e todos os anos no Brasil são notificados cerca de 3.500 novos casos de Aids entre adolescentes e jovens de 12 a 24 anos (UNAIDS, 2010b). No que diz respeito à razão de gênero, na faixa etária de 13 a 19 anos, o número de casos de Aids é maior entre as meninas, e essa inversão é observada desde 1998, com 0,8 homens para 1 mulher (UNAIDS, 2010). Paulatinamente tem se observado uma interiorização, juvenização, heterossexualização e feminização da epidemia (BRASIL, 2006; UNFPA, 2008; TAQUETTE, 2009; UNAIDS, 2010a, b).

Em decorrência, principalmente, da disponibilidade de terapia antirretroviral (TARV), no mundo desenvolvido, uma grande proporção de crianças com HIV adquirido no período perinatal sobreviveu e alcançou a adolescência e idade adulta jovem (BROGLY *et al.*, 2007; MACHADO; SUCCI; TURATO, 2010; KOENIG; NESHEIM; ABRAMOWITZ, 2011).

No Brasil, o acesso universal e gratuito a TARV pelo Sistema Único de Saúde (SUS) também vem mostrando esse cenário, ampliando os desafios dos cuidados nos serviços de saúde (MARQUES *et al.*, 2006; SPINARDI *et al.*, 2008). Esse fato também foi referido por Paiva *et al.* (2011), ao afirmarem que adolescentes crescendo com uma infecção sexualmente transmissível, de caráter crônico, com todas as implicações e os estigmas associados ao HIV, constituem uma situação ainda desconhecida, e, deste modo, mostra-se imprescindível conhecer as necessidades, os sentimentos, os conceitos e preconceitos dos adolescentes e jovens vivendo com

HIV no que se refere à sexualidade e à vida reprodutiva, subsidiando políticas e serviços dirigidos a esses pacientes. Eles são progressores lentos, apresentam comprometimento imunológico e exposição a antirretrovirais variáveis. Normalmente encontram-se nos estágios iniciais da puberdade, apresentam fortes vínculos com os serviços de saúde e cuidadores. Os principais problemas encontrados na assistência a esses pacientes são: a revelação do diagnóstico, orfandade, desestruturação familiar e o início da atividade sexual (SPINARDI *et al.*, 2008; BRASIL, 2009).

A adolescência é um período da vida que compreende, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a faixa etária entre os 10 e 19 anos (SAITO, 2001b; BRASIL, 2007; CRESPI, 2007; MACHADO; SUCCI; TURATO, 2010). Esse período é extremamente relevante para a construção do sujeito individual e social, devendo, porém, ser considerado o risco e a vulnerabilidade (SAITO, 2001a). Segundo Yunes e Szymanski (2001), o conceito de risco, foi usado pelos epidemiologistas em associação a grupos e populações, e a vulnerabilidade referindo-se aos indivíduos e às suas suscetibilidades ou predisposições a respostas ou consequências negativas. Ayres *et al.* (2003) apontam que o conceito de vulnerabilidade ao HIV/AIDS pode ser descrito, como os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento. No plano individual, a avaliação de vulnerabilidade ocupa-se, basicamente, dos comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV (relação sexual, uso de drogas injetáveis, transfusão sangüínea e transmissão vertical). No plano social, a vulnerabilidade vem sendo avaliada em termos dos seguintes aspectos: a) acesso à informação; b) quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação locais; c) acesso e qualidade dos serviços de saúde; d) nível geral de saúde da população, mediante comportamento de indicadores de saúde; e) aspectos sócio-políticos e culturais de segmentos populacionais específicos; f) grau de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade desses sujeitos fazerem ouvir suas necessidades nas diversas esferas decisórias; g) grau de prioridade política (e econômica) dada à saúde; h) condições de bem-estar social, como moradia, escolarização, entre outros. Conectando o plano

individual e o social, está o plano programático, pois a vulnerabilidade de cada indivíduo está diretamente relacionada ao modo como os serviços de saúde e os demais serviços sociais, permitem que, em contextos determinados, se mobilizem os recursos ali necessários para a proteção das pessoas à infecção e ao adoecimento pelo HIV. Um dos riscos e vulnerabilidades desta fase está relacionado à saúde sexual e reprodutiva, e uma das principais condutas de risco à Aids é a relação sexual sem preservativos (CAMARGO; BOTELHO, 2007). As abordagens que objetivam reduzir as condições de vulnerabilidade, a adoção de práticas sexuais seguras, com o uso de preservativos em todas as relações sexuais, a promoção dos direitos humanos e a redução do estigma, permanecem como estratégias centrais da política brasileira de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e ao HIV (BRASIL, 2008c). Marinho (1994) já alertava para a necessidade de se abordar as singularidades da sexualidade humana na prevenção da Aids, e Cruz (2007) ressaltou que a Aids representa na atualidade mais do que uma doença, visto tratar-se de um fenômeno social que trouxe à tona um profundo debate sobre valores ligados à sexualidade, às relações de gênero, à moral e aos direitos humanos.

Deve-se oferecer, portanto, uma atenção integral à saúde de jovens e adolescentes vivendo com HIV/Aids, que não seja centrada exclusivamente no tratamento da infecção e na sobrevivência dos infectados, mas considerar necessidades fundamentais e os direitos humanos, sua saúde integral e sua qualidade de vida (AYRES *et al.*, 2006; PAIVA *et al.*, 2011). É importante também promover a participação dos homens em questões relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva e o seu engajamento na defesa e na promoção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (UNFPA, 2008).

A literatura tem poucas referências sobre o conhecimento referente à saúde sexual e saúde reprodutiva, comportamentos sexuais e sentimentos dos adolescentes infectados pelo HIV, por transmissão vertical. Considerando-os como sujeitos de direitos sexuais, o desafio desta pesquisa foi conhecer melhor estas questões, para subsidiar uma efetiva atenção integral a este segmento populacional. Partiu-se de um pressuposto que os adolescentes infectados e os não infectados pelo HIV eram semelhantes, nessas três questões: conhecimento sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva, comportamentos sexuais e sentimentos referentes a ser adolescente infectado pelo HIV e de ser adolescente, respectivamente.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Avaliar os conhecimentos e as orientações recebidas sobre saúde sexual e reprodutiva em adolescentes infectados pelo HIV, por transmissão vertical, e em adolescentes não infectados pelo HIV.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico de adolescentes infectados pelo HIV, por transmissão vertical, e de adolescentes não infectados pelo HIV.
- Comparar os padrões de comportamento sexual de adolescentes infectados e não infectados pelo HIV.
- Analisar os conhecimentos e as opiniões destas duas populações de adolescentes sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos.
- Comparar as orientações recebidas destas duas populações de adolescentes acerca do direito e da saúde sexual e reprodutiva, drogas psicoativas, vacinação e comportamentos da vida cotidiana.
- Relacionar os sentimentos de adolescentes infectados sobre a situação de infecção pelo HIV e de ambos os grupos em relação à fase de adolescência.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 AIDS E TRANSMISSÃO VERTICAL

HIV é a sigla em inglês para vírus da imunodeficiência humana. Causador da Aids, acomete o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+, onde o vírus se multiplica e faz cópias de si mesmo ao romper os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção. Ter o HIV não é a mesma coisa que ter a Aids. Ser soropositivo significa portar o vírus sem ainda ter desenvolvido a doença; já o termo Aids refere-se às pessoas que possuem o vírus e em algum momento apresentam sinais e sintomas da doença, ou evidência laboratorial de que seu sistema imunológico foi comprometido. Há muitas pessoas soropositivas que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença Aids (BRASIL, 2010c).

Embora a criança possa adquirir o HIV mediante contato sexual (abuso sexual ou relações consentidas entre adolescentes) ou parenteral (transfusão de hemoderivados, uso de drogas injetáveis), a transmissão de uma gestante infectada para seu filho, conhecida como transmissão vertical, é considerada a principal maneira de aquisição do vírus pelas crianças (CRUZ; CARVALHO; LIMA, 2011). Esse modo de transmissão é responsável por praticamente todos os casos novos de infecção pelo HIV na população pediátrica (GAYLE; HILL, 2001; LUZURIAGA; SULLIVAN, 2002). De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS) de 2008, no Brasil, a transmissão vertical foi responsável por 84% dos casos de Aids em menores de 13 anos (BRASIL, 2008b).

A transmissão vertical pode ocorrer durante a gestação, no parto ou por meio da amamentação. A maioria dos contágios ocorre no período do parto (GAYLE; HILL, 2001; LUZURIAGA; SULLIVAN, 2002).

Em 1994, o Protocolo 076 do Grupo de Pesquisa Clínica em Aids Pediátrica demonstrou que o uso de TARV com zidovudina durante a gestação e o parto, e para o recém-nascido no período neonatal, diminuiu significativamente a transmissão vertical do HIV (CONNOR *et al.*, 1994). Desde então, vários estudos foram realizados para comprovar a eficácia dessa intervenção, testar outros esquemas antirretrovirais

(ARV) e determinar quais os outros fatores que contribuem para a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV (CRUZ; CARVALHO; LIMA, 2011). Atualmente, com o uso de TARV pela gestante, adequada assistência ao parto e ao recém-nascido, que inclui o uso da zidovudina e a proscricção da amamentação, em muitos países a taxa de transmissão vertical tem sido reduzida para 1% a 2% (TIEMESSEN; KUHN, 2006).

Há consenso global que o mundo precisa se esforçar para conseguir a eliminação de novas infecções por HIV em crianças até 2015 e manter vivos as mães e seus filhos infectados pelo HIV. No discurso de uma adolescente, realizado para líderes mundiais em Nova York, no ano de 2010, para compartilhar o progresso alcançado na consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015, fica evidente a necessidade deste cuidado (UNAIDS, 2011): "Nenhuma criança deve nascer com HIV; nenhuma criança deve ser órfã por causa do HIV; nenhuma criança deve morrer devido à falta de acesso ao tratamento". Ebube Sylvia Taylor, nigeriana com 11 anos de idade, nascida livre do HIV (UNAIDS, 2011, p.6).

Globalmente, quase metade de todas as pessoas vivendo com HIV/Aids são meninas ou mulheres em idade fértil (UNAIDS, 2010). Este fato tem grande importância considerando-se as formas de aquisição do HIV na população pediátrica, além das questões relacionadas à vulnerabilidade feminina (CRUZ; CARVALHO; LIMA, 2011).

Segundo Taquette (2009), o fato de ser mulher aumenta a suscetibilidade ao HIV. Do ponto de vista biológico/anatômico, a mulher é receptora no ato sexual, e essa é a principal via de infecção pelo HIV. As DST, de maneira geral, apresentam-se sem sintomas, o que faz retardar seus diagnósticos e tratamentos. Muitas mulheres só descobrem que estão com Aids após a morte de seus parceiros, ou quando engravidam e realizam o pré-natal. Além disso, elas podem ser submetidas à dependência econômica, ao não reconhecimento de seus direitos, incluindo o da legitimidade do exercício sexual, e a outras violências de gênero. O MS aponta também que a falta de oportunidade de falar sobre sexualidade e conhecer seu próprio corpo, aliada à dificuldade de negociação do uso do preservativo com seu parceiro, contribui para o aumento da vulnerabilidade das mulheres ao HIV. Sabe-se que ter uma DST facilita a entrada do HIV no organismo. Por exemplo, a sífilis aumenta em 10 vezes a probabilidade de infecção pelo HIV; a clamídia, em seis vezes; o herpes genital, em nove vezes; e a gonorreia, em até 18 vezes (BRASIL,



2011b). É fato que a juvenização, heterossexualização e feminização da epidemia têm trazido desafios diários na vida social, afetiva e sexual das mulheres (BRASIL, 2006; UNFPA, 2008; UNAIDS, 2010).

O enfrentamento da feminização da Aids e outras DST devem incluir a análise e o tratamento adequado de todas as variáveis e fatores a elas associados. Para isso, foi lançado pelo governo federal, em março de 2007 e revisado em setembro de 2011, o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST (BRASIL, 2011b). A construção de uma resposta integrada para a redução dos contextos de vulnerabilidade, que deixam as mulheres mais suscetíveis à infecção pelo HIV e a outras DST, é um importante marco histórico de fortalecimento da atuação no campo dos direitos das mulheres, da promoção da saúde e da prevenção (BRASIL, 2008c).

As crianças nascidas de mulheres infectadas pelo HIV, na primeira década da epidemia, atingiram a adolescência e estão se desenvolvendo e vivendo experiências semelhantes às vividas por outros adolescentes de mesma idade, apesar das rotinas impostas pela convivência com o vírus HIV (MARQUES *et al.*, 2006; MACHADO; SUCCI; TURATO, 2010; PAIVA *et al.*, 2011). A possibilidade de maior sobrevivência nessas crianças coloca a humanidade diante de uma nova necessidade de discussão e aprendizado: o adolescente com HIV/Aids (SPINARDI *et al.*, 2008; PAIVA *et al.*, 2011).

Adolescentes com infecção perinatal pelo HIV são muitas vezes cuidados nos serviços pediátricos, ou nas clínicas de doenças infecciosas, onde questões da saúde reprodutiva podem não ser rotineiramente tratadas, exigindo dos serviços e profissionais uma avaliação sobre a forma de atendimento destes pacientes (BROGLY *et al.*, 2007). A sobrevivência, em longo prazo, destes indivíduos, tem levantado as questões da intimidade, sexualidade e gravidez (FAIR; ALBRIGHT, 2012). Fica evidente que a compreensão, incorporação e abordagem da temática sexualidade nos serviços de saúde é um ponto fundamental para ampliar o manejo destes pacientes, possibilitar uma abordagem mais ampla, facilitar outros diagnósticos e ajudar a criar estratégias preventivas e efetivas em relação à Aids. É também um fator de proteção para a saúde sexual, reprodutiva e mental dos adolescentes de ambos os gêneros.

Desde a década de 1990, Marinho (1994) já alertava para a necessidade de se abordar as singularidades da sexualidade humana na prevenção da Aids. Para

este autor, a discussão sobre Aids está imersa sob os aspectos da doença, ao passo que, a respeito da sexualidade, o máximo que se tem feito é elaborar programas que se aproximam muito mais de uma tentativa de esclarecimento dos aspectos higiênicos e fisiológicos da doença do que de um enfrentamento da questão do desejo, do prazer e do gozo presentes numa relação sexual. Segundo este autor, há, entre os profissionais envolvidos com os programas de prevenção da Aids, uma espécie de esquiva, de pudor e muitas vezes um despreparo ao abordar a sexualidade pelo ponto de vista do prazer. Sob essa óptica, a ênfase seria no ser humano, com todo o seu imenso emaranhado de sentimentos, aspirações e frustrações, ao invés de ser no vírus HIV. Portanto, percebe-se que ainda hoje a discussão empreendida pelo autor é atual e pertinente.

Adolescentes vivendo com HIV/Aids necessitam de especial atenção, por apresentarem particularidades em seu cuidado, como questões envolvendo a vida sexual de forma segura, revelação do diagnóstico a parceiros, experiências precoces de perdas familiares, confronto constante com a possibilidade de adoecimento e (ou) morte, além de estarem sujeitos a situações de discriminação e preconceito, que os tornam ainda mais vulneráveis às dificuldades habituais desse momento de virada de suas vidas (MACHADO; SUCCI; TURATO, 2010).

Paiva *et al.* (2011) descreveram recomendações para o cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids, conforme apresentadas abaixo:

- a) A tarefa de revelação do diagnóstico (para a criança e jovem portador, ou para as pessoas que convivam com ele/ela) deve ser cuidadosamente manejada, levando em conta as peculiaridades de cada adolescente, seu contexto doméstico e social, sexo e idade. Deve ser planejada por cuidadores e profissionais capacitados. Deve ser igualmente tratada, não importando a via de infecção.
- b) As equipes multiprofissionais devem dar apoio constante às decisões de cada jovem sobre com quem, quando e como falar sobre sua soropositividade, com atenção especial para relacionamentos afetivos e sexuais.
- c) Os jovens devem ser providos de suficiente informação sobre sexualidade e reprodução. A informação transmitida deve ser clara, precisa e completa, usando linguagem apropriada. Deve incluir informação detalhada e prática

sobre sexo seguro e todas as dimensões da prevenção, especialmente sobre cada avanço técnico na prevenção da transmissão vertical do HIV, e não apenas sobre a prevenção do adoecimento (adesão aos antirretrovirais, por exemplo).

- d) Tanto adolescentes como seus cuidadores (domiciliares ou profissionais) devem estar cientes dos seus direitos: sexuais e reprodutivos, ao sigilo sobre seu diagnóstico, à informação, a constituir família, ao estudo e ao trabalho, entre outros consagrados na legislação nacional e internacional.
- e) A reflexão e o debate sobre se estigmatizar pessoas vivendo com HIV devem ser estimulados e aprofundados nos serviços que atendem aos jovens vivendo com HIV/Aids, assim como a identificação e o combate às situações de discriminação, em especial nos serviços de saúde. Apoios de diferentes ordens (jurídica, psicológica etc.) devem ser disponibilizados àqueles que estão enfrentando situações de estigma e discriminação.
- f) O apoio dos serviços de saúde às entidades e aos grupos de apoio e os projetos dirigidos à juventude, especialmente aos que não têm casa ou família, devem ser consolidados, assim como iniciativas intersetoriais, para a redução de vulnerabilidades dos jovens à infecção e ao adoecimento pelo HIV.

Há necessidade da integralidade da atenção aos adolescentes HIV+, com adequado manejo e abordagem da sua sexualidade e saúde reprodutiva, contemplando os aspectos preventivos e assistenciais, sem descuidar-se de seus familiares e parceiros. Esse cuidado ampliado requer também uma equipe de saúde interdisciplinar, sensibilizada e capacitada, para as singularidades desta fase da vida e para as demandas psicossociais, advindas de uma condição crônica de saúde.

## 2.2 ADOLESCÊNCIA

O conceito de adolescência e do que é ser adolescente, desenvolveu-se ao longo do tempo, fruto de reflexões de várias áreas do conhecimento. Para a Sociologia, a adolescência estaria na dependência da inserção do homem em cada cultura; a

Antropologia a percebe envolvida por ritos de iniciação e passagem, até que seja alcançada a adultícia; o Direito se articula às questões da menoridade e maioridade e enxerga o adolescente conforme a legislação vigente; a Medicina a vê como um período de crescimento e desenvolvimento, caracterizado por transformações biopsicossociais, iniciando-se com a puberdade e terminando no final da segunda década de vida (SAITO, 2001b).

Segundo Coates (2003), Felix Heald pesquisou informações sobre as origens da medicina do adolescente revendo o *Index Medicus* desde 1879. Em 1904, encontrou a primeira referência, que foi a publicação clássica de G. Stanley Hall, "Adolescência – sua psicologia e relação com fisiologia, antropologia, sociologia, sexo, crime, religião e educação". Essa autora também relata que Amélia Gates, em 1918, traz a primeira referência sobre uma clínica médica para adolescentes afirmando que:

a clinica começou com finalidades médicas; em pouco tempo foi impossível nos confinarmos apenas a problemas médicos. A clínica tinha que se preocupar com aspectos sociais e educacionais; quando tínhamos sucesso nestes, tornávamo-nos mais efetivos (COATES, 2003. p.1).

Considerar os aspectos biopsicossociais para cuidar e lidar com os adolescentes é um marco conceitual já relatado por esses autores desde esta época, permanecendo sua importância até os dias de hoje.

Historicamente, segundo Ariés (1981), a ideia do que hoje chamamos adolescência é apenas pressentida a partir do século XVIII. No século XIX a figura do adolescente foi balizada com nitidez e demarcada como um período particular, em que a adolescência masculina foi definida como o período entre a primeira comunhão e o bacharelado ou serviço militar, e a feminina entre a primeira comunhão e o casamento. Ao longo desse século, a adolescência passou a ser reconhecida como um momento crítico da vida, temida como uma fase de potenciais riscos para o indivíduo e para a sociedade, uma real "zona de turbulência e contestação" (PERROT; MARTIN-FUGIER, 2010). O século XX consolidou a ideia da adolescência como uma etapa da vida dotada de características próprias, retentora de um estatuto legal e social. Enredar-se na discussão da subjetividade da adolescência na contemporaneidade é uma tarefa inevitável para os profissionais que tenham o propósito de participar de seu cuidado (GROSSMAN, 2010).

Cronologicamente, a adolescência é um período da vida que compreende, segundo a OMS, a faixa etária entre os 10 e 19 anos (SAITO 2001a; BRASIL, 2007; CRESPIAN, 2007; MACHADO; SUCCI; TURATO, 2010). No Brasil, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990), é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990). Não existe uma demarcação exata quanto aos limites da adolescência, mas Neinstein, Juliani e Shapiro (1996) dividem o período de adolescência por idade, demarcando a adolescência inicial dos 10 aos 13 anos, adolescência média dos 14 aos 16 anos e a adolescência final dos 17 aos 20 anos incompletos. Na adolescência média, segundo estes autores, é marcante o conflito com os pais, comportamentos conforme valores do grupo, atividade sexual e experimentação, desenvolvimento da habilidade intelectual, onipotência e comportamentos de risco. Na adolescência final há reaceitação dos valores parentais, menor influência do grupo de pares e refinamento dos valores sexuais, religiosos e morais. Também é possível desenvolver habilidades para assumir compromisso e para aceitar limites.

Entretanto, Garcia e Peralbo (2000) apontaram a fase da adolescência média (14 -15 anos) como o momento que se desenvolve a principal tarefa do adolescente: a de converter-se em pessoa segura, assumir sua sexualidade e o impacto desta em suas relações com seus pares, alcançando a autonomia psicológica.

Steinberg (1999) propõe sua divisão em três fases: adolescência precoce (10 a 13 anos), a adolescência média (14 a 17 anos) e a adolescência tardia (18 a 21 anos). Segundo Steinberg (1999), Saito (2001a,b), Coates (2003) e Crespin (2007), a adolescência tem aspectos universais (mudanças biológicas, cognitivas e sociais) e aspectos específicos (mudanças psicossociais) que são produtos da relação entre mudanças universais e contexto sociocultural onde ocorrem.

Aberastury e Knobel (1986) reuniram as características do desenvolvimento psicoemocional do adolescente na chamada Síndrome da Adolescência Normal. Esta síndrome é marcada pelas seguintes características: busca de si mesmo, da identidade, separação progressiva dos pais, tendência grupal, desenvolvimento do pensamento abstrato, evolução da sexualidade, crises religiosas, vivência temporal singular, atitude social reivindicatória, constantes flutuações do humor, manifestações contraditórias de conduta. Segundo Leal e Saito (2001), nenhum jovem tem seu desenvolvimento psicoemocional enquadrando-se exatamente nesse conjunto de

características, mas o conhecimento dessa apresentação esquemática facilita a compreensão desse período da vida e fornece instrumentos para melhor avaliar o comportamento do adolescente.

A adolescência apresenta-se, assim, como uma fase da vida na qual o indivíduo encontra-se em situação privilegiada de desenvolvimento, aprendizagem e construção da identidade, com possibilidades para desenvolver habilidades sociais, aprender novas regras sobre o mundo e adotar novos comportamentos. Deve ser considerada uma fase prioritária para a educação em saúde, com vista ao autocuidado e à autonomia, devido a características de transformações cerebrais e possíveis comportamentos de risco (LEAL; SAITO, 2001; HERCULANO-HOUZEL, 2005; CAMARGO; BOTELHO, 2007; FAIR; ALBRIGHT, 2012).

### 2.3 SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

Segundo Fair e Albright (2012), uma das principais tarefas para o desenvolvimento dos adolescentes e adultos jovens que adquiriram o HIV por transmissão vertical, e tem hoje uma sobrevida prolongada, é explorar e estabelecer relações íntimas.

Na adolescência, esses aspectos têm uma relevância maior que em outras fases da vida, visto que a principal tarefa do adolescente é converter-se em pessoa segura, assumir sua sexualidade e o impacto desta em suas relações com seus pares e alcançar a autonomia psicológica (GARCÍA; PERALBO, 2000).

É necessário também estudar mais profundamente dentro de uma abordagem qualitativa os efeitos psicológicos e comportamentais das problemáticas inerentes à vida com HIV sobre a sexualidade dos adolescentes soropositivos. Esses estudos são muito importantes para melhorar o suporte e a qualidade de vida desses adolescentes, aprofundando a compreensão de certos fenômenos que interferem regularmente nas ações protagonistas de prevenção desses adolescentes (MERGUI; GIAMI, 2011). Apropriar-se das definições conceituais sobre sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva, possibilita ampliar o olhar para o ser humano além do biológico, trazendo alternativas para os profissionais realizarem uma abordagem e um

manejo mais próximo das reais necessidades emocionais e sociais dos pacientes, seus parceiros, familiares e cuidadores.

Segundo Corrêa, Alves e Jannuzzi (2006), em 1988, a OMS adotou a concepção de "saúde reprodutiva". Essa definição foi mobilizada pela crítica aos enfoques exclusivamente biomédicos e tecnológicos que caracterizavam os programas da instituição voltados para a reprodução humana. Visava ampliar a grade de análise, no sentido de incorporar as dimensões sociais da reprodução e desenhar políticas que não estivessem restritas ao planejamento familiar, mas pudessem responder a outras necessidades como o pré-natal, parto, puerpério, aborto, doenças ginecológicas e câncer cervical. A adoção desse conceito foi um passo precursor importante no caminho que levaria em direção à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994. É importante lembrar que a concepção de "saúde reprodutiva" dá um passo à frente, ao incorporar explicitamente os homens na dimensão reprodutiva, como pode ser visto a seguir:

a saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos". A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como: a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006, par.7.2, p.43).

A definição de sexualidade relatada pela OMS mostra que:

a sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida e abrange sexo, identidade e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em

pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Enquanto a sexualidade pode incluir todas estas dimensões, nem todas são sempre vividas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, culturais, sociais, econômicos, políticos, éticos, fatores legais, históricos, religiosos e espirituais (OMS, 2002. p.5).

Segundo Paiva *et al.* (2011), a sexualidade e saúde reprodutiva configuram questões relevantes para o cuidado integral à saúde de pessoas vivendo com HIV.

Conforme Corrêa, Alves e Jannuzzi (2006), o uso da expressão "saúde sexual" pelos organismos internacionais precedeu em mais de uma década a adoção de "saúde reprodutiva" pela OMS. Fundamental para esse conceito são os direitos à informação sexual e os direitos sobre o prazer. Portanto, a noção de saúde sexual implica uma abordagem positiva da sexualidade humana, e o proposto dos cuidados com a saúde sexual deveria ser a intensificação da vida e dos relacionamentos pessoais, não meramente aconselhamento e cuidados relacionados à procriação ou às DST.

Apresenta-se, a seguir, uma definição sobre saúde sexual formulada após a CIPD, realizada no Cairo, em 1994:

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer, e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (HERA, 1999, p. 37).

Na adolescência, dentre as práticas sexuais e reprodutivas, os jogos sexuais tais como "*ficar*", "*pegar*", "*rolo*", namorar, fazem parte da descoberta e da vivência da sexualidade e têm nomes e significados diferentes de acordo com a época e a cultura.

Para Pirotta (2002), o namoro se diferencia do "*ficar*" principalmente pela frequência de encontros durante a semana, pela fidelidade entre os parceiros e o envolvimento destes com os familiares do outro. O aspecto temporal, no entanto, não é um fator que define e diferencia claramente um namorado de uma pessoa com quem se está apenas "*ficando*", ou seja, podem-se ficar várias vezes, sem, no entanto,



ter a intenção de transformar a relação em algo sério, que envolva comprometimento de ambas as partes como ocorre em um namoro. Namorar, então, segundo Pirotta (2002), é uma relação paradoxal, na qual a construção de um projeto comum pode ser ao mesmo tempo desejada e temida, gerando tensões que o casal teria que superar. Já o "*ficar*" é não ter regras bem definidas de conduta, sendo uma espécie de válvula de escape na qual o relacionamento acontece sem maiores consequências. Analisando-se sob a óptica da noção de igualdade e autonomia, observa-se que a liberdade individual é maior no *ficar*, e não há uma contrapartida em confiança ou segurança que atenuem os custos que um amplo espectro de liberdade individual podem ocasionar para o casal. No projeto do namoro, a ênfase recai na igualdade sendo que a autonomia individual é balizada pela confiança, pela segurança e pelo respeito; em contrapartida, no "*ficar*", são enfatizadas a liberdade de ação e autonomia individual.

Uma pesquisa realizada com 202 jovens de Curitiba com idade entre 12 e 22 anos (WEBER; ALMEIDA; TUCUNDUVA, 2006) sobre os conceitos e padrões de comportamento nas relações de "*ficar*" e namorar revelou que a idade em que eles relatam que "*ficaram*" a primeira vez é de 11 e 12 anos. Cerca de 58% dos entrevistados afirmaram que já tinham tido pelo menos um namorado e, na maioria das vezes, o primeiro namoro ocorreu por volta de 12 anos, embora 73% deles tenham afirmado que ainda não haviam tido experiência sexual. Para os participantes, o "*ficar*" é um comportamento sem compromisso, em que ocorrem abraços e beijos e que pode ser um precursor do namoro, pois também tem o objetivo de conhecer melhor o parceiro. Outro ponto interessante que pode ser observado nesta pesquisa é a importância que os jovens dão à liberdade, valorizando o fato de não precisar dar satisfações a parceiros (41,8%), de não haver compromisso (44,3%) e estar livre para se envolver e conhecer outras pessoas (51,0%). Os dados mostram a ambivalência diante do "*ficar*", pois, ao mesmo tempo em que relatam que é bom ter essa liberdade, reclamam que a falta de compromisso traz desilusões.

Costa e Weber (2010) realizaram uma pesquisa com 157 jovens entre 12 e 28 anos e descobriram uma nova categoria anterior ao namoro, o "*pegar*". Se o "*ficar*" não exigia compromisso, mas pressupunha um grau mínimo de conhecimento, o "*pegar*" pode ocorrer diversas vezes em uma balada e com pessoas diferentes e pode incluir sexo casual. Se o "*ficar*" ocorre algumas vezes transforma-se na categoria

"ficar de rolo" e pode ou não evoluir para o namoro, este sim pressupõe exclusividade e compromisso e relacionamento sexual.

Quanto às questões relacionadas à anticoncepção, estas são tradicionalmente vistas como de responsabilidade exclusiva das mulheres. Modernamente, entretanto, busca-se a corresponsabilidade dos homens em relação à saúde sexual e reprodutiva do casal, em que o papel masculino passa de mero espectador a elemento ativo nas tomadas de decisão em todo o processo do planejamento familiar, com relação à paternidade responsável na educação dos filhos e na rotina familiar (BRASIL, 2010b; UNFPA, 2010).

O uso de preservativos masculinos e femininos como único método contraceptivo pode apresentar falhas na prevenção da gravidez, devido a vários fatores, tais como o uso inconsistente e má utilização dos mesmos. A combinação do preservativo com outro meio contraceptivo está associada à redução do risco de gravidez não planejada, de transmissão sexual para parcerias sorodiscordantes, de transmissão de vírus resistentes para parceiros sexuais soroconcordantes e de aquisição de outras DST. Não existem restrições ao uso de anticoncepcionais hormonais em mulheres vivendo com HIV/Aids. Apesar de não haver estudos clínicos randomizados, alguns ART, principalmente os inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN) e os inibidores da protease (IP), possuem o risco potencial de reduzir ou aumentar a biodisponibilidade dos hormônios esteroidais dos contraceptivos hormonais, o que poderia alterar a segurança e a efetividade dessas drogas (BRASIL, 2010a).

Dessa forma, enfatiza-se a importância de estimular o uso combinado do preservativo com outro método contraceptivo. Se necessária, a contracepção de emergência pode ser usada utilizando-se os mesmos critérios empregados para as mulheres soronegativas para o HIV. Com o apoio de um ginecologista, é possível definir os métodos contraceptivos adequados, desde que se inclua algum método de barreira (preservativo masculino ou feminino) em associação com outros métodos (BRASIL, 2010b).

Outro aspecto importante da saúde reprodutiva refere-se à gravidez, à decisão de ter ou não filhos, aborto, maternidade e paternidade responsável, independente de haver ou não casamento.

O planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo e assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos. Não pode haver imposição sobre o uso de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos. Além disso, é um direito assegurado na Constituição Federal de 1988 e na Lei Federal n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento familiar (VENTURA, 2009).

O aconselhamento pré-concepcional é um processo que deve ser integrado à assistência das pessoas que vivem com o HIV. Ele possibilita a implementação precoce de medidas que visam reduzir a carga viral para níveis indetectáveis, melhorar as condições imunológicas, conhecer o status sorológico das mulheres diante das principais DST durante o ciclo gravídico-puerperal, realizando seu diagnóstico e tratamento. Com o planejamento e acompanhamento adequados, é possível à mulher soropositiva para o HIV ter uma gestação segura, com menor risco de transmissão vertical do vírus. É importante incentivar a gestante a compartilhar com o parceiro seu status sorológico para o HIV e encorajá-lo a realizar o teste anti-HIV, além de outras sorologias (sífilis, hepatites B e C, dentre outras, de acordo com análise individual de cada caso). A troca de parceiros durante o período gestacional eleva o risco de adquirir outras DST e assim facilitar a transmissão vertical do HIV, a possibilidade de novas exposições ao vírus e de aquisição de vírus resistentes aos ARV. Devem-se fornecer informações sobre os riscos potenciais à saúde fetal (teratogenicidade), quando do uso de medicações durante o período crítico que é a gestação, assim como sobre o desconhecimento dos efeitos em longo prazo dos ARV para a criança (BRASIL, 2010b).

Os casais soroconcordantes e sorodiscordantes que desejem ter filhos devem ser acompanhados por profissionais experientes em conjunto com uma equipe multiprofissional e, após avaliação clínica ginecológico-laboratorial e psicossocial, receber as informações sobre as opções mais adequadas para o planejamento reprodutivo visando à redução dos riscos de transmissão sexual, horizontal e agravamento da imunodeficiência, assegurando que a gestação, se desejada, ocorra no melhor momento, do ponto de vista pessoal, familiar e clínico. A assistência e orientação devem ser estendidas ao período puerperal de mulheres infectadas pelo HIV, devendo contemplar também o parceiro (BRASIL, 2010b).

## 2.4 DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

Uma das principais características da resposta brasileira à epidemia da Aids é sua estruturação fortemente ancorada no referencial dos direitos humanos. A promoção do sexo mais seguro, como principal estratégia da política de prevenção do HIV no país, baseia-se na defesa e promoção dos direitos sexuais, especialmente no que diz respeito ao direito de cada cidadão vivenciar plenamente sua sexualidade, tendo acesso aos meios necessários para fazê-lo da forma mais segura possível, evitando consequências indesejadas (BRASIL, 2011a, b).

O conceito de Direitos Reprodutivos, reconhecido por legislação estrangeira e nacional, ganhou legitimidade a partir da CIPD realizada no Cairo, em 1994, e da IV Conferência Mundial da Mulher, ocorrida em Pequim, em 1995 (VENTURA, 2009). Corrêa, Alves e Jannuzzi (2006) apontam que no Programa de Ação do Cairo de 1996 as questões dos direitos reprodutivos foram definidas da seguinte forma:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, de ter a informação e os meios de assim o fazer e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, de coerção ou violência (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006, par. 7.3, p.41).

Assumir esse referencial significa que a abordagem das necessidades relativas à saúde sexual e à saúde reprodutiva nos serviços de saúde que atendem pessoas vivendo com o HIV e Aids, assim como em todas as outras instâncias que compõem o SUS, deve ser pautada nos direitos de homens e mulheres de: decidirem de maneira livre e responsável sobre sua reprodução; ter acesso à informação e aos insumos necessários para o exercício saudável e seguro da reprodução e da sexualidade; ter controle sobre o próprio corpo; exercer a orientação sexual sem sofrer discriminações ou violência, entre outros (BRASIL, 2010b).

Adolescentes e jovens têm direito a informações sobre direitos e saúde sexual e saúde reprodutiva, dentro de espaços que permitam expressar sentimentos, medos e dúvidas, respeitando-se a sua liberdade de escolha. Ao ler a Declaração de Jovens

da América Latina e do Caribe (Santiago do Chile, 2004) (Anexo 2), essa demanda fica evidente. Destacam-se, a seguir, partes relevantes do texto:

[...] Como jovens, enfrentamos desafios para a preservação de nossa saúde e para o exercício pleno de nossos direitos sexuais e reprodutivos. A maioria de nós jovens inicia a vida sexual sem informação, sem educação sexual e sem acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva. Por isso, torna-se urgente agir no sentido de diminuir os altos índices de gravidez na adolescência, a violência sexual, abortos em condições de risco e enfrentar o fato de que nós, jovens de ambos os sexos, representamos o segmento de maior crescimento de novas infecções por HIV, na população. Nossa saúde, bem como nossos direitos sexuais e reprodutivos, é inalienável. Portanto, constitui prioridade implementar com urgência os compromissos assumidos na Plataforma de Ação do Cairo, relacionados com os seguintes temas: ...direito à educação sexual e informação integral sobre nossa saúde e nossos direitos sexuais e reprodutivos. A educação sexual deve incluir todos os temas que identificamos como prioridades. Além disso, a educação, assim como a informação, deve ser laica, científica, livre de preconceitos, amigável e sensível à diversidade de nossas vidas. Não pode unicamente basear-se em fatos biológicos ou motivados por ideais, mas sim fundamentada em nossas realidades [...] (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004, p.35).

Diante das questões anteriormente expostas, fica evidente a importância que o conhecimento e a apropriação sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos e saúde sexual e saúde reprodutiva têm para a qualidade de vida dos adolescentes infectados pelo HIV. Também é relevante que profissionais e familiares/cuidadores se capacitem para dialogar com eles e orientá-los, sem deixar de considerar sua opinião e sentimentos. A presente pesquisa procurou explorar os saberes e as práticas destes adolescentes, buscando ter acesso ao conhecimento e às opiniões deles sobre estes assuntos, para melhor nortear as ações preventivas e assistenciais, referentes à vivência da sexualidade e vida reprodutiva.

### 3 PACIENTES E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal, de coleta de dados prospectiva, com abordagem quantitativa e qualitativa.

#### 3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Departamento de Pediatria do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), nos Serviços de Infectologia Pediátrica e de Adultos e no Ambulatório de Adolescentes do Hospital de Clínicas (HC), no período de junho de 2010 a agosto de 2011.

Foi solicitado que os adolescentes destes três ambulatórios respondessem um questionário para coleta de dados. Os adolescentes infectados pelo HIV foram identificados como Grupo HIV+, e os adolescentes não infectados pelo HIV foram identificados como Grupo HIV-.

Para aplicação dos questionários da pesquisa, houve também necessidade de visita agendada em três Organizações Não Governamentais (ONG): Associação Paranaense Alegria de Viver (APAV), Associação Curitibana dos Órfãos da Aids (ACOA) e Fênix Ações pela Vida (FÊNIX), as quais prestam assistência a adolescentes infectados pelo HIV. Nesses casos, foi solicitado por telefone, ao responsável legal das instituições, um agendamento prévio para ida às entidades.

### 3.3 GRUPO HIV+

#### 3.3.1 Casuística

Os pacientes que constituíram a amostra do estudo do Grupo HIV+ foram selecionados nos Serviços de Infectologia Pediátrica e Adulto do HC-UFPR. São atendidos anualmente, cerca de 300 e 1000 pacientes infectados pelo HIV/Aids, respectivamente.

Foi levantado junto ao Serviço de Informática do HC-UFPR o número de adolescentes atendidos nos ambulatórios de infectologia pediátrica e adulta com o CID B24 (Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana [HIV] não especificada) com idade de 12 a 19 anos no período de junho de 2010 a agosto de 2011. Perfaziam um total de 110 pacientes elegíveis para o estudo.

#### 3.3.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos adolescentes:

- De ambos os gêneros, infectados pelo HIV, através de transmissão vertical e com idade entre 12 e 19 anos;
- Que conheçam sua situação de infecção pelo HIV;
- Sem comprometimento neurológico, sem deficiência visual ou intelectual aparentes;
- Com idade entre 12 e 17 anos, que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Assentimento após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis legais;
- Com idade entre 18 e 19 anos que concordaram em participar do estudo e que assinaram o TCLE.

### 3.3.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos os casos cujos questionários foram incompletamente respondidos ou inconclusivos.

### 3.3.4 População de estudo

Considerando os critérios de inclusão e exclusão, constituíram a população de estudo, do Grupo HIV+, 61 pacientes infectados pelo HIV, acompanhados no Serviço de Infectologia Pediátrica e de Adultos do HC-UFPR. Outras dificuldades de inclusão foram relacionadas às faltas, atrasos, demora das consultas e não querer responder ao questionários.

### 3.3.5 Amostra e técnica de amostragem

Constituíram a amostra de estudo 61 pacientes infectados pelo HIV. A técnica de amostragem utilizada foi do tipo não probabilística, de conveniência e sistemática, obedecendo os critérios de inclusão, por ordem de comparecimento às consultas nas quartas-feiras (dia da semana reservado ao atendimento dos pacientes infectados pelo HIV nos Serviço de Infectologia Pediátrica e Adulta do HC-UFPR).



### 3.4 GRUPO HIV-

#### 3.4.1 Casuística

Os pacientes que constituíram a amostra de adolescentes não infectados pelo HIV (Grupo HIV-) foram selecionados do Ambulatório de Adolescentes do HC-UFPR que atende acerca de 480 adolescentes ao ano.

#### 3.4.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos no Grupo HIV- adolescentes seguindo critério de pareamento com o grupo de estudo de acordo com idade, gênero e escolaridade.

- Adolescentes de ambos os gêneros, entre 12 e 19 anos encaminhados ao ambulatório de adolescentes por condições clínicas outras, que não a infecção ou suspeita de infecção pelo HIV;
- Sem comprometimento neurológico, sem deficiência visual ou intelectual aparentes;
- Com idade entre 12 e 17 anos, que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Assentimento após a assinatura do TCLE pelos responsáveis legais;
- Com idade entre 18 e 19 anos que concordaram em participar do estudo e que assinaram o TCLE.

#### 3.4.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos os casos cujos questionários foram incompletamente respondidos, inconclusivos ou que não preenchiam os critérios para pareamento.

#### 3.4.4 População de estudo

Considerando os critérios de inclusão e exclusão, constituiu a população de estudo do Grupo HIV- 61 adolescentes com idade entre 12 e 19 anos e que preenchiam o critério de pareamento.

#### 3.4.5 Pareamento

Para o pareamento, o primeiro critério utilizado foi o gênero, seguido pela idade com uma margem de um ano para mais ou para menos e por último a escolaridade, com igual margem de variação.

### 3.5 HIPÓTESES

Considerando o tipo de estudo e sua hipótese caracteristicamente associativa, a hipótese de nulidade supõe que os adolescentes infectados pelo HIV, por transmissão vertical, possuem conhecimento sexual e reprodutivo semelhante à dos adolescentes não infectados pelo HIV. A hipótese alternativa, o inverso.

### 3.6 VARIÁVEL DE ESTUDO

Considerando a hipótese associativa, ser infectado pelo HIV constituiu-se na variável explicativa ou independente principal e a variável conhecimento sexual e reprodutivo na variável dependente ou desfecho. Variáveis interferentes que também foram estudadas incluíram escolaridade, idade, condições de moradia e fontes de orientação.

### 3.7 PROCEDIMENTOS

Os pacientes foram convidados a participar do estudo sendo solicitadas a eles mesmos ou quando menores de idade, também aos seus responsáveis legais, a leitura do TCLE e assinatura. O documento foi anexado aos questionários da coleta de dados (Apêndices 1, 2, 3).

#### 3.7.1 Elaboração dos instrumentos de coleta de dados

Foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados (questionários), constituídos de perguntas abertas, objetivas de múltiplas escolhas e uma pergunta mista, para coletar variadas informações sobre saúde/direito sexual e saúde/direito reprodutivo dos adolescentes. A elaboração das perguntas abertas foi pensada de forma a estimular a livre narrativa em torno dos eixos temáticos do estudo.

A iniciativa de elaboração dos questionários surgiu pelo fato de não se ter encontrado na literatura questionários contemplando a temática saúde sexual e reprodutiva e direito sexual e reprodutivo voltados para a população específica de adolescentes infectados pelo HIV, por transmissão vertical, bem como para a população geral de adolescentes (não infectados pelo HIV). A base foi a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP) na População Brasileira, realizada pelo MS em 2004 (BRASIL, 2006a). Também foi considerado um instrumento para avaliar conhecimento de jovens sobre métodos contraceptivos, em vista dos aspectos reprodutivos (SILVA *et al.*, 2007).

Antes do início do período oficial da pesquisa, foi feito um estudo piloto com objetivo de avaliar os questionários, quanto à clareza, ao entendimento das perguntas e o tempo de preenchimento. Foram aplicados ao todo 20 questionários (oito entre adolescentes infectados pelo HIV e 12 entre adolescentes não infectados) e efetuadas as alterações necessárias.

Foi realizado contato com uma psicóloga do Centro de Psicologia Aplicada ligada ao Departamento de Psicologia da UFPR, para atender aos adolescentes da

pesquisa caso houvesse necessidade detectada pela pesquisadora, pelos médicos, pelos familiares ou por solicitação deles, em decorrência do preenchimento dos questionários.

No ambulatório de Infectologia Pediátrica os adolescentes e seus familiares respondiam ao questionário após a pesquisadora ter sido apresentada pelo médico assistente. Na sequência, ela os conduzia para uma sala de atendimento onde era explicado sobre a pesquisa, apresentados o questionário e o TCLE, conversado sobre a importância de os adolescentes responderem sem a intervenção dos acompanhantes ou da pesquisadora, e deixado que ambos decidissem sobre a permanência ou não dos acompanhantes na sala. Como procedimento, após os adolescentes terem respondido ao questionário, era oferecido material educativo (guias e *folders*) e as médicas se colocavam à disposição para esclarecer dúvidas.

Nas três ONG a aplicação dos questionários também se deu de maneira individualizada, sendo oferecido material educativo (guias e *folders*) aos adolescentes e ao responsável legal da entidade, após o preenchimento dos mesmos.

Os prontuários médicos dos adolescentes infectados pelo HIV incluídos no estudo foram revisados para obtenção dos seguintes dados: tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, uso ou não de terapia antirretroviral e classificação clínica e imunológica de acordo com os critérios estabelecidos pelo MS (BRASIL, 2008a), com o objetivo de caracterizar o momento atual de situação clínica, laboratorial, terapêutica e vinculação ao serviço.

No ambulatório de infectologia adulta a pesquisadora explicou o questionário e os procedimentos de aplicação para que a médica infectologista assistente realizasse essa atividade. Neste ambulatório são atendidos os adolescentes a partir de 18 anos e a maioria não tem acompanhante.

No ambulatório de adolescentes a pesquisadora explicou o questionário e os procedimentos de aplicação para a médica pediatra assistente e a pesquisa foi realizada tanto pela pesquisadora quanto pela médica assistente. Neste ambulatório foi planejado coletar um número maior de questionários, em torno de 120, para facilitar o pareamento posterior, no qual seriam considerados idade, gênero e escolaridade.

### 3.7.2 Instrumentos de coletas de dados (questionários)

O questionário 1 foi elaborado para a população de adolescentes infectados pelo HIV com um total de 51 perguntas, sendo 45 objetivas, cinco abertas e uma mista. Este questionário contava com quatro perguntas a mais que o questionário 2, visto serem perguntas específicas à temática do HIV (Apêndice 4).

O questionário 2 foi elaborado para a população de adolescentes não infectados pelo HIV com um total de 47 perguntas, sendo 41 objetivas, cinco abertas e uma mista (Apêndice 5).

Os questionários 1 e 2 foram divididos em quatro blocos de perguntas para facilitar o entendimento e melhorar a visualização delas, conforme descrito a seguir:

- Bloco 1) Perguntas referente ao perfil sociodemográfico  
Com o objetivo de traçar o perfil em relação a: idade, cor, estado civil, religião, gênero, orientação sexual, local de nascimento e moradia, com quem morava, escolaridade e profissão para ambos os grupos de adolescentes.
- Bloco 2) Perguntas referentes ao conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva e conhecimento e opinião sobre direitos sexuais e reprodutivos  
Este bloco era composto de sete perguntas, sendo três abertas, três objetivas e uma mista na intenção de captar, de maneira mais espontânea e real, o conhecimento e as opiniões dos adolescentes sobre a saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Foi considerado que haveria o risco de respostas em branco, decorrentes de vários fatores, tais como: dificuldade com a escrita, tempo reduzido para pensar e responder, ser mais fácil responder que não sabe, entre outros. Mesmo assim foi decidido manter as perguntas abertas, na perspectiva de se obter com os resultados qualitativos respostas que expressassem as opiniões, os preconceitos e conhecimentos dos sujeitos da pesquisa. As três perguntas objetivas foram para saber se as fontes do conhecimento advinha de leituras e aí poderia ser marcada mais de uma opção e (ou) de orientações recebidas. A pergunta mista buscava saber como os dois grupos de adolescentes

pensavam sobre os relacionamentos dos "ficantes" e namorados ao serem HIV+.

- Bloco 3) Perguntas referente às práticas sexuais e sociais

Esta parte do questionário foi composta por doze perguntas, onze objetivas de múltipla escolha e uma aberta, buscando saber sobre os relacionamentos sociais, afetivos e sexuais. A pergunta aberta buscava saber o conhecimento dos adolescentes sobre os cuidados que eles deveriam ter na primeira atividade sexual. As respostas foram analisadas, categorizadas por semelhanças e relatadas conforme escritas pelos adolescentes, mesmo com erros de português. A última pergunta buscava saber se esses adolescentes participavam de ONG ou movimentos sociais, visto todo movimento de militância que existe no Brasil e no Mundo, relacionado à epidemia da Aids.

- Bloco 4) Perguntas referente às orientações recebidas pelos adolescentes e seus sentimentos.

Esta parte do questionário foi composta por dezesseis perguntas: quinze objetivas, sendo cinco de múltipla escolha, e uma aberta. Buscou-se saber a percepção dos adolescentes sobre ter ou não recebido orientações referentes à sexualidade, gravidez, às DST, aos métodos anticoncepcionais, às vacinas, drogas lícitas e ilícitas, como agir em diferentes ambientes e situações sociais, visto a informação ser uma ferramenta de autoproteção e um facilitador para o diálogo no grupo de pares e com os adultos. Também foi perguntado quem orientou. A pergunta aberta destinava-se a obter o conhecimento dos adolescentes sobre os cuidados que eles deveriam ter nas atividades sexuais, para prevenir as DST/HIV/Aids e gravidez. As respostas foram analisadas, categorizadas por semelhanças e relatadas conforme escritas pelos adolescentes, mesmo com erros de português. Referente aos dois cuidados preventivos, foi considerado como cuidado principal o primeiro cuidado escrito e como segundo cuidado o relatado na sequência.

A última pergunta, de múltipla escolha, foi colocada com a finalidade de obter dados qualitativos sobre os sentimentos dos adolescentes. No Grupo HIV+ foi perguntado quais os sentimentos diante da condição de

ser adolescente infectado pelo HIV e no Grupo HIV- quais os sentimentos diante da condição de ser adolescente.

### 3.8 ANÁLISE, REGISTRO E GERENCIAMENTO DE DADOS

Todos os dados foram obtidos pelo pesquisador e registrados no instrumento de coletas de dados. Foram digitados em planilha eletrônica (Microsoft Excel®), conferidos e exportados para software específico para análise estatística.

A análise das respostas abertas foi feita com base em categorização de equivalência semântica de conteúdo. Em um sistema de categorização de eventos comportamentais (no caso da presente pesquisa o comportamento é o relato escrito dos participantes) é essencial a descrição precisa das variáveis e a operacionalização dos eventos de acordo com uma dada dimensão comportamental. De acordo com Danna e Matos (1999), a definição de um evento em uma dada categoria deve: "a) ser objetiva, clara e precisa; b) ser expressa na forma direta e afirmativa; c) incluir somente elementos que lhe sejam pertinentes; d) ser explícita e completa". É preciso, ainda, evitar o conceito "circular", ou seja, o termo definido não pode ser utilizado na sua definição e devem ser evitados termos subjetivos ou fatos interpretados ou inferidos (CUNHA, 1975; FAGUNDES, 1992; ZAMIGNANI, 2007). Por exemplo: uma categoria "sentimento de tristeza", não pode ser definida como "quando o adolescente sente-se triste diante de".

Foi solicitado que os adolescentes, de ambos os grupos, escrevessem em poucas linhas o entendimento/opiniões sobre os assuntos perguntados. As respostas foram analisadas, selecionadas palavras chaves sobre os comportamentos/attitudes/conceitos, agrupadas as frases de acordo com a categorização por equivalência semântica, relatadas conforme escritas pelos adolescentes, mesmo com erros de português e revisado pela psicóloga coorientadora da pesquisa. No capítulo de resultados, as tabelas referentes às respostas abertas apresentam uma síntese qualitativa (categorias de respostas) e quantitativa. Antecedendo as tabelas encontram-se parágrafos-síntese de cada categoria e posteriores ilustrações

exemplificadas com as frases dos adolescentes. No apêndice 6 encontram-se todas as frases relatadas nos questionários, de acordo com a categorização das respostas.

### 3.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os dados dos adolescentes que constituíram o grupo de estudo e grupo controle foram coletados por meio de questionário e registrados exclusivamente pelo pesquisador em planilha eletrônica, conferidos e exportados para o software de estatística *Statistic (Stasoft®)*, propriedade do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente.

As medidas de tendência central e de dispersão estão expressas em médias e desvio padrão (média  $\pm$  DP) para as variáveis contínuas de distribuição simétrica e em medianas, valores mínimo e máximo (mediana, mínimo-máximo) para as de distribuição assimétrica.

A estimativa da diferença de variáveis contínuas de distribuição normal foi realizada pelo teste paramétrico, teste t de *Student* enquanto para variáveis de distribuição assimétrica, o teste não paramétrico, teste de Mann-Whitney.

A estimativa de diferença entre variáveis categóricas foi realizada pelos testes exato de Fisher e qui-quadrado de Pearson.

Para todos os testes foi considerado um nível mínimo de significância de 5%. A amostra foi estimada considerando as principais variáveis do estudo, sendo suficiente para as comparações com nível de significância inferior a 5%, com poder de teste mínimo de 95%.



### 3.10 ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa obteve aprovações da Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente do Setor de Ciências da Saúde da UFPR e do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR sob o n.º 2163.058/2010-03 e está registrado no Banpesq sob o n.º 0048.0.208.000-10. (Anexo 1).

Foram elaborados dois diferentes tipos de TCLE e um Termo de Assentimento. Um TCLE era direcionado aos adolescentes entre 18 e 19 anos (Apêndice 1) e o outro para os cuidadores/familiares legais dos adolescentes entre 12 e 17 anos (Apêndice 2). No caso de adolescentes até 17 anos, eles também deveriam assinar o Termo de Assentimento (Apêndice 3), mesmo que seus responsáveis legais tivessem assinado o TCLE. Todos os TCLE foram obtidos das pessoas pesquisadas antes da inclusão no estudo.

### 3.11 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada considerando as medidas de proteção, minimização de riscos, confidencialidade, responsabilidade do pesquisador e da instituição de acordo com o compromisso firmado com o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR.

Para minimizar possíveis constrangimentos e exposições dos adolescentes ao responder os questionários, a aplicação se deu em salas individuais durante o atendimento dos ambulatórios e contou com três profissionais, a saber: a pesquisadora, a médica assistente do Ambulatório de Adolescentes e a médica assistente do ambulatório de Infectologia Adulta.

Além disso, as três aplicadoras dos questionários conversaram antes sobre os procedimentos a serem adotados com os adolescentes e seus familiares e se colocavam à disposição para esclarecer as perguntas ou dúvidas após ter sido

respondido o instrumento. A pesquisa foi encerrada ao se conseguir os 61 instrumentos de coleta do grupo de adolescentes HIV+ (grupo de estudo).

Também foi organizado com uma psicóloga do Centro de Psicologia Aplicada, ligado ao Departamento de Psicologia da UFPR, para realizar atendimento dos adolescentes, caso fosse solicitado por eles, ou por seus familiares ou pelos médicos assistentes.

Houve a participação de uma aluna da graduação de medicina que contava com uma bolsa de estudo de Iniciação Científica, a qual realizou levantamento de dados selecionados dos prontuários dos adolescentes HIV+ para acrescentar aspectos clínicos da síndrome da imunodeficiência adquirida aos resultados e visualizar o perfil sociodemográfico dos jovens. Como os adolescentes HIV- buscam o ambulatório de adolescentes por diferentes causas biopsicossociais, inclusive às vezes somente para acompanhamento referente ao crescimento e desenvolvimento pubertário, buscou-se saber as principais queixas iniciais de cada adolescente.

### 3.12 FOMENTOS PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Esta pesquisa não recebeu nenhum tipo de fomento ou financiamento. Todos os custos foram assumidos pela pesquisadora e os serviços envolvidos foram os Serviços Ambulatoriais de Infectologia Pediátrica e de Adultos e o Serviço Ambulatorial de Adolescentes do HC-UFPR.

## 4 RESULTADOS

Constituiu a amostra da pesquisa 122 adolescentes classificados em dois grupos pareados por idade, sexo e escolaridade, quais sejam: Grupo HIV+, adolescentes infectados pelo HIV (n=61); Grupo HIV-, adolescentes não infectados pelo HIV (n=61).

Entre os 61 adolescentes do Grupo HIV+, 58 tinham diagnóstico de Aids e 3 eram soropositivos, ou seja, ainda não haviam progredido clínica e imunologicamente para doença. Do ponto de vista clínico, 93,4% deles encontravam-se assintomáticos no momento da resposta ao questionário, não apresentando sinais e sintomas decorrentes da infecção pelo HIV. Avaliando a situação imunológica de acordo com os níveis séricos de linfócitos T CD4+, observou-se que 68,8% encontravam-se sem imunossupressão; 18% com imunossupressão leve; 6,6% com imunossupressão moderada e 6,6% com imunossupressão grave. A TARV estava sendo utilizada por 88,5% dos adolescentes. Entre os 8 adolescentes que estavam sem terapia, 5 deles faziam uso anterior de TARV, mas haviam abandonado a terapia medicamentosa.

Entre os 61 adolescentes do Grupo HIV- foram levantadas as queixas principais para a procura do ambulatório de adolescência. Observou-se que: 34,4% foram referentes a doenças respiratórias-alérgicas; 21,3% neuropsiquiátricas; 18,0% do sistema reprodutor masculino/feminino; 13,1% alérgica-dermatológicas; 6,5% infecciosas/psicossomáticas/ostearticulares/acompanhamento e 13,1% outras.

### 4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Na avaliação do perfil sociodemográfico, verificou-se que os grupos foram semelhantes à exceção da religião, cidade de moradia e com quem mora ( $p < 0,05$ ). No Grupo HIV+ observou-se maior frequência de indivíduos que declararam não ter religião (27,9%), maior frequência de moradia na Região Metropolitana (24,6%) e maior frequência de moradia em Instituição (31,1%) (Tabela 1). Comparando os adolescentes

infectados, de acordo com a institucionalização, observou-se que mais da metade dos institucionalizados (57,9%) referiu não ter religião ( $p < 0,001$ ).

TABELA1 - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

VARIÁVEL	CATEGORIAS	GRUPO HIV+ (n=61)		GRUPO HIV- (n=61)		P
		n	%	n	%	
Idade (anos)		14,6 ± 2,1	-	14,8 ± 1,9	-	(1)0,92
Gênero	Masculino	31	50,8	31	50,8	(2)0,85
	Feminino	30	49,2	30	49,2	
Orientação Sexual	Heterossexual	31	50,8	35	57,4	(2,3)0,62
	Homossexual	01	1,6	00	0,0	
	Bissexual	00	0,0	00	0,0	
	Não revelado	02	3,3	03	4,9	
	Não Entendeu	27	44,3	23	37,7	
Cor	Branco	29	47,5	42	68,9	(2,3)0,08
	Preto	03	4,9	01	1,6	
	Amarelo	02	3,3	00	0,0	
	Pardo	25	41,0	17	27,9	
	Indígena	02	3,3	01	1,6	
Estado Civil	Solteiro	59	96,7	61	100,0	(2)0,47
	Casado	02	3,3	00	0,0	
Religião	Evangélica	21	34,4	20	33,0	(2,3)0,01
	Católica	19	31,1	32	52,0	
	Espírita	02	3,3	01	2,0	
	Budista	00	0,0	00	0,0	
	Não tem Religião	17	27,9	06	9,8	
	Outra	02	3,3	01	1,6	
	Não respondeu	00	0,0	01	1,6	
Naturalidade	Curitiba	39	63,9	40	65,6	(2,3)1,00
	Região Metropolitana	09	14,8	05	8,2	
	Interior	08	13,1	09	14,7	
	Outros Estados	03	4,9	05	8,2	
	Não Informado	02	3,3	02	3,3	
Cidade de moradia	Curitiba	41	67,2	58	95,1	(2,3)<0,001
	Região Metropolitana	15	24,6	02	3,3	
	Interior	05	8,2	01	1,6	
Com quem mora	Pais	27	44,3	55	90,2	(4)< 0,001
	Instituição	19	31,1	01	1,6	
	Outros	15	24,6	05	8,2	
Escolaridade	1.º Grau Incompleto	41	67,2	33	54,1	(4)0,37
	1.º Grau Completo	06	9,8	07	11,5	
	2.º Grau Incompleto	09	14,8	16	26,2	
	2.º Grau Completo	05	8,2	05	8,2	
Profissão	Estudante	58	95,1	59	96,7	(2)1,00
	Outra	03	4,9	02	3,3	
TOTAL		61	100,0	61	100,0	

FONTE: A autora (2013)

NOTA: (1) Teste t de Student.

(2) Teste Exato de Fisher.

(3) Entre as duas categorias com maior frequência.

(4) Teste Qui-quadrado de Pearson.

Considerando apenas as adolescentes do sexo feminino, algumas diferenças no perfil sociodemográfico foram encontradas: idade, procedência e moradia. No que se refere à idade, observou-se predomínio da faixa etária de 14 a 16 anos entre as HIV- (61,3%) e de 12 a 16 anos entre as HIV+ (84,9%) ( $p=0,08$ ). Em relação à procedência, as meninas HIV- foram procedentes, em sua maioria (96,8%) de Curitiba enquanto as HIV+ de Curitiba (58,1%) e Região Metropolitana (32,3%) ( $p=0,001$ ); em relação à moradia, 26 das 31 meninas (83,9%) HIV- moravam com os pais, enquanto este número foi de 15 (48,4%) meninas HIV+ ( $p=0,005$ ). Sete meninas HIV+ (24,1%) eram Institucionalizadas e entre as meninas HIV-, nenhuma ( $p=0,004$ ).

Considerando agora os adolescentes do sexo masculino as diferenças no perfil sociodemográfico encontradas foram: cor, religião e moradia. Em relação à cor, observou-se maior frequência de pardos entre os meninos HIV+ (46,7% versus 23,3%,  $p=0,08$ ). No que se refere à religião, entre os meninos HIV- predominou a católica (55,2%) e evangélica (31,0%); entre os HIV+, evangélica (36,7%), sem religião (30,0%) e católica (23,3%) ( $p=0,06$ ). A maior parte dos meninos HIV- morava com os pais (96,6%) enquanto os HIV+, com os pais (40,0%) e em Instituições (40,0%). A institucionalização foi, assim, mais frequente entre os meninos HIV+ (40,0% versus 3,3%,  $p<0,001$ ).

#### 4.2 SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

Na Tabela 2 estão apresentadas as frequências de respostas categorizadas, referentes à questão: "O que você entende por saúde sexual?". A resposta "Em branco/Não sabe" foi semelhante entre os grupos ( $p=0,20$ ). Entretanto, os grupos diferiram na resposta "Sexo/Prazer", que foi mais frequente no Grupo HIV+ e na resposta "Preservativos/DST", que foi mais frequente no Grupo HIV- ( $p=0,01$ ).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ADOLESCENTES HIV+ E HIV- À QUESTÃO: "O QUE VOCÊ ENTENDE POR SAÚDE SEXUAL?"

CATEGORIAS DE RESPOSTAS	GRUPO HIV+ (n=61)		GRUPO HIV- (n=61)	
	n	%	n	%
Em branco/Não sabe	30	49,2	22	36,1
Preservativos/DST	07	11,5	21	34,4
Sexo/Prazer	11	18,0	05	08,2
Cuidados/Conhecimento	13	21,3	13	21,3
TOTAL	61	100,0	61	100,0

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,01$ .

Exemplos de respostas categorizadas como "Sexo/Prazer":

*Saber se quer uma vida com sexo, fazer sexo para ter filho ou se não pretende ter filho, só sexo. (VIM, 12 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)*

*Uma relação onde os indivíduos tem uma relação sexual. (JRD, 16 anos, masculino, 2.º grau incompleto, Grupo HIV+)*

Exemplos de respostas categorizadas como "*Preservativos/DST*":

*Que sempre nas relações sexuais tem que sempre usar camisinha, nunca deixar porque pode pegar uma doença como AIDS.* (TKNS, 12 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV-)

*É toda a prevenção antes durante e depois do ato sexual, contra todos os tipos de dst e de uma gravidez indesejada.* (PCGC, 17 anos, masculino, 2.º grau incompleto, Grupo HIV-)

Entre as meninas HIV-, 12 (38,7%) e, entre as HIV+ 15 (48,4%), não responderam. Considerando as que responderam, no Grupo HIV- predominou a resposta "*Preservativos/DST*" (n=11, 35,5%) enquanto no Grupo HIV+ (n=10, 32,2%) responderam "*Cuidados/Conhecimento*". Entre os meninos se manteve o padrão de respostas do grupo como um todo. Exemplos de respostas categorizadas como "*Cuidados/Conhecimento*":

*Preciso cuidar da minha saúde para cuidar da saúde da pessoa que eu for gostar.* (CCS, 13 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Conhecer o corpo humano em partes íntimas.* (ASM, 15 anos, feminino, 2.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Com o conhecimento sexual a pessoa pode ter uma relação com tranquilidade e confiança.* (DFS, 13 anos, masculino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV-)

Em relação à tabela 3, que versa sobre saúde reprodutiva, analisando separadamente apenas as respostas "*Em branco/Não sabe*", observou-se que as frequências de respostas foram semelhantes entre os adolescentes HIV+ e HIV-, 71% e 59%, respectivamente ( $p=0,25$ ). As demais respostas obtidas também foram semelhantes entre os grupos ( $p=0,48$ ). Quando analisados de acordo com as faixas etárias da adolescência e gênero, o padrão de respostas foi semelhante ao dos grupos como um todo ( $p>0,05$ ).

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ADOLESCENTES HIV+ E HIV- À QUESTÃO "O QUE VOCÊ ENTENDE POR SAÚDE REPRODUTIVA?"

CATEGORIAS DE RESPOSTAS	GRUPO HIV+ (n=61)		GRUPO HIV- (n=61)	
	n	%	n	%
Em branco/Não sabe	43	71,0	36	59,0
Reprodução/Relação sexual	10	16,0	17	28,0
Prevenção/Conscientização	08	13,0	08	13,0
TOTAL	61	100,0	61	100,0

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,48$ .

#### Exemplos de respostas categorizadas como "*Reprodução/Relação sexual*":

*Atividade sexual de um casal que se reproduz através do sexo. (ASM, 15 anos, feminino, 2.º grau incompleto, Grupo HIV+)*

*Pensar bem antes de ter filhos, ter um planejamento para ver se é a hora certa de ter sexo. (MDDC, 15 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV-)*

#### Exemplos de respostas categorizadas como "*Prevenção/Conscientização*":

*Se cuidar com camisinha e anticoncepcionais para não engravidar, ou seja, cuidar para não passar para a criança. (RRC, 16 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)*

*São os cuidados e orientações sobre a saúde das pessoas que querem se prevenir contra a gravidez precoce ou que querem saber sobre os cuidados necessários em caso de uma gravidez, seja ela planejada ou não. (GGV, 18 anos, masculino, 2.º grau completo, Grupo HIV-)*

Observou-se que o desconhecimento sobre a saúde reprodutiva (71,0% e 59,0%) foi maior do que a de saúde sexual (49,2% e 36,1%) nos dois grupos ( $p=0,01$ ) (Tabelas 2 e 3).



### 4.3 DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

Quando questionados se já leram sobre direitos sexuais e reprodutivos, 21 (34,4%) dos adolescentes do Grupo HIV+ e 26 (42,6%) do Grupo HIV- responderam que sim ( $p=0,45$ ).

O gráfico 1 ilustra as respostas obtidas em relação a uma ou mais fontes de leitura. No Grupo HIV+ a fonte de leitura mais frequentemente utilizada foi a Internet ( $p=0,08$ ) enquanto no Grupo HIV- foram materiais do MS ( $p=0,05$ ).

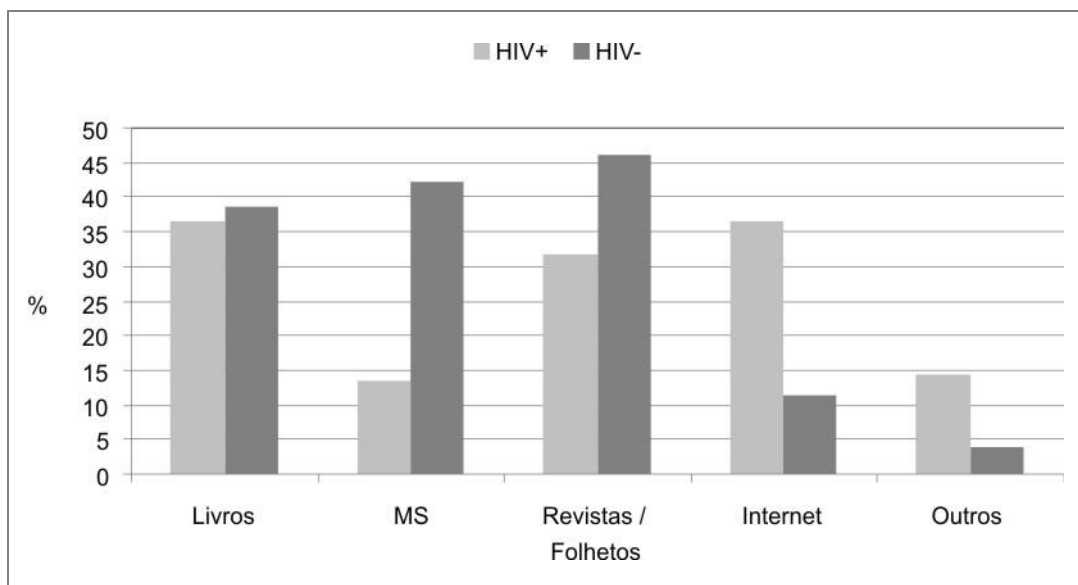


GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DE UMA OU MAIS FONTES DE LEITURA SOBRE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Exato de Fisher: Livros:  $p=1,00$ ; Manuais do Ministério da Saúde (MS):  $p=0,05$ ; Revistas e (ou) Folhetos:  $p=0,14$ ; Internet:  $p=0,08$ ; Outros:  $p=0,31$ .

Quando questionados se receberam orientações sobre direitos sexuais e reprodutivos, 39 (63,9%) do Grupo HIV+ e 36 (59,0%) do Grupo HIV- responderam que sim ( $p=0,70$ ).

Ao analisar as fontes de orientação referidas pelos adolescentes, observou-se que não houve diferença entre os grupos ( $p=0,59$ ) (Gráfico 2).

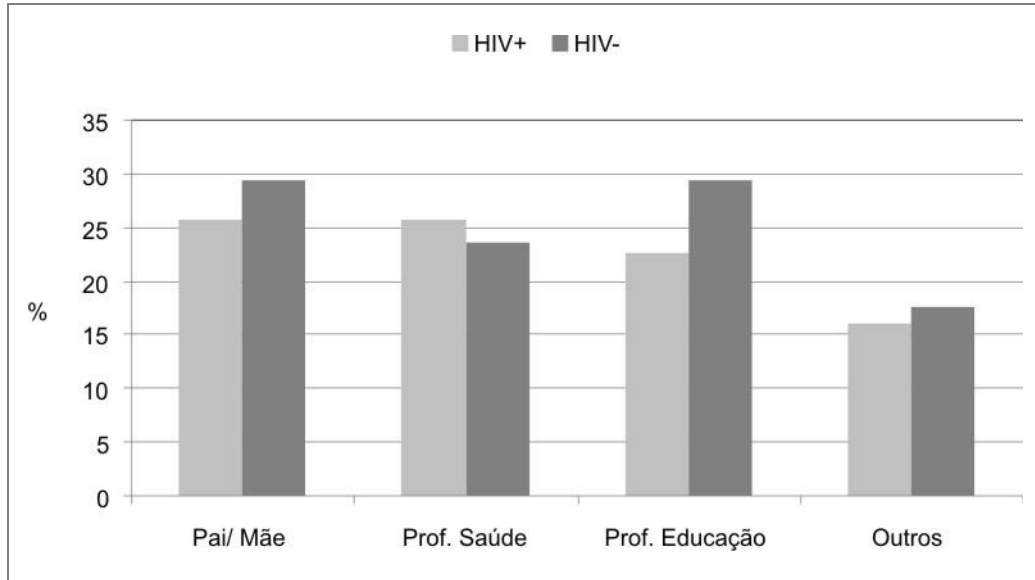


GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DE UMA OU MAIS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,59$ .

Entre os meninos HIV+ predominou, como fonte de informação, "Profissionais de saúde" (42,9%) e de "educação" (35,7%); entre os HIV-, "Profissional de educação" (33,3%), "Pais" (26,7%) e "Outros" (26,7%) ( $p=0,04$ ). Entre as meninas se manteve o padrão de resposta do grupo como um todo.

Quando solicitado aos adolescentes qual sua opinião sobre os direitos sexuais e reprodutivos, a maioria não opinou, e esta frequência foi maior no Grupo HIV- (73,8% *versus* 54,1%,  $p=0,07$ ). Entre os 44 que emitiram sua opinião, não houve diferença significativa na distribuição das respostas ( $p=0,75$ ) (Tabela 4). O padrão de respostas observado nos grupos como um todo foi semelhante ( $p>0,05$ ).

TABELA 4 - OPINIÃO DE ADOLESCENTES HIV+ E HIV- SOBRE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

CATEGORIAS DE RESPOSTAS	GRUPO HIV+ (n=61)		GRUPO HIV- (n=61)	
	n	%	n	%
Em branco/Não sabe	33	54,1	45	73,8
Relação sexual/Planejamento familiar	09	14,8	06	9,8
Cuidados/Direitos/Consciência social	19	31,1	10	16,4
TOTAL	61	100,0	61	100,0

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,75$ .

Exemplos de respostas categorizadas como "Relação sexual/Planejamento familiar":

*Direito de ser feliz sem colocar a vida de outro em risco utilizando métodos como inseminação e camisinha. (TMR, 17 anos, feminino, 2.º grau incompleto, Grupo HIV+)*

*Eu acho que eles tem que usar camisinhas, mas para a reprodução eles tem que tomar cuidados com as doenças. (APM, 12 anos, masculino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV-)*

Exemplos de respostas categorizadas como "Cuidados/Direitos/Consciência social":

*Eu acho que nós podemos ter uma vida normal, é só tomar os devidos cuidados. (CCS, 13 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)*

*Nós com o vírus HIV temos direito de uma vida normal e sem racismo. (JO, 12 anos, masculino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)*

*Acho que seja normal igual aos direitos das pessoas não infectadas. (DAS, 19 anos, masculino, 2.º grau completo, Grupo HIV+)*

*O conhecimento destes direitos são necessários aos adolescentes para terem conhecimento sobre a sexualidade e saber lidar com ela de forma segura. (GGV, 18 anos, masculino, 2.º grau completo, Grupo HIV-)*

Foi perguntado aos dois grupos: "Os adolescentes infectados pelo HIV se relacionam com seus namorados/ficantes da mesma maneira que os adolescentes que não são infectados pelo HIV?" "Por quê?". No Grupo HIV+ a maioria dos adolescentes respondeu SIM (60,7%) e justificou suas respostas de maneira semelhante. No Grupo HIV- a maioria não opinou (42,6%) ou respondeu que os adolescentes infectados e os não infectados "não se relacionam igualmente com seus namorados e ficantes" (39,3%), justificando sua opinião com afirmações direcionadas a preconceito e transmissão do HIV. As respostas das meninas e dos meninos, quando analisadas separadamente, mantiveram o mesmo padrão do grupo com um todo (Tabela 5).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ADOLESCENTES HIV+ E HIV-EM RELAÇÃO À QUESTÃO: "OS ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV E OS NÃO INFECTADOS SE RELACIONAM IGUALMENTE COM SEUS NAMORADOS/FICANTES? POR QUÊ?"

CATEGORIAS DE RESPOSTAS	GRUPO HIV+ (n=61)		GRUPO HIV- (n=61)	
	n	%	n	%
Respostas SIM <sup>(1)</sup>	37	60,7	11	18,0
Não sabe	05	13,5	05	45,5
Onipotência juvenil/Pensamento mágico	11	29,7	00	00,0
Cuidados/Pensamento mágico	12	32,4	00	00,0
Transmissão/Sexo	09	24,3	06	54,5
Respostas NÃO <sup>(1)</sup>	08	13,1	24	39,3
Não sabe	02	25,0	02	8,3
Cuidado/Medo	06	75,0	02	8,3
Cuidado/Preconceito	00	00,0	04	16,7
Transmissão/Preconceito	00	00,0	16	66,7
Respostas NÃO TEM OPINIÃO <sup>(1)</sup>	16	26,2	26	42,6
TOTAL	61	100,0	61	100,0

FONTE: A autora (2013)

NOTA: (1) Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p < 0,01$ .

Considerando as respostas SIM serão descritos exemplos por categorização de equivalência semântica de conteúdo. Exemplos de respostas categorizadas como "*Onipotência juvenil/Pensamento mágico*":

*Porque todos são iguais.* (DAS, 15 anos feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Porque isso não impede em nada.* (OEZ, 19 anos, masculino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Porque eles não usam camisinha. São iguais aos outros adolescentes.* (ED, 13 anos, masculino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Porque esquecemos que temos Aids.* (ACBM, 13 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

Exemplos de respostas categorizadas como "*Cuidados/Pensamento mágico*":

*Porque se ama de mais não se pode infectar o outro, mais tomar cuidado.* (VIM, 12 anos, feminino, 1.º grau incompleto, grupo HIV+)

*Não há diferença entre nós só devemos tomar certos cuidados no momento do sexo.* (GFCS, 16 anos, masculino, 2.º grau incompleto, grupo HIV+)

Merece destaque que nestas duas categorias de respostas o "Pensamento mágico" dos adolescentes do Grupo HIV+ foi um achado frequente e que não foi possível enquadrar em nenhuma das respostas do Grupo HIV-.

Exemplos de respostas categorizadas como "*Transmissão/Sexo*":

*Por que o vírus HIV não passa um para o outro so através do sexo e outras coisas. (PWC, 13 anos, masculino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)*

*Porque algumas pessoas não estão ligando para o parceiro e sim para o sexo. (WCO, 15 anos, masculino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV-)*

*Acha que não se preocupa com a saúde e por isso é igual a qualquer adolescente que não se preocupa. (TMP, feminino, 15 anos, 2.º grau incompleto, Grupo HIV-)*

*Porque eu conheço casais que convivem juntos e se relacionam normalmente. (CCM, feminino, 14 anos, 1.º grau completo, Grupo HIV-)*

Considerando as respostas NÃO também serão descritos exemplos por categorização de equivalência semântica de conteúdo. Exemplos de respostas categorizadas como "*Cuidado/Medo*":

*Se relacionam diferente porque não tem o vírus para se preocupar. (LOR, 13 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)*

*Porque nos preocupamos com o outro; ou o que pode gerar depois de um namoro. (FS, 19 anos, feminino, 1.º grau completo, Grupo HIV+)*

*Aqueles que tem consciência da infecção pelo HIV e sabem dos modos de transmissão acabam evitando contatos sexuais por medo, ou quando o fazem, previnem-se ainda mais. (CJ, 19 anos, feminino, 2.º grau completo, Grupo HIV-)*

Exemplos de respostas categorizadas como "*Cuidados/Preconceito*":

*Porque os outros se cuidam tem responsabilidade e os infectados pelo HIV não. (IRCO, 16 anos, feminino, 1.º grau completo, Grupo HIV-)*

*Porque não se cuidam. (PCGC, 17 anos, masculino, 2.º grau incompleto, Grupo HIV-)*

Exemplos de respostas categorizadas como "*Transmissão/Preconceito*":

*Os adolescentes infectados tem que tomar mais cuidado para não infectar os outros.* (FS, 13anos, masculino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV-)

*Porque os adolescentes infectados não se previne.* (JCM, 18 anos, feminino, 2.º grau completo, Grupo HIV-)

*Não, pois ele é transmitido por usar a mesma agulha.* (LFSM, 15 anos, feminino, 1.º grau completo, Grupo HIV-)

Destaca-se que nestas duas categorias de respostas "*Cuidados/Preconceito*" e "*Transmissão/Preconceito*" não foram possíveis enquadrar nenhuma das respostas do Grupo HIV+.

#### 4.4 PRÁTICAS SEXUAIS E SOCIAIS

O gráfico 3 ilustra a distribuição de ambos os grupos quanto às respostas das perguntas "*Já ficou?*", "*Já namorou?*" e "*Já teve relações sexuais?*". Para "*ficar*" e namorar observou-se frequências maiores no grupo de adolescentes HIV- (Ficou = 74,6% *versus* 60,7%,  $p=0,15$ ) (Namorou = 50,8% *versus* 35,0%,  $p=0,11$ ). A frequência de adolescentes que referiu já ter tido relações sexuais foi igual nos dois grupos ( $p=1,00$ ) (Gráfico 3).

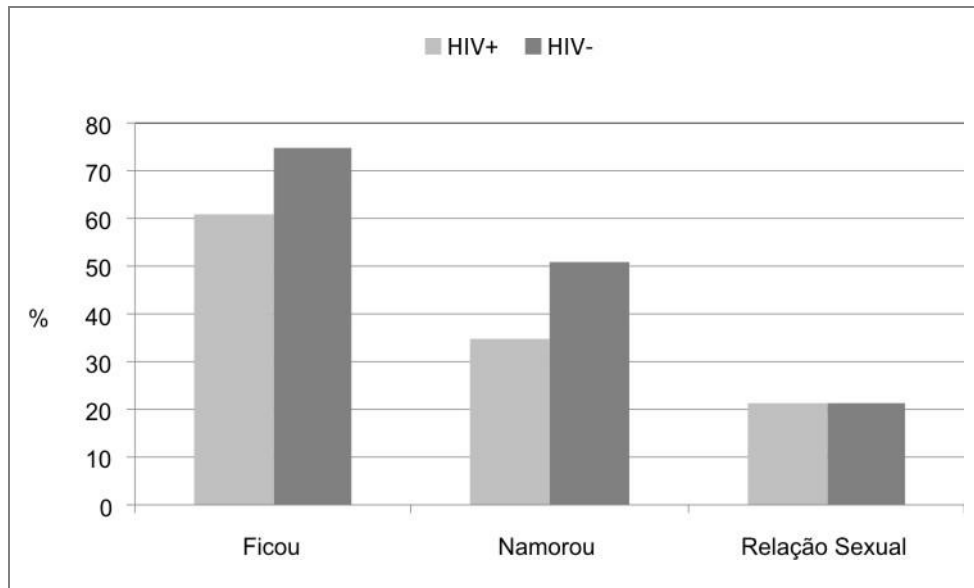


GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS PRÁTICAS SEXUAIS E SOCIAIS RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste exato de Fisher: Ficou:  $p=0,15$ ; Namorou:  $p=0,11$ ; Relação sexual:  $p=1,00$ .

As meninas HIV+ "*ficaram*" em menor frequência, embora sem significância estatística, do que as HIV- (51,6% *versus* 73,3%,  $p=0,11$ ). Nos meninos não se observou esta diferença; os Grupos HIV- e HIV+ foram semelhantes com frequência de "*ficou*" de 75,9% e 70,0%, respectivamente ( $p=0,77$ ).

Quanto à idade de início da atividade sexual, entre os que responderam e em ambos os grupos, seis adolescentes iniciaram antes dos 15 anos e sete após esta idade ( $p=0,95$ ). Nos dois grupos o parceiro da relação sexual foi o "*ficante*" namorado e na quase totalidade dos casos (exceto um em cada grupo) foi referida a utilização de preservativo. Os dois grupos (84,6% no Grupo HIV+ e 61,5% no Grupo HIV-), afirmaram o uso de preservativos em todas as relações sexuais ( $p=0,21$ ).

Em ambos os grupos, a maioria dos adolescentes referiu que não costuma pegar camisinha (61,7% entre os HIV+ e 63,3% entre os HIV-,  $p=1,00$ ). Entre os HIV+ que referiram pegar camisinha ( $n=23$ ), oito eram institucionalizados (34,8%) e 15 (65,2%), não. Analisando apenas o grupo de adolescentes HIV+ institucionalizados ( $n=19$ ), observou-se que 11 (57,9%) referiram não pegar camisinha.

O gráfico 4 ilustra a distribuição dos adolescentes quanto aos locais em que pegam preservativo masculino. Os principais locais citados foram as Unidades de Saúde e Farmácias.

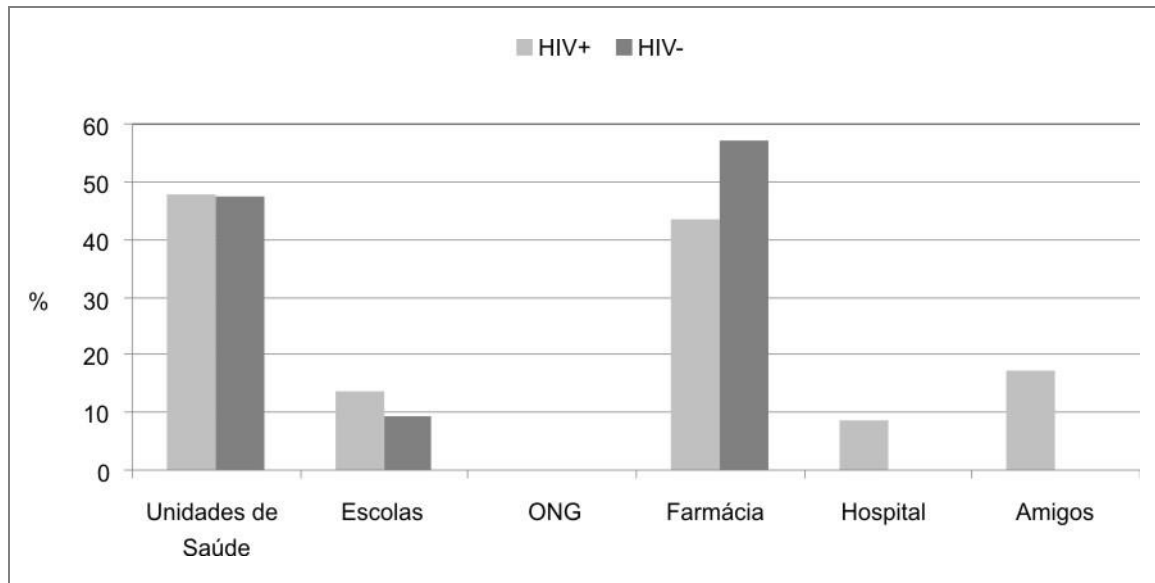


GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DE UM OU MAIS LOCAIS ONDE OS ADOLESCENTES HIV+ E HIV- RELATARAM PEGAR PRESERVATIVO MASCULINO

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Exato de Fisher:  $p=0,77$ ;  $p=0,95$ ;  $p=1,00$ ;  $p=1,00$ ;  $p=1,00$ .

#### 4.5 CUIDADOS NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

Na tabela 6, relativa ao principal cuidado na primeira relação sexual, a frequência de respostas "Em *branco/Não sabe*" foi semelhante entre os grupos ( $p=0,22$ ). No que se refere às respostas, os grupos não diferiram ( $p=0,11$ ), embora com nível de significância limítrofe, ou seja, os dados apontam uma tendência de o Grupo HIV+ relatar com maior frequência que usa preservativo e anticoncepcional e o Grupo HIV-, por sua vez, relatou cuidados categorizados como "Crenças distorcidas", tais como: conversar com parceiro, tomar banho após a atividade sexual, entre outros.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO PRINCIPAL CUIDADO NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

CATEGORIAS DE RESPOSTAS	GRUPO HIV+ (n=61)		GRUPO HIV- (n=61)	
	n	%	n	%
Em branco/Não sabe	06	9,8	12	19,7
Preservativos/Anticoncepcional	47	77,1	37	60,6
Tomar Remédio	02	3,3	00	0,0
Crenças distorcidas (amor)	06	9,8	12	19,7
TOTAL	61	100,0	61	100,0

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Exato de Fisher:  $p=0,11$  excluindo a categoria "Tomar Remédio"



Exemplos de respostas categorizadas como "*Preservativos/Anticoncepcional*":

*Primeiramente comentar se o relacionamento for serio sobre o HIV; depois usar é obvio preservativo.* (FS, 19 anos, feminino, 2.º grau completo, Grupo HIV+)

*Os cuidados necessários para proteger-se das DST's e da gravidez.* (AC, 15 anos, feminino, 2.º grau incompleto, Grupo HIV-)

Exemplos de respostas categorizadas como "*Tomar remédio*":

*Eu acho que a primeira precaução é tomar o remédio direito.* (OEZ, 19 anos, masculino, 1.º, grau incompleto, Grupo HIV+)

*Remédio.* (DAS, 15 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

Exemplos de respostas categorizadas como "*Crenças distorcidas*":

*Conhecer bem a pessoa.* (JEP, 18 anos, feminino, 2.º grau completo, Grupo HIV+)

*Cuidado na penetração.* (KAAS, 19 anos, masculino, 2.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Conhecer o companheiro.* (GSA, 18 anos, masculino, 2.º grau completo, Grupo HIV-)

*Amor.* (WCO, 15 anos, masculino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV-)

A tabela 7 diz respeito ao segundo cuidado relatado. Observou-se que a frequência da resposta "*Em branco/Não sabe*" foi semelhante entre os grupos ( $p=0,35$ ). No que se refere às categorias de respostas os grupos não diferiram ( $p=1,00$ ).

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO SEGUNDO CUIDADO NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

CATEGORIAS DE RESPOSTAS	GRUPO HIV+ (n=61)		GRUPO HIV- (n=61)	
	n	%	n	%
Em branco/Não sabe	33	54,1	27	44,3
Preservativos/Anticoncepcional	13	21,3	17	27,9
Tomar Remédio	01	1,6	01	1,6
Crenças distorcidas (respeito)	14	23,0	16	26,2
TOTAL	61	100,0	61	100,0

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Exato de Fisher ( $p=1,00$ ) excluindo a categoria "Tomar Remédio".

Exemplos de respostas categorizadas como "*Preservativos/Anticoncepcional*":

*Tomar anticoncepcional, se tratar e falar para o namorado.* (LDAA, 17anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Optar por camisinhas e métodos preventivos.* (VS, 18anos, feminino, 2.º grau completo, Grupo HIV-)

Exemplos de respostas categorizadas como "*Tomar remédio*":

*Tomar remédio diariamente.* (TAC, 13 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Usar remédios.* (TCO, 15 anos, feminino, 2.º grau incompleto, Grupo HIV-)

Exemplos de respostas categorizadas como "*Crenças distorcidas*":

*Namorar com responsabilidade.* (JRD, 16 anos, masculino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Ser inteligente.* (LTJF, 12 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Escolha do parceiro certo.* (SMB, 15 anos, feminino, 2.º grau incompleto, Grupo HIV-)

*Respeito.* (MRRS, 13 anos, masculino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV-)

#### 4.6 CUIDADOS NAS ATIVIDADES SEXUAIS PARA PREVENIR DST/GRAVIDEZ

Os grupos foram idênticos nas respostas à questão "*Principal cuidado nas atividades sexuais para prevenir DST/Gravidez*" ( $p=1,00$ ). Em ambos os grupos, 29,5% (18/61) responderam "*Em branco/Não sabe*" e 9,8% (6/61) relataram "*Crenças distorcidas*", ou seja, 39,1% (24/61) dos adolescentes não responderam sobre medidas de proteção efetivas relacionadas às DST e gravidez (Tabela 8). Também só foi possível categorizar as respostas como "*Preservativos*", visto que somente uma

adolescente do grupo HIV- mencionou outros métodos anticoncepcionais, diferentes de preservativo masculino.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO PRIMEIRO CUIDADO NAS ATIVIDADES SEXUAIS PARA PREVENIR DST/GRAVIDEZ RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

CATEGORIAS DE RESPOSTAS	GRUPO HIV+ (n=61)		GRUPO HIV- (n=61)	
	n	%	n	%
Em branco/Não sabe	18	29,5	18	29,5
Preservativos	37	60,7	37	60,7
Crenças distorcidas (saber com quem anda)	06	9,8	06	9,8
TOTAL	61	100,0	61	100,0

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=1,00$ .

Exemplos de respostas categorizadas como "*Preservativos*" incluíram:

*Evitar transar sem camisinha.* (RRC, 16 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Usar preservativo.* (CCM, 14 anos, feminino, 1.º grau completo, Grupo HIV-)

Exemplos de respostas categorizadas como "*Crenças distorcidas*" incluíram:

*Primeiramente ter conhecimento de quem é a pessoa.* (DAS, 19 anos, masculino, 2.º grau completo, Grupo HIV+)

*Saber com quem você anda e se cuidar.* (ACSO, 15 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV-)

Ao serem questionados sobre uma segunda medida de proteção referente às DST e gravidez, 39 adolescentes HIV+ (63,9%) e 31 HIV- (50,8%) responderam "*Em branco/Não sabe*". Os grupos também foram semelhantes nas respostas a esta questão ( $p=0,56$ ) (Tabela 9).

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO SEGUNDO CUIDADO NAS ATIVIDADES SEXUAIS PARA PREVENIR DST/GRAVIDEZ RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

CATEGORIAS DE RESPOSTAS	GRUPO HIV+ (n=61)		GRUPO HIV- (n=61)	
	n	%	n	%
Em branco/Não sabe	39	63,9	31	50,8
Preservativos/Anticoncepcional	16	26,2	21	34,5
Tomar Remédio	02	3,3	01	1,6
Crenças distorcidas (não namorar cedo)	04	6,6	08	13,1
TOTAL	61	100,0	61	100,0

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,56$ .

Exemplos de respostas categorizadas como "*Preservativos/Anticoncepcional*":

*Pílula.* (JKCF, 12 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Anticoncepcional.* (CAS, 15 anos, feminino, 2.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Usar pílula ou injeção.* (JMP, 14 anos, feminino, 1.º incompleto, Grupo HIV-)

*Utilizar anticoncepcionais.* (PHC, 15 anos, masculino, 2.º grau incompleto, Grupo HIV-)

Exemplos de respostas categorizadas como "*Tomar remédio*":

*Tomar remédio diariamente.* (TAC, 13 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Remédios e anticoncepcionais.* (AMAL, 13 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Usar remédios.* (TCO, 15 anos, feminino, 2.º grau incompleto, Grupo HIV-)

Exemplos de respostas categorizadas como "*Crenças distorcidas*" incluíram:

*Não namorar cedo.* (LOR, 13 anos, feminino, 1.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Quando tiver grávida vai ate um médico pra ver se o filho tá com uma doença ou não.* (JRD, 16 anos, masculino, 2.º grau incompleto, Grupo HIV+)

*Se cuidar na hora de fazer relação.* (PCGC, 17 anos, masculino, 2.º grau, incompleto, Grupo HIV-)

*Procurar saber se o parceiro tem a doença.* (SMB, 15 anos, feminino, 2.º grau, incompleto, Grupo HIV-)

## 4.7 ORIENTAÇÕES RECEBIDAS

### 4.7.1 Masturbação

Dezessete adolescentes do grupo HIV+ referiram ter recebido orientações sobre masturbação (27,9%) enquanto este número foi de 26 no grupo HIV- (42,6%) ( $p=0,12$ ). O gráfico 5 ilustra a distribuição das fontes de orientação para o adolescente a respeito de masturbação. As fontes de orientação foram semelhantes entre os grupos ( $p=0,38$ ).

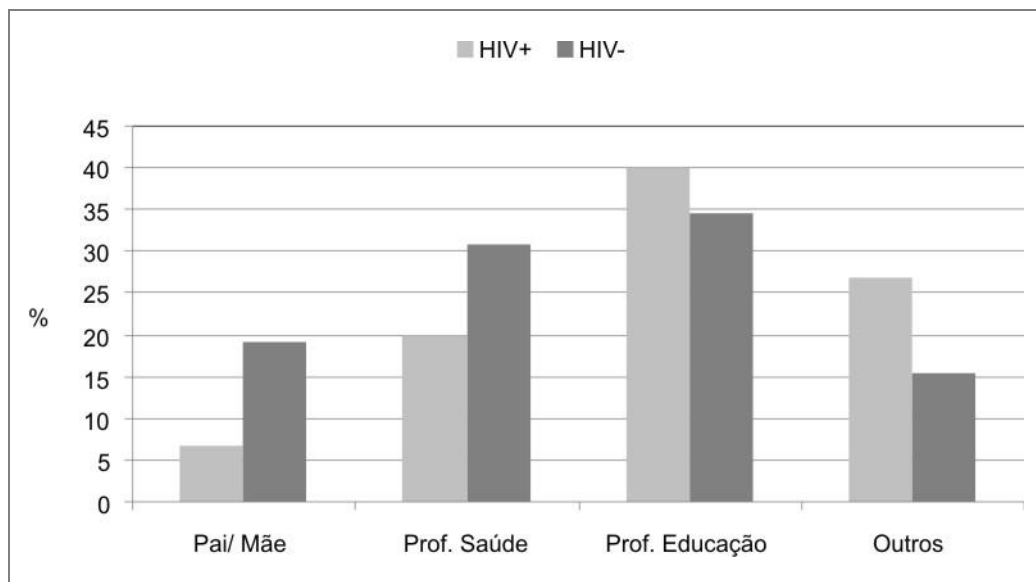


GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE MASTURBAÇÃO RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-Quadrado de Pearson:  $p=0,38$ .

Analisando separadamente as respostas em relação ao gênero feminino, as meninas HIV+ receberam em menor frequência orientações sobre masturbação em relação às meninas HIV- (12,9% *versus* 41,9%,  $p=0,02$ ). Entre os meninos não houve diferença entre os grupos ( $p=1,00$ ).

#### 4.7.2 Menstruação

Trinta e oito adolescentes do grupo HIV+ referiram ter recebido orientações sobre menstruação (64,4%) enquanto este número foi de 37 no grupo HIV- (62,7%) ( $p=1,00$ ). O gráfico 6 ilustra a distribuição das fontes de orientação para os adolescentes sobre menstruação. Em ambos os grupos as fontes de informação foram "Outros", "Pais", "Profissionais da educação" e "Profissionais da saúde". Os pais foram os principais informantes entre os não infectados, enquanto entre os infectados foram "Outros" ( $p<0,001$ ).

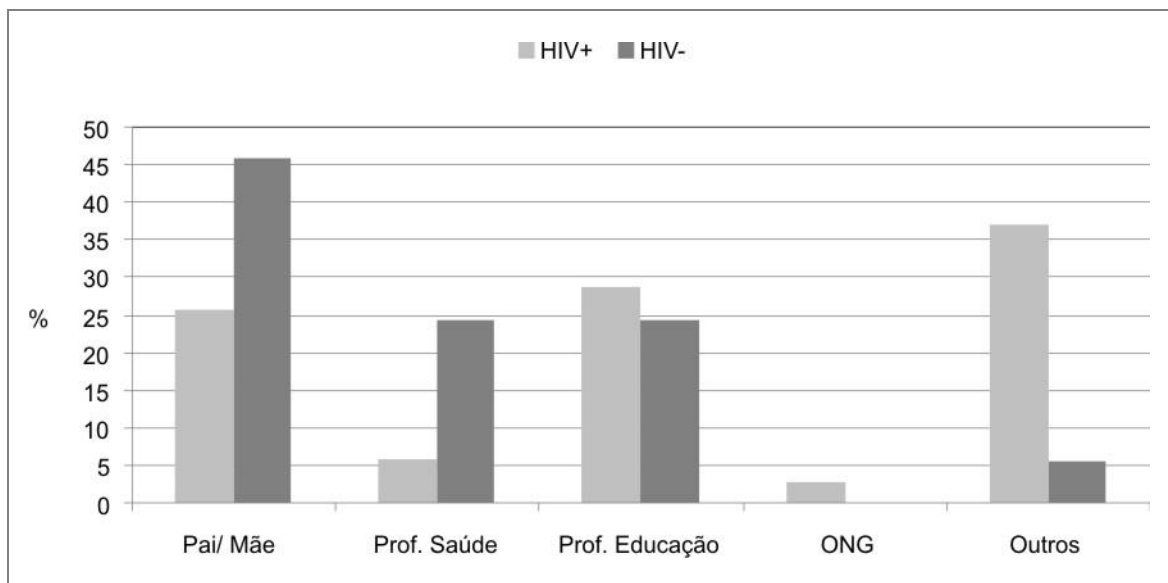


GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE MENSTRUÇÃO RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-Quadrado de Pearson:  $p=0,54$ .

Considerando apenas as meninas, entre as HIV+ 25 (80,6%) receberam este tipo de orientação e entre as HIV- 29 (93,5%) ( $p=0,25$ ). Entre os meninos também não se observou diferença na frequência de orientação sobre menstruação (46,4% entre os HIV+ e 28,6%,  $p=0,26$ ).

#### 4.7.3 Primeira ejaculação

Cento e vinte e um adolescentes responderam a esta questão, 60 do grupo HIV+ e 61 do grupo HIV-. Treze do grupo HIV+ (21,3%) e 21 do grupo HIV- (34,4%) receberam orientação sobre ejaculação ( $p=0,15$ ). O gráfico 7 ilustra a distribuição dos adolescentes quanto às fontes desta orientação e mostra que foram semelhantes entre os grupos ( $p=0,72$ ).

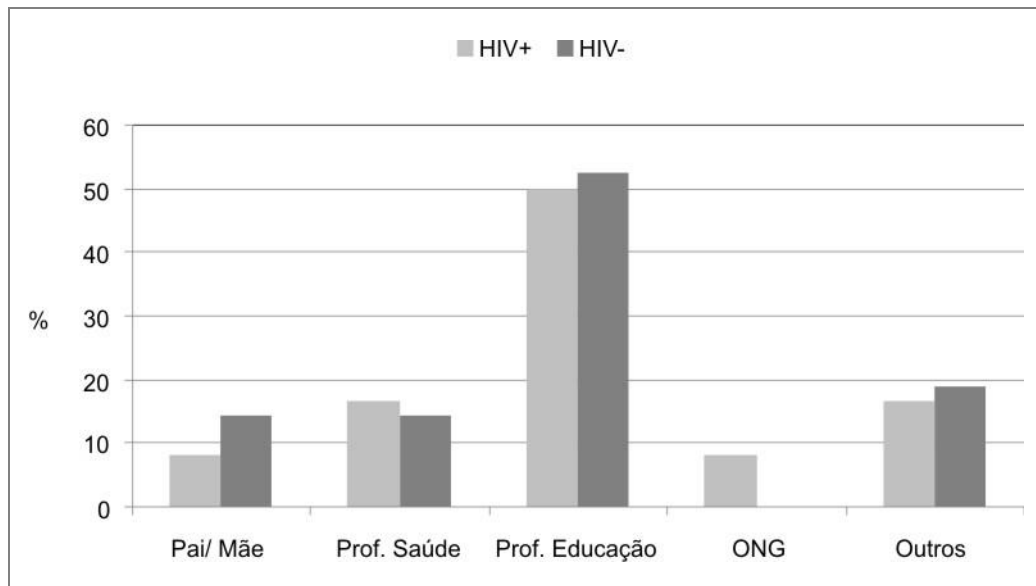


GRÁFICO 7 - DISTRIBUICAO DAS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE PRIMEIRA EJACULAÇÃO RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,72$

Entre os 59 meninos (29 HIV+ e 30 HIV-), nove (31,0%) do grupo HIV+ receberam esta orientação e também nove (30,0%) do grupo HIV- ( $p=1,00$ ). Entre as 62 meninas (31 HIV+ e 31 HIV-), quatro (12,9%) do grupo HIV+ receberam orientação e 12 (38,7%) do grupo HIV- ( $p=0,04$ ).

#### 4.7.4 Métodos anticoncepcionais

Cento e vinte adolescentes responderam a esta questão, 60 do grupo HIV+ e 60 do grupo HIV-. Trinta e seis do grupo HIV+ (60,0%) e 43 do grupo HIV- (71,7%) receberam orientação sobre anticoncepção ( $p=0,24$ ).

O gráfico 8 ilustra a distribuição das respostas quanto à orientação sobre os diferentes tipos de métodos anticoncepcionais. Não se observou diferença entre os grupos em relação ao conhecimento dos diferentes métodos de anticoncepção ( $p>0,05$ ).

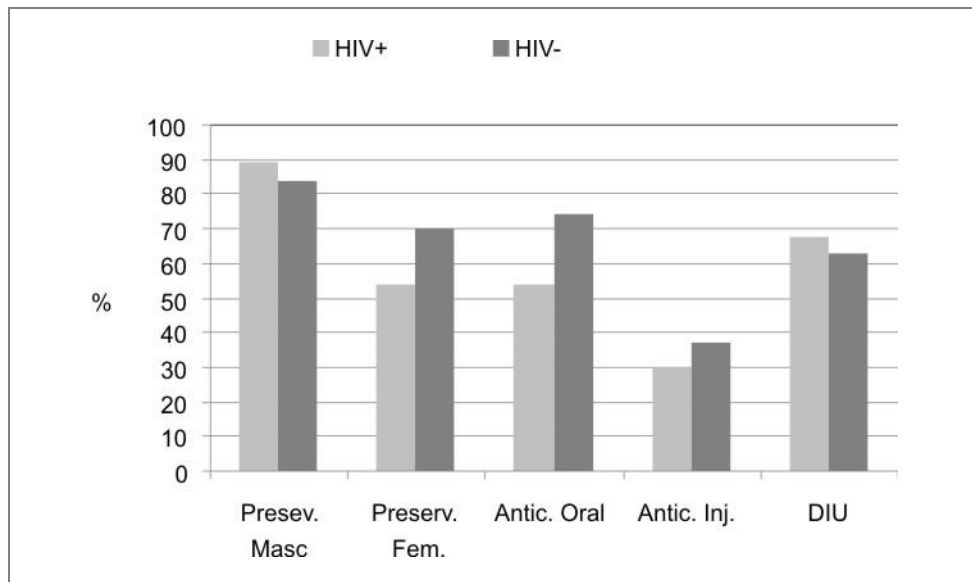


GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO DA ORIENTAÇÃO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS RELATADA POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Exato de Fisher:  $p=0,53$ ;  $p=0,17$ ;  $p=0,06$ ;  $p=0,63$ ;  $p=0,81$ .

Entre os 58 meninos (29 HIV+ e 29 HIV-), 17 (58,6%) do grupo HIV+ receberam esta orientação e 19 (65,5%) do grupo HIV- ( $p=0,74$ ). Entre as 62 meninas (31 HIV+ e 31 HIV-), 19 (61,3%) do grupo HIV+ receberam orientação e 24 (77,4%) do grupo HIV- ( $p=0,27$ ).



#### 4.7.5 Anticoncepção de emergência

Dos cento e dezenove que responderam (60 HIV+ e 59 HIV-), treze adolescentes do Grupo HIV+ (21,7%) e 31 do Grupo HIV- (52,5%) referiram ter recebido orientação em relação à anticoncepção de emergência ( $p < 0,001$ ).

O gráfico 9 ilustra a distribuição das respostas referente à fonte de orientação. Entre os adolescentes do grupo HIV- predominaram como fontes de informação os "Pais" e "Profissionais de saúde" enquanto no grupo de adolescentes HIV+, "Profissionais de educação" e "Outros" ( $p = 0,06$ ).

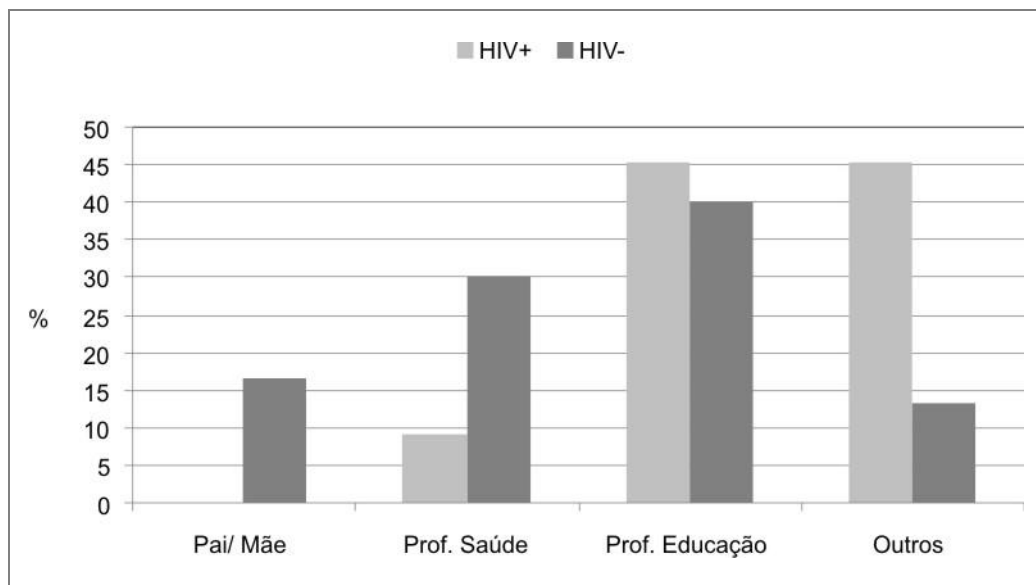


GRÁFICO 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p = 0,06$

As meninas HIV+ receberam em menor frequência orientações sobre anticoncepção de emergência em relação às HIV- (22,6% *versus* 54,8%,  $p = 0,01$ ). O mesmo se observou entre os meninos (20,7% *versus* 50,0%,  $p = 0,02$ ).

#### 4.7.6 Gravidez

Cento e dezenove adolescentes responderam a esta questão, 59 do grupo HIV+ e 60 do grupo HIV-. Trinta e oito do grupo HIV+ (64,4%) e 38 do grupo HIV- (63,3%) receberam orientação sobre prevenção de gravidez ( $p=1,00$ ).

Entre os adolescentes HIV- predominou como fonte de informação os "Pais" e entre os adolescentes HIV+, os "Profissionais de educação" e "Outros" ( $p=0,02$ ) (Gráfico 10).

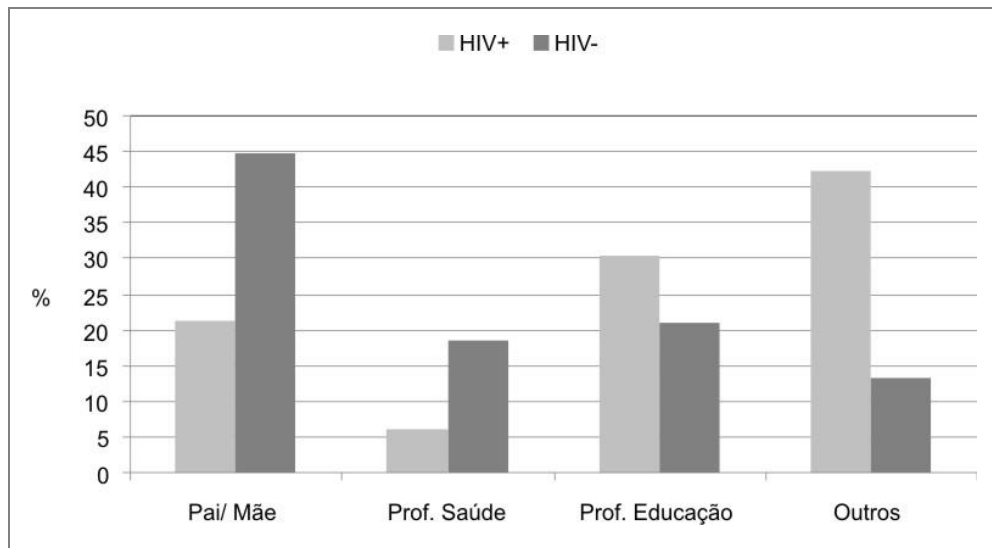


GRÁFICO 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE GRAVIDEZ RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,02$ .

#### 4.7.7 Aborto

Vinte e nove (47,5%) adolescentes do Grupo HIV+ e 33 (54,1%) adolescentes do Grupo HIV- afirmaram ter recebido orientação sobre os riscos do aborto ( $p=0,58$ ).

Não houve variação significativa no que se refere à fonte de informação sobre este assunto ( $p=0,37$ ) (Gráfico 11).

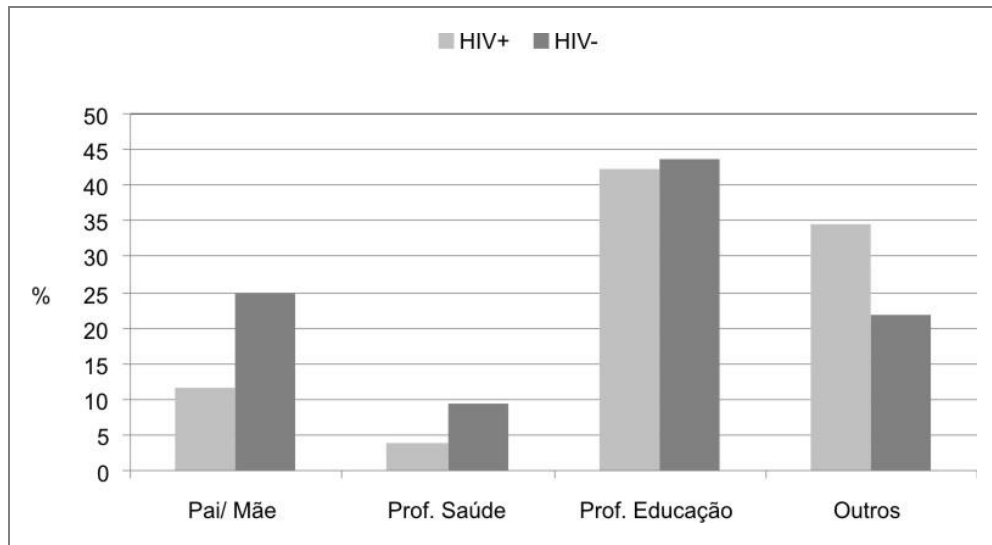


GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE ABORTO RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,37$ .

#### 4.7.8 Doenças sexualmente transmissíveis

Quarenta e cinco (76,3%) adolescentes HIV+ e 40 (65,6%) do Grupo HIV- referiram que receberam orientação sobre DST ( $p=0,23$ ).

Na tabela 10 está a distribuição das respostas, quanto à pergunta: "*Sobre Quais Doenças Sexualmente Transmissíveis Você Recebeu Orientação?*".

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO À ORIENTAÇÃO RECEBIDA SOBRE AS DST RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

DST	GRUPO HIV+ (n=45)		GRUPO HIV- (n=40)		p
	n	%	n	%	
Gonorreia	17	37,8	27	67,5	0,01
Sífilis	19	42,2	24	60,0	0,12
Aids	41	91,1	39	97,5	0,36
Clamídia	07	15,6	04	10,0	0,52
HPV	12	26,7	16	40,0	0,24
Hepatite B	20	44,4	19	47,5	0,82
Herpes	16	35,6	19	47,5	0,27

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste exato de Fisher.

Comparando meninos e meninas, observou-se que os meninos HIV+ receberam em maior frequência orientações sobre DST (89,3% versus 60,0%,  $p=0,01$ ).

Comparando as meninas HIV+ e HIV-, verificou-se que as primeiras receberam em menor frequência orientações sobre Gonorreia (30,0% *versus* 63,6%,  $p=0,03$ ) e maior orientação sobre Clamídia (15,0% *versus* 0,0%,  $p=0,02$ ).

Observou-se maior frequência de orientação para DST por "Profissionais de educação" para ambos os grupos. Considerando as outras fontes de informação, verificou-se que para adolescentes HIV+ predominou a fonte "Outros" enquanto para adolescentes HIV- por "Profissionais de saúde", com nível de significância limítrofe ( $p=0,12$ ) (Gráfico 12).

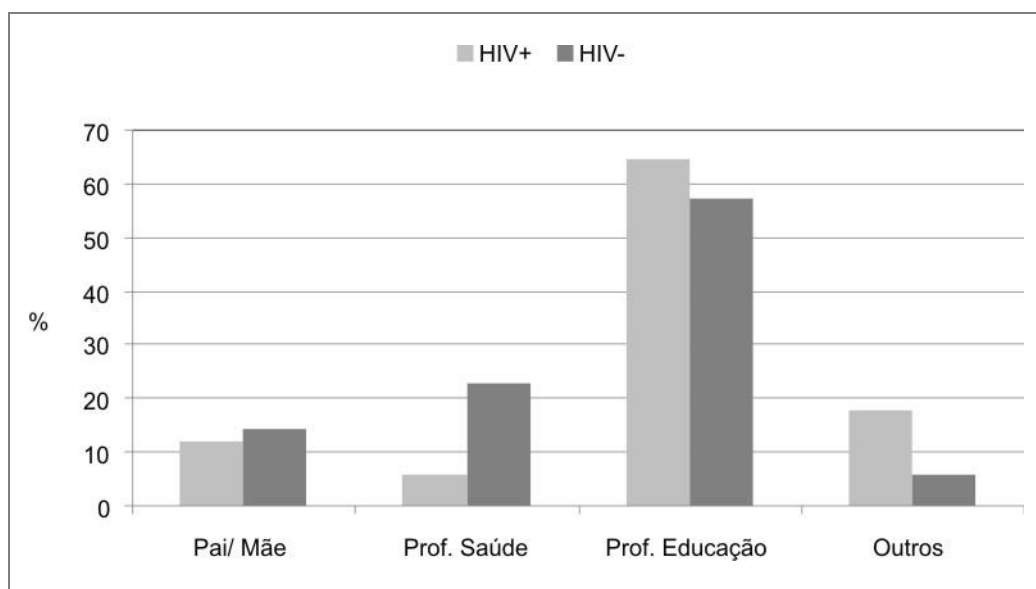


GRÁFICO 12 - DISTRIBUIÇÃO DE UMA OU MAIS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE DST RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,12$ .

Entre as meninas HIV-, predominaram, como fonte de orientação os "Profissionais de educação" e de "saúde" (60,0% e 22,7%); entre as HIV+, os "Profissionais de educação" e "Outros" (60,0% e 26,7%) ( $p=0,02$ ).

Entre os meninos, a distribuição de fontes de informação foi semelhante entre os adolescentes HIV- e HIV+ sendo principalmente feita por "Profissionais de educação" (53,8% e 68,4%), "Profissionais de saúde" (23,1% e 10,5%), "Pais" (7,7% e 10,5%) e "Outros" (15,4% e 10,5%) ( $p=0,74$ ).

#### 4.7.9 Vacinas

No Grupo HIV+, 30 (49,2%) adolescentes referiram ter recebido orientação sobre vacinas e no Grupo HIV-, 36 (60,0%) ( $p=0,50$ ). A fonte de informação foi semelhante entre os grupos ( $p=0,22$ ) (Gráfico 13).

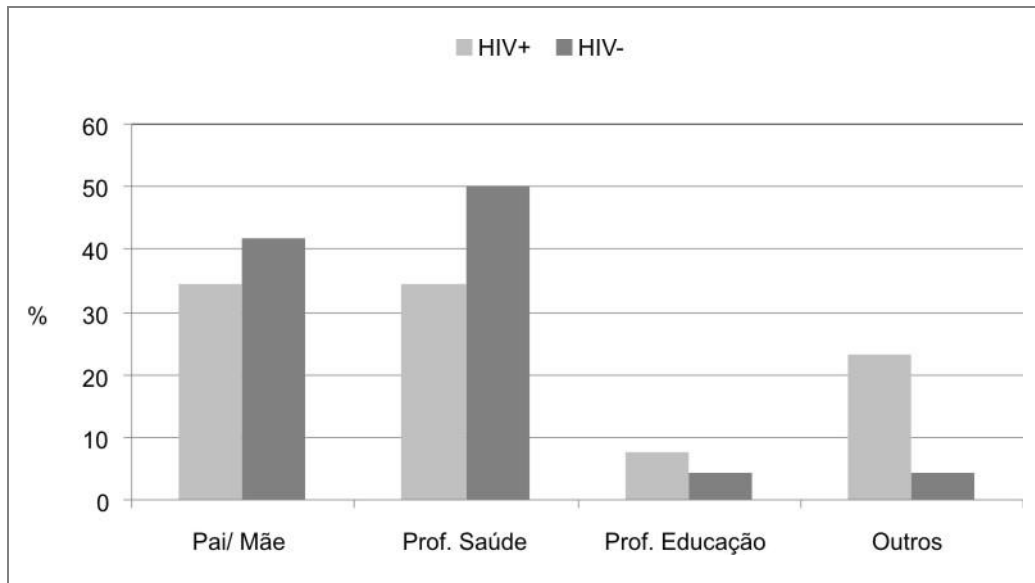


GRÁFICO 13 - DISTRIBUIÇÃO DE UMA OU MAIS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE VACINAS RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,22$ .

#### 4.7.10 Drogas psicoativas

A frequência de respostas quanto ao uso de drogas foi baixa, mas semelhante entre os grupos: três responderam no Grupo HIV+ e quatro no Grupo HIV-, sendo a quase totalidade de respostas negativas. No Grupo HIV- 13 de 61 adolescentes (21,3%) adolescentes receberam orientação quanto ao uso de drogas psicoativas, no Grupo HIV+, 11 de 58 adolescentes (19,0%) ( $p=0,92$ ).

O gráfico 14 ilustra a distribuição das fontes de orientação sobre Drogas Psicoativas, que foi semelhante entre os grupos ( $p=0,43$ ).

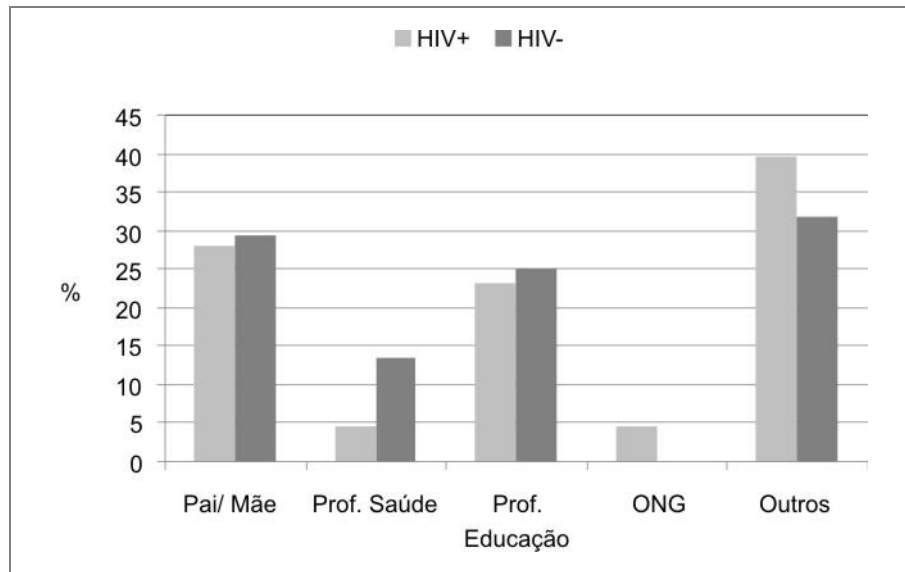


GRÁFICO 14 - DISTRIBUIÇÃO DE UMA OU MAIS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE DROGAS PSICOATIVAS RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,43$

#### 4.7.11 Comportamentos na vida cotidiana

Quarenta e dois (72,4%) adolescentes do Grupo HIV+ e 52 (85,2%) do Grupo HIV- receberam orientações de como agir em eventos sociais da vida cotidiana ( $p=0,13$ ). O gráfico 15 ilustra a distribuição das respostas sobre diferentes eventos da vida cotidiana.

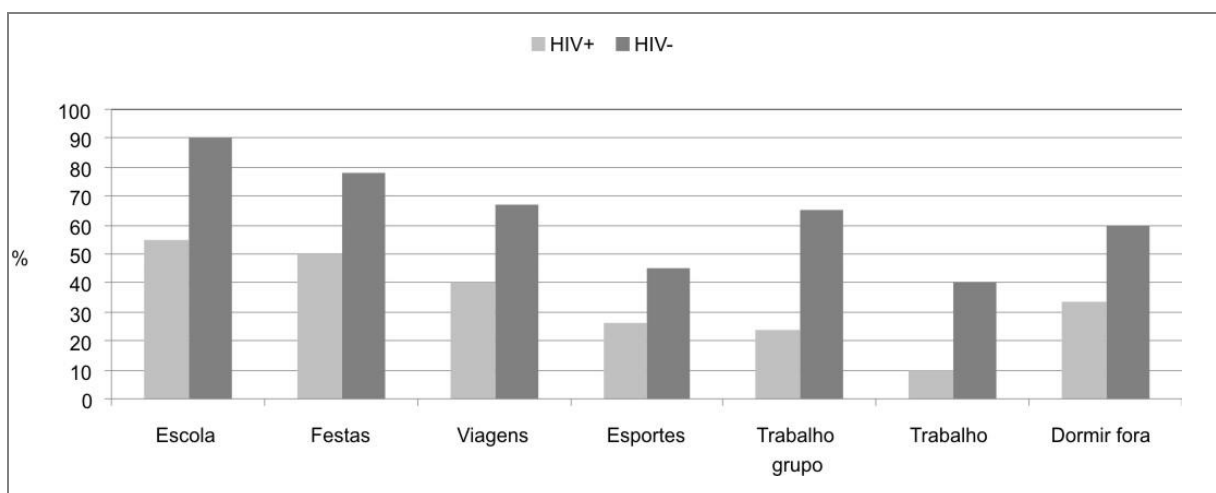


GRÁFICO 15 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS EM RELAÇÃO À ORIENTAÇÃO RECEBIDA SOBRE EVENTOS DA VIDA COTIDIANA RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Exato de Fisher: Escola:  $p<0,01$ ; Festas:  $p<0,01$ ; Viagens:  $p=0,01$ ; Esportes:  $p=0,08$ ; Trabalho grupo:  $p<0,01$ ; Trabalho:  $p<0,01$ ; Dormir fora:  $p=0,01$ .

As meninas HIV+ receberam com maior frequência orientação sobre comportamento em festas (45,8% *versus* 20,0%,  $p=0,07$ ), no trabalho (75,0% *versus* 28,0%,  $p=0,001$ ), menor orientação sobre o comportamento na escola (54,2% *versus* 92,0%,  $p=0,003$ ), dormir na casa de amigos (41,7% *versus* 72,0%,  $p=0,04$ ), em relação às meninas do grupo HIV-.

Os meninos HIV+ receberam com menor frequência orientação sobre festas (44,4% *versus* 76,0%,  $p=0,05$ ), viagens (27,8% *versus* 74,1%,  $p=0,002$ ), escola (55,6% *versus* 88,9%,  $p=0,01$ ), trabalho (22,2% *versus* 59,3%,  $p=0,01$ ), dormir com os amigos (22,2% *versus* 48,1%,  $p=0,11$ ), esportes (22,2% *versus* 51,8%,  $p=0,06$ ), em relação aos meninos do grupo HIV-.

A fonte de orientação relativa aos comportamentos nos eventos da vida cotidiana está ilustrada no gráfico 16.

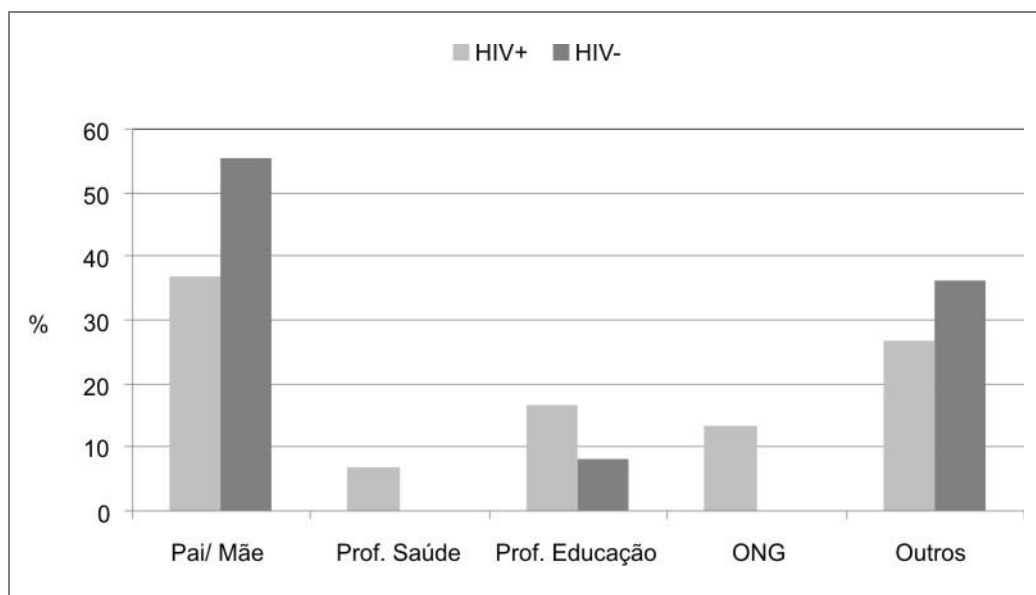


GRÁFICO 16 - DISTRIBUIÇÃO DE UMA OU MAIS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE EVENTOS DA VIDA COTIDIANA RELATADAS POR ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p=0,24$ .

A tabela 11 resume de maneira global os aspectos sobre os quais os adolescentes, de ambos os grupos, afirmaram ter recebido orientação. Observou-se diferença significativa apenas quanto à orientação sobre anticoncepção de emergência, sendo maior entre os adolescentes HIV- (52,5% *versus* 21,7%,  $p<0,001$ ).

TABELA 11 - TOTAL DE ORIENTAÇÕES RECEBIDAS PELOS ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

ORIENTAÇÕES	GRUPO HIV+ (n=61)				GRUPO HIV- (n=61)				p
	Sim		Não		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Direitos sexuais e reprodutivos	39	63,9	22	36,1	36	59,0	25	41,0	0,70
Masturbação	17	27,9	44	72,1	26	42,6	35	57,4	0,12
Menstruação	38	64,4	21	35,6	37	62,7	22	37,3	1,00
Primeira ejaculação	13	21,3	48	78,7	21	34,4	40	65,6	0,15
Métodos anticoncepcionais	36	60,0	24	40,0	43	71,7	17	28,3	0,24
Anticoncepção de emergência	13	21,7	47	78,3	31	52,5	28	47,5	< 0,001
Prevenção de gravidez	38	64,4	21	35,6	38	63,3	22	36,7	1,00
Risco de aborto	29	47,5	32	52,5	33	54,1	28	45,9	0,58
DST	45	76,3	14	23,7	40	65,6	21	34,4	0,23
Vacinas	30	49,2	31	50,8	36	60,0	24	40,0	0,50
Uso de drogas	11	19,0	47	81,0	13	21,3	48	78,7	0,92
Vida cotidiana	42	72,4	16	27,6	52	85,2	09	14,8	0,13

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste exato de Fisher.

#### 4.8 SENTIMENTOS

Entre os adolescentes HIV+ verificou-se menor frequência do sentimento "Raiva e Revolta" e maior frequência do sentimento "Pena de si mesmo", com nível de significância limítrofe ( $p=0,05$ ). O sentimento "É igual aos outros" foi significativamente mais frequente no grupo HIV+ ( $p<0,01$ ).

Na tabela 12 estão apresentadas as frequências dos sentimentos apontados pelos adolescentes HIV+ e HIV-, referente à questão: "Marque com um X os sentimentos que você tem pelo fato de ser adolescente infectado pelo HIV ou pelo fato de ser adolescente", respectivamente.

TABELA 12 - SENTIMENTOS PERGUNTADOS AOS ADOLESCENTES HIV+ E HIV-

SENTIMENTOS	GRUPO HIV+ (n=61)				GRUPO HIV- (n=61)				p
	Sim		Não		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Medo	15	25,4	44	74,6	13	21,3	48	78,7	0,60
Raiva e Revolta	10	16,9	49	83,0	20	32,8	41	67,2	0,05
Pena de Si Mesmo	11	18,6	48	81,3	04	6,5	57	93,4	0,05
Dificuldade para aceitar que é soropositivo	08	13,5	51	86,4					
Dúvidas	13	22,0	46	78,0	22	36,1	39	63,9	0,10
Rejeição	06	10,2	53	89,9	04	6,5	57	93,4	0,52
Indiferença	11	18,6	48	81,3	06	9,8	55	90,2	0,19
Superproteção	12	20,7	46	79,3	14	22,9	47	77,1	0,78
É diferente dos outros	15	25,4	44	74,6	14	22,9	47	77,1	0,79
Tristeza	12	20,3	47	79,7	13	21,3	48	78,7	0,89
Vergonha	20	33,9	39	66,1	15	25,0	45	75,0	0,28
É igual aos outros	33	55,9	26	44,1	15	25,4	44	74,6	< 0,01
Se sente amado	23	39,0	36	61,0	26	43,3	34	56,7	0,65

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Teste exato de Fisher.



Constatou-se entre as meninas HIV+ maior frequência do sentimento de pena de si mesmo (18,6% *versus* 3,2%,  $p=0,02$ ) e de indiferença (25,8% *versus* 3,2%,  $p=0,02$ ), em relação às meninas HIV-. Fazendo estas mesmas comparações entre os meninos HIV+ e HIV-, predominou o sentimento de vergonha (28,6% *versus* 6,9%,  $p=0,04$ ).

## 5 DISCUSSÃO

Os avanços da medicina vêm diminuindo as taxas de morbimortalidades relacionadas à Aids e o risco de transmissão vertical chega a ser menor que 2%. As crianças com infecção perinatal pelo HIV estão chegando à fase de adolescência e estas à fase de adultos jovens, trazendo novos desafios para os serviços de saúde, sociedade e políticas públicas. A atenção precisa se estender aos aspectos da sexualidade, saúde reprodutiva e mental, debatendo também os projetos educacionais e profissionais destes adolescentes, articulada de forma intra e intersetorialmente, entre Organizações Governamentais e ONG.

### 5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Ao analisar o perfil sociodemográfico dos grupos estudados, percebeu-se que os pontos marcantes de diferença foram os itens referentes à religião, cidade de moradia e com quem moravam. Quase um terço dos adolescentes infectados pelo HIV declarou não ter religião, chegando a mais da metade nos institucionalizados. Como no Grupo HIV- só havia um adolescente institucionalizado, não se fez análise comparativa. Na fase de adolescência as crises religiosas já foram descritas por Aberastury e Knobel (1986) podendo oscilar do ateísmo anárquico ao misticismo fervoroso. As crises religiosas fazem parte da Síndrome da Adolescência Normal, postulada por esses autores, e que não se caracteriza numa patologia, mas em um conjunto de aspectos universais da adolescência. Outro ponto a ser levantado, considerando os adolescentes infectados e institucionalizados, é que o fato de morar em instituições e ter diferentes cuidadores talvez possa dificultar a definição das crenças religiosas.

Observou-se no Grupo HIV+ uma maior frequência de moradia na região metropolitana e quanto ao item "com quem moravam", 34 adolescentes do Grupo HIV+ moravam com "Outros" ou em "Instituição", situação decorrente, na maioria das vezes, da morte ou doença de seus pais propiciando uma incapacidade de realizar as funções parentais, enquanto no Grupo HIV- somente seis não moravam com seus pais.

A literatura confirma este achado mostrando que filhos de mulheres HIV+ comumente são expostos a múltiplas famílias de acolhimento que recebem salário para cuidar de crianças e adolescentes em situação de risco pessoal ou social, devido à morte ou incapacidade de seu cuidadores e à exposição pré e pós-natal às drogas (FAIR; ALBRIGHT, 2012). Em outro estudo sobre as necessidades de saúde em longo prazo de adolescentes infectados por transmissão vertical, verificou-se que de 53% a 65,3% dos jovens infectados perderam um membro da família por causa da Aids (KOENIG; NESHEIM; ABRAMOWITZ, 2011).

## 5.2 SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

Ambos os grupos foram estatisticamente semelhantes quanto ao desconhecimento sobre o que era Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, sendo maior o desconhecimento sobre Saúde Reprodutiva. Considerando o número absoluto de adolescentes, chamou atenção que mais da metade deles não respondeu ou não sabia sobre nenhum aspecto da saúde reprodutiva. Estes achados foram semelhantes aos encontrados num estudo qualitativo sobre Necessidades Sexuais e Reprodutivas da Saúde de Mulheres e Adolescentes vivendo com HIV no Brasil, Etiópia e Ucrânia (UNFPA, 2006). No total participaram 182 pessoas, sendo 76 pessoas no Brasil. De maneira geral, as mulheres relataram que os profissionais não fizeram esforços para estimular os direitos reprodutivos das mulheres HIV+ a decidir sobre ter mais filhos, apesar de geralmente terem sido mais tolerantes com aquelas que já acessavam os serviços quando estavam grávidas. As mulheres brasileiras relataram que certos profissionais foram abertos a discutir a fertilidade e o planejamento familiar como opções para pessoas HIV positivas. Esse fato é visto como uma mudança bem-vinda, considerando que até pouco tempo atrás as mulheres HIV+, incluindo algumas que participaram da pesquisa, foram pressionadas a fazer esterilizações. Na Ucrânia e na Etiópia, as participantes relataram que continuaram a ser fortemente desencorajadas de ter filhos, mas não foram orientadas sobre como evitar a gravidez indesejada. Na Ucrânia, as mulheres que desejavam engravidar raramente compartilharam suas intenções reprodutivas com os profissionais. De maneira geral, as mulheres disseram

que os profissionais tinham opiniões contraditórias sobre as mulheres soropositivas terem a capacidade de fazer escolhas informadas sobre sua sexualidade e fertilidade. Diversos profissionais, particularmente na Ucrânia e na Etiópia, disseram que estavam hesitantes em dar qualquer informação sobre a fertilidade como uma opção, ou mesmo discutir o planejamento familiar, para não incentivar as mulheres a considerar a gravidez. Eles admitiram ficar desconfortáveis com questões de sexualidade no contexto de aconselhamento sobre Saúde Reprodutiva, particularmente para pessoas HIV+. Percebe-se, com os relatos, que houve pouco acesso ao aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva (UNFPA, 2006), fato que dificulta o conhecimento sobre as temáticas.

O MS recomenda que os profissionais de saúde devam estar disponíveis para o diálogo com os pacientes sobre vida sexual, demandas reprodutivas e formas de proteção e prevenção viáveis, levando em consideração as especificidades de gênero, orientação sexual, idade e estilo de vida, de modo a promover seu autocuidado e sua autonomia em relação à vida sexual e reprodutiva. O aconselhamento pode contribuir para esse desafio, na medida em que permite a avaliação singular dos riscos e das condições de vulnerabilidade. O desejo de ter filhos deve ser discutido nos atendimentos, visando proporcionar às pessoas informações sobre as formas mais seguras de concepção e sobre os cuidados necessários durante a gestação, o parto e o puerpério. Os casais soroconcordantes e sorodiscordantes que desejem ter filhos devem ter avaliação clínica ginecológico-laboratorial e psicossocial, receber as informações sobre as opções mais adequadas para o planejamento reprodutivo visando a redução dos riscos de transmissão sexual, horizontal e ao agravamento da imunodeficiência (BRASIL, 2010b).

Merece destaque que no Grupo HIV+, o número absoluto de adolescentes que deixaram a resposta em branco ou disseram que não sabiam sobre saúde sexual e reprodutiva sempre foi maior que do Grupo HIV-, inclusive este fato se manteve ao ser considerado somente o gênero feminino. O desconhecimento sobre sexualidade e saúde reprodutiva referente ao gênero feminino do Grupo HIV+ traz uma vulnerabilidade pessoal e social, no exercício das relações afetivas e sexuais, sendo também fator de risco para a transmissão vertical do HIV, visto que historicamente cabe aos homens as decisões sexuais, como relatado por Carvalho (2006), que analisou a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV como decorrente de um (ainda presente), assujeitamento

feminino nas relações conjugais. Ou seja, o posicionamento socialmente instituído de submissão e obediência ao homem é um aspecto que propicia uma grande exposição das mulheres à Aids. O autor defende a tese de que o referido posicionamento das mulheres nos relacionamentos afetivos é influenciado pelos ideais sociais do que é ser mulher, historicamente construído na sociedade. Como bem explica o autor: "Trabalhamos com a hipótese de que as relações de gênero e os ideais românticos amorosos impõem arranjos reforçadores da subordinação feminina e que, por isso, podem facilitar a exposição da mulher ao HIV". Outros autores como Pascom e Szwarcwald (2011) também apontam a vulnerabilidade do gênero feminino, ao analisar as desigualdades por sexo nas práticas relacionadas à infecção pelo HIV na população brasileira de 15 a 64 anos. Eles assinalaram que diferenças significativas por sexo foram vistas em todas as práticas de risco relacionados com o HIV. A maior vulnerabilidade foi sempre associada com as mulheres, com exceção do teste de HIV, visto que elas realizaram mais teste do que os homens. Além do aspecto de gênero, comentado anteriormente, é fato conhecido que a informação constitui uma ferramenta importante para o autocuidado e tomada de decisões, para todas as pessoas.

Frente à vulnerabilidade feminina, os serviços de saúde precisam analisar com cuidado o perfil de seus clientes e o contexto social e educacional onde estão instituídos, para avaliar a necessidade de um atendimento específico para mulheres, onde o debate sobre o gênero possa habilitá-las para construir ou re-construir novas relações com seus companheiros, contribuindo também para a diminuição da violência de gênero nas novas gerações.

Considerando os adolescentes que responderam sobre saúde sexual, alguns aspectos merecem destaques. Em primeiro lugar, as respostas dos adolescentes infectados, de ambos os gêneros, foram mais relacionadas ao "Sexo/prazer", sem haver relação com a prevenção, enquanto as dos adolescentes não infectados mostraram predominância da associação do uso do preservativo masculino com a prevenção das DST/Gravidez. Ao associar as respostas do Grupo HIV+ com a definição de saúde sexual (HERA, 1999), percebe-se a importância do prazer, associado com o cuidado e respeito mútuo nas relações sexuais.

Achados semelhantes foram relatados por Paiva *et al.* (2011), ao realizarem um estudo qualitativo para o qual foram entrevistados 21 adolescentes, entre 10 e 19 anos, que conheciam seu diagnóstico de soropositividade, e mostraram de maneira

relevante, a importância atribuída ao amor, incluindo o namoro e o desejo da constituição de sua família ou o cuidado dos filhos, ao falarem da sexualidade, saúde sexual e reprodutiva. Também comentaram, nos depoimentos, que a sexualidade estava presente como desejo e dificuldade e que prevalecendo a omissão diante das dificuldades, os desejos continuarão emergindo e sendo geridos sem a informação e os apoios necessários, gerando sofrimentos desnecessários.

Os resultados obtidos na presente pesquisa levam a uma reflexão de que a relação sexual exercida somente com e pelo prazer sem proteção e sem informação são fatores de risco não só pessoal, mas também relacional e social, para ambos os grupos de adolescentes.

O segundo destaque foi que ao ser analisado somente o gênero feminino, foi visto que no grupo HIV- predominou a resposta "*Preservativos/DST*", enquanto no grupo HIV+ predominou a resposta "*Cuidados/Conhecimento*". Ao ser analisado quais cuidados e conhecimentos eram esses, foi percebido que as respostas eram vagas e não traduziam uma prevenção efetiva. Este achado referente às meninas do Grupo HIV+ vai ao encontro do relatado no Inquérito de âmbito nacional realizado em 2008, com oito mil indivíduos entre 15 a 64 anos, que ao analisar as diferenças por sexo nas práticas relacionadas à infecção pelo HIV na população brasileira, encontrou que as mulheres têm menor taxa de atividade sexual, iniciam a vida sexual mais tardiamente, têm menos parceiros casuais do que os homens, mas usam menos o preservativo (PASCUM; SZWARCOWALD, 2011). O uso sistemático do preservativo era um cuidado esperado de se encontrar, principalmente nas respostas das adolescentes do grupo HIV+.

Entretanto, algumas especificidades devem ser consideradas na atenção à saúde sexual e reprodutiva das pessoas vivendo com HIV/Aids, para melhor entender os comportamentos, visto que o diagnóstico da infecção, muitas vezes, é acompanhado de transformações importantes na vivência da sexualidade, requerendo um cuidadoso processo de avaliação das relações afetivas, dos desejos, do prazer e das relações sexuais na vida cotidiana. O medo, por parte do indivíduo, de infectar parceiros ou de ser rejeitado por sua condição sorológica, o estigma associado à Aids e seus efeitos negativos sobre a autoestima, e as eventuais dificuldades em usar o preservativo – são aspectos a serem considerados no cuidado ofertado pelos

serviços, tanto para os adolescentes como para seus cuidadores (UNFPA, 2006; LIMA; MOREIRA; 2008; UNAIDS, 2011).

### 5.3 DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

Por se tratar de um assunto não muito debatido nos espaços de convívio jovem, foram realizadas três perguntas aos adolescentes, na intenção de perceber o interesse da leitura sobre o tema, se eles receberam orientação e qual era sua opinião sobre estes direitos. Quando questionados se já haviam lido sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, menos da metade dos adolescentes de ambos os grupos disse que sim. No Grupo HIV+ a fonte de leitura mais utilizada foi a Internet e no Grupo HIV- foram materiais do MS. Sabe-se do valor que a Internet tem na vida atual dos jovens e como é importante a inclusão digital, mas considerando que os adolescentes do Grupo HIV+ vão regularmente aos serviços de saúde e também estão na escola, por que os materiais do MS quase não constituem fonte de leitura para eles, num assunto como este? Porém, ao se questionar se foram orientados sobre o tema, mais da metade afirmou ter recebido orientações sobre as temáticas, sendo as variadas fontes de orientação semelhantes estatisticamente. Os adolescentes do Grupo HIV+ leram menos, porém foram mais orientados do que os do Grupo HIV-. Receberam orientação, mas retiveram o conhecimento?

Quando solicitada aos adolescentes sua opinião sobre os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, mais da metade dos adolescentes HIV+ e dois terços dos HIV- não opinaram ou não sabiam sobre estas temáticas. Parece que esses adolescentes não entenderam as orientações e que a Internet e os manuais do MS também não estão sendo esclarecedores.

Quando analisadas as opiniões categorizadas como "Cuidados/Direitos/Consciência social, também o Grupo HIV- foi quem menos opinou. Talvez os adolescentes infectados pelo HIV sintam a necessidade de afirmar estes direitos, como já exemplificado na fala de alguns adolescentes do Grupo HIV+.

Associado a esse fato, o movimento de militância na Aids é forte e difundido tanto no Brasil como no mundo. No Brasil, desde maio de 2008, foi criada pelos

próprios adolescentes e jovens a Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids (RNJVHA), que anualmente realiza os Encontros Nacionais de Jovens Vivendo com HIV/Aids, objetivando, entre outras coisas, fortalecer o conhecimento e as relações políticas e sociais deste grupo. Nesses encontros são discutidas as necessidades locais e propostas de ações práticas sobre a prevenção e o tratamento, além de estratégias para que os seus integrantes sejam ainda mais reconhecidos politicamente e tenham suas demandas incluídas na definição de políticas relacionadas à Aids e à juventude (UNAIDS, 2010). Os resultados obtidos no grupo HIV+ referentes à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos demonstraram que, apesar de todos os movimentos, orientações e materiais existentes, ainda há necessidade de se rever conteúdos e métodos direcionados a este público, com criação de mais espaços de diálogos e aprendizados conjuntos, entre os adolescentes e os adultos.

Considerando o Grupo HIV-, as respostas dos adolescentes, a seguir exemplificadas, apontam a necessidade de melhorar e disseminar a informação sobre estes assuntos, não só para instrumentalizá-los, como também facilitar a diminuição do preconceito e estigma sobre a saúde e os direitos dos adolescentes infectados pelo HIV: *"Acho importante, mas são poucos adolescentes que conhecem estes direitos". "O conhecimento destes direitos são necessários aos adolescentes para terem conhecimento sobre a sexualidade e saber lidar com ela de forma segura"*.

Analisando-se as respostas sobre os direitos sexuais e reprodutivos, percebe-se que ambos os grupos precisam melhorar no aspecto do conhecimento e apropriação dos conteúdos tanto como fator de proteção pessoal, como debate entre os pares, para ajudar na diminuição da violência de gênero, do preconceito e discriminação, principalmente o Grupo HIV-.

Os direitos sexuais e direitos reprodutivos são uma questão de cidadania e dizem respeito tanto às condições físicas dos indivíduos quanto às questões sociais. Têm importância para a garantia e ampliação dos direitos humanos porque proporcionam a vivência plena e consciente da sexualidade, gerando uma vida mais digna tanto para os indivíduos quanto para a coletividade. Quando se reconhece a legitimidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, implicitamente está se pressionando uma reformulação no campo dos Direitos, para que sejam consideradas também as diferenças de gênero, etnia, idade e livre orientação sexual. Ao assumir as diferenças que existem na vida real, o Direito estaria se adequando aos princípios que contemplam



efetivamente os direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos de todos. A concepção de direitos sexuais exige uma articulação maior entre os direitos sociais – como saúde, educação e trabalho e os direitos individuais – como o direito à vida, à liberdade e à inviolabilidade da intimidade. Essa interação favorece o exercício pleno da sexualidade, que também implica uma perspectiva de igualdade e equidade nas relações sociais e pessoais – essencial para possibilitar aos indivíduos escolhas consciente (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004).

Fica evidente que os adolescentes infectados, de ambos os gêneros, têm maiores desafios a vencer durante sua adolescência, visto que há necessidade de aprender a lidar com as transformações biopsicossociais, próprias desta fase, e aprender a lidar com sua doença, considerando sua cronicidade, e principalmente o estigma e preconceito dela decorrente. Dentro deste cenário, a apropriação dos direitos sexuais e reprodutivos é importante ferramenta para adquirirem competências para cuidar da sua saúde sexual e reprodutiva durante toda vida. Conseqüentemente, esse empoderamento ajudará nos seus relacionamentos afetivos e sexuais, e na qualidade de vida pessoal, familiar e social. Embora a informação seja um componente importante para a adoção de comportamentos sexuais mais seguros, outros componentes preventivos e de educação em saúde para jovens precisam ser considerados.

Segundo Ayres *et al.* (2003), as propostas de prevenção de Aids entre jovens podem ser agrupadas em dois blocos: um centrado na transmissão da informação, que visa fundamentalmente à modificação de comportamentos de risco, e outro, uma espécie de reação ao anterior, enfatiza as condições culturais, econômicas, políticas e morais que estão na base dos comportamentos de risco, buscando produzir uma resposta social capaz de transformar os contextos favorecedores de tais comportamentos. Estes dois polos configuram abordagens diversas quanto a objetivos, estratégias e critérios de avaliação. Quando a ênfase recai no binômio informação-comportamento, a característica dominante nos trabalhos é a proposição de um processo educativo modelador, no qual o resultado a ser alcançado pode ser previamente determinado, por meios técnico-científicos. No outro polo das propostas preventivas e especialmente a partir da discussão sobre vulnerabilidade, propuseram-se ações não restritas ao componente informação, buscando trabalhar com aspectos mais estruturais ou contextuais que determinam a exposição ao HIV. Ainda segundo Ayres *et al.* (2003), o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade ao HIV/Aids

pode ser descrito, em linhas gerais, como um esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.

O MS apresentou considerações semelhantes, ao afirmar que o diálogo participativo e abrangente continua sendo, reconhecidamente, uma das estratégias de promoção da prevenção, e técnicas como as rodas de conversa, os grupos operativos e o aconselhamento, nos serviços de saúde, escolas, ONG e demais lócus da prevenção, são caminhos para a disseminação de informações que promovam a adoção de práticas seguras (BRASIL, 2009).

As opiniões dos adolescentes referentes à pergunta "*os adolescentes infectados pelo HIV e os não infectados se relacionam igualmente com seus namorados/ficantes?*" "*Por quê?*" mostraram diferenças significativas entre os grupos, conforme apresentado na tabela 5. Considerando os que responderam que os relacionamentos eram semelhantes, nota-se, no Grupo HIV+, que os pensamentos e comportamentos apontam para desconsideração ou desconhecimento dos fatores de risco e fatores de proteção, em relação à transmissão sexual do HIV e cuidados com a sua saúde e a saúde do parceiro, como ilustrado com as frases: "*Porque eles não usam camisinha. São iguais aos outros adolescentes*". "*Porque esquecemos que temos Aids*". "*Porque isso não impede em nada*". Outro aspecto a ser considerado é que talvez estes adolescentes desejem ou necessitem negar a sua doença e a realidade que ela traz consigo como: ida frequente aos serviços de saúde, administração de medicamentos, condição crônica e sem cura, preconceitos e estigmas, entre outras, para viverem e se sentirem simplesmente como adolescentes. Também chamou a atenção no grupo HIV+ que, apesar do avançar da idade, o sentimento de invulnerabilidade e o pensamento mágico (fantasia) predominaram em ambos os gêneros, visto que as respostas foram muito semelhantes. O pensamento mágico pode ser tão fantasioso e forte que se assemelha a um comportamento compulsivo, segundo Bolton *et al.* (2002).

Achados encontrados numa pesquisa qualitativa realizada com 32 estudantes de São Paulo e Santa Catarina, entre 14 e 18 anos, sendo 16 do sexo feminino e 16 do sexo masculino, corroboraram a "força" das características psicoemocionais da

fase de adolescência e foram semelhantes ao presente estudo. A pesquisa buscou identificar a percepção dos adolescentes quanto à infecção do HIV e os fatores de risco relacionados à prática de sexo sem proteção, verificar as informações que possuíam sobre o tema e identificar fatores de proteção que utilizavam para lidar com esses riscos. Os autores identificaram, em todos os sujeitos pesquisados, o predomínio do pensamento mágico e da crença de que, dificilmente, algo de ruim poderia acontecer, além de um sentimento de certa imunidade perante os riscos oferecidos pela prática de sexo desprotegido. Apesar de a grande maioria demonstrar conhecimento sobre as formas de contágio e prevenção, foi possível identificar que, muitas vezes, as informações eram incorretas ou inconsistentes. Todos os sujeitos demonstraram conhecer a importância do uso do preservativo, mas, frequentemente, negligenciaram esse conhecimento. O fator de proteção "alguém confiável para conversar" foi unânime entre os sujeitos pesquisados. Na discussão sobre os fatores de proteção, não foi relevante a diferença entre os gêneros. Concluiu-se que a presença do desejo de afastar acontecimentos negativos foi o maior fator de proteção para esses adolescentes, ou seja, negar os fatos negativos ou problemas (por exemplo, a sua condição sorológica) para não ter que enfrentá-los foi a tônica dos achados (BENINCASA; REZENDE; CONIARIC, 2008). Muitos dos achados desses autores foram semelhantes aos encontrados no Grupo HIV+ da presente pesquisa, visto que as frases escritas por eles mostraram negação, omissão, acharam que o amor e a confiança protegem, que a doença não impede nada, como já descrito e apontaram fatores de vulnerabilidade e risco a si e aos outros.

Observou-se também no Grupo HIV- que algumas opiniões mostraram a força da fase de adolescência unindo adolescentes infectados e não infectados, parecendo que a fase de adolescência em si é maior do que a doença. Exemplos: *"Acha que não se preocupa com a saúde e por isso é igual a qualquer adolescente que não se preocupa"*. *"Porque eu conheço casais que convivem juntos e se relacionam normalmente"*.

Segundo Herculano-Houzel (2005), na fase de adolescência, o sistema de recompensa do cérebro, ou seja, o conjunto de estruturas que premia o ser humano com uma sensação de prazer e faz querer mais de tudo que é bom ou dá certo, fica mais difícil de ser ativado e faz com que o adolescente enxergue em novos estímulos, possibilidades de reencontrar satisfação. Como resultado, aparecem a rejeição familiar,

a busca por novidades e riscos, as paixões, a impulsividade e os novos interesses como filosofia, política e religião.

Faz-se necessário desenvolver programas de educação para uma vida sexual prazerosa e cuidadosa para consigo e o outro, bem como a preparação de profissionais para desenvolver tais programas, tendo noção sobre o desenvolvimento dos adolescentes. Nesses programas, as informações devem ser claras e atuais, abrangendo aspectos relacionados ao desenvolvimento sexual, às emoções envolvidas, comportamento sexual, tipos de práticas sexuais, prevenção da gravidez, maternidade e paternidade, trazendo também o debate sobre as principais doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a Aids. Deve-se abordar como promover a redução do risco e a transmissão do vírus HIV. É fundamental também considerar a necessidade de orientar sobre a responsabilidade de assumir uma prática sexual segura, empoderando os adolescentes para a negociação do uso do preservativo. É preciso trabalhar mitos e tabus relativos à sexualidade, desmitificando os estereótipos do sexo e do gênero. Além disso, é imprescindível estabelecer uma relação de troca com os adolescentes, deixando-os expor livremente seus conflitos, medos e dúvidas e, principalmente, ouvindo-os. É importante trabalhar a autoestima, a resiliência, o relacionamento interpessoal, a imagem corporal e a afetividade, considerando-se o contexto social e cultural (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004; CAMARGO; BOTELHO, 2007; UNFPA, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2009; PAIVA *et al.*, 2011).

Um dos problemas e ao mesmo tempo uma das soluções relatadas por Benincasa, Rezende e Coniaric (2008), refere-se a falta de oportunidade para os adolescentes refletirem sobre todos os riscos aos quais estão expostos diariamente, certamente os impede de reformular suas opiniões e pensar sobre seus hábitos e sobre possíveis soluções protetoras para tais riscos. Segundo os participantes desse estudo, os adultos se aproximam com discursos previamente construídos e não permitem a elaboração espontânea de conceitos a respeito deste e de outros temas. Embora já tenham ouvido sobre os danos provocados pela prática de sexo desprotegido, relataram que nunca pensaram sobre como suas atitudes os deixavam expostos.

Considerando agora os que responderam que os relacionamentos de adolescentes infectados e não infectados, NÃO eram semelhantes, merece destaque, pelo preconceito e discriminação, as explicações de vinte e quatro adolescentes não infectados, visto que apontam também para um desconhecimento ou desconsideração

da transmissão vertical, ao opinar sobre os relacionamentos afetivos e sexuais nesta fase da vida. Algumas frases ilustram as observações feitas: "*Não, pois ele é transmitido por usar a mesma agulha*", parece que a adolescente entende a transmissão do HIV só pelo uso de drogas injetáveis, ou seja, pela transmissão parenteral. "*Porque uns previne e os que são infectados não se previnem*", aparentou que a adolescente parecia desconhecer a transmissão vertical, e fazia juízo de valor sobre os adolescentes infectados, ao dizer que eles não tinham autocuidado nas atividades afetivas e sexuais. Um achado semelhante foi visto no estudo de Camargo, Bertoldo e Barbará (2009) que investigou as representações sociais da Aids de adolescentes, assim como suas estimações sobre as representações dos outros adolescentes. A amostra contou com 261 adolescentes do ensino médio de Santa Catarina. Os resultados indicaram uma representação da Aids como um problema social, biomédico e relacionado à intimidade. A representação do que os outros jovens pensam sobre a Aids também enfoca o aspecto biomédico, mas se diferencia ao relacionar a infecção pelo HIV à falta de preocupação com a prevenção e à irresponsabilidade. Concluiu-se que os adolescentes projetam nos outros do seu grupo elementos negativos que envolvem questões ligadas às próprias emoções e percepção de risco diante da doença.

O estigma e a discriminação associados ao viver com HIV ou Aids, assim como a homofobia, ainda são atuais, e se mantêm nas diferentes agendas como um grande desafio a ser enfrentado pelos diferentes atores envolvidos na construção de ações e políticas, que venham a contribuir para melhoria da qualidade de informação, além da adoção de comportamentos mais seguros e menos preconceituosos (BRASIL, 2011). Guerra e Seidl (2009) também apontaram que o medo do estigma pode dificultar a comunicação clara sobre a enfermidade, com repercussões negativas sobre os níveis de adesão, de crianças e adolescentes soropositivos, ao tratamento. Citaram também que segundo Pequegnat<sup>1</sup>, o estigma é mais presente na Aids do que em outras doenças crônicas, devido a quatro características desta doença: (a) é uma doença percebida como letal; (b) é uma enfermidade que pode colocar outras

---

<sup>1</sup> PEQUEGNAT, W. Research issues with children infected and affected with HIV and their families. *Clin Child Psychol Psychiatry*, v.7, p.7-15, 2002.

pessoas em risco; (c) pode ser uma condição aparente a terceiros; e (d) é uma doença cujas causas são percebidas como de responsabilidade do indivíduo.

Para melhor lidar com o estigma, é necessário facilitar a discussão, a troca de vivências e desenvolver estratégias educativas com informações claras (MARQUES *et al.* 2006). Ayres *et al.* (2006) também fazem sugestões sobre esse tema, recomendando o aumento de informações e a expansão dos debates sobre estigma e discriminação relacionados à Aids.

#### 5.4 PRÁTICAS SEXUAIS E SOCIAIS

Observou-se que a frequência de "*ficar*" e namorar foi maior no Grupo HIV-. Este achado veio ao encontro do descrito na pesquisa realizada por Abramovay, Castro e Silva (2004) com alunos do ensino fundamental e médio de 13 capitais brasileiras e do Distrito Federal sobre *Juventudes e Sexualidade*. Apareceu no discurso destes jovens que o "*ficar*" configurou-se, de certa forma, como uma interação afetiva e sexual em que se pode lidar com as demandas referentes às do namoro, consideradas mais rígidas. Nesse sentido, o ficar aparece como uma forma alternativa ao namorar, cujos aspectos mais enfatizados por rapazes e moças dizem respeito ao relaxamento dos acordos mais complexos, pertinentes às relações estáveis. A fidelidade também foi atribuída mais ao namorar, proporcionando uma maior flexibilidade das trocas afetivas. Achados semelhantes foram observados por Pirotta (2002), que diz: o namoro se diferencia do "*ficar*" principalmente pela frequência de encontros durante a semana, pela fidelidade entre os parceiros e o envolvimento destes com os familiares do outro. O aspecto temporal, no entanto, não é um fator que define e diferencia claramente um namorado de uma pessoa com quem se está apenas "*ficando*", ou seja, pode-se ficar várias vezes, sem, no entanto, ter a intenção de transformar a relação em algo sério, que envolva comprometimento de ambas as partes como ocorre em um namoro. Outra pesquisa, realizada por Weber, Almeida e Tucunduva (2006), aponta para sentimentos conflitantes do "*ficar*" e possíveis comportamentos de risco, ao concluir que: embora muitas meninas declararem estar buscando o namoro, a maioria dos entrevistados preferiu "*ficar*" e adquirir experiências

diversificadas. As condições emocionais para que se "*fique*" são contraditórias, ora se diz que se trata de um comportamento relacionado a uma situação de bem-estar, ora se diz que é um comportamento que ajuda a sanar dificuldades e carências emocionais. Como levanta Silva (2002, p.30), "esse '*ficar*' (estar com alguém) vai, então, se constituindo num jogo erótico realizado a partir das formas básicas e preliminares de relacionamento afetivo e sexual entre os jovens e /ou adolescentes".

Entretanto, ambos os grupos, HIV+ e HIV-, foram semelhantes no que diz respeito a ter relações sexuais, quanto à idade de início da atividade sexual e ao uso de preservativos em todas as relações sexuais. Entre os que responderam que tiveram relações sexuais, em ambos os grupos, seis adolescentes iniciaram antes dos 15 anos e sete após esta idade. Os dados encontrados são semelhantes aos de Abramovay, Castro e Silva (2004), na pesquisa *Juventudes e Sexualidades*, em que as alunas tiveram uma média de idade entre 15,2 e 16 anos e os alunos entre 13,9 e 14,5 anos. Também houve semelhanças com os resultados obtidos por Paiva *et al.* (2011) ao realizarem um estudo qualitativo entrevistando 21 adolescentes infectados pelo HIV de forma vertical, sexual ou sanguínea, entre 10 e 19 anos, no qual se observou que aqueles que iniciaram a vida sexual, o fizeram antes dos 15 anos, usaram o preservativo ou indicaram que conheciam a necessidade de usá-lo.

Outro estudo, sobre a gravidez de 15 adolescentes com infecção pelo HIV adquirida no período perinatal, mostrou que 11 delas tiveram sua iniciação sexual na idade média de 15 anos (faixa de 13-19 anos) e a idade média da primeira gravidez foi de 16,9 anos (faixa de 14-21,5 anos). Mostrou também que o grupo de adolescentes em tratamento antirretroviral pareceu ter comportamento sexual semelhante ao das adolescentes não infectadas (CRUZ *et al.*, 2010). A PCAP, realizada pelo MS em 2008, mostrou resultado semelhante ao apontar que na faixa etária de 15 a 24 anos, a atividade sexual foi relatada por 77,6% dos jovens e em torno de 35% destes jovens esta primeira relação sexual ocorreu antes dos 15 anos. Também apontou que 61% da população brasileira sexualmente ativa de 15 a 24 anos declarou ter usado preservativo na primeira relação sexual. O uso de preservativo em todas as situações foi maior entre os indivíduos mais jovens, com tendência de declínio do uso com o aumento da idade. Resultado um pouco diferente foi encontrado numa pesquisa americana, na qual a média de idade da primeira atividade sexual foi de 14 anos para as mulheres e 13 anos para os homens. Os autores desta pesquisa

alertaram que a juventude precisa conhecer o seu diagnóstico de HIV antes de se tornar sexualmente ativo para evitar a transmissão do vírus (KOENIG; NESHEIM; ABRAMOWITZ, 2011).

Merece consideração o fato de que no Grupo HIV+ existiram relatos de adolescentes que mesmo sabendo de sua condição sorológica, não usaram preservativo nas relações sexuais. Um estudo francês que analisou 54 artigos sobre aspectos pouco pensados da sexualidade dos adolescentes soropositivos, tanto por transmissão vertical como sexual, encontrou dados semelhantes. Relatou que uma larga proporção desses adolescentes declarou utilizar o preservativo de forma sistemática, mas uma importante minoria continuava tendo relações não protegidas. Esses comportamentos eram às vezes devidos ao consumo de álcool ou drogas ou à ansiedade gerada pela sistemática do uso do preservativo, a qual pode trazer uma desconfiança por parte do parceiro de que eles têm alguma doença (MERGUI; GIAMI, 2011). Ao correlacionar esses dados com as respostas dos adolescentes do Grupo HIV+, citadas na página 57, que afirmaram se relacionar com seus namorados/"ficantes", da mesma maneira que os adolescentes não infectados, percebeu-se novamente atitudes de risco, referente à cadeia de transmissão das DST e da transmissão vertical (caso ocorra uma gravidez).

Um estudo realizado no Estado de São Paulo por Paiva, Peres e Blessa (2002) e a pesquisa de Abramovay, Castro e Silva (2004) identificaram que os jovens justificaram o fato de não se prevenir ao manter um relacionamento estável pela confiança no parceiro com quem se relaciona há algum tempo, uma vez que "eles não usam drogas e/ou não se relacionam com outras pessoas". Referiram, ainda, que o preservativo deve ser utilizado apenas quando não se conhece "muito bem" a pessoa. Associado a isso, pontuam a sensação de diminuição do prazer ao utilizarem o preservativo masculino, a falta da camisinha no momento do ato sexual e o pensamento de que não correm o risco de pegar Aids. Ainda no estudo de Paiva, Peres e Blessa (2002), os jovens relataram que o sexo parece quase sempre associado às situações e cenas inesperadas e não planejadas, em situações em que fica difícil ter a camisinha na hora que a relação sexual finalmente acontece. Nos aspectos relacionados ao HIV/Aids, apareceu nas falas dos jovens que a doença ainda estava associada ao medo, à morte certa, à doença sem cura "que acaba com a vida da pessoa". Portanto, o medo continuava mobilizando o velho fatalismo ou a negação. Alguns racionalizaram de forma mais sofisticada: "se eu



pegar, o coquetel pode me salvar"... Como percebido pelos relatos das duas pesquisas citadas acima, os motivos referentes ao não uso e negociação do preservativo masculino estavam relacionadas a uma série de fatores, ainda presentes na contemporaneidade, configurando-se como um grande desafio à saúde pública, pois, apesar das informações disponíveis sobre a doença, e, principalmente, da distribuição gratuita do preservativo pelo SUS, verifica-se que um número considerável de jovens, infectados ou não, ainda não usa preservativos de maneira regular.

Ao ser analisada a resposta quanto ao costume de pegar preservativos, percebeu-se que mais da metade dos adolescentes afirmou que não costumava pegar preservativo. Esta afirmação levou a um questionamento: como usar o preservativo em todas as relações sexuais e não ter o costume de buscá-lo? Será que forneceram somente uma resposta socialmente esperada ao afirmar usar preservativo em todas as relações sexuais?

Quanto ao local onde buscam preservativos, as Unidades de Saúde e as Farmácias foram apontadas como os locais onde frequentemente buscavam estes preservativos. Na PCAP 2008, diferente do presente estudo, as farmácias não apareceram como local de busca do preservativo masculino. A PCAP relata que 37,7% dos jovens declararam ter recebido preservativos gratuitos em serviços de saúde, 16,5% receberam preservativos gratuitos em escolas e 7,8% em ONG.

Chamou atenção que as ONG não apareceram como local de busca dos preservativos para nenhum dos dois grupos. Considerando as atividades de militância das ONG, seria esperado que essas instituições estivessem facilitando o acesso universal e desburocratizado a este método anticoncepcional, além fornecer orientações relacionadas ao tema, para os adolescentes e seus cuidadores.

## 5.5 CUIDADOS NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL E NAS ATIVIDADES SEXUAIS PARA PREVENIR DST/GRAVIDEZ

O uso do preservativo masculino, seguido dos anticoncepcionais hormonais, apareceu como os principais cuidados preventivos a serem tomado na primeira atividade sexual e nas atividades sexuais subsequentes, em ambos os grupos.

Foram respostas que estão em consonância com a principal estratégia da política de prevenção no país, que é a promoção do uso do preservativo, como método de proteção. Estratégia esta que traz também no campo da prevenção a promoção do sexo mais seguro e a superação de contextos de vulnerabilidade, em oposição às medidas potencialmente violadoras do exercício dos direitos sexuais, como a promoção da abstinência e da redução de parceiros (BRASIL, 2011).

Considerando que é necessária a superação de contextos de vulnerabilidades, algumas observações merecem destaques: quando perguntado sobre um segundo cuidado, cerca da metade ou mais dos adolescentes, de ambos os grupos, deixaram em branco ou responderam que não sabiam. As respostas categorizadas como "Crenças distorcidas" também apareceram em ambos os grupos, mostrando vulnerabilidades referentes à saúde sexual e reprodutiva, visto que "amor", "respeito", "conhecer bem o parceiro", "ser inteligente", "saber com quem anda" não garante prevenção efetiva às DST/Gravidez. Por outro lado, apontam, mais uma vez, para o pensamento mágico e para os sentimentos românticos da juventude, podendo levar a comportamentos de risco como já colocado por Silva (2002); Herculano-Houzel (2005); Weber, Almeida e Tucunduva (2006).

Os autores Fair e Albright (2012) realizaram uma pesquisa de avaliação qualitativa sobre os desafios enfrentados, pelos adolescentes e adultos jovens com infecção perinatal pelo HIV, referente à formação e manutenção dos relacionamentos íntimos e românticos. Esta pesquisa apontou que compreender esses desafios pode vir a melhorar os esforços da saúde pública para reduzir a transmissão do HIV, particularmente se este público for capaz de revelar o seu status a seus parceiros com menos sofrimento. Eles disseram que, embora os entrevistados experimentassem desafios para engajar-se em relacionamentos íntimos, relações foram desejadas e procuradas por todos os trinta e cinco participantes do estudo. A partir de uma perspectiva social-desenvolvimentista, a iniciação e manutenção de sucesso nas relações íntimas são também das principais tarefas de adultos jovens. Não obstante os desafios físicos e sociais de sua doença, eles têm a mesma necessidade de intimidade, como outros jovens adultos, não infectados. A pesquisa também sugere que a não revelação de eventos traumáticos ou estressantes pode levar a uma saúde mais precária e dificuldades emocionais. O foco da educação para estas pessoas deve incluir não apenas os fatores de risco de transmissão, mas também as estratégias

para desenvolver e manter relações saudáveis no âmbito de uma doença altamente estigmatizada. Estreitas relações pessoais podem promover o desenvolvimento físico e emocional e o bem-estar, atuando como um tampão para ajudar a prevenir ou reduzir os efeitos da doença. O apoio deve centrar-se em aspectos mais salientes do desenvolvimento do relacionamento saudável, como comunicação eficaz e resolução de conflitos.

Afirmações semelhantes pertinentes à iniciação e manutenção de sucesso nas relações íntimas, como uma das principais tarefas para os adolescentes em geral, já foram descritas por Aberastury e Knobel (1986); García e Peralbo (2000), Saito (2001a); Reato (2001); Paiva *et al.* (2011), confirmando a importância da compreensão e atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens nos serviços de saúde. Esta atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens também foi apontada por publicações de instituições nacionais como Brasil (2009), Brasil (2010) e internacionais com UNFPA (2006); UNAIDS (2011).

## 5.6 ORIENTAÇÕES RECEBIDAS

Das orientações recebidas, a anticoncepção de emergência apareceu como a que menos foi orientada aos adolescentes do Grupo HIV+, em ambos os gêneros, tendo nos "Profissionais de Educação" e "Outros" as fontes desta orientação. Os "Profissionais da Saúde" aparecem como a terceira fonte e os "Pais/cuidadores" não apareceram fazendo esta informação.

Este achado foi preocupante, visto que estes adolescentes e seus cuidadores frequentam com regularidade os serviços de saúde e esta orientação faz parte das recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), desde 2004, conforme documento oficial publicado a partir do fórum "Adolescência, Contracepção e Ética" realizado em 2002, o qual deu origem às diretrizes da anticoncepção na adolescência das referidas sociedades científicas (SBP; FEBRASGO, 2004). O MS lançou em 2005 a publicação: Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde (BRASIL, 2005), e o Conselho Federal de Medicina fez a Resolução

n.º 1.811/2006, que estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, visto que ela não fere os dispositivos legais vigentes no país. Esta Resolução foi publicada no Diário Oficial da União em janeiro de 2007 (CFM, 2006). Também existem na literatura referências sobre o assunto há mais de quinze anos, citando como exemplo a publicação da Organização Mundial da Saúde de 1996 (OMS, 1996). A anticoncepção de emergência representa excelente opção para a prevenção de gestações não planejadas e de abortos induzidos, especialmente entre as adolescentes. A esse respeito, o aborto induzido é o responsável pelo óbito de inúmeras mulheres em idade reprodutiva, especialmente em países em vias de desenvolvimento. Sabe-se que muitas dessas mortes poderiam ser evitadas se fossem proporcionados acesso e informações apropriadas a esse método (GOLD *et al.*, 2004; SAITO; LEAL, 2007).

Considerou-se que os pais dos adolescentes infectados por transmissão vertical podem ter dificuldades em abordar o assunto por vários motivos, tais como: desconhecimento, sentimento de culpa da transmissão do HIV para o adolescente, medo do julgamento ante a sua atividade sexual não protegida, achar que ao orientar sobre um método contraceptivo poderia estar incentivando ou autorizando a atividade sexual do filho, motivos religiosos, dificuldade de abordar um assunto que entra na intimidade das práticas sexuais, entre outras questões.

Para o grupo HIV-, os "Profissionais da educação, da saúde" e os "Pais" aparecem como principais fontes de informação referentes a este tópico. Achados diferentes foram encontrados numa pesquisa envolvendo 492 adolescentes, do ensino médio de duas escolas públicas do Município do Rio de Janeiro, com idades entre 14 a 22 anos e com vida sexual ativa. A maioria dos participantes deste estudo referiu que busca informações sobre saúde em geral com a família (20,4%), seguida de um percentual de 19,7% que tem como fonte os postos de saúde, 18,7% jornais e revistas, 16,9% rádio e televisão, 14,2% amigos e 10,1% a escola. Chamou atenção a pouca citação da escola e dos professores (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Ambos os grupos afirmaram ter recebido também orientações sobre preservativo feminino, anticoncepcional injetável e Dispositivo Intrauterino. As meninas do Grupo HIV+ tiveram maior frequência de orientação sobre a anticoncepção oral do que as do Grupo HIV-. Achados diferentes foram relatados por um estudo francês de revisão da literatura sobre a sexualidade de adolescentes soropositivas. Mostrou que a

contracepção eficaz era difícil em adolescentes soropositivas, sendo encontrada uma taxa muito baixa de adolescentes infectadas usando pílula em comparação com adolescentes não infectadas. Eles também mostraram que algumas adolescentes, ao usar a pílula, faziam uso irregular do preservativo masculino; fato este que reativava a problemática de infecção do parceiro (MERGUI; GIAMI, 2011). O uso de preservativos masculinos e femininos como único método contraceptivo pode apresentar falhas na prevenção da gravidez, devido a vários fatores, tais como: o uso inconsistente e a má utilização dos preservativos. Não existem restrições ao uso de anticoncepcionais hormonais em mulheres vivendo com HIV/Aids. Apesar de não haver estudos clínicos randomizados, alguns antirretrovirais, principalmente os inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN) e os inibidores de protease (IP), possuem o risco potencial de reduzir ou aumentar a biodisponibilidade dos hormônios esteroidais dos contraceptivos hormonais, o que poderia alterar a segurança e a efetividade dessas drogas. Dessa forma, enfatiza-se a importância de estimular o uso combinado do preservativo com outro método contraceptivo (BRASIL, 2010).

Em relação à Gravidez e Aborto, ambos os grupos receberam frequência de orientações semelhantes. Quanto à fonte de informação, os "Profissionais de Educação" e "Outros" foi o destaque como referência da informação para o Grupo HIV+, e os "Pais" para o Grupo HIV-. Observou-se o papel secundário dos "Profissionais de Saúde" como fonte de orientação, referente a três importantes assuntos da saúde reprodutiva (métodos contraceptivos, gravidez e aborto). Os profissionais de saúde precisam estar atentos a estes assuntos, visto que diversos autores têm apontado o desejo de engravidar das adolescentes e jovens adultas infectadas no período perinatal, como relatado por Mergui e Giami (2011), ao afirmarem que a vida reprodutiva parece não ser afetada negativamente pelo HIV e que a proporção de mulheres soropositivas que querem uma família e ter filhos é superior à proporção de mulheres que não querem esta responsabilidade. Outra pesquisa realizada por Cruz *et al.* (2010) debateu o fato de que as mulheres infectadas verticalmente estão atingindo idade fértil e uma nova geração de crianças expostas ao HIV está chegando ao atendimento pediátrico, e o acompanhamento desta terceira geração de crianças expostas ao HIV precisa ser tratado dentro do cuidado da adolescente HIV+. Relata também que o grupo de adolescentes infectadas pareceu ter comportamento sexual semelhante ao das não infectadas. Kenny *et al.* (2012) estudaram quarenta e duas gravidezes de

trinta adolescentes infectadas verticalmente pelo HIV e que moravam no Reino Unido e Irlanda. Encontraram 19 mulheres com uma única gravidez, 10 mulheres com duas gestações e uma mulher com três gestações. A idade mediana na primeira gravidez foi de 18 anos (variando de 14 a 22 anos). Das 42 gestações, 34 (81%) eram supostamente não planejadas, 31 (74%) envolvidas com parceiros regulares, e em 21 (50%) os parceiros informaram não ter conhecimento do estado sorológico da parceira. Esses autores relataram que, apesar do acesso a serviços que ofereciam métodos contraceptivos, gravidez não planejada ocorreu entre estas mulheres e que os cuidados devem contemplar a gravidez e a prevenção de futura transmissão do HIV aos parceiros sexuais das pacientes e aos seus filhos. Eles indicaram que a educação em torno de relacionamentos, saúde sexual e contracepção precisa ser precoce na família e na clínica pediátrica, em linguagem apropriada para a idade e capacidade neurocognitiva da criança, e que esses assuntos devem ser retomados durante a transição e após a transferência para os serviços de adultos. Apontaram a necessidade de criação de serviços apropriados e amigos do adolescente. Nos locais onde os profissionais pediátricos não têm a especialização em saúde sexual, a prestação dos serviços deve ser feita mediante uma ligação estreita com os profissionais que realizam esta atenção, como, por exemplo, ginecologistas e hebiatras. O monitoramento das gestações e de seus resultados em mulheres que adquiriram o HIV no período perinatal é necessário, e deve ser realizado por meio de sistemas de vigilância pediátrica e obstétrica. Referente ao aborto, a Rede Feminista de Saúde identificou que 48% dos atendimentos nos serviços de abortos previstos por lei são de jovens entre 10 e 19 anos (BRASIL, 2006), confirmando o risco e a vulnerabilidade das adolescentes de um modo geral. Esses resultados reforçam a importância da obtenção de histórias sexuais, do aconselhamento para evitar a gravidez indesejada ou não planejada e a prevenção de abortos, incorporando o rastreio de infecções genitais e desenvolvendo educação sobre práticas sexuais mais seguras, para ambos os gêneros de adolescentes soropositivos, incluindo seus parceiros.

A maioria dos estudos sobre saúde sexual e reprodutiva é realizada sobre e com mulheres, apesar de Tonelli (2004) relatar que o interesse particular em estudar a presença dos homens no campo da saúde sexual e reprodutiva teve seu início em torno dos anos de 1980 em função de duas constatações fundamentais: o aumento

da incidência da Aids, em especial no segmento constituído por mulheres casadas, e o papel que os homens exercem na regulação das estratégias preventivas e contraceptivas de suas parceiras. Também se encontrou relatado numa publicação sobre *Saúde sexual e Saúde Reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e Aids* (UNFPA, 2008), a importância de promover a participação dos homens em questões relativas à saúde sexual e reprodutiva e o seu engajamento na defesa e na promoção dos direitos das mulheres, incluindo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. Quanto à paternidade responsável, ainda há poucos relatos na literatura. No Brasil, o Instituto PAPAÍ atua desde 1997 na cidade do Recife desenvolvendo ações educativas, informativas e políticas junto a homens em situação de pobreza, bem como estudos e pesquisas sobre masculinidades, a partir da perspectiva feminista e de gênero (UNFPA; INSTITUTO PAPAÍ, 2007). Essas instituições relatam que a construção da paternidade responsável precisa iniciar antes do nascimento do bebê, e que a gravidez também é um assunto de homem, sendo importante que o homem esteja presente para receber as orientações sobre como cuidar do recém-nascido e promover a saúde sexual e reprodutiva de ambos.

Também em 2007 foi realizado um estudo com adolescentes no município de Fortaleza, e constatou-se que as mulheres, normalmente, costumam se envolver mais com as consequências dos seus atos no campo da sexualidade, enquanto os homens vivenciam sua sexualidade de forma mais despreocupada. Eles também demonstraram menos conhecimentos sobre as diversas estratégias possíveis de serem utilizadas, a fim de cuidar da saúde sexual e reprodutiva (ARCANJO; OLIVEIRA; BEZERRA, 2007). Em São Paulo, foi realizada uma pesquisa qualitativa, intitulada "Mulheres e Homens jovens, dialogando sobre Corresponsabilidade", na faixa etária entre 16 e 20 anos, cujo objetivo foi construir referências para os diálogos e gerar reflexões sobre os comportamentos, vivências, expectativas, medos relacionados à troca, à cumplicidade e à corresponsabilidade entre casais. Destacou-se que os homens também têm direito à informação sobre planejamento familiar, a participar da escolha do método contraceptivo, a dialogar com suas parceiras. Têm direito a cuidar de si e cuidar da outra ou do outro e a paternidade desejada e planejada também é direito do homem (UNFPA, 2010). Mais pesquisas precisam ser realizadas, especialmente sobre a paternidade de adolescentes e jovens infectados pelo HIV,

considerando as diferentes formas de infecção, trazendo novos conhecimentos e agregando valor à vivência da sexualidade entre os gêneros.

A pergunta sobre menstruação e sobre a primeira ejaculação incluídas no questionário tinham por objetivo avaliar o grau de conhecimento dos adolescentes, sobre esses eventos fisiológicos da puberdade e a relação com a possibilidade de gravidez, em caso de relação sexual desprotegida no período fértil. Observou-se que quase 40% dos adolescentes, de ambos os grupos, afirmaram que não tinham recebido orientação sobre menstruação e dois terços do Grupo HIV+ e cerca da metade do Grupo HIV- afirmaram que não receberam orientação sobre a primeira ejaculação. Considerando que esses assuntos são abordados nas escolas e os adolescentes de ambos os grupos eram estudantes, era esperado que a maioria absoluta dos dois grupos tivesse recebido orientações a respeito dos dois temas. Parece que os livros escolares precisam de uma revisão para adequar conteúdos e os professores necessitam melhorar o debate sobre os assuntos. Outro ponto a considerar em relação ao gênero feminino é que, segundo Bouzas (2006), as irregularidades menstruais e a cólica menstrual apareceram entre as principais queixas ginecológicas, reafirmando a importância do conhecimento sobre a fisiologia e irregularidades da menstruação.

Em relação à menstruação, os "Pais" foram referências de informação para o Grupo HIV- e "Outros" para o Grupo HIV+. Considerando a primeira ejaculação, os "Profissionais da educação" novamente tiveram destaque com fonte de conhecimento para ambos os grupos. Os meninos receberam orientação de forma semelhante, mas as meninas HIV+ receberam menos orientação do que as HIV-. Comparando as meninas do Grupo HIV+ e HIV-, encontrou-se que as meninas do Grupo HIV+ tiveram menor frequência de orientação em relação à menstruação e primeira ejaculação. Este achado referente ao gênero aponta para uma vulnerabilidade das meninas HIV+, diante da possibilidade de ocorrência de gravidez não planejada ou não desejada, caso tenham atividade sexual sem proteção, no período fértil.

Quando perguntado sobre quais DST tinham recebido orientação, a infecção por Clamídia foi a DST apontada com tendo menor frequência de orientação recebida, seguida de perto pelo HPV. A Aids foi apontada como a mais orientada, em ambos os grupos de adolescentes. Novamente os "Profissionais da Educação" se destacaram nesta orientação. Achado semelhante foi encontrado por uma pesquisa



realizada no Embu/SP, com 920 adolescentes de três escolas públicas de ensino fundamental e médio, onde a DST mais conhecida foi a Aids, enquanto o HPV mostrou-se o menos conhecido. Quanto às fontes de informação sobre as DST, o professor foi apontado como primeira opção entre os adolescentes, confirmando a sua importância na função natural de educador sexual no ambiente escolar (Brêtas *et al.* 2009). A importância da orientação sobre DST também ficou evidente na pesquisa realizada por Brogly *et al.* (2007) a qual estimou a incidência de infecções genitais e citologia cervical anormal em 638 meninas com idades entre 13 e 19 anos, infectadas pelo HIV no período perinatal. A pesquisa mostrou que a maior incidência encontrada foi de condiloma genital (HPV) e tricomoníase. Além disso, 23 meninas tinham condilomas diagnosticado antes dos 13 anos. Uma proporção considerável de adolescentes deste grupo teve relação sexual desprotegida apesar do contato próximo e frequente com clínicas que atendiam a pessoas com HIV. Esses autores apontaram que a atividade sexual de adolescentes infectadas no período perinatal é provavelmente mais comum do que muitos pediatras acreditam, sendo ressaltada a importância da obtenção de histórias sexuais, aconselhamento, rastreamento de infecções genitais, e educação sobre práticas sexuais mais seguras para esta população. Recomendações semelhantes foram feitas no manual do MS, como descrito: os profissionais de saúde devem estar disponíveis para o diálogo com os usuários sobre vida sexual, demandas reprodutivas e formas de proteção e prevenção viáveis, levando em consideração as especificidades de gênero, orientação sexual, idade e estilo de vida, de modo a promover seu autocuidado e sua autonomia em relação à vida sexual e reprodutiva. O aconselhamento pode contribuir para esse desafio, na medida em que permite a avaliação singular dos riscos e das condições de vulnerabilidade. O desejo de ter filhos deve ser discutido nos atendimentos, visando proporcionar às pessoas informações sobre as formas mais seguras de concepção e sobre os cuidados necessários durante a gestação, o parto e o puerpério (BRASIL, 2010).

Cerca da metade dos adolescentes de ambos os grupos afirmou que não recebeu orientação sobre vacinas. Entretanto, este achado precisa ser analisado com mais cuidado, devendo ser considerado a hipótese de que os profissionais de saúde talvez precisem melhorar a forma de realizar a orientação para os adolescentes. Mesmo que os adolescentes não tenham sido orientados diretamente, não necessariamente significa que os calendários vacinais estejam desatualizados.

A indicação de vacinas faz parte dos pontos essenciais da consulta pediátrica, mas nem sempre a orientação a cerca da importância delas é direcionada ao paciente, e sim ao cuidador ou familiar. Apesar de as fontes de informações serem semelhantes estatisticamente, os "Profissionais de saúde" e os "Pais" foram apontados como referências importantes. Manter o calendário vacinal atualizado é um fator de proteção para a saúde integral dos adolescentes, de ambos os grupos e gêneros, inclusive na gestação, quando as vacinas para hepatite B, e para o tétano (ou os seus reforços, quando indicados) devem ser administradas de preferência previamente à gestação (BRASIL, 2010b).

Uma maioria expressiva de adolescentes (81,0% do Grupo HIV+ e 78,7% do Grupo HIV-) referiu não ter recebido orientação sobre o risco de uso do álcool e outras drogas. É possível e esperado que esses adolescentes tenham recebido orientações sobre esta temática, considerando que são assuntos amplamente discutidos na sociedade, mas que não tenham se sentido efetivamente orientados. Talvez seja preciso rever a forma e o conteúdo das orientações referentes ao uso/abuso de drogas, debatendo sobre os efeitos, sobre o que a droga representa e preenche na sua vida, mas principalmente dialogando sobre os riscos e responsabilidades, empoderando os adolescentes para escolhas saudáveis nos seus diferentes espaços de convívios.

Quase a totalidade de respostas referente ao uso de drogas foi negativa, talvez pelo tabu do assunto ou possível constrangimento de afirmar usar ou ter usado substâncias psicoativas. Somente quatro adolescentes HIV+ e quatro HIV- afirmaram ter usado droga. O álcool, o cigarro, a maconha e a cocaína foram as substâncias utilizadas pelo Grupo HIV+ e o álcool pelo Grupo HIV-. A adolescência constitui um período crucial para o início do uso de drogas, seja como mera experimentação, seja como consumo ocasional, indevido ou abusivo. Observa-se também que o uso do álcool e do tabaco costuma vir associado, por meio da publicidade, a imagens de artistas, ao glamour da sociabilidade e à sexualidade, sendo fatores de atração e de potenciais riscos para os jovens (SCHENKER; MINAYO, 2005). Acrescenta-se a esses dois aspectos citados, a pesquisa de Elkington *et al.* (2009) mostrando a associação do uso de substâncias psicoativas com comportamentos sexuais de risco. A pesquisa destes autores comparou jovens com idade entre 9 a 16 anos com exposição perinatal ao HIV, num total de 206 jovens HIV+ e 134 jovens HIV-. Este é o primeiro estudo a

examinar a relação entre uso de substâncias e comportamento sexual de risco entre jovens infectados pelo HIV e expostos no período perinatal, e ao mesmo tempo, identificar o papel de cuidadores e colegas. A substância mais prevalente utilizada por ambos os grupos foi o álcool, nos dois estudos. A utilização de maconha e cigarros foi menos frequente entre os adolescentes HIV+ quando comparada com o grupo de adolescentes HIV-. Esta mesma pesquisa, descrevendo os comportamentos sexuais relacionados ao uso de drogas, encontrou que o sexo com penetração foi relatado por 9,9% dos adolescentes HIV+ e 14,2% dos HIV-. Entre os que eram sexualmente ativos 42,1% eram HIV+ e 29,4% eram HIV-. Eles também relataram já ter realizado sexo vaginal desprotegido em algum momento na vida, sendo este fato apontado por 88,9% dos jovens HIV+ e 58,8% do HIV-. Ambos os grupos relataram múltiplos parceiros.

Os resultados sugerem que estes adolescentes estão em risco, tanto para uso de substâncias como para engajar-se em comportamento sexual de risco. O uso de substâncias aumenta a probabilidade de que esses jovens possam ter atividade sexual de risco e o estado sorológico parece que têm pouca influência sobre o comportamento sexual de risco ou de usar substância durante a adolescência.

Foi perguntado aos adolescentes se eles receberam orientação de como se comportar em sete eventos da vida social cotidiana: escola, festas, viagens, atividades esportivas, trabalho em grupo, trabalho/estágios e dormir fora de casa. De um modo geral, os adolescentes HIV+ foram menos orientados que os HIV-. Dois terços dos adolescentes do Grupo HIV+ responderam que foram orientados e quase todos os do Grupo HIV- afirmaram que foram orientados sobre estes eventos. Merece destaque que as meninas HIV+ foram mais orientadas do que as meninas HIV-, sobre festas e trabalho, enquanto os meninos HIV+, foram menos orientados nos sete eventos pesquisados, em comparação com os meninos HIV-. O viver em sociedade e a perspectiva de entrada no mundo adulto são aspectos a serem considerados no cuidado dos adolescentes HIV+, tanto por seus familiares/cuidadores como pelos profissionais que os assistem.

Os achados encontrados na pesquisa de Wiener *et al.* (2009) vêm ao encontro dos achados descritos no Grupo HIV+. Os autores apontam que como muitas crianças nascidas com HIV no início da epidemia não eram esperadas que sobrevivessem até a idade adulta, estes aspectos da vida cotidiana não era uma prioridade para os

cuidadores e profissionais. Porém, com o advento da terapia antirretroviral altamente ativa, a sobrevivência é agora esperada. A pesquisa destes autores teve o objetivo de explorar as experiências sobre a transição, demografia e estado de saúde destes jovens vivendo com HIV (idade média de 22 anos), ao passarem da pediatria para o atendimento de adultos. Um dos achados mostrou que quase um quarto dos participantes com idade superior a 18 anos não estava trabalhando ou na escola. Os achados sugeriram que a preparação para transição deve incluir uma avaliação das necessidades profissionais, planos educacionais, incentivo de experiências de trabalho e uma visão do futuro emprego, juntamente com o treinamento de habilidades para a vida. Os autores, ao concluírem a pesquisa, apontaram que sem preparação adequada o processo de transição pode ser potencialmente comprometido com sérios problemas de saúde, e indicaram que jovens que vivem com HIV buscam adultos que possam fornecer intervenções apropriadas de transição que englobem comportamento sexual, juntamente com necessidades médicas.

Machado, Succi e Turato (2010) e Vijayan *et al.* (2009) apontaram dois temas em suas pesquisas: os desafios no cuidado desses jovens e as possíveis barreiras no processo de transição. Dentre os desafios no cuidado, três tópicos chamaram a atenção: a adesão ao tratamento, a vivência da sexualidade e a desorganização social que os rodeia, confirmando a importância de uma orientação que contemple os aspectos biopsicossociais da vida cotidiana deste grupo de adolescentes, instrumentalizando-os para o dia a dia da sua vida atual, bem como para a vida adulta.

Os "Pais" e "Outros" se destacaram na informação sobre os eventos da vida cotidiana, para ambos os grupos. Uma pesquisa realizada por Fair *et al.* (2012) sobre as expectativas dos cuidadores de 40 adolescentes (idade média de 17,3 anos) com HIV adquirido por transmissão perinatal, diante da proximidade da transição para a saúde do adulto, trouxe resultados que mostram a importância da orientação e participação dos familiares/cuidadores junto aos adolescentes e também da orientação dos profissionais para ambos, facilitando o diálogo e entendimento deste processo. Os autores concluíram que a maioria dos cuidadores viu a transição para o atendimento de adultos como uma ferramenta para facilitar a maturidade dos adolescentes, porém vários deles não haviam discutido esta transição com seu filho e estavam à espera de o filho tomar a iniciativa da conversa sobre o assunto. Porém

foi percebido que muitos adolescentes não tinham expectativas sobre esta mudança iminente, indicando a necessidade de uma melhor comunicação entre profissionais e adolescentes para facilitar a transição. Também perceberam que os cuidadores foram capazes de articular os benefícios de uma transição e desempenharam um papel importante no processo, mas podem precisar de apoio para discutir este processo com o seu filho.

Seja a falta, a pouca ou a inadequada comunicação sobre HIV/Aids entre adolescentes e familiares/cuidadores, observada na presente pesquisa, pode instalar uma espécie de "pacto do silêncio" no ambiente doméstico, conforme constatado também em estudos semelhantes (Seidl *et al.*, 2005). As possíveis consequências desse silêncio incluem o aumento da vulnerabilidade, predomínio de enfrentamento não adaptativo à condição de soropositividade e baixo nível de conhecimento sobre HIV/Aids (MELLINS *et al.*, 2002; ABADÍA-BARRERO; LARUSSO, 2006). Além disso, uma melhor comunicação familiar pode propiciar melhorias no comportamento de adesão de adolescentes soropositivos. Esses resultados demonstram a necessidade de incentivar maior escuta e diálogo sobre a enfermidade no contexto familiar, de forma a desenvolver habilidades de comunicação entre os integrantes da díade e outras pessoas da rede de apoio social.

A observação e o acompanhamento clínico desse grupo têm mostrado que, com o decorrer dos anos da epidemia de HIV/Aids, as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde e pacientes também têm se modificado. Se, inicialmente, a atenção era voltada à melhoria diagnóstica, profilática e terapêutica, atualmente, outras questões estão vindo à tona e tornando-se relevantes (MACHADO; SUCCI; TURATO, 2010). Uma das questões é a vida em sociedade, como apontado por Spinardi *et al.* (2008), ao afirmar que a integração do adolescente na comunidade oferece grandes vantagens, porém não se pode esquecer que esses indivíduos passam a ficar mais expostos a riscos, liberdades e responsabilidades. Por isso, desde a infância e principalmente na adolescência, é necessário desenvolver nesses jovens o autoconhecimento, a capacidade de escolha, a crítica, a responsabilidade, a autoestima, o estímulo à autonomia, a preparação para o trabalho e o exercício da sexualidade. Neste cenário não pode ser esquecido o papel e a responsabilidade dos familiares/cuidadores, para atuarem como adultos de referência na vida cotidiana, e por isso

mesmo buscar atualizações, em prol da promoção de cuidados e respostas específicas às necessidades destes adolescentes, em parceria com a equipe de saúde e ONG.

## 5.7 SENTIMENTOS

Ao serem analisados os sentimentos dos adolescentes do Grupo HIV+, tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo, foram encontradas respostas que didaticamente levaram as análises na direção de três situações: negação da doença; incorporação como normal após certo tempo do impacto da revelação; ou não alcance da dimensão social e biológica da doença. Em relação a esta última situação, isto pode ocorrer devido a um somatório de fatores, como o fato de que estes adolescentes nasceram com o HIV e não o percebem como problema, ou pela onipotência/pensamento mágico, próprios da fase de adolescência. Associa-se também o movimento de militância e das instituições nacionais e internacionais, que provavelmente no sentido da superação do preconceito e da discriminação, afirmam que eles são iguais aos adolescentes que não têm a doença.

Observando os grupos, percebeu-se que são estatisticamente diferentes somente em relação a "sentir-se igual aos outros", visto que mais da metade dos adolescentes do Grupo HIV+ afirmou ter este sentimento, enquanto somente cerca de um quarto do Grupo HIV- referiu isso. Segundo Spinardi *et al.* (2008), a sensação de invulnerabilidade própria do adolescente pode dificultar a assimilação do problema de ter o HIV. A adesão ao tratamento, principalmente se ainda não houver sintomas marcantes de doença, vai ao encontro de sua maneira mágica de se relacionar com o tempo e com a ideia de indestrutibilidade. O jovem pode inclusive fantasiar uma cura mágica. Outro aspecto que deve ser considerado é que os adolescentes, de um modo geral, precisam se afirmar junto ao grupo de pares, sentir-se igual aos outros, e, como diz Knobel (2003), o grupo é importante e altamente significativo, porque constitui o passo intermediário no mundo externo para alcançar a identidade adulta. Claro que este sentimento é bom, mas os adolescentes do Grupo HIV+ precisam fazer enfrentamentos sérios e difíceis, como revelar diagnósticos, tomar medicamentos, ir sistematicamente a médicos e hospitais, colher exames, entre outras coisas. Ao ser

associada esta resposta com as demais, percebeu-se que a maioria disse que não sente raiva, nem revolta, nem tristeza, não se sente diferente, quase não tem dúvidas e nem sentimento de rejeição, parecendo quase dizer que não tem Aids... Parece que se esquivam dos sentimentos e, assim, da própria realidade que precisa ser trabalhada. Esquiva é um comportamento que evita o enfrentamento direto com uma situação aversiva, geralmente por falta de habilidades para lidar com o problema. Machado, Succi e Turato (2010) afirmaram que, em algum momento da adolescência, os jovens com HIV/Aids confrontam-se com questões, tais como medo do adoecimento, das alterações corporais associadas ao próprio vírus ou ao seu tratamento e incertezas sobre a progressão da doença levando à morte. Ser adolescente com uma doença crônica, principalmente um agravo que carrega consigo estigmas, discriminações e preconceitos pode afetar as relações familiares e sociais, dificultando a construção da identidade e a aceitação pelo grupo de amigos. Esta realidade é também apontada pelo MS ao dizer que as doenças crônicas graves e de longa evolução determinam, aos pacientes e cuidadores, sofrimentos que vão além dos sintomas, das limitações e dos tratamentos. Alcançam suas vidas afetivas, cognitivas e de relação, provocando mudanças de ordem social e financeira e na dinâmica familiar (BRASIL, 2009). Tudo isso pode interferir nos sentimentos do adolescente, tornando-o mais vulnerável ao estresse emocional. Criar ou fortalecer diferentes habilidades nestes adolescentes é um fator de proteção para sua qualidade de vida, pessoal e social.

Outro aspecto a ser considerado é que se, por um lado, os sentimentos relatados pelos adolescentes do Grupo HIV+ podem parecer muito bons, pelo fato de saberem seus direitos e estarem buscando afirmação social, aparece, por outro lado, contradição entre o discurso socialmente desejável e o conhecimento efetivo mostrado pelas análises dos dados. Por exemplo, um percentual considerável de adolescentes do Grupo HIV+ respondeu que não recebeu orientação referente a seis dos doze itens pesquisados, conforme visto pela tabela 11. Somente um terço deles afirmou ter lido sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos e cerca da metade não opinou sobre os mesmos; a maioria não costuma buscar ativamente camisinha, apesar de afirmarem usá-la em todas as relações sexuais. Não se pode desconsiderar que é sempre difícil falar de sentimentos, mas os adolescentes do grupo HIV- parecem falar mais próximo das características psicossociais desta fase em que é frequente

ter dúvidas, raiva das proibições dos pais, tem vergonha de algumas coisas (estão desajeitados, têm acne, dificuldades com namorados...), e às vezes não se sentem amados porque nessa fase as brigas com os pais e adultos próximos aumentam, como já apontadas por Aberastury e Knobel (1986), ao reunirem características do desenvolvimento psicoemocional do adolescente na chamada Síndrome da Adolescência Normal. Segundo Leal e Saito (2001), nenhum jovem tem seu desenvolvimento psicoemocional enquadrando-se exatamente nessa síndrome, mas o conhecimento dessa apresentação esquemática facilita a compreensão desse período da vida e fornece instrumentos para melhor avaliar o comportamento do adolescente. Os Grupo HIV+ foi semelhante estatisticamente ao Grupo HIV- no sentimento de “ser diferente dos outros”. Quando avaliado o número de respostas de “sentir-se igual aos outros”, a maioria dos HIV+ demonstrou esse sentimento, com diferença estatística em relação ao grupo HIV-.

A neurocientista Herculano-Houzel (2005) também já explicou que tudo o que ocorre entre os 11 e os 18 anos é fruto de uma grande revolução química e neurológica, daí as súbitas mudanças de humor, as inúmeras questões, a insegurança. Afirma que a adolescência é uma fase de lapidação, refinamento e amadurecimento do cérebro. Muitas conexões que foram feitas até a infância são abandonadas. Todo o sistema de recompensa sofre uma grande baixa e por isso não é nada fácil deixar um cérebro adolescente satisfeito.

Outra diferença entre os grupos foi que quando analisados pelo recorte de gênero, encontrou-se que as meninas HIV+ apresentaram maior frequência do sentimento "pena de si mesma" e de "indiferença" que as do Grupo HIV- e os meninos HIV+ mais "vergonha" que os HIV-. Esses achados foram diferentes da pesquisa qualitativa, realizada com 12 adolescentes do sexo feminino, entre 15 e 22 anos, infectadas pelo HIV, de forma vertical e horizontal, atendidas no ambulatório do Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Foi encontrado que nem sempre ocorreu a aceitação do diagnóstico por parte da adolescente, contudo, mesmo com os abalos, emocional e psicológico, provenientes desse diagnóstico, verificou-se, na maior parte dos casos, constante preocupação com o tratamento da doença e a extensão dos efeitos à família, bem como com a relação entre o prolongamento da sobrevivência e a qualidade de vida a que estarão sujeitas (SANTOS; RODRIGUES; ALMEIDA, 2010). O presente



estudo encontrou dois diferentes sentimentos em relação ao descrito pelo NESAs, visto que quase 90% dos adolescentes afirmaram "não ter dificuldade para aceitar sua soropositividade" e as meninas HIV+ tinham "indiferença" e não preocupação com o tratamento da doença e a extensão dos efeitos à família.

Já semelhanças foram encontradas numa outra pesquisa em que os autores Lima e Pedro (2008) afirmaram que, por tratar-se de uma doença cujo estigma permanece vigente na sociedade, a revelação do diagnóstico de HIV/Aids e o convívio com a doença, independente da idade, promovem inicialmente uma não aceitação da doença pelo portador, podendo desencadear sentimentos e reações de tristeza, inconformismo, vergonha e aceitação em um período mais tardio. No presente estudo foi encontrado que poucos adolescentes HIV+ afirmaram ter tristeza e um terço disse ter vergonha. Provavelmente, independente do tempo cronológico real, já estavam subjetivamente num período de aceitação da doença, visto que quase 90% dos adolescentes relataram não ter dificuldades para aceitar que eram soropositivos.

O estigma da Aids ainda é terrível e pode ser fator desencadeante de uma possível negação que torna os adolescentes infectados ainda mais vulneráveis, podendo colocar a si próprio e outros em risco. Segundo Leal e Saito (2001), o adolescente frequentemente se expõe a situações de risco inerentes à vivência de situações inéditas, à necessidade de experimentação e ao processo de formação de sua identidade adulta, riscos esses agravados pelo fato de ele se sentir indestrutível, imune, imortal. Não há como evitar riscos, mas há como minimizá-los e como ajudar o jovem a vivenciar os processos com responsabilidade, principalmente a partir do desenvolvimento da autoestima. A principal tarefa ao final da adolescência é a consolidação da identidade que deve ser alcançada com a separação final do núcleo familiar e o assumir de responsabilidades e papéis adultos.

Como dizem Brandenburg e Weber (2005) e Weber (2012), autoconhecimento é saber dos próprios limites e possibilidades e está inserido no ambiente social: nós nos conhecemos mais à medida que adquirimos conhecimentos e interagimos com os outros. Por isso, a responsabilidade e o papel dos cuidadores, familiares e profissionais é junto com os adolescentes infectados, qualificar a reflexão e conscientização de que a Aids é uma doença grave, complexa, que traz diferenças nos relacionamentos amorosos, sociais e no autocuidado sem torná-los inferiores. Não basta só medicar, só promover direitos e acessos. Isso é fundamental, mas é preciso também que se

tome consciência dos próprios sentimentos e particularidades da condição de se ter uma doença crônica, para desenvolver resiliência e habilidades, potencializando a autoestima e o protagonismo nos enfrentamentos do dia a dia.

Domek (2009) confirma essa necessidade ao dizer que: "com o aumento da acessibilidade global de ARV, muitas crianças soropositivas agora enfrentam um futuro que se pensava impossível". À medida que crescem, enfrentam estressores psicossociais únicos que diferem de qualquer doença infantil crônica prévia ou incurável sendo necessário o cuidado da saúde mental pediátrica. Este autor aponta soluções práticas que precisam caminhar lado a lado com a acessibilidade da TARV. Essas soluções incluem aumento de escala de serviços de saúde mental, educação das comunidades, apoiando programas baseados na escola, promovendo o papel das ONG, o fortalecimento das famílias e da comunidade para fornecer um ambiente familiar seguro para as crianças. Lima e Moreira (2008), também afirmam ser importante valorizar e fortalecer a autoestima e o conhecimento para propiciar instrumentos para se lidar com sua autoeficácia, ou seja, desenvolver habilidades sociais e pessoais, que possam se traduzir em atitudes de autocuidado a si e ao outro, sedimentando a construção da identidade desses adolescentes, facilitando a autonomia e resiliência.

### **Limitações da presente pesquisa e sugestões de continuidade**

A presente pesquisa teve limitações numéricas, visto que a coleta de dados foi realizada somente com os adolescentes infectados pelo HIV, de forma vertical, atendidos no Hospital de Clínicas da UFPR. Sugere-se que se estenda a pesquisa para os adolescentes HIV+, atendimentos em outras unidades assistenciais, fazendo-se o estudo comparativo entre eles.

Teria sido interessante analisar os dados, considerando separadamente as fases da adolescência (inicial, média e final), mas devido ao número reduzido de adolescentes na fase inicial, visto que iniciamos o estudo a partir dos 12 anos, esta análise ficou comprometida.

Outra limitação é que a pesquisa considerou apenas os adolescentes que adquiriram o HIV de forma vertical. A sugestão é que seja feita uma comparação com os adolescentes que adquiriram o HIV de forma horizontal.

Outra sugestão é acrescentar à pesquisa avaliação de variáveis comportamentais, familiares e de personalidade, bem como a perspectiva do projeto de vida futura do adolescente.

## 6 CONCLUSÕES

- O Grupo HIV+ apresentou maior frequência de adolescentes que declararam não ter religião, que moravam na Região Metropolitana de Curitiba e em instituições que prestam assistência a adolescentes infectados pelo HIV.
- O Grupo HIV+ relatou "*ficar*" e namorar menos que o Grupo HIV-. Os grupos foram semelhantes quanto à idade de início da atividade sexual; terem como primeiro parceiro sexual o "*ficante*"/namorado; afirmarem o uso de preservativos em todas as relações sexuais, mas não terem o hábito de buscá-los; apontarem o preservativo masculino como principal cuidado na prevenção das DST/Gravidez.
- O Grupo HIV+ mostrou menor conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva que o Grupo HIV-. Porém, ao comparar a saúde sexual com a saúde reprodutiva, ambos os grupos mostraram um conhecimento menor sobre a saúde reprodutiva. O Grupo HIV+ foi quem mais expressou a opinião sobre os direitos sexuais e reprodutivos.
- Ambos os grupos receberam orientações semelhantes sobre direitos sexuais e reprodutivos, masturbação, menstruação, primeira ejaculação, métodos anticoncepcionais, proteção de gravidez, risco de aborto, DST, drogas, vacinas, comportamentos da vida cotidiana. Observou-se diferença estatística em relação à orientação sobre a anticoncepção de emergência, que foi menor no grupo HIV+. Em ambos os grupos, os assuntos menos orientados foram sobre uso de drogas, primeira ejaculação e masturbação e os mais orientados, foram os comportamentos da vida cotidiana e as DST.
- O Grupo HIV+ apresentou maior frequência do sentimento de "ser igual aos outros", não teve dificuldade para aceitar que é soropositivo, mostrou ter menos raiva, revolta e dúvidas e mais pena de si mesmo e indiferença que os do Grupo HIV-. Ambos os grupos foram semelhantes em relação aos sentimentos de medo, rejeição, superproteção, ser diferente dos outros, tristeza, vergonha e sentir-se amado.

## 7 CONSIDERAÇÕES

Considerando os resultados obtidos e a análise quantitativa e qualitativa dos dados, faz-se necessário:

- Colocar o ensino sobre a saúde de adolescentes e de jovens nos cursos de graduação;
- Sensibilizar e capacitar os profissionais da saúde, que atendem a adolescentes infectados pelo HIV, sobre sexualidade e saúde reprodutiva, na óptica dos direitos humanos;
- Que os serviços que atendem aos adolescentes infectados pelo HIV ofereçam espaços reais de privacidade, confidencialidade e de grupo para que as necessidades da saúde integral possam ser contempladas na assistência e na prevenção;
- Ampliar a participação e fortalecer a Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids;
- Criar e ampliar programas de protagonismo juvenil;
- Criar ou adequar espaços governamentais e não governamentais, para orientar com qualidade os familiares e cuidadores dos adolescentes infectados com o HIV, ensinando-os, entre outras coisas, a fortalecer a autonomia e resiliência destes adolescentes;
- Qualificar os movimentos sociais e Organizações Não Governamentais que tenham o objetivo de atender e orientar os adolescentes infectados pelo HIV, na luta por direitos sexuais e reprodutivos, cada vez mais equânimes entre os gêneros;
- Incentivar a criação de linha de pesquisa e (ou) de programas de pós-graduação na área da educação sexual voltado à qualificação dos profissionais das diversas áreas de conhecimento.

## REFERÊNCIAS

ABADÍA-BARRERO, C. E.; LARUSSO, M. D. The disclosure model versus a developmental illness experience model for children and adolescents living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. **AIDS Patient Care STDS**, v.20, n.1, p.36-43, 2006.

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. **Juventude e sexualidade**. Brasília, DF: UNESCO Brasil, 2004.

ARCANJO, C. M.; OLIVEIRA, M. I. V.; BEZERRA, M. G. A. Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em Fortaleza-Ceará. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.11, n.3, p.445-51, 2007.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

AYRES, J. R. C. M.; FREITAS, A. C.; SANTOS, M. A. S. dos.; FILHO, H.C. S.; JÚNIOR, I. F. Adolescência e Aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12, p.123-138, 2003.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA JR., I.; GRAVATO, N.; LACERDA, R.; DELLA NEGRA, M.; MARQUES, H. H. S.; GALANO, E.; LECUSSAN, P.; SEGURADO, A. A. C.; SILVA, M. H. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/Aids. **American Journal of Public Health**, v.96, p.1001-1006, 2006.

BENINCASA, M.; REZENDE, M. M.; CONIARIC, J. Sexo desprotegido e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.10, n.2, p.121-134, 2008.

BOLTON, D.; DEARSLEY, P.; MADRONAL-LUQUE, R.; ARON-COHEN, S. Magical thinking in childhood and adolescence: Development and relation to obsessive compulsion. **British Journal of Developmental Psychology**, v.20, n.4, p.479-494, 2002.

BOUZAS, I. Principais queixas ginecológicas na adolescência. **Adolescência & Saúde**, v.3, n.3, p.37-42, 2006.

BRANDENBURG, O. J.; WEBER, L. N. D. Conhecimento e liberdade no behaviorismo radical. **Psico-USF**, v. 9, p.87-92, 2005.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 julho de 1990. p.13563.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de emergência**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, DF: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 64 anos, 2004**. Brasília, DF: MS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de rotinas para assistência a adolescentes vivendo com HIV/Aids**. Brasília, DF: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, DF: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV**. Brasília, DF: MS, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF: MS, 2008c. Disponível em: <<http://www.spmulheres.gov.br/publicações>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia anti-retroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília, DF: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV - 2008**. Suplemento III – tratamento e prevenção. Brasília, DF: MS, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília, DF: MS, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e Parasitárias. Guia de Bolso - 8 ed.revista**. Brasília, DF: MS, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 64 anos 2008**. Brasília, DF: MS, 2011a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/pcap-2008>>. Acesso em: 03 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento à feminização da aids e outras DSTs**. 2011b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/feminizacao>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v.8, n.1, 2012.

BRÊTAS, J.R. S. da.; OHARA, C.V.S.da.; JARDIM, D.P.; MUROYA, R. L. de. Conhecimentos de adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis: subsídios para prevenção. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22,n.6, p.786-92, 2009.

BROGLY, S. B.; WATTS, D. H.; YLITALO, N.; FRANCO, E. L.; SEAGE, G. R. III.; OLESKE, J.; EAGLE, M.; DYKE, R. V. Reproductive Health of Adolescent Girls Perinatally Infected With HIV. **American Journal of Public Health**, v.97, n.6, p.1047-52,2007.

CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B.; BARBARÁ, A. Representações sociais da Aids e alteridade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.9, n.3, p.710-723, 2009.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.1, p.61-68, 2007.

CARVALHO, J. A. **O amor que rouba os sonhos**: um estudo sobre a exposição feminina ao HIV. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

COATES, V. Evolução histórica da medicina do adolescente. In: COATES, V.; BEZNOS, G. W.; FRANÇOSO, L. A. **Medicina do adolescente**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p.1-6.



CONNOR, E. M.; SPERLING, R. S.; GELBER, R.; KISELEV, P.; SCOTT, G.; O'SULLIVAN, M. J.; VANDYKE, R.; BEY, M.; SHEARER, W.; JACOBSON, R. L. et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. **New England Journal of Medicine**, v.331, n.18, p. 173-180, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.811/2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 jan. 2007, Seção I, p.72. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1811\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1811_2006.htm)>. Acesso em: 18 mar. 2013.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. M. de. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP; Brasília, DF: UNFPA, 2006. p.29-62.

COSTA, C. S.; WEBER, L. N. D. **Pegar, ficar e namorar**: relacionamentos do mundo pós-moderno. Relatório de pesquisa não publicado, Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2010.

CRESPIN, J. Adolescência, puberdade e juventude: alguns conceitos O Nascer da Hebiatria. In: CRESPIAN, J.; REATO, L. F. N. de (Coords.). **Hebiatria medicina da adolescência**. São Paulo: Roca, 2007. p.4-9.

CRUZ, C. R.; CARVALHO, V. O.; LIMA, H. C. Alterações imunológicas em crianças infectadas pelo HIV. In: MALAGUTTI, W. (Org.). **Imunização, imunologia e vacinas**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p.415-434.

CRUZ, E. F. Infâncias, adolescências e Aids. **Educação em Revista**, n.46, p.363-384, 2007.

CRUZ, M. L. S.; CARDOSO, C. A.; JOÃO, E. C.; GOMES, I. M.; ABREU, T. F.; OLIVEIRA, R. H.; MACHADO, E. S.; DIAS, I. R.; RUBINI, N. M.; SUCCI, R. M. Pregnancy in HIV vertically infected adolescents and young women: a new generation of HIV-exposed infants. **Aids**, v.24, n.17. p.2727-2731, 2010.

CUNHA, W. H. A. Alguns princípios de categorização, descrição e análise do comportamento. **Ciência e Cultura**, v.28, n.1, p.15-24, 1975.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Centro de Epidemiologia. **SINAN W (1984-2006) SINAN NET (2007-2012)**. Curitiba, 2013.

DANNA, M. F.; MATTOS, M. A. **Ensinando observação**: uma introdução. São Paulo: Edicon, 1999.

DOMEK, G. J. Facing adolescence and adulthood: The importance of mental health care in the global pediatric Aids epidemic. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, v.30, n.2, p.147-150, 2009.

ELKINGTON, K. S.; BAUERMEISTER, J. A.; ELIZABETH, B. C.; CURTIS, D.; CLAUDE, A. M. Substance Use and Sexual Risk Behaviors in Perinatally Human Immunodeficiency Virus-Exposed Youth: Roles of Caregivers, Peers and HIV Status. *Journal of Adolescent Health*, v.45, p.133-141, 2009.

FAGUNDES, A. J. F. M. **Descrição, definição e registro de comportamento**. São Paulo: Edicon, 1992.

FAIR, C. D.; SULLIVAN, K.; DIZNEY, R.; STACKPOLE, A. "It's Like Losing a Part of My Family": Transition Expectations of Adolescents Living with Perinatally Acquired HIV and Their Guardians. *Aids Patient Care and STDs*, v.26, n.7, p.423-429, 2012.

FAIR, C.; ALBRIGHT, J. "Don't Tell Him You Have HIV Unless He's The One": Romantic Relationships Among Adolescents and Young Adults with Perinatal HIV Infection. *Aids Patient Care and STDs*, v.26, n.12, p.746-754, 2012.

GARCÍA, M.; PERALBO, M. Cultura, aculturación y percepción de las relaciones familiares. *Infancia y Aprendizaje*, n.89, p.81-101, 2000.

GAYLE, H. D.; HILL, G. L. Global impact of human immunodeficiency virus and AIDS. *Clinical Microbiology Reviews*, v.14, n.2, p.327-335, 2001.

GOLD, M. A.; SUCATO, G. S.; CONARD, L. A. E.; HILLIARD, P. J. A. Society for Adolescent Medicine. Provision of emergency contraception to adolescents. *Journal of Adolescent Health*, v.35, p.66-70, 2004.

GROSSMAN, E. A construção do conceito de adolescência no Ocidente. *Saúde & Adolescência*, v.7, n.3, p.47-51, 2010.

GUERRA, C. P. P.; SEIDL, E. M. F. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. *Paidéia*, v.19, n.42, p.59-65, 2009.

HERA. **Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres**: ideias para a ação. 1999. Disponível em: <<http://www.iwhc.org/hera>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

HERCULANO-HOUZEL, S. **O cérebro em transformação**. 2.ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

KENNY, J.; WILLIAMS, B.; PRIME, K.; TOOKEY, P.; FOSTER, C. Pregnancy outcomes in adolescents in the UK and Ireland growing up with HIV. **HIV Med**, v.13, n.5, p.304-308,2012.

KNOBEL, M. Visão psicológica da adolescência normal. In: COATES, V.; BEZNOS, G. W.; FRANÇOSO, L. A. **Medicina do adolescente**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p.39-44.

KOENIG, L. J.; NESHEIM, S.; ABRAMOWITZ, S. Adolescents with perinatally acquired HIV: emerging behavioral and health needs for long-term survivors. **Adolescent and Pediatric Gynecology**, v.23, n.5, p.321-327, 2011.

LEAL, M. M.; SAITO, M. I. Síndrome da adolescência normal. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. (Coord.). **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.105-113.

LIMA, A. A. A.; PEDRO, E. N. R. Crescendo com hiv/aids: estudo com adolescentes portadoras de hiv/aids e suas cuidadoras-familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.3, p.348-354, 2008.

LIMA, M. L. C.; MOREIRA, A. C. G. Aids e feminização: os contornos da sexualidade. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v.8, n.1, p.1-7, 2008.

LUZURIAGA, K.; SULLIVAN, J. L. Pediatric HIV-1 infection: advances and remaining challenges. **AIDS Reviews**, v. 4, n. 1, p.21-26, 2002.

MACHADO, D. M.; SUCCI, R. C.; TURATO, E. R. A transição de adolescentes com HIV/AIDS para a clínica de adultos: um novo desafio. **Jornal de Pediatria**, v.86, n.6, p.465-472, 2010.

MARINHO, L. C. O. A questão da sexualidade e a prevenção da AIDS. In: LOYOLA, M. A. (Org.). **AIDS e sexualidade: O ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Dumará, 1994. p.23-39.

MARQUES, H. H. S.; SILVA, N. G.; GUTIERREZ, P. L.; LACERDA, R.; AYRES, J. R.; DELLA NEGRA, M.; FRANÇA JR., I.; GALANO, E.; PAIVA, V.; SEGURADO, A.; SILVA, H. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22,n.3, p.619-629, 2006.

MELLINS, C. A.; BRACKIS-COTT, E.; DOLEZAL, C.; RICHARDS, A.; NICHOLAS, S. W.; ABRAMS, E. J. Patterns of HIV status disclosure to perinatally HIV-infected children and subsequent mental health outcomes. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v.7, n.1, p.101-114, 2002.

MERGUI, A.; GIAMI, A. La sexualité des adolescentes séropositifs: analyse de la littérature et réflexion sur les impensés de la sexualité. **Archives de Pédiatrie**, v.18, p.797-805, 2011.

NEINSTEIN, L. S.; JULIANI, M. A.; SHAPIRO, J. Psychosocial Development. In: NEINSTEIN, L. S. **Adolescent Health Care: A Practical Guide**. 3.ed. Baltimore: Williams&Wilkins, p.40-45,1996.

OLIVEIRA, D. C.de.; PONTES, A. P. M. de.; GOMES, A. M. T.; RIBEIRO, M. C. M. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/Aids em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem**, v.13, n.4, p.833-841, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Improving access to quality care in family planning medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods**. Geneva, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Defining sexual health**: report of a technical consultation on sexual health. Geneva 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductive-health/gender/index.html>>. Acesso em: 04 mar. 2013.

PAIVA, V.; AYRES, J. R. C. de M.; SEGURADO, A. C.; LACERDA, R.; SILVA, N. G. da; SILVA, M. H. da; GALANO, E.; GUTIERREZ, P. L.; MARQUES, H. H. de S.; DELLA NEGRA, M.; FRANÇA JR., I. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.10, p.4199-4410, 2011.

PAIVA, V.; PERES, C.; BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de AIDS reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicologia USP**, v.13, n.1, p.55-78, 2002.

PASCOM, A. R. P.; SZWARCOWALD, C. L. Desigualdades por sexo nas práticas relacionadas à infecção pelo HIV na população brasileira de 15 a 64 anos, 2008. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n.1, p.27-35, 2011.

PERROT, M.; MARTIN-FUGIER, A. Os atores. **Adolescência & Saúde**. v.7, n.3, p.47-51, 2010.

PIROTTA, K. C. M. **Não há guarda-chuva contra o amor**. 317p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

REATO, L. F. N. Desenvolvimento da sexualidade na adolescência. In: FRANÇOSO, L. A.; GEJER, D.; REATO, L. F. N. **Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.1-10.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva: dossiê**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004.

SAITO, M. I. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco: a prevenção em questão. In: SAITO; M. I.; SILVA, L. E. V. (Coords.). **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001a. p.33-38.

SAITO, M. I. Medicina de adolescentes: visão histórica e perspectiva atual. In: SAITO; M. I.; SILVA, L. E. V. (Coords.). **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001b. p.3-9.

SAITO, M. I.; LEAL, M. M. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. **Revista Paulista de Pediatria**, v.25, n.2, p.180-186, 2007.

SANTOS, C. P. dos; RODRIGUES, B. M. R. D.; ALMEIDA, I. S. de. Vivência das adolescentes e jovens com HIV: um estudo fenomenológico. **Adolescência & Saúde**, v.7, n.1, 2010.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.707-717, 2005.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.; TRÓCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.18, n.2, p.188-195, 2005.

SILVA, N. C. B.; BOMFIM, T.; CARDOZO, N. P.; FRANCO, M. A. P.; MARQUES, S. L. Proposta de instrumento para avaliar conhecimento de jovens sobre métodos contraceptivos. **Paidéia**, v.17, n.38, p.365-374, 2007.

SILVA, S. P. Considerações sobre o relacionamento amoroso entre os adolescentes. **Caderno CEDES**, v.22, p.23-43, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP); FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASCO). Adolescência, anticoncepção e ética: diretrizes. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.1, p.35-40, 2004.

SPINARDI, J. R.; MACHADO, J. K. C.; SANT'ANNA, M. J. C.; PASSARELLI, M. L. B.; COATES, V. Adolescer com HIV: saber, conhecer e conviver. **Adolescência & Saúde**, v.5, n.2, p.7-14, 2008.

STEINBERG, L. **Adolescence**. Boston: McGraw-Hill College, 1999.

TAQUETTE, S. Feminização da AIDS e adolescência. **Adolescência & Saúde**, v.6 n.1, p.33-44, 2009.

TIEMESSEN, C. T.; KUHN, L. Immune pathogenesis of pediatric HIV-1 infection. **Current HIV/AIDS Reports**, v.3, n.1, p.13-19, 2006.

TONELLI, M. J. F. Direitos sexuais e reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. **Psicologia & Sociedade**, v.16, n.1, p.151-160, Número Especial, 2004.

UNAIDS. **Report on the Global HIV/AIDS epidemic 2010a**. Disponível em: <[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123\\_globalreport\\_en\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en[1].pdf)>. Acesso em: 03 fev. 2011.

UNAIDS. **A ONU e a resposta à Aids no Brasil**. 2.ed. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 11 fev. 2013.

UNAIDS. **Plano global para eliminar novas infecções por hiv/vih em crianças até 2015 e manter suas mães vivas**. 2011. Disponível em:<<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

UNAIDS. **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012**. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 04 mar. 2013.

UNFPA. **Sexual and Reproductive Health Needs of Women and Adolescent Girls living with HIV**. Research Report for Qualitative Findings from Brazil, Ethiopia and the Ukraine, July 2006. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/1281>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

UNFPA. **Saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e Aids**: subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas. EngenderHealth e Unfpa – Nova York: EngenderHealth; Brasília, DF: Unfpa, 2008.

UNFPA. **Mulheres e homens jovens dialogando sobre co-responsabilidade**. Brasília, DF, 2010.

UNFPA; INSTITUTO PAPAÍ. **Homens também cuidam!** Diálogos sobre direitos, saúde sexual e reprodutiva, paternidades e relações de cuidado. 2007.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3.ed. Brasília, DF Edição do Autor, 2009.

VIJAYAN, T.; BENIN, A. L.; WAGNER, K.; ROMANO S.; ANDIMAN, W.A.; We never thought this would happen: transitioning care of adolescents with perinatally acquired HIV infection from pediatrics to internal medicine. **AIDS Care**, v.21, p.1222-9, 2009.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001, p.13-42.

WEBER, L. N. D. **Eduque com carinho**: equilíbrio entre amor e limites. Curitiba: Juruá, 2012.

WEBER, L. N. D.; ALMEIDA, D.; TUCUNDUVA, C. Ficar e namorar entre adolescentes: que relacionamento eles querem? In: II CONGRESSO BRASILEIRO PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2., 2006, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2006.

WIENER, L. S.; KOHRT, B. A.; BATTLES, H. B.; PAO, M. The HIV Experience: Youth Identified Barriers for Transitioning from Pediatric to Adult Care. **Journal of Pediatric Psychology**, v.36, n.2, p.141-154, 2009.

ZAMIGNANI, D. R. **O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapeuta-cliente.** 289p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.



## APÊNDICES

**APÊNDICE 1**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E**  
**ESCLARECIDO PARA SUJEITOS A PARTIR DE 18 ANOS**

Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido – TCLE

Para sujeitos a partir de 18 anos

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre Saúde Sexual e Reprodutiva coordenada por uma profissional de saúde agora denominada pesquisadora, a Dra. Júlia Cordellini, celular (41)99255159. A pesquisa consiste em responder um questionário de 52 perguntas com respostas para marcar com um (X) e outras que serão respondidas por escrito sobre o perfil sócio-demográfico, o conhecimento e sua opinião sobre a saúde sexual e reprodutiva, práticas sociais e sexuais e orientações recebidas. O tempo para responder varia de 10 a 15 minutos. Os dados coletados serão usados para avaliação da pesquisa e Autoridades de Saúde ou membros do Comitê de Ética podem revisá-los. Os dados podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância. Você tem direito de acesso aos seus dados e pode discuti-los com seu médico do estudo. A sua participação é valiosa para o sucesso do estudo e não haverá riscos ou desconfortos para você. Mesmo assim, serão tomadas medidas de segurança para proteger e/ou reparar possíveis danos, tais como ansiedade, constrangimento, dúvidas ou necessidades de esclarecimentos, advindos da pesquisa. A pesquisadora fornecerá material informativo, respeitará seu tempo de entendimento e possibilidade de resposta. O questionário será respondido em uma sala individual durante sua permanência no ambulatório, sem prejuízo de sua consulta e caso haja necessidade você será encaminhado para consulta psicológica. Sua participação é voluntária e você não será pago para participar. Por isso é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Peça a responsável pelo estudo para explicar palavras ou procedimentos que você não entender. O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. Você só deve participar se quiser e pode recusar a participar ou se retirar do estudo a qualquer momento.

Eu, \_\_\_\_\_ li e discuti com a investigadora responsável pelo presente estudo os detalhes descritos nestes questionários. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito. Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento e tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado e material informativo, caso solicite.

\_\_\_\_\_  
Nome do Paciente

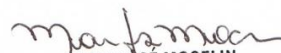
\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome da Investigadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

  
**MARIA JOSÉ MOCELIN**  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do HC/UFPR  
Matrícula 7462

**APÊNDICE 2**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA OS CUIDADORES/FAMILIARES RESPONSÁVEIS LEGAIS PELOS  
ADOLESCENTES E MENORES**

Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido – TCLE  
Para os cuidadores/familiares responsáveis legais pelos adolescentes e  
menores

O adolescente que você é responsável está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre Saúde Sexual e Reprodutiva coordenada por uma profissional de saúde agora denominada pesquisadora, a Dra. Júlia Cordellini celular 41-99255159. A pesquisa consiste em responder um questionário de 52 perguntas com respostas só para marcar com um (X) e outras que serão respondidas por escrito sobre o perfil sócio-demográfico, o conhecimento e opinião sobre a saúde sexual e reprodutiva, práticas sociais e sexuais e orientações recebidas. O tempo para responder varia de 10 a 15 minutos. Os dados coletados serão usados para avaliação da pesquisa e Autoridades de Saúde ou membros do Comitê de Ética podem revisá-los. Os dados podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, a identidade do adolescente não será revelada em qualquer circunstância. Você e ele tem direito aos dados coletados e podem discuti –los com seu médico do estudo.

A participação dele é valiosa para o sucesso do estudo e não haverá riscos ou desconfortos. Mesmo assim, serão tomadas medidas de segurança para proteger e/ou reparar possíveis danos, tais como ansiedade, constrangimento, dúvidas ou necessidades de esclarecimentos, advindos da pesquisa. A pesquisadora fornecerá material informativo, respeitará seu tempo de entendimento e possibilidade de resposta. O questionário será respondido em uma sala individual durante sua permanência no ambulatório, sem prejuízo da consulta e caso haja necessidade ele será encaminhado para consulta psicológica. A participação é voluntária e nem você e nem ele serão pagos para participar. Por isso é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Peça a responsável pelo estudo para explicar palavras ou procedimentos que não entender. O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para o adolescente participar no estudo. Você só deve permitir se quiser e pode recusar ou retirá-lo do estudo a qualquer momento

Eu \_\_\_\_\_ li e discuti com a investigadora responsável pelo estudo os detalhes descritos neste questionário. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper a participação do adolescente que sou responsável a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito. Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento e tive a oportunidade para fazer perguntas. Todas as minhas perguntas foram respondidas. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado e material informativo, caso solicite.

\_\_\_\_\_  
Nome do cuidador/familiar responsável legal (se menor de idade ou incapacitado)


\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome da Investigadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

  
**MARIA JOSÉ MOCELIN**  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do HC/UFPR  
Matrícula 7462

## APÊNDICE 3

### TERMO DE ASSENTIMENTO PARA OS ADOLESCENTES

#### Assentimento para os adolescentes

Eu \_\_\_\_\_ entendi que estou sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre Saúde Sexual e Reprodutiva coordenada por uma profissional de saúde agora denominada pesquisadora, a Dra. Júlia Cordellini, celular (41)99255159. A pesquisa consiste em responder um questionário de 52 perguntas com respostas para marcar com um (X) e outras que serão respondidas por escrito sobre o perfil sócio-demográfico, o conhecimento e sua opinião sobre a saúde sexual e reprodutiva, práticas sociais e sexuais e orientações recebidas. O tempo para responder varia de 10 a 15 minutos. Os dados coletados serão usados para avaliação da pesquisa e Autoridades de Saúde ou membros do Comitê de Ética podem revisá-los. Os dados podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, minha identidade não será revelada em qualquer circunstância. Tenho direito de acesso aos dados e posso discuti-los com a médica do estudo.

Eu entendi que minha participação é valiosa para o sucesso do estudo e não haverá riscos ou desconfortos. Mesmo assim, serão tomadas medidas de segurança para proteger e/ou reparar possíveis danos, tais como ansiedade, constrangimento, dúvidas ou necessidades de esclarecimentos, advindos da pesquisa. A pesquisadora fornecerá material informativo, respeitará meu tempo de entendimento e possibilidade de resposta. O questionário será respondido em uma sala individual durante minha permanência no ambulatório, sem prejuízo de minha consulta e caso haja necessidade serei encaminhado para consulta psicológica. Minha participação é voluntária e nem eu e nem meu responsável legal seremos pagos para participar. Posso solicitar a responsável pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que não entendi claramente. O propósito deste documento é dar informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará minha permissão para participar do estudo. Só devo participar se quiser e posso recusar ou solicitar minha retirada do estudo a qualquer momento.

\_\_\_\_\_  
Nome do paciente adolescente

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome do cuidador/familiar responsável (se menor de idade ou incapacitado)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome da investigadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

  
**MARIA JOSÉ MOCELIN**  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do HC/UFPR  
Matrícula 7462



**APÊNDICE 4**  
**QUESTIONÁRIO 1**

**Pesquisa com os adolescentes infectados pelo HIV do Ambulatório da  
Infecologia sobre Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**

- 1.1. N.º da entrevista \_\_\_\_\_ N.º do prontuário do HC \_\_\_\_\_ Iniciais \_\_\_\_\_
- 1.2. Idade \_\_\_\_\_
- 1.3. Sexo:      ( ) masculino              ( ) feminino
- 1.4. Você se considera:
- ( ) Heterossexual      ( ) Homossexual      ( ) Bissexual  
    ( ) não revelado      ( ) não entendeu
- 1.5. Cor:
- ( ) Branco                      ( ) Preto                      ( ) Amarelo  
    ( ) Pardo                      ( ) Indígena                      ( ) Não Revelado
- 1.6. Estado Civil:
- ( ) Solteiro                      ( ) Casado                      ( ) Separado  
    ( ) Divorciado                      ( ) Vive junto
- 1.7. Religião:
- ( ) Católica                      ( ) Evangélica                      ( ) Espírita  
    ( ) Budista                      ( ) Não tem religião                      ( ) Outra: \_\_\_\_\_
- 1.8. Cidade que você nasceu \_\_\_\_\_
- 1.9. Residência Atual:
- ( ) Curitiba                      ( ) Região Metropolitana                      ( ) Interior
- 1.10. Com quem mora?
- ( ) com pai e mãe                      ( ) só com a mãe                      ( ) só com o pai  
    ( ) em instituição                      ( ) outros familiares: \_\_\_\_\_
- 1.11. Escolaridade:
- ( ) analfabeto                      ( ) 1.º grau completo                      ( ) 1.º grau incompleto  
    ( ) 2.º Grau Completo                      ( ) 2.º grau Incompleto                      ( ) Não estuda
- 1.12. Profissão:
- ( ) Estudante                      ( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

1.13. Tempo que sabe sobre o diagnóstico de AIDS:

1 a 3 anos     4 a 6 anos     7 a 9 anos     10 anos ou mais

1.14. Qual foi a forma de aquisição do Vírus HIV?

Vertical     Horizontal     Parenteral     Não sabe

1.15. Quem contou para você? \_\_\_\_\_

1.16. Tem familiares próximos com HIV/AIDS?

sim:             não             Não sabe

## 2. CONHECIMENTO e OPINIÃO SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

2.1. Fale ou escreva resumidamente em 2 linhas o que você entende que seja Saúde Sexual.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.2. Fale ou escreva resumidamente em 2 linhas o que você entende que seja Saúde Reprodutiva

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.3. Você já leu sobre direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes infectados pelo HIV?

sim

não - Caso sua resposta tenha sido NÃO, passe para a pergunta de n.º 2.5

2.4. Aonde você leu?

Livros     Manuais do Ministério da Saúde     Revistas

Folhetos     Internet     Outro \_\_\_\_\_

2.5. Você já recebeu orientações sobre os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes infectados pelo HIV?

sim    Quem o orientou? \_\_\_\_\_     não

2.6. Qual sua opinião sobre os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes infectados pelo HIV?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.7 Na sua opinião, os adolescentes infectados pelo HIV se relacionam com seus namorados(as) ou ficantes da mesma maneira que os adolescentes que não são infectados pelo HIV?

sim       não       não tem opinião sobre isso

Por quê?

---



---

### 3. PRÁTICAS SEXUAIS e SOCIAIS

3.1. Você já ficou?

sim    Quantas vezes? \_\_\_\_\_       não

3.2. Você já namorou?

sim    Quantas vezes? \_\_\_\_\_       não

3.3. Fale ou escreva sobre 2 cuidados que você acha que deve ter na primeira relação sexual:

---



---

3.4. Você já teve relações sexuais?

sim    Quantas vezes? \_\_\_\_\_       não

Caso sua resposta tenha sido NÃO, passe para a pergunta de n.º 3.10

3.5. Qual era sua idade na primeira vez que teve relações sexuais? \_\_\_\_\_

3.6. Com quem teve sua primeira relação sexual?

amigo       namorado/ficante       outra pessoa \_\_\_\_\_

3.7. Usou camisinha na sua primeira relação sexual?

sim       não       não lembra

3.8. Você usa camisinha em todas as relações sexuais?

sim       não       às vezes       raramente

3.9. Você já teve atividade sexual no período menstrual sem camisinha?

sim       não       às vezes       raramente

3.10. Aonde você costuma procurar ou pegar camisinha?

- unidade de saúde     escola     ONG     farmácia  
 hospital     com amigos     não costuma procurar ou pegar camisinha

3.11. Esta pergunta é SÓ para o sexo feminino: Estava tomando pílula na sua primeira relação sexual?

- sim     não     não lembra

3.12. Você participa de alguma ONG ou movimento social?

- sim    Qual? \_\_\_\_\_ Quem o encaminhou? \_\_\_\_\_  
 Não participa de ONG e nem de movimentos sociais

#### 4. ORIENTAÇÕES RECEBIDAS

4.1. Você recebeu orientações sobre masturbação?

- sim    Quem o orientou? \_\_\_\_\_     não

4.2. Você recebeu orientações sobre menstruação?

- sim    Quem o orientou? \_\_\_\_\_     não

4.3. Você recebeu orientações sobre a 1.<sup>a</sup> ejaculação?

- sim    Quem o orientou? \_\_\_\_\_     não

4.4. Sobre quais métodos anticoncepcionais você recebeu orientações?

- camisinha masculina     camisinha feminina     pílula     injeção  
 DIU     Outro \_\_\_\_\_     Não recebeu orientações sobre M.C

4.5. Você recebeu orientações sobre o uso da anticoncepção de emergência (pílula do dia seguinte)?

- sim    Quem o orientou? \_\_\_\_\_     não

4.6. Você já usou anticoncepção de emergência (pílula do dia seguinte)?

- sim     não

4.7. Você recebeu orientações sobre como se proteger de gravidez nas relações sexuais?

- sim    Quem o orientou? \_\_\_\_\_     não recebeu orientações

4.8. Você recebeu orientações sobre os riscos do aborto?

- sim    Quem o orientou? \_\_\_\_\_     não recebeu orientações



- 4.9. Sobre quais Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), você recebeu orientação?  
 Gonorréia       Sífilis       AIDS       Clamídia       HPV  
 Hepatite B       Herpes Genital       Outras DST \_\_\_\_\_  
 Quem o orientou? \_\_\_\_\_  não recebeu orientações

- 4.10. Fale ou escreva sobre 2 cuidados que você acha importante ter nas atividades sexuais para se proteger das Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Gravidez
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- 4.11. Você recebeu orientações sobre as vacinas que deve tomar?  
 sim      Quem o orientou? \_\_\_\_\_       não recebeu orientações

- 4.12. Você recebeu orientações sobre os riscos de uso de álcool e outras drogas?  
 sim      Quem o orientou? \_\_\_\_\_       não recebeu orientações

- 4.13. Você usa drogas?  
 sim       não       não quis responder

- b. Você já usou drogas?  
 sim       não       não quis responder

Caso sua resposta tenha sido NÃO, passe para a pergunta de n.º 4.15

- 4.14. Marque com um X quais drogas você usa ou usou:  
 álcool       cigarro       inalantes (cola de sapateiro, tinner)  
 maconha       cocaína       crack       ecstasy  
 remédios para emagrecer       cabral       moranguinho  
 bombas para criar músculos       outras drogas \_\_\_\_\_

- 4.15. Marque com um X as atividades que você recebeu orientações de como agir, pelo fato de ser um adolescente infectado pelo HIV:  
 festas       viagens       escola       trabalhos em grupo  
 dormir na casa de amigos(as)       atividades esportivas  
 trabalho/estágio       banho de piscinas  
 darkroom (quarto escuro)       roleta russa  
 ao se machucar e sangrar       ao ser perguntado sobre sua doença  
 Quem o orientou? \_\_\_\_\_  não recebeu este tipo de orientações

- 4.16. Marque com um X os sentimentos que você tem por ser um adolescente infectado pelo HIV, e coloque o número 1 naquele que você sente mais forte:  
 medo       raiva, revolta       pena de si mesmo

- dificuldade para aceitar que é soropositivo     dúvidas     rejeição  
 indiferença     superprotegido pelos adultos  
 acha que é diferente dos outros     tristeza     vergonha  
 acha que é igual aos outros     se sente amado  
 outro \_\_\_\_\_

Observações da pesquisadora:

---

---

---

---

Fornecimento de material educativo

- sim     participante não quis

**APÊNDICE 5**  
**QUESTIONÁRIO 2**

**Pesquisa com adolescentes do Ambulatório de Adolescentes sobre**  
**Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**

1.1. N.º da entrevista \_\_\_\_\_ N.º do prontuário do HC \_\_\_\_\_ Iniciais \_\_\_\_\_

1.2. Idade \_\_\_\_\_

1.3. Sexo:      ( ) masculino              ( ) feminino

1.4. Você se considera:

( ) Heterossexual      ( ) Homossexual      ( ) Bissexual  
( ) não revelado      ( ) não entendeu

1.5. Cor:

( ) Branco                      ( ) Preto                      ( ) Amarelo  
( ) Pardo                      ( ) Indígena                      ( ) Não Revelado

1.6. Estado Civil:

( ) Solteiro                      ( ) Casado                      ( ) Separado  
( ) Divorciado                      ( ) Vive junto

1.7. Religião:

( ) Católica                      ( ) Evangélica                      ( ) Espírita  
( ) Budista                      ( ) Não tem religião                      ( ) Outra: \_\_\_\_\_

1.8. Cidade que você nasceu \_\_\_\_\_

1.9. Residência Atual:

( ) Curitiba                      ( ) Região Metropolitana                      ( ) Interior

1.10. Com quem mora?

( ) com pai e mãe                      ( ) só com a mãe                      ( ) só com o pai  
( ) em instituição                      ( ) outros familiares: \_\_\_\_\_

1.11. Escolaridade:

( ) analfabeto                      ( ) 1.º grau completo                      ( ) 1.º grau incompleto  
( ) 2.º Grau Completo                      ( ) 2.º grau Incompleto                      ( ) Não estuda

1.12. Profissão:

( ) Estudante                      ( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

## 2. CONHECIMENTO e OPINIÃO SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

2.1. Fale ou escreva resumidamente em 2 linhas o que você entende que seja Saúde Sexual.

---



---

2.2. Fale ou escreva resumidamente em 2 linhas o que você entende que seja Saúde Reprodutiva

---



---

2.3. Você já leu sobre direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes?

sim

não - Caso sua resposta tenha sido NÃO, passe para a pergunta de n.º 2.5

2.4. Aonde você leu?

Livros       Manuais do Ministério da Saúde       Revistas

Folhetos       Internet       Outro \_\_\_\_\_

2.5. Você já recebeu orientações sobre os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes?

sim      Quem o orientou? \_\_\_\_\_       não

2.6. Qual sua opinião sobre os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes?

---



---

2.7. Na sua opinião, os adolescentes infectados pelo HIV se relacionam com seus namorados(as) ou ficantes da mesma maneira que os adolescentes que não são infectados pelo HIV?

sim       não       não tem opinião sobre isso

Por quê?

---



---

## 3. PRÁTICAS SEXUAIS e SOCIAIS

3.1. Você já ficou?

sim      Quantas vezes? \_\_\_\_\_       não

3.2. Você já namorou?

sim      Quantas vezes? \_\_\_\_\_       não

3.3. Fale ou escreva sobre 2 cuidados que você acha que deve ter na primeira relação sexual:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.4. Você já teve relações sexuais?

( ) sim Quantas vezes? \_\_\_\_\_ ( ) não

Caso sua resposta tenha sido NÃO, passe para a pergunta de n.º 3.10

3.5. Qual era sua idade na primeira vez que teve relações sexuais? \_\_\_\_\_

3.6. Com quem teve sua primeira relação sexual?

( ) amigo ( ) namorado/ficante ( ) outra pessoa \_\_\_\_\_

3.7. Usou camisinha na sua primeira relação sexual?

( ) sim ( ) não ( ) não lembra

3.8. Você usa camisinha em todas as relações sexuais?

( ) sim ( ) não ( ) às vezes ( ) raramente

3.9. Você já teve atividade sexual no período menstrual sem camisinha?

( ) sim ( ) não ( ) às vezes ( ) raramente

3.10. Aonde você costuma procurar ou pegar camisinha?

( ) unidade de saúde ( ) escola ( ) ONG ( ) farmácia

( ) hospital ( ) com amigos ( ) não costuma procurar ou pegar camisinha

3.11. Esta pergunta é SÓ para o sexo feminino: Estava tomando pílula na sua primeira relação sexual?

( ) sim ( ) não ( ) não lembra

3.12. Você participa de alguma ONG ou movimento social?

( ) sim Qual? \_\_\_\_\_ Quem o encaminhou? \_\_\_\_\_

( ) Não participa de ONG e nem de movimentos sociais

#### 4. ORIENTAÇÕES RECEBIDAS

4.1. Você recebeu orientações sobre masturbação?

( ) sim Quem o orientou? \_\_\_\_\_ ( ) não

4.2. Você recebeu orientações sobre menstruação?

- ( ) sim Quem o orientou? \_\_\_\_\_ ( ) não
- 4.3. Você recebeu orientações sobre a 1.ª ejaculação?  
( ) sim Quem o orientou? \_\_\_\_\_ ( ) não
- 4.4. Sobre quais métodos anticoncepcionais você recebeu orientações?  
( ) camisinha masculina ( ) camisinha feminina ( ) pílula ( ) injeção  
( ) DIU ( ) Outro \_\_\_\_\_ ( ) Não recebeu orientações sobre M.C
- 4.5. Você recebeu orientações sobre o uso da anticoncepção de emergência (pílula do dia seguinte)?  
( ) sim Quem o orientou? \_\_\_\_\_ ( ) não
- 4.6. Você já usou anticoncepção de emergência (pílula do dia seguinte)?  
( ) sim ( ) não
- 4.7. Você recebeu orientações sobre como se proteger de gravidez nas relações sexuais?
- 4.8. Você recebeu orientações sobre os riscos do aborto?  
( ) sim Quem o orientou? \_\_\_\_\_ ( ) não recebeu orientações
- 4.9. Sobre quais Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), você recebeu orientação?  
( ) Gonorréia ( ) Sífilis ( ) AIDS ( ) Clamídia ( ) HPV  
( ) Hepatite B ( ) Herpes Genital ( ) Outras DST \_\_\_\_\_  
Quem o orientou? \_\_\_\_\_ ( ) não recebeu orientações
- 4.10. Fale ou escreva sobre 2 cuidados que você acha importante ter nas atividades sexuais para se proteger das Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Gravidez  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4.11. Você recebeu orientações sobre as vacinas que deve tomar?  
( ) sim Quem o orientou? \_\_\_\_\_ ( ) não recebeu orientações
- 4.12. Você recebeu orientações sobre os riscos de uso de álcool e outras drogas?  
( ) sim Quem o orientou? \_\_\_\_\_ ( ) não recebeu orientações
- 4.13. Você usa drogas?  
( ) sim ( ) não ( ) não quis responder
- b. Você já usou drogas?

sim       não       não quis responder

Caso sua resposta tenha sido NÃO, passe para a pergunta de n.º 4.15

4.14. Marque com um X quais drogas você usa ou usou:

álcool       cigarro       inalantes (cola de sapateiro, tinner)  
 maconha       cocaína       crack       ecstasy  
 remédios para emagrecer       cabral       moranguinho  
 bombas para criar músculos       outras drogas \_\_\_\_\_

4.15. Marque com um X as atividades que você recebeu orientações de como deve se comportar:

festas       viagens       escola       trabalhos em grupo  
 dormir na casa de amigos(as)       atividades esportivas  
 trabalho/estágio       darkroom (quarto escuro)       roleta russa  
 Quem o orientou? \_\_\_\_\_  não recebeu este tipo de orientações

4.16. Marque com um X os sentimentos que você tem por ser um adolescente, e coloque o número 1 naquele que você sente mais forte:

medo       raiva, revolta       pena de si mesmo  
 dúvidas       rejeição       indiferença  
 superprotegido pelos adultos       acha que é diferente dos outros  
 tristeza       vergonha       acha que é igual aos outros  
 se sente amado       outro sentimento \_\_\_\_\_

Observações da pesquisadora:

---



---



---



---

Fornecimento de material educativo

sim       participante não quis

**APÊNDICE 6**  
**CATEGORIZAÇÃO SEMÂNTICA DAS RESPOSTAS**  
**ABERTAS DE ADOLESCENTES**  
**HIV+ E HIV-**

**Pergunta 2.1 - O que você entende por saúde sexual?**  
**Em branco/Não sabe (HIV+ e HIV-)**

**Preservativos/DST**

(HIV+)

Saúde sexual é o tipo de pessoa que usa camisinha  
 Quando nós fazemos sexo tem que usar camisinha  
 Acho que é o casal fazendo amor com preservativo  
 Sexualidade para mim é algo que não se pode fazer sexo sem camisinha principalmente com pessoas com doenças sexualmente transmissíveis  
 Tem que fazer sexo seguro usando camisinha para não pegar doença  
 Transar com camisinha e se cuidar para não pegar doenças  
 Usar camisinha e saber se a pessoa com quem se relaciona tem DST

(HIV-)

Entendo que para você ter uma relação sexual é só usar camisinha  
 Manter um tipo de relação que não seja forçada de ambas as partes e com o uso de preservativos  
 Tem que usar camisinha toda vez que for fazer uma relação sexual  
 Se prevenir, usar preservativos  
 Fazer sexo com segurança, usar camisinha  
 Não ter nenhuma doença como Aids, etc  
 Bom eu entendo que para a gente se relacionar com alguém a gente precisa tomar vários cuidados como usar camisinha e vê se a pessoa tem HIV  
 Que sempre nas relações sexuais tem que sempre usar camisinha, nunca deixar porque pode pegar uma doença como AIDS  
 Entendi que tem de se cuidar bastante e se proteger das doenças  
 Orientação sobre doenças  
 Usar preservativo para não adoecer  
 A saúde sexual é importante para os jovens porque você previne doenças e gravidez indesejada  
 Acredito que seja o bem estar sexual, ou seja livre de doenças sexuais, e assim estando ciente dos riscos e causas a partir do momento que se inicia a vida sexual  
 Tem que usar camisinha senão pega doença principalmente HIV  
 Ter que se prevenir quando for ter relação sexual, para não ter nenhuma doença  
 Tanto o homem e a mulher tem que se cuidar para não pegar doenças  
 Sem DST  
 Se prevenir contra doenças com preservativos, a gravidez indesejada, ou seja o bem estar  
 É toda a prevenção antes durante e depois do ato sexual, contra todos os tipos de dst e de uma gravidez indesejada  
 É aquela que procura proteger a pessoa contra riscos (algumas doenças sexualmente transmissíveis)



## Sexo/Prazer

(HIV+)

Saber se quer uma vida com sexo, fazer sexo para ter filho ou se não pretende ter filho, só sexo  
Beijar

Que as pessoas terem uma relação sexual

Eu acho que é ter uma relação com o sexo oposto e com uma pessoa especial

Que já teve relações sexuais com outras pessoas

Uma forma de extravazar o seu prazer, ou seja uma coisa muito boa

Acho que é sexo

É fazer relação sexual

Uma relação onde os indivíduos tem uma relação sexual

A saúde sexual é fazer amor com a pessoa que gosta

É uma saúde onde duas pessoas vivem bem juntos

(HIV-)

Saúde sexual diz respeito à sexualidade

É quando uma mulher e um homem querem namorar em paz

Quando eu for fazer relação sexual eu tenho que me proteger

Sexo com proteção e prevenção

Eu entendo que o homem e a mulher tenham uma vida sexual satisfatória para ambos

## Cuidados/Conhecimento

(HIV+)

Cuidar do corpo da gente e ter uma saúde boa

É importante se cuidar e encontrar alguém que se entenda

Preciso cuidar da minha saúde para cuidar da saúde da pessoa que eu for gostar

Você tem que ter muito cuidado quando for fazer sexo com alguém

Conhecer o corpo humano em partes íntimas

Se cuidar

Na verdade somente sobre o uso de camisinha, anticoncepcionais, acompanhamento ginecológico

É prevenção o estudo de conscientização

Eu acho que como eu queria ter isso é muito bom se cuidar para queria passar pra ninguém

Ter um bom conhecimento sobre sexualidade

É se preservar quando tiver uma relação sexual

Ter relações sexuais de forma segura em você sentir prazer e não prejudique outros

Fazer besteirinha de forma saudável, se tiver alguma DST contar para o parceiro

(HIV-)

Cuidar do corpo, da higiene, se proteger das doenças

Prevenção e responsabilidade

Prevenção, prazer, mas tudo com cuidados. Tendo a ver se é realmente o que quer, com consulta a informação sexual.

Cuidado para não engravidar

Eu entendo que saúde sexual e assim: você tem que ir no ginecologista pelo menos 3 vezes no ano e tem que conversar com a mãe sobre sexualidade e se prevenir

Prevenção e orientação levam a uma saúde sexual normal

Cuidados em relação a sexualidade como por exemplo o conhecimento do próprio corpo

A respeito da prevenção de doenças que pode se transmitir ou pegar através da atividade sexual

Se cuidar das doenças

Cuidados comigo e com minha parceira sempre havendo respeito e higiene

Ter cuidados com os órgãos genitais e acompanhar seu desenvolvimento

Com o conhecimento sexual a pessoa pode ter uma relação com tranquilidade e confiança  
São orientações médicas e informações essenciais para as pessoas terem uma vida sexual saudável

## **Pergunta 2.2 - O que você entende por saúde reprodutiva?**

**Em branco/Não sabe (HIV+ e HIV-)**

### **Reprodução/Relação sexual**

(HIV+)

Uma boa saúde capaz de se reproduzir

Quando a pessoa começa a reproduzir o corpo começa a mudar

Ter filhos

Atividade sexual de um casal que se reproduz através do sexo

Eu acho que é poder ter filhos naturalmente

Você ter condições de saúde para ter um filho

É sexo, ou seja quando o pai e a mãe fazem sexo

É ter filho com muita saúde

Quando é para ter filho ou ter uma saúde reprodutiva

Onde duas pessoas procuram aumentar a família

(HIV-)

Ter filho sem nenhuma doença grave, como paraplégico etc...

Não tive relações

Pensar bem para ter um filho pois é responsabilidade para a vida toda

Saúde reprodutiva é ser saudável para se reproduzir

Pensar bem antes de ter filhos, ter um planejamento para ver se é a hora certa de ter sexo

Formas de reprodução segura e consciente

Quando as duas partes envolvidas tem certeza do que estão fazendo e que não vai trazer risco de vida para ninguém envolvido

Ter um filho com saúde

Ter filhos

É aquela que orienta a pessoa a ter uma vida reprodutiva, sem riscos de doenças, saudável

A saúde reprodutiva é importante para a gravidez e durante ela

Trata-se do bem estar em relação à reprodução de um filho longe de problemas médicos

Se não usar preservativos, você vai engravidar a mulher e ter filhos

É quando um casal quer ter mais uma pessoa em casa ou na família um filho

Que ambas as pessoa possam gerar um filho cuidando da saúde

Novamente o uso de preservativo e evitar a gravidez indesejada no momento, ou seja o bem estar

A reprodução de um filho sem riscos de prejudicar sua saúde

### **Prevenção/Conscientização**

(HIV+)

Reprodução para mim é algo que adolescentes tem que ter consciência

Você tem que ter cuidado para não pegar ou transmitir doenças

Se cuidar com camisinha e anticoncepcionais para não engravidar, ou seja, cuidar para não passar para a criança

Ter direito a ter filhos de uma forma que a criança não adquira o vírus

Eu pretendo ter um menino, mas o meu medo só é que ele possa pegar como eu peguei por mais que eu tome o remédio para prevenir, para não passar

Saber sobre os riscos e saber a hora certa de ter filhos

Pensar bem para ter filhos e fazer sexo com segurança

É a saúde de reproduzir de conscientização do reproduzir

(HIV-)

Se resume em cuidados com doenças, com gravidez, com escolha certa do parceiro sexual  
Cuidados em relação a métodos contraceptivos, DST, filhos, etc.

A reprodução é importante para que a pessoa realize o sonho de ter filhos, mas sem o conhecimento, ela pode não obter bons resultados

Reprodução com prevenção

É a prevenção de uma gestação indesejada e de uma programação familiar com responsabilidade  
Ter cuidados com os órgãos genitais e acompanhar seu desenvolvimento

São os cuidados e orientações sobre a saúde das pessoas que querem se prevenir contra a gravidez precoce ou que querem saber sobre os cuidados necessários em caso de uma gravidez, seja ela planejada ou não

Eu acho que é quando a adolescente começa a manter relação sexual e tem que ter cuidados

## **Pergunta 2.6 - Opinião dos Adolescentes sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos Em branco/Não sabe (HIV+ e HIV-)**

### **Relação sexual/Planejamento familiar**

(HIV+)

Usar sempre camisinha na relação sexual e mostrar isso para todos os amigos

Tem direitos, mas tem de usar camisinha

Correto o uso da camisinha não só para os infectados, mas para os não infectados é muito importante

Se cuidar no máximo. Transar com camisinha e cuidar para não transmitir a doença

É usar camisinha e ter que tomar os remédios direitos

Sempre usar camisinha em todas as hipóteses e se quiser ter um filho conversar com a parceira ou adotar

Direito de ser feliz sem colocar a vida de outro em risco utilizando métodos como inseminação e camisinha

Que se você tem esse problema de HIV não faça sexo, pois se for fazer filho tudo bem

Que os pais deles não se cuidaram e passaram para ele

(HIV-)

Bom minha opinião é que o direito sexual é que a pessoa tem que fazer com alguém que voce confie pois se não pessoa pode ter doença

Eu acho que cada um tem a sua opinião. Cada adolescente na minha opinião tinha que fazer sexo pela primeira vez só após o casamento.

Não deve namorar ainda, só beijar, mas não aquelas coisas

Eu acho que eles tem que usar camisinhas, mas para a reprodução eles tem que tomar cuidados com as doenças

Se cuidar muito para não correr riscos de pegar doenças, conversar com o parceiro para não ter uma gravidez indesejada, pois ter filhos tem que pensar muito bem. Eles também precisam de cuidados.

Que na adolescência pode sim se reproduzir, mas com muito mais risco para a mulher e a criança

### **Cuidados/Direitos/Consciência social**

(HIV+)

Eu acho que nós podemos ter uma vida normal, é só tomar os devidos cuidados

Temos direitos, mas primeiro tem que ter responsabilidades

Como qualquer um, só que tomando mais cuidado

Deve ter direitos, mas tem que se cuidar

Pode ter todos os direitos, apenas ter cuidados  
 Direitos iguais só que com mais proteção  
 Deve ser o mesmo que um ser humano sem o problema maior, porém se cuidar da maneira certa  
 O infectado pode ter relação, mas tem de preservar a vida da parceira  
 Saber mais e saber com quem esta fazendo sexo, ter cuidado para não passar para outros  
 Eu acho que tem que se tratar e ter uma vida comum como qualquer outra pessoa na vida sexual  
 Qualquer um tem o direito de se reproduzir  
 Tem direitos sexuais  
 Eu acho que os direitos têm que ser iguais, mas tem muitas pessoas que agem com preconceito  
 Nós poderíamos ser vistos como pessoas comuns que podem namorar, ficar...Muitas campanhas se rotulam como proteja-se, o que eu acho que prejudica muitos  
 Nós com o vírus HIV temos direito de uma vida normal e sem racismo  
 Que devemos ter esses direitos  
 Que a gente tem o mesmo direito que uma pessoa que não tem como no trabalho da escola  
 Tá correto ter os direitos sexuais e reprodutivos  
 Acho que seja normal igual aos direitos das pessoas não infectadas

(HIV-)

Eu acho que os pais tem que deixar namorar, ficar...todos nós gostamos  
 A minha opinião é que é sempre bom ter pessoas orientando sobre o sexo.  
 Os responsáveis pelos adolescentes tem o dever de orientá-los para evitar DST, gravidez precoce etc., permitindo que tenham saúde sexual e reprodutiva também no futuro.  
 Todo adolescente tem direito à informação sobre saúde sexual e gravidez não desejada  
 Não deixam de ser necessário pois eles aumentam a conscientização dos adolescentes através de campanha  
 Todos têm direitos e deveres e acha que ter isso é certo  
 Isso é uma questão pessoal, mas os adolescentes devem ser orientados  
 Acho importante, mas são poucos adolescentes que conhecem estes direitos  
 O conhecimento destes direitos são necessários aos adolescentes para terem conhecimento sobre a sexualidade e saber lidar com ela de forma segura

**Pergunta 2.7 - Na sua opinião, os adolescentes infectados pelo HIV se relacionam com seus namorados/ficantes da mesma maneira que os adolescentes que não são infectados pelo HIV? Por quê?**

**Sim** (HIV+ e HIV-)

**Não** (HIV+ e HIV-)

**Não tem opinião** (HIV+ e HIV-)

Categorias das respostas **Por que SIM** (Adolescentes que responderam que os relacionamentos eram semelhantes)

**Não sabe** (HIV+ e HIV-)

**Onipotência Juvenil/Pensamento mágico**

(HIV+)

Independente da doença

Porque eles não usam camisinha. São iguais aos outros adolescentes

Porque podemos ter uma vida normal independente de ser infectado ou não

Porque uma pessoa com boa saúde não aparenta ter doença

Porque é coisa de ser adolescentes e normal e não sai contando que tem AIDS

Porque esquecemos que temos AIDS

Porque nós levamos a vida naturalmente

Porque todos são iguais

Porque os outros não sabem  
 As vezes o adolescente não sabem que tem doença e fazem sexo  
 Porque isso não impede em nada

### **Cuidados/Pensamento mágico**

(HIV+)  
 Porque se ama de mais não se pode infectar o outro, mais tomar cuidado  
 Ninguém é diferente que ninguém, mas é preciso ser manerado  
 Porque é só se cuidar e se voce achar que esta preparado contar a ele(a)  
 Porque não levamos a sério a doença e sabemos dos cuidados para não passar  
 Todos carne e osso, e se fizer com responsabilidade não dá nada  
 Porque temos que ter consciência do que estamos fazendo, e ser com responsabilidade  
 Não há diferença entre nós só devemos tomar certos cuidados no momento do sexo  
 Porque é um ser humano da mesma forma, mais deve se cuidar pra não se prejudicar  
 Porque é só a pessoas se cuidarem  
 A questão e somente se prevenir  
 Só tem que se cuidar  
 Porque você tendo ou não, você tem que ter os mesmos cuidados

### **Transmissão/Sexo**

(HIV+)  
 Porque o HIV não pega pelo beijo  
 Por que o vírus HIV não passa um para o outro so atraves do sexo e outras coisas  
 Porque é só ter cuidado quando for fazer sexo. Tem que usar camisinha  
 Porque os que não têm também usam camisinha e os que têm também  
 Porque através de beijo, abraço, carinho não passa e no sexo tem que usar camisinha  
 Porque só quando as pessoas se fazem sexos. Daí não pode mesmo  
 Pois o HIV não se passa com toques e beijos  
 Porque o vírus transmite através da relação etc. e não por saliva essas coisas  
 Porque o vírus só passa através da relação sexual

(HIV-)  
 Porque fazem relações com pessoas que não conhecem direito  
 Porque a doença é transmissível (11ACLM, F, 14ANOS)  
 Porque eu conheço casais que convivem juntos e se relacionam normalmente  
 Acha que não se preocupa com a saúde e por isso é igual a qualquer adolescente que não se preocupa  
 Porque as pessoas não sabem quem tem ou não tem HIV  
 Porque algumas pessoas não estão ligando para o parceiro e sim para o sexo

Categorias de respostas **Por que NÃO** (Adolescentes que responderam que os relacionamentos não eram semelhantes)

**Não Sabe** (HIV+ e HIV-)

### **Cuidado/Medo**

(HIV+)  
 Depende da aceitação  
 Se relacionam diferente porque não tem o vírus para se preocupar  
 Porque nois tomamos mais cuidados  
 Porque tem medo de dizer que tem a doença  
 Porque não sabemos quem tem. Eu mesma não me relacionei

Porque nos preocupamos com o outro; ou o que pode gerar depois de um namoro  
Aqueles que tem consciência da infecção pelo HIV e sabem dos modos de transmissão acabam evitando contatos sexuais por medo, ou quando o fazem, previnem-se ainda mais

(HIV-)

Porque tem que ter precauções

Porque ele tem que se cuidar dele e de sua parceira

### **Cuidado/Preconceito**

(HIV-)

Porque os outros se cuidam

Tem responsabilidade e os infectados pelo HIV não

É necessário que haja conhecimento do parceiro sobre a doença e também o uso de preservativos

No caso dos adolescentes com HIV, as medidas de prevenção contra a infecção dos parceiros se faz necessária

### **Transmissão/Preconceito**

(HIV-)

Porque se não eles podem ficar infectados de novo

Porque se relacionar com adolescentes que tem HIV sem preservativo, pode pegar a mesma doença

Os adolescentes infectados tem que tomar mais cuidado para não infectar os outros

Se o outro não tiver eles não tem

Por causa da doença deve se prevenir mais

Pois irá dar um pouco de medo para não se infectar

Não muitas vezes ocorre o preconceito contra o infectado

Não, pois ele é transmitido por usar a mesma agulha

Porque pode se contrair HIV por varias formas diferentes

Porque tem doença

Porque tem doença

Porque uns previne e os que são infectados não se previnem

Porque não se cuidaram

Acha que eles não se previnem

Porque muitos adolescentes as vezes não sabem que tem a doença

Porque os adolescentes infectados não se previne

Categorias de respostas **NÃO TEM OPINIÃO** (HIV+ e HIV-)

### **Pergunta 3.3 - Primeiro Cuidado na Primeira Relação Sexual**

**Em branco/Não sabe** (HIV+ e HIV-)

#### **Preservativos/ Anticoncepcional**

(HIV+)

Usar preservativo/camisinha

Usar anticoncepcional/pílula

Se cuidar para não engravidar e para não pegar doença

Os cuidados necessários para proteger-se das DST's e da gravidez

(HIV-)

Usar preservativo/camisinha

Usar anticoncepcional/pílula

Usar preservativos e se orientar para não ter doenças

### **Tomar remédios (HIV+)**

#### **Crenças distorcidas**

(HIV+)

Conhecer bem a pessoa

Conhecer bem a pessoa

Conversar com a parceira sobre a doença

Primeiramente comentar se o relacionamento for serio sobre o HIV; depois usar é obvio preservativo

Cuidado na penetração

Fazer sexo e não usar camisinha

(HIV-)

Cuidado sobre o HIV

Segurança

Segurança

Tem que estar segura com quem você vai fazer

Se prevenir

Primeiramente saber com quem e quem é seu parceiro e procurar um ginecologista

Tudo o que é proteção sexual

Confiar na parceira

Amor

Amor

Escolher a pessoa certa

Conhecer o companheiro

### **Pergunta 3.3 Segundo Cuidado na Primeira Relação Sexual**

**Em branco/Não sabe (HIV+ e HIV-)**

#### **Preservativo/Anticoncepcional**

(HIV+)

Usar anticoncepcional

Tomar anticoncepcional, se tratar e falar para o namorado

Usar preservativo

A mulher usar o preservativo

Saber se a parceira usa pílula e pílula do dia seguinte

(HIV-)

Usar preservativo

Usar anticoncepcional

Não engravidar

Optar por camisinhas e métodos preventivos

**Tomar remédios (HIV+ e HIV-)****Crenças Distorcidas**

(HIV+)

Namorar com responsabilidade  
 Ter consciência que seu parceiro sabe do seu problema  
 No beijo se tem ferida, evitar beijar para não passar  
 Se informar antes  
 Não ter sangue em nenhuma parte  
 Não contar logo para outra pessoa que tem AIDS  
 Se cuidar  
 Se cuidar  
 Cuidar para não infectar a outra pessoa  
 Cuidar para não estourar a camisinha  
 Cuidados com o sexo oral  
 Não engravidar  
 Não engravidar  
 Ser inteligente

(HIV-)

Ter certeza do que está fazendo  
 Se prevenir  
 Se prevenir  
 Ser consciente  
 Está preparado para as conseqüências  
 Conhecer bem a pessoa  
 Conhecer a pessoa com quem eu vou praticar sexo  
 Ter cuidados  
 Ter conhecimento do parceiro  
 Com quem pratica  
 Responsabilidade  
 Escolha do parceiro certo  
 Respeito  
 Carinho  
 Escolher a pessoa certa  
 Higiene

**Pergunta 4.10 Primeiro Cuidado nas atividades sexuais para prevenir DST/Gravidez  
Em branco/Não sabe (HIV+ e HIV-)****Preservativos**

(HIV+)

Preservativo/camisinhas feminino e masculino  
 Evitar transar sem camisinha  
 É importante o uso de camisinha na primeira relação

(HIV-)

Usar Preservativo  
 Proteger-se das dst's. indispensavel o uso da camisinha (hiv e aids também). Gravidez: deve-se usar a camisinha juntamente com alguns métodos contraceptivos (pílula e diu)



**Crenças distorcidas**

(HIV+)

Fazer sexo sem camisinha

Machucados de sangramento não deixar encostar no outro que não tem HIV

A AIDS tem que cuidar para não engravidar e não passar para o parceiro

Se prevenir

Primeiramente ter conhecimento de quem é a pessoa

Procurar a medica e me tratar bem

(HIV-)

Se prevenir

Se prevenir

Saber com quem você anda e se cuidar

Pedir para o parceiro fazer exames antes

Ter cuidados

Conhecer o companheiro

**Pergunta 4.10 Segundo Cuidado nas atividades sexuais para prevenir DST/Gravidez  
Em branco/Não sabe (HIV+ e HIV-)****Preservativo/Anticoncepcional**

(HIV+)

Usar anticoncepcional/pílula

Usar preservativo

Remédios e anticoncepcionais

(HIV-)

Utilizar anticoncepcionais

Cuidado para não engravidar

Usar pílula ou injeção

Usar preservativo

**Tomar remédios (HIV+ e HIV-)****Crenças Distorcidas**

(HIV+)

Ser consciente o bastante para saber que o HIV é importante

Não namorar cedo

Quando tiver grávida vai ate um médico pra ver se o filho tá com uma doença ou não

A grávida dependendo da idade pode ser de risco

(HIV-)

Se prevenir

Se prevenir

Conhecer parceiro

Conhecer parceiro

Procurar saber se o parceiro tem a doença

Ter conhecimento se o parceiro tem doença

Exames

Se cuidar na hora de fazer relação

**ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**  
**EM PESQUISA EM SERES HUMANOS**



Curitiba, 18 de maio de 2010.

Ilmo (a) Sr. (a)  
Júlia Valéria Ferreira Cordellini  
Neste

Prezada Pesquisadora:

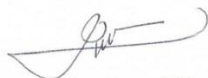
Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ADOLESCENTES INFECTADOS E NÃO INFECTADOS PELO HIV DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE REFERÊNCIA DE CURITIBA SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA”, foi analisado COM PENDÊNCIA pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 30 de março de 2010. Após, analisadas as respostas as pendências, este CEP/HC considera o projeto aprovado conforme proposto, e aprovado também a readequação do título. O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

**CAAE: 0048.0.208.000-10**  
**Registro CEP: 2163.058/2010-03**

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: 18 de novembro de 2010.

Atenciosamente,



**Renato Tambara Filho**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

## ANEXO 2

### DECLARAÇÃO DE JOVENS DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE

*Apresentada durante a Reunião da Mesa Diretora Ampliada do Comitê Especial sobre População e Desenvolvimento do período de sessões da CEPAL (Comissão Econômica para América-latina e Caribe), em Santiago do Chile, em 10 e 11 de março de 2004.*

Quando estávamos com 9 anos de idade, os países do mundo se reuniram na Cidade do Cairo, para discutir políticas de população e desenvolvimento. Nesse tempo, nos preocupávamos em passar no curso de Matemática ou em concluir o segundo grau. Apesar de os Estados reconhecerem que todas as pessoas jovens tinham direito à educação sexual, aprendemos (porque assim nos ensinaram) que o sexo era um pecado.

Apesar de a maior Conferência de População do mundo considerar indispensável a participação de jovens em todos os processos que afetam nossas vidas, muitas(os) de nós tínhamos que decidir entre a calça comprida ou a saia.

Apesar de os adultos, homens e mulheres, decidirem que as pessoas jovens deviam ter acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, muitas(os) de nós não sabíamos que a camisinha podia salvar nossas vidas.

Hoje, jovens de 26 países da América Latina, Caribe e outros, estamos reunidos para apoiar o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, adotado no Cairo.

Demandamos que os governos reafirmem seu compromisso com o Programa de Ação, o qual mudou a abordagem do mundo nos temas de população e desenvolvimento.

Somos representantes de jovens da região. Estamos envolvidos ativamente em organizações que promovem e defendem os direitos de diversidade da juventude. Viemos aqui para dizer, alto e bom som, que nossas necessidades e preocupações não devem ser somente escutadas, mas também incluídas.

Somos, atualmente, contingentes de jovens, vivendo na América Latina e no Caribe, maior que em qualquer outro momento da história. Como jovens, enfrentamos desafios para a preservação de nossa saúde e para o exercício pleno de nossos direitos sexuais e reprodutivos. A maioria de nós jovens inicia a vida sexual sem informação, sem educação sexual e sem acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Por isso, torna-se urgente agirmos no sentido de diminuir os altos índices de gravidez na adolescência, a violência sexual, abortos em condições de risco e enfrentar o fato de que nós, jovens de ambos os sexos, representamos o segmento de maior crescimento de novas infecções por HIV, na população.

Nossa saúde, bem como nossos direitos sexuais e reprodutivos, são inalienáveis. Portanto, constitui prioridade implementar com urgência os compromissos assumidos na Plataforma de Ação do Cairo, relacionados com os seguintes temas:

- Direito à educação sexual e informação integral sobre nossa saúde e nossos direitos sexuais e reprodutivos. A educação sexual deve incluir todos os temas que identificamos como prioridades. Além disso, a educação, assim como a informação, deve ser laica, científica, livre de preconceitos, amigável e sensível à diversidade de nossas vidas. Não pode unicamente basear-se em fatos biológicos ou motivada por ideais, mas sim fundamentada em nossas realidades (CIPD 6.4 e 7.3; CIPD +5, 35b).

- Participação de jovens, representando as diversidades, em todos os processos que afetam nossas vidas. Devemos ser incluídas (os) na fase consultiva do desenvolvimento de políticas e programas e, sobretudo, na tomada de decisões, sua implementação e avaliação. Somos capazes, plenamente conscientes de nossas necessidades físicas, sociais e emocionais. As decisões sobre nosso presente e futuro devem ser tomadas com nossa plena participação (CIPD +5, 21b).
- Finalmente, acesso a serviços integrais que efetivamente abordem nossas prioridades em saúde sexual e reprodutiva.

Tais serviços devem garantir nossa confidencialidade e privacidade, bem como respeitar plenamente nossa autonomia nas tomadas de decisões.

Não queremos que se passem mais dez anos. O mundo proposto no Cairo só pode ser atingido se garantirmos nossos direitos sexuais e nossos direitos reprodutivos.

Somos tão necessárias (os) como o ar e a água para sobreviver, sem nós o mundo morreria... Assim dizemos para enfatizar que somos uma parte vital de toda sociedade. Exigimos dos governos aqui presentes que não nos façam esperar mais dez anos para termos de sentar em seus lugares e tomar a decisão correta. Reafirmem agora, e avancemos evocando o Programa de Ação do Cairo!

Fonte: [www.reddesalud.org/espanol/datos/ftp/Declar\\_jvenes.doc](http://www.reddesalud.org/espanol/datos/ftp/Declar_jvenes.doc)