

Universidade de Brasília-UnB

MARIA DA GRAÇA CAMARGO NEVES

**ADOLESCENTES INFECTADOS POR TRANSMISSÃO
VERTICAL: PERCEPÇÕES SOBRE O EXERCÍCIO DA
SEXUALIDADE**

**Brasília - DF
Agosto de 2008**

MARIA DA GRAÇA CAMARGO NEVES

**ADOLESCENTES INFECTADOS POR TRANSMISSÃO
VERTICAL: PERCEPÇÕES SOBRE O EXERCÍCIO DA
SEXUALIDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dirce Guilhem

**Brasília - DF
Agosto de 2008**

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
Aprova a Dissertação de Mestrado

**Adolescentes infectados por transmissão vertical:
percepções sobre o exercício da sexualidade**

elaborada por

MARIA DA GRAÇA CAMARGO NEVES

para obtenção do título de

MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Dirce Guilhem
(Departamento de Enfermagem – FS/UnB)
Presidente

Prof^ª. Dr^ª. Ximena Pamela Claudia Díaz Bermudez
(Departamento de Saúde Coletiva – FS/UnB)
Membro efetivo

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves
(Departamento de Enfermagem – FS/UnB)
Membro efetivo

Prof^ª. Dr^ª. Maria do Socorro Nantua Evangelista
(Departamento de Enfermagem – FS/UnB)
Membro suplente

Brasília - DF, 11 de agosto de 2008.

Dedico este trabalho a Pedro e Rosa,
meus pais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais esta oportunidade, ao demonstrar seu grande amor.

A Prof^a. Dirce Guilhem, pela intensidade com que dirige seu trabalho, pela dignidade, pela confiança, por ser amiga.

A minha mãe (em memória) Rosa, que me ensinou a pelejar.

Aos meus filhos Diego, Victor e Pedro, por estarem na minha vida...
Flechas entregues pelo Altíssimo.

Ao Beto, pelas tentativas de sobrevivência.

A minha irmã, Tânia, pelo seu amor.

As colegas e amigas Anamaria Azevedo, Casandra de Leon, Juliana Ferraz, Silvana Fungheto, e Tangriane Melek, pelo grande apoio e entendimento.

A Prof^a. Dr^a. Ximena Pamela Claudia Díaz Bermudez e ao Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves, pela gentileza em aceitarem debater esta pesquisa.

Aos adolescentes e aos “em memória”, objetos de amor do meu trabalho, com quem muito aprendi.

Meu sonho de sociedade ultrapassa os limites do sonhar que aí estão. Criar o que não existe ainda deve ser a pretensão de todo sujeito que está vivo.

Paulo Freire

Creio que podemos transformar a tragédia da AIDS, da enfermidade e da doença, num desafio, numa oportunidade, numa possibilidade de recuperar na nossa sociedade, em nós mesmos, em cada um de nós e em todos nós, o sentido da vida e da dignidade. E, com esse sentido da vida e da dignidade, seremos capazes de lutar pela construção de uma sociedade democrática; de uma sociedade justa e fraterna.

Herbert de Souza (Betinho)

RESUMO

Adolescentes infectados por transmissão vertical: percepções sobre o exercício da sexualidade

Este estudo buscou conhecer a percepção de adolescentes HIV positivos, infectados por transmissão vertical, sobre o exercício da sexualidade. A pesquisa de campo foi realizada em um centro de saúde de referência para o atendimento de portadores de DST e do HIV/Aids no DF. O estudo foi desenvolvido por meio de abordagem qualitativa e utilizou a técnica de análise de conteúdo para apresentação dos dados coletados. Foram incluídos na pesquisa 12 adolescentes, entre os quais 9 pertenciam ao sexo masculino e 3 ao sexo feminino, com idades compreendidas entre 12 e 18 anos. A análise das verbalizações permitiu a construção de três categorias sínteses: História de vida, Percepção da doença e Relacionamentos e práticas sexuais. Por meio das categorias e dos temas foi possível constatar a vulnerabilidade a que se encontram submetidos os adolescentes portadores do HIV, bem como a fragilidade de nosso sistema de atenção à saúde para desenvolver atividades de acolhimento, proteção, acompanhamento, prevenção e promoção da saúde, aspectos fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes. Entre os adolescentes entrevistados, cinco estavam cientes dos status sorológico e sete não. A ausência de conhecimento, por parte das (os) adolescentes, sobre sua situação clínica e física é decorrente tanto do pedido da família ou responsáveis como do despreparo dos profissionais para revelar o diagnóstico e cuidar desses adolescentes. Os motivos para a não revelação do status sorológico foram: o medo do preconceito, da discriminação e da reação do adolescente frente ao diagnóstico, o desconforto pela exposição da história familiar e medo das responsabilidades nesse contexto. A vivência da doença é particular para cada adolescente. Aqueles que estão cientes de sua situação confrontam suas divergências e conflitos, o que pode contribuir para a reflexão e reorganização individual e nos seus relacionamentos. Os adolescentes, objeto desta pesquisa, estão vivenciando sua sexualidade, negligentes consigo e com outros, pois, apesar de já terem ouvido falar, de alguma forma, sobre o uso de preservativos, não o utilizam na maioria das relações sexuais. Pode-se concluir que na cidade de Brasília-DF, no período de julho de 2007 a janeiro de 2008, na unidade que foi *locus* de realização da pesquisa, necessita-se promover capacitação imediata da equipe de saúde para lidar com questões tão delicadas, como o exercício da sexualidade por adolescentes portadores do HIV. Essa estratégia é de extrema importância, uma vez que os participantes mencionaram já haver iniciado atividade sexual, sem uso consistente de preservativo. Minimizar a disseminação do HIV é uma das metas do programas de atenção para o controle da doença; entretanto, é necessário desenvolver meios para orientação eficaz, a fim de que adolescentes adotem comportamentos protetores.

Palavras-chave: Adolescência. Síndrome de Imunodeficiência Humana. HIV. Diagnóstico precoce. Revelação da verdade. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde.

ABSTRACT

Adolescents infected by vertical transmission: perceptions on the exercise of sexuality

This study consists on the observation of the HIV positive adolescents, infected by vertical transmission, on the exercise of sexuality. The field of research was carried out in a centre of health which is reference in service for the DST and HIV infected in the DF. The study was developed through qualitative approach and it used the technique of analysis of content for presentation of the collected data. It was included in the inquiry 12 adolescents among whom 9 were male and 3 were female, with ages between 12 and 18 year-old. The analysis of the interviews allowed the construction of three categories of syntheses: History of life, Perception of the disease and Relationships and sexual practices. Throughout the categories and the subjects it was possible to observe the vulnerability on which the adolescent infected of the HIV are subdued, as well as the fragility of our system of attention to health to develop welcome, protection, attendance, prevention and promotion of the health activities, which are basic aspects for the improvement of the quality of life of the adolescents. Among the interviewed adolescents five were aware of the state of their state but seven not. The lack of knowledge of part of the adolescents on his clinical and physical condition is due to the request of the family or the tutors, as well as the lack of preparation of the professionals in the area to reveal the diagnosis and to take care of these adolescents. The reasons for not revealing their state were: fear of prejudice, of discrimination and of the reaction of the adolescent facing the diagnosis, the discomfort for an exhibition of the family history and the fear of the responsibilities in this context. The existence of the disease is particular for each adolescent. Those who are aware of their situation confront their divergences and conflicts, which can contribute to the reflection and individual reorganization as well as in their relationships. The adolescents, object of this inquiry, are experiencing their sexuality, negligent with themselves and with others, so, in spite of having already heard somehow, on the use of condoms, do not use it most of their sexual relations. In conclusion, in the city of Brasilia-DF, in the period of July 2007 to January 2008, in the unity that was made this inquiry, it was noticed a need to promote immediate training of the health staff in order to teach them how to deal with so delicate matters, such as the exercise of the sexuality by adolescent infected by the HIV. This strategy is of extreme importance, as the participants have already mentioned that they have already begun sexual activity without a solid use of condom. Minimize the dissemination of HIV is one of the aims of the program of attention to the disease control; however, it is necessary to develop an efficient ways of direction in order to help the adolescents to adopt protective behavior.

Key words: Adolescence. Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV. Precocious diagnosis. Revelation of the truth. Knowledges, attitudes and practices in health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FHDF – Fundação Hospitalar do Distrito Federal

FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População

GRAVAD – Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde

PNDS – Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde

SAE – Serviços de Atendimento Especializado

SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

UNAIDS – Programa Conjunto da ONU de Combate Ao HIV/Aids

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

USP – Universidade de São Paulo

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos adolescentes entrevistados, em um Centro de Saúde do DF, quanto ao sexo, à idade em anos, cor da pele, residência, escolaridade e pessoa responsável pelo cuidado	82
Quadro 2 - Categoria-síntese nº. 1 – História de vida	84
Quadro 3 - Categoria-síntese nº. 2 – Enfrentamento da doença.....	85
Quadro 4 - Categoria-síntese nº. 3 – Relacionamentos e práticas sexuais.....	87
Quadro 5 - Observação de campo, realizada em julho de 2007, sobre adolescente portadora do vírus HIV por transmissão vertical, internada em um hospital público da Rede do DF	89
Quadro 6 - Observação de campo, realizada em dezembro de 2007, sobre adolescente portador do vírus HIV por transmissão vertical, durante uma entrevista	90

SUMÁRIO

Resumo	vi
Abstract	vii
Lista de abreviaturas e siglas	viii
Lista de quadros	ix
Prólogo	12
1 Introdução	15
1.1 Objetivo geral	26
1.2 Objetivos específicos	26
2 Adolescência	27
2.1 Demografia da população Jovem	32
2.2 Adolescência: o desabrochar da sexualidade até o HIV	34
2.3 Abordagem a familiares e cuidadores	38
2.4 Aconselhamento e revelação do diagnóstico	41
3 A simplicidade da evolução de uma epidemia complexa	45
3.1 Aids no Brasil	54
3.2 Aids no Distrito Federal	55
3.3 Quadro clínico e epidemiológico	56
3.4 Diagnóstico	58
3.5 Tratamento	59
3.6 Adolescência e Aids	62
3.7 Transmissão vertical do HIV	65
4 Materiais e métodos	69
4.1 A opção epistemológica e a escolha da metodologia qualitativa	69
4.2 Análise de conteúdo	72
4.3 O caminho percorrido: os procedimentos e instrumentos adotados na investigação	74
4.3.1 O universo da pesquisa	74
4.3.2 Instrumentos utilizados e a realização das entrevistas	75
4.3.3 Procedimentos para análise	76
4.4 Aspectos éticos	77
5 Apresentação dos resultados	80
5.1 Cenário de estudo	81
5.2 Descrição do universo selecionado	82
5.3 Categorias-síntese que emergiram das entrevistas	83
5.3.1 Categorias-síntese que emergiram das entrevistas com os adolescentes	84
6 Discussão	92
6.1 Categoria-síntese nº. 1 – História de vida	94

6.2 Categoria-síntese nº. 2 – Percepção sobre a doença	98
6.3 Categoria-síntese nº. 3 – Relacionamentos e práticas sexuais	105
Conclusões.....	115
Referências	120
Apêndices.....	130
Apêndice A – Pesquisa: Adolescentes infectados por transmissão vertical: percepções sobre o exercício da sexualidade	131
Apêndice B – Roteiro para a entrevista aberta com adolescentes e familiares ou responsáveis a ser realizada em sigilo	134
Apêndice C – Matriz: ações, verbalizações, temas, freqüência, categoria e definição das CATEGORIAS.....	135
Apêndice D – Termo de consentimento livre e esclarecido para a participação na pesquisa.....	136
Anexo 1	138

PRÓLOGO

O ano de 1985 representou um marco em minha carreira profissional. Graduei-me no curso de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. O trabalho de conclusão de curso abordava o tema da sobrevivência de crianças recém-nascidas, área de interesse na qual procurei me inserir.

Cheguei a Brasília no ano de 1987 e iniciei minhas atividades profissionais na área de assistência a neonatos de alto, médio e baixo risco., O trabalho foi desenvolvido em unidades de UTI neonatal e alojamento conjunto em um hospital à época recém-inaugurado. As equipes de trabalho eram compostas, em sua maioria, por profissionais procedentes do estado de São Paulo e de outros estados brasileiros. Naquele momento, tive certeza de que me identificava profundamente com essa área de assistência.

Após alguns meses de trabalho, recebi a proposta de assumir a coordenação das atividades da Unidade, o que me trouxe muita alegria e satisfação profissional. Paralelamente a isso, prestei um concurso público e fui aprovada para trabalhar como enfermeira na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, à época denominada Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF. Nesse novo cenário, os cuidados direcionados às crianças com o mesmo tipo de problemas de saúde estavam se consolidando.

Sempre considerei o trabalho nessa área de forma muito especial, pois teria a oportunidade de cuidar de seres indefesos, mas com potencialidade de vida e inserção na sociedade.

Na rede pública de saúde, tive contato com outra realidade, na qual passei a cuidar de crianças na faixa etária de zero a 12 anos que haviam sido vítimas de violência física e sexual. Trabalhei, também, com adolescentes, direcionando atenção integral relacionada aos aspectos físico, social, estrutural, sexual e psicológico. A partir de então, senti necessidade de me capacitar para enfrentar as novas situações que se me apresentavam.

Cursei a especialização, em 1986, pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a qual me forneceu subsídios para abordar, conviver e assistir crianças e adolescentes nos seguintes aspectos: sexualidade, gravidez, gênero,

violência, drogas, transtornos do déficit de atenção e hiperatividade. Busquei, também, participar de cursos de aprimoramento e de programas de treinamento para assistência a vítimas de violência de todas as formas, em programas da Secretaria de Saúde. Posteriormente, em 1999, a Universidade de Brasília – UnB ofereceu à comunidade especialização em **Assistência integral ao adolescente**. Nela, pude ter acesso a novos conteúdos, ministrados por hebiatras especializados na atenção aos adolescentes em uma gama variada de situações.

No entanto, questões inusitadas relacionadas a esse grupo da população começaram a fazer parte do cenário de atenção à saúde. Crianças que haviam sido infectadas pelo vírus HIV por transmissão vertical, ou sejam da mãe para o filho, e que estavam recebendo cuidados e medicação desde então, alcançaram a adolescência e iniciavam o exercício de práticas sexuais. Esses adolescentes demandam abordagem especial e, muitas vezes, os próprios profissionais não sabiam como abordar e muito menos como lidar com esse tipo de situação. Por outro lado, os pais ou responsáveis, na maioria das vezes, não eram orientados para lidar ou mesmo esclarecer quanto à forma de vivência, convivência e enfrentamento.

Essa situação ocasionou extremo desconforto, pois me levou a questionar: 1. onde estaria a lacuna a ser preenchida para promover atenção de qualidade aos adolescentes e seus cuidadores?; 2. como seria possível efetivar a inserção social e afetiva do grupo sem colocar em risco a saúde de outras pessoas?; 3. por que deveria ser mantido o sigilo sobre a condição sorológica dos adolescentes que estão sendo atendidos em serviços de saúde?; 4. qual a melhor forma de abordagem para revelar a situação para o adolescente e quem seria o responsável por isso?

Essas questões emergiram a partir de situações que vivenciei no trabalho, durante o momento de internação desses adolescentes. Mas, seguramente, não se restringem apenas a esse local. Esse grupo está inserido nas escolas, nas comunidades, nas instituições para menores infratores. Foi a compreensão sobre a magnitude do problema que me levou a elaborar o projeto de pesquisa que ora apresento. Acredito que os resultados poderão contribuir para repensar as práticas de saúde dirigidas ao grupo; repensar e redirecionar as políticas públicas de saúde e as práticas educativas; e estabelecer treinamento

eficaz para que os profissionais de saúde possam atuar como agentes de mudança nesse processo.

1 INTRODUÇÃO

O ano de 1980 foi marcado pela notificação do primeiro caso de Aids nas estatísticas brasileiras. Isso ocorreu na cidade de São Paulo. Na primeira metade dos anos 1980, a epidemia da Aids situou-se principalmente em áreas metropolitanas da Região Sudeste, atingindo prioritariamente homens que faziam sexo com homens, hemofílicos, transfundidos e usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2005).

Durante os últimos anos dessa década e início dos anos 1990, a forma de transmissão modificou-se, e a via heterossexual passou a ser o principal meio de transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV. Esse cenário ocasionou crescimento considerável na freqüência de novos casos entre mulheres, uma tendência que se mantém ao longo dos anos até a atualidade.

Na década de 1990, configurou-se um novo perfil da epidemia do HIV/Aids (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida). Ao contrário das previsões iniciais, a disseminação do HIV havia rompido as fronteiras daqueles denominados *grupos de risco*. Os dados mundiais sobre a doença anunciavam, à época, a inclusão definitiva de um novo perfil da epidemia. Esse novo perfil reafirmou a necessidade de se obter melhor entendimento sobre as possíveis influências das construções culturais, das representações sociais e dos valores morais relacionados à vivência de sexualidade e, conseqüentemente, de sua influência na trajetória de expansão do HIV.

No cenário internacional, o Programa Nacional de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis)/Aids brasileiro é considerado um exemplo a ser perseguido, pois, partindo de um país em desenvolvimento, foi possível demonstrar que existe a possibilidade de se implementar um política sólida e efetiva para o controle e prevenção do HIV (BRASIL, 2004).

Essa deferência deve-se à incorporação, progressiva e não isenta do controle social, e a participação efetiva e eficaz das Organizações Não Governamentais ONGs Aids, que são permeadas por princípios de rede de proteção, qualidade de vida e redução de danos.

A partir dessa concepção, optou-se por incorporar os princípios de justiça e priorizar uma cultura de direitos humanos, a fim de garantir os direitos

das pessoas que vivem com HIV/Aids, o acesso aos insumos de prevenção para toda a população, o direito de acesso ao diagnóstico para o HIV/Aids, bem como o direito ao acesso universal e gratuito a todos os recursos disponíveis para o tratamento da doença.

O relatório do Programa Conjunto das Organizações das Nações Unidas de Combate ao HIV/Aids aponta que “em todo o mundo pode ser comprovado o impacto crescente da epidemia sobre as mulheres. Além disso, a enfermidade está se desenvolvendo em um contexto de profunda desigualdade de gênero, classe e outras” (UNAIDS, 2005b: 1). Essas diferenças têm implicações diretas no que se refere à possibilidade de prevenção e de acompanhamento da infecção pelo HIV.

As populações que se encontram em situação de vulnerabilidade, constituídas principalmente por grupos estigmatizados e marginalizados – como é o caso dos usuários de drogas injetáveis, de profissionais do sexo e de homens que fazem sexo com homens – vêm se mantendo historicamente em situação de desigualdade social. Essa é uma condição que se perpetua pela conjunção de diferentes fatores, entre os quais a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a existência de poucas políticas públicas que atendam às suas demandas, principalmente nos países mais pobres e mais atingidos pela epidemia (UNAIDS, 2004).

É certo que houve avanços significativos na implantação de programas governamentais e não-governamentais de atenção aos portadores do HIV. Entretanto, dentre os 73 países mais acometidos pela infecção, apenas 10% das pessoas com Aids têm acesso a serviços de assessoramento, menos de 10% das gestantes recebem serviço para prevenção da transmissão vertical e menos de 3% dos usuários do sistema recebem apoio público a suas necessidades (UNAIDS, 2004).

As conseqüências sociais e econômicas da epidemia estão evidenciadas pelo vínculo cada vez mais estreito em relação a distintos fatores, entre os quais podem ser citados: a causa de óbitos, o número de crianças sem pais, a necessidade de implantação de instituições para cuidar dos doentes, os gastos com o tratamento de um companheiro e a baixa qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV. Esses aspectos acarretam a diminuição de

oportunidades e de desenvolvimento das populações acometidas pela doença (UNAIDS, 2004).

A construção social da Aids e as modalidades envolvidas nos conceitos veiculados à sua trajetória são importantes para a compreensão dos aspectos que permeiam a vida das pessoas portadoras, suas relações familiares e sociais e para a reflexão sobre as possíveis estratégias de controle. Essas concepções têm influência direta nas esferas governamentais, na sociedade em geral e também na esfera privada das pessoas.

Os padrões morais historicamente relacionados à sexualidade trouxeram a noção de perigo, de culpa e de exclusão. Sontag (1989) aponta que a representação social da Aids foi construída de forma muito parecida com aquela, no passado, das doenças sexualmente transmissíveis, comparando-a à sífilis, que foi considerada um castigo que ameaçava a sociedade. Esse pensamento reforçou o estigma e a idéia de que a Aids era “a doença do outro”, ou seja, do agente transgressor (KNAUTH, 1997).

Enquanto a visibilidade da Aids restringia-se à prevalência da infecção em homens que se relacionam sexualmente com homens, o que estava em questão era a luta entre a moral dos “bons costumes”, ou seja, a orientação heterossexual, e a moral do “pluralismo do desejo”, associada à orientação homossexual (BIRMAN, 1997). Essa associação representava a ausência do conhecimento científico sobre a Aids e das tecnologias apropriadas para combatê-la. A noção preconceituosa colaborou para o estabelecimento de uma imagem discriminatória, aquela que ficou conhecida como *peste gay*, o que foi ratificado pela mídia no início da epidemia.

O maior número de casos no início da epidemia ficava concentrado na categoria de transmissão homossexual, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. O perfil sociodemográfico das pessoas infectadas era de alta escolaridade, residentes em grandes centros urbanos, possuidores de nível educacional alto. Porém, esse perfil modificou-se progressivamente no curso da epidemia.

Nesta última década, o perfil da infecção pelo HIV transmutou-se para outros grupos e atingiu pessoas pobres (empobrecimento), residentes em cidades do interior (interiorização), mulheres monogâmicas (feminização), adolescentes e jovens (juvenização), idosos (envelhecimento) e com baixa escolaridade. No que

se refere à idade, a faixa etária compreendida entre 20 a 39 anos continua sendo a mais atingida (BRASIL, 2004b).

A transmissão vertical é aquela que ocorre de mãe para filho. É a forma mais importante de infecção pelo HIV nas crianças e representa 90% de casos da infecção pelo HIV nas crianças. Estima-se que cerca de 600.000 crianças serão infectadas por ano ao redor do mundo. A transmissão vertical do vírus pode ocorrer durante a gravidez, o parto e o aleitamento materno (VASCONCELOS, 2005).

Alguns dos aspectos relacionados à prevenção dizem respeito à educação de mulheres em idade fértil, objetivando capacitá-las para a negociação quanto à utilização do preservativo em suas relações afetivo-sexuais e para a realização de exames a fim de conhecer seu estado sorológico antes da gravidez. Em locais onde o aborto é permitido, mulheres soropositivas para o HIV podem optar pela interrupção da gravidez, desde que recebam orientações profissionais específicas a respeito.

Pesquisas têm demonstrado que a transmissão vertical do HIV se deve à influência de vários fatores que, associados, podem aumentar o risco dessa modalidade de transmissão. Entre eles, podem ser mencionados: a) fatores virais: carga viral materna, genótipo, fenótipo viral, diversidade viral circulante e resistência viral; b) fatores maternos: estado clínico e imunológico, estado nutricional; c) fatores obstétricos: via do parto, condições das membranas amnióticas e tempo decorrido desde a ruptura da bolsa, hemorragia intraparto, uso de procedimentos invasivos; d) fatores comportamentais: prática sexual desprotegida, uso de drogas injetáveis; e e) fatores inerentes ao recém nascido: prematuridade, baixo peso ao nascer, amamentação natural (VELOSO, VASCONCELOS e GRINSZTEJN, 2005; FIOCRUZ, 2006).

Está demonstrado que o estado clínico e imunológico da infecção pelo HIV se reflete nos níveis de carga viral e no número de linfócitos T-CD4. A queda da imunidade materna pela redução do CD4 em sua corrente sanguínea é diretamente proporcional ao aumento da carga viral circulante. Essa situação tem influência direta no aumento de transmissão materno-infantil do HIV (BRASIL, 2008).

As recomendações expressas no documento intitulado **Profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes** (2006b)

aponta a preocupação do Ministério da Saúde em manter a qualidade técnico-científica para se evitar a transmissão vertical do HIV. Adotou como meta manter um coeficiente de transmissão vertical menor que 2% em todo o território nacional.

Para que essa meta se concretize, no caso de adolescentes soropositivas existe a necessidade da formação de atenção em rede capaz de proporcionar assistência plena e integral fornecida por equipes multidisciplinares. De acordo com a argumentação de Vasconcelos (2005), os cuidados dispensados à gestante/parturiente portadora do HIV, durante toda a gravidez, ao parto e à criança, desde os primeiros momentos de vida, estão intimamente relacionados com os coeficientes de transmissão vertical do HIV e de morbimortalidade materna.

Sabe-se que, na atualidade, mais da metade das novas infecções de HIV afetam jovens de 15 a 24 anos de idade. O **Manual de rotinas para a assistência a adolescentes vivendo com HIV/Aids**, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2006, refere que as necessidades dos milhões de jovens do mundo continuam sistematicamente desatendidas quando se elaboram as estratégias sobre HIV/Aids ou se estabelecem políticas. Estima-se que, a cada dia, cerca de 4.000 jovens dessa faixa etária se infectam com o vírus HIV. No entanto, somente uma parte desse grupo sabe que está infectada (BRASIL, 2006a).

Calcula-se que, a cada ano, um contingente de 4.000.000 jovens torna-se sexualmente ativo no Brasil. O início precoce da vida sexual pode ser considerado um agravante para o comportamento de risco frente ao HIV. O número elevado de ocorrências de gravidez na adolescência entre jovens de 10 e 19 anos, somado ao aumento da ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis e à intensificação do consumo de drogas são fatores explicativos para o número elevado de jovens brasileiros infectado pelo vírus (UNAIDS, 2005b).

A crescente incidência de Aids na faixa etária entre 13 a 19 anos em adolescentes do sexo feminino é preocupante, pois pode provocar uma regressão na luta contra a epidemia no Brasil, principalmente pelo perigo do aumento da transmissão vertical do vírus.

Os novos Relatórios da Epidemia Global de Aids 2008 do UNAIDS descrevem que já houve ganhos significativos na prevenção de novas infecções

em vários dos países mais severamente afetados, principalmente no que diz respeito a África, com mudanças nos comportamentos sexuais. Ainda relatam que o uso do preservativo está aumentando entre os jovens com múltiplos parceiros em muitos países. Outro sinal encorajador é o fato de que os jovens estão esperando mais tempo para iniciar a vida sexual. Em Camarões (África), a iniciação da vida sexual em jovens antes de quinze anos caiu de 36% para 16%. Assim, a porcentagem de mulheres grávidas HIV positivo recebendo medicamentos anti-retrovirais para prevenir a transmissão vertical (materno-infantil) subiu de 14% para 33% no período de 2005 a 2007. Conseqüentemente, o número de novas infecções entre crianças caiu de 410.000 para 310.000.

A epidemia global diminuiu em termos de porcentagem de pessoas infectadas (prevalência), enquanto o número total de pessoas vivendo com HIV aumentou para 33 milhões em âmbito global, com quase 7.500 novas infecções a cada dia.

As campanhas educativas governamentais para prevenção do HIV abordam claramente a questão relacionada à utilização do preservativo. No entanto, a aquisição de informações pode não se refletir na adoção de comportamentos protetores (MAIA, GUILHEM e FREITAS, 2008).

O Brasil experimenta um fenômeno conhecido por onda jovem, que consiste no crescimento, em termos absolutos, dos grupos etários entre 15 e 24 anos, fruto da dinâmica demográfica do país. A participação desse grupo etário nas taxas de fecundidade está aumentando, enquanto se observa um declínio desse mesmo fenômeno nos demais grupos etários. O alto índice de gravidez na adolescência revela relações sexuais sem proteção e utilização de contraceptivos, o que os expõe à gravidez e à infecção pelas DST e HIV.

O comportamento sexual dos adolescentes brasileiros apresenta particularidades no processo afetivo, amoroso e sexual – representado pela utilização de distintas modalidades lingüísticas como o “ficar”, o “namorar”, o “transar” – que influenciam diretamente na decisão de se adotar ou não comportamentos preventivos e protetores. Esse cenário pode ter impactos sociais tanto no âmbito da fecundidade, quanto da morbidade e mortalidade.

O surgimento da Aids impõe modificações no comportamento dos indivíduos, porém se observa que os adolescentes brasileiros estão apresentando comportamento de risco e não de prevenção. De acordo com a Pesquisa

Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS (1996), entre os adolescentes não-unidos que já haviam iniciado atividade sexual e que haviam ouvido falar de Aids, 67% das meninas e 42% dos meninos revelaram não ter usado o preservativo na última relação sexual. A compreensão sobre como as (os) adolescentes percebem essa vivência e os possíveis comportamentos de risco para o HIV é de extrema importância para os formuladores de políticas públicas sociais.

Parker (1994) aponta que, para entender mais profundamente os comportamentos sexuais em relação à Aids, é de fundamental importância criar e desenvolver respostas eficazes para os dilemas suscitados pela epidemia. O autor ressalta, ainda, que de nada adianta diagnosticar os comportamentos sexuais, se não forem analisados à luz de sistemas sociais e culturais que determinam as práticas sexuais (PARKER, 1994).

A experiência sexual das pessoas é fruto de complexa relação social, cultural e histórica. A cultura sexual brasileira insere-se “na questão da diversidade e na construção social e histórica da diversidade sexual na cultura brasileira” (PARKER, 1991: 13). Ou seja, a cultura sexual seria definida como “práticas, crenças, valores, tanto sexuais, quanto reprodutivos e contraceptivos” (LEAL, 1998: 3). A sexualidade assume significado distinto para as pessoas e a importância a ela designada é fruto das diferenças psicológicas e dos processos sociais originados do valor conferido à sexualidade por cada grupo social, além da trajetória de socialização que os indivíduos enfrentam (HEILBORN, 1999).

O cenário sexual dos adolescentes reflete as normas da cultura sexual brasileira. Como acontece com os adultos, os valores e práticas sexuais entre os adolescentes são determinados pela classe social, raça, gênero, idade (ARILHA e CALAZANS, 1998). As relações de gênero entre adolescentes reproduzem o contexto sociocultural e a sexualidade deles é moldada a partir da sexualidade dos adultos.

A autonomia individual no campo da sexualidade parece ser crucial para impedir a vulnerabilidade à infecção pelo vírus HIV (MANN, TARANTOLA e NETTER, 1993). No entanto, é muito complexo para os indivíduos exercerem sua autonomia e modificarem seu comportamento sexual, no que tange à prevenção da Aids. Vários fatores que compõem o cenário sexual e determinam a trajetória sexual dos indivíduos influenciam essa autonomia individual. O exercício da autonomia, no caso dos adolescentes, é ainda mais difícil porque eles estão

iniciando as experimentações nas dimensões do campo afetivo, amoroso e sexual, vivenciadas em meio às mudanças corporais e hormonais.

A prática do “ficar” constitui um relacionamento passageiro determinado por uma atração física, e não envolve compromisso entre os “ficantes”. Ao contrário do “ficar”, “namorar” implica um compromisso sério, sendo fundamental a presença de sentimento e a fidelidade entre os parceiros (RIETH, 1998).

“Ficar” ou “namorar” assumem conotações distintas no que se refere à decisão de se utilizar o preservativo. “Ficar” é algo passageiro e adota-se algum tipo de proteção. “Namorar” envolve sentimentos, afetividade, cumplicidade e compromisso, requisitos de quem poderia declinar da utilização de preservativos. Essa concepção, abstraída da idéia do amor romântico, dificulta o reconhecimento da proximidade da doença e da exposição ao risco (GUILHEM e AZEVEDO, 2008).

Nesse contexto, a elaboração e implementação de políticas públicas de saúde nem sempre são suficientes para contornar a situação. A partir de 2002, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP, na cidade de São Paulo, cresceu a preocupação em realizar estudos que avaliassem o impacto da educação sexual entre os jovens e formassem guias de educação sexual. Essa já era uma iniciativa de vários governos estaduais e que havia sido resultante da pressão de grupos comprometidos com os direitos reprodutivos ou com a proteção da infância e adolescência, prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990).

No final da década de 1990, foi efetuado um esforço importante para responder uma das maiores polêmicas no planejamento de programas voltados para jovens e que incluíam a preocupação de pais, religiosos e educadores: “até que ponto a educação sexual que vá além da promoção da abstinência até o casamento e monogamia estimula a precocidade do sexo e a sua maior freqüência?” A resposta foi estimulante para a construção de novos programas.

Os resultados provenientes de estudos realizados nos países desenvolvidos foram: a educação sexual ou para a prevenção da Aids não estimula a prática sexual precoce; programas de boa qualidade ajudam a adiar o início da vida sexual e protegem jovens sexualmente ativos de infecções sexuais e da gravidez indesejada; comportamentos saudáveis e responsáveis podem ser

aprendidos; é preferível começar a educação sexual antes do início da atividade sexual; a educação sexual deve considerar que existem dois gêneros – masculino e feminino – e ser adaptada às diversas maneiras de ser garoto ou garota; a informação sobre saúde sexual tem uma vasta gama de fontes para os jovens; os jovens formam um grupo heterogêneo em termos de desenvolvimento; e as tecnologias educativas devem ser diferenciadas e abertas a essa heterogeneidade.

Os programas mais eficazes (nos países europeus e estadunidenses) são baseados em Teorias de Aprendizagem Social, possuem currículo focalizado, têm clareza de metas comportamentais e descrevem claramente as práticas sexuais a serem evitadas ou as mais seguras. Desse modo, desenvolvem atividades que iluminam as influências do contexto social no que se faz sexualmente; criam ambientes e espaços para praticar a comunicação e a negociação do sexo seguro; estimulam franqueza nas comunicações sobre sexo; ajudam os jovens a decodificar mensagens da mídia e seus pressupostos e ideologias. Com a adoção desses aspectos acima mencionados, seria possível promover uma eficaz redução de danos na transmissibilidade do vírus HIV entre adolescentes.

Considerando o cenário apresentado acima, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora para este estudo: Como os adolescentes HIV positivos infectados por transmissão vertical estão vivenciando a adolescência e o exercício da sexualidade? Para responder a essa questão, procedeu-se à pesquisa que deu origem a esta dissertação, a qual se encontra assim organizada:

No capítulo 1, é mostrado o contexto da adolescência e o processo de adolecer, destacando-se seus conceitos e evolução; a sexualidade, o seu desabrochar e o HIV; a abordagem aos familiares e cuidadores, aconselhamento e revelação do diagnóstico. Isso permitiu realizar um apanhado geral sobre o processo de adolecer, sua trajetória, o despertar do namoro, a sexualidade, o “ficar”, o uso de preservativo e a relação diretamente proporcional à disseminação do HIV.

No capítulo 2, é descrita a evolução histórica da epidemia do HIV/Aids, suas características mundiais, nacionais e no Distrito Federal, trazendo fatos evolutivos marcantes. Direciona-se o discurso para a área da transmissão vertical

do HIV e as características do adolescente sadio e portador. Destacam-se, ainda, as ações previstas e os tratamentos ao adolescente portador do vírus HIV (protocolos de ação do Ministério da Saúde), a abordagem e revelação do diagnóstico ao portador do vírus.

O capítulo 3 apresenta a metodologia e o percurso metodológico para o desenvolvimento da pesquisa. Esta tem, na escolha da metodologia de investigação, uma opção epistemológica que reflete os paradigmas e as respectivas teorias que irão sustentar o estudo. O significado nos métodos qualitativos são o divisor de águas entre a corrente positivista e a corrente fenomenológica, que fundamentam teoricamente suas concepções e formas de trabalhar a realidade.

O capítulo 4 apresenta os resultados encontrados na pesquisa, incluindo a apresentação das categorias que emergiram das entrevistas com os sujeitos, seus temas e verbalizações que mais as representam. Destacam-se como: Categoria 01 – História de vida; Categoria 02 – Percepção da doença; e Categoria 03 – Relacionamentos e práticas sexuais; e tem como destaques as seguintes falas respectivamente: “Meu pai sumiu quando eu era criança... Nunca mais fiquei sabendo dele...”; “Com 16 anos minha mãe me contou que eu tinha Aids... meu mundo desapareceu debaixo de meus pés...”; “Bom, pessoas bem bonitas e saudáveis não devem ter, né. Pois físico mostra tudo, né. O carinha magricelo, amarelo, com cara de caveira é que deve ter essa doença”.

O capítulo 5 discute os resultados encontrados, relacionando-os aos objetivos propostos e ao conhecimento produzido no campo da Aids e da adolescência.

O perfil sociodemográfico dos adolescentes entrevistados já vai ao encontro do que o referencial teórico expõe sobre a pauperização da maioria dos adolescentes entrevistados. Quanto à prática da sexualidade, transcorre em acordo com o perfil da maioria dos adolescentes, e raramente é utilizado o preservativo. E quando ocorre, é de forma esporádica; ou seja, independente de condição social, credo ou raça a sensibilização para uso de preservativo e proteção ainda não alcançou os adolescentes sujeitos da pesquisa, na maioria de suas relações sexuais.

As conclusões apresentam considerações relativas aos trabalhos de campo e sua vinculação com os objetivos propostos, sobre contribuições do

estudo, recomendações e as possibilidades de pesquisa. Diante do apresentado, podem-se definir os objetivos desta pesquisa.

1.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção de adolescentes HIV positivos, infectados por transmissão vertical, sobre o exercício da sexualidade.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o perfil dos adolescentes que freqüentam o ambulatório de um centro de referência para o atendimento a portadores do HIV/Aids do Distrito Federal;

Identificar aspectos das relações familiares que interferem no enfrentamento da doença; verificar a percepção dos adolescentes sobre o que significa ser adolescente e HIV positivo ao mesmo tempo;

Explorar como os adolescentes HIV positivos vivenciam a emergência da sexualidade e quais os comportamentos adotados em suas práticas sexuais.

2 ADOLESCÊNCIA

Entre as reflexões e estudos que são realizados, certamente a adolescência é um dos assuntos mais debatidos da atualidade. Isso ocorre porque os jovens estão convivendo mais com seus pares do que com suas próprias famílias. Seus referenciais, portanto, acabam mais rarefeitos do que no passado e, talvez por isso, estejam mais expostos às adversidades do coletivo e, conseqüentemente, mais vulneráveis.

Os termos *infância*, *adolescência* e *juventude* percorrem diferentes tempos da evolução social. Essa subdivisão de conceitos, de certa forma, sempre existiu, porém cada uma dessas fases tem análise individualizada inserida em um contexto histórico-cultural, o que permite compreender a multidimensionalidade dessas categorias.

A adolescência, segundo Anchieta (2006), tem suas raízes na Antiguidade, quando era identificada como um fenômeno social e fisiológico (CHIPKEVITCH, 1995). Platão e Aristóteles (na condição de aluno) discutiam sobre o desenvolvimento humano, mencionando os jovens como criaturas apaixonadas e emotivas, principalmente quando se encontravam entre 14 e 21 anos de idade: “Ainda que tenham altas aspirações... se o jovem comete uma falta é sempre do lado do exagero uma vez que eles levam todas as coisas longe demais” (PLATÃO apud KIEL, 1964: 18).

A partir da Idade Média, segundo a mesma autora, os adolescentes eram vistos como adultos em miniaturas e, por isso, descartados como objeto de qualquer pesquisa de cunho científico. Já nos séculos XVIII e XIX, em pleno período de urbanização, industrialização e comunicação, Rousseau e Darwin – assim como, no século XX, Freud, Erikson e Piaget – deram um grande impulso para os conceitos vigentes na atualidade. No entanto, os conceitos mais afinados com a atualidade emergem do final da Idade Moderna e definem a adolescência não mais com uma caracterização delimitada por uma margem de idade e dimensão biológica (caracteres da puberdade), mas incluem, nesse processo, aspectos relacionados às dimensões cognitiva, afetiva e jurídica.

Na Idade Média, segundo a obra História social da criança e da família, o reconhecimento da adolescência ocorria pelo processo de desenvolvimento do

corpo humano, com base na necessidade de aprendizagem e nos evidentes conflitos e mudanças da infância para a juventude. A princípio, isso se dava de uma forma rudimentar e indiscriminada, por diversas razões; entre elas, a desconsideração da criança e do adolescente, que eram tidos como adjetos.(PAULILO e JEOLÁS,2000)

De forma geral, os jovens deflagravam, na sociedade que compunham, reações ambivalentes (COSTA, 2000). Por um lado, segundo Costa (2000), os jovens destacavam-se por seus discursos ao serem preparados em boas escolas. Apresentavam qualidade de força, vigor e beleza física, e eram tidos como símbolos fisicamente positivos, no caso dos homens. Por outro lado, provocavam medo frente às estruturas consolidadas socialmente e que tinham, em seus representantes políticos e culturais, o foco de resistência às mudanças. O entusiasmo dos jovens era temido e compreendido pela sociedade como um aspecto perigoso de sua personalidade. Baseando-se nesses argumentos, as pessoas que eram hierarquicamente superiores justificavam a tentativa de restringir os avanços desse grupo na vida pública.

Até hoje se observa certo descrédito em relação ao adolescente. Isso pode ocorrer tanto porque suas declarações são consideradas sem valor quando relacionadas àquelas proferidas por pessoas de outras faixas etárias, como pelo fato de que os adultos não tenham conseguido superar seus ritos de passagem da adolescência, e cometem um profundo embate consigo e com todas as influências que receberam.

Consideramos importante que essa evolução histórica reflita em fatores culturais para mudanças que cercam a adolescência. Porém, não podemos deixar de lado os aspectos estruturais que são internos a cada sujeito e guardam sua subjetividade, ora tão buscada por pesquisadores, mediante pesquisas qualitativas como esta.

É interessante salientar que, já em 1941, Emilio Mira Y Lopez descreveu a adolescência de uma forma distinta à mensuração da idade cronológica, peso ou estatura individual. Os autores adotam como parâmetro, precisamente, a constelação de incógnitas que angustiam o ser adolescente, a modalidade de seus desejos e temores dominantes, as normas do grupo com as quais tenta superar tanto a fase de crescimento biológico quanto as implicações sociais e culturais.

Nem todas as sociedades mundiais definem a adolescência da mesma forma ou com as mesmas preocupações, até porque, a depender do país, suas idades são diferentemente definidas. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) define essa fase com características perceptíveis entre os 12 e os 18 anos de idade. A puberdade já apresenta características de aspectos biológicos e universais, com modificações visíveis, como o crescimento de pêlos pubianos, axilares, torácicos, aumento da massa corporal, desenvolvimento das mamas, evolução do pênis, menstruação, entre outras características que poderiam ser mencionadas (CRESPIN e POIT, 2007: 48).

Na adolescência, aspectos marcantes e definidores ficam comprometidos pelo perfil geral e próprio que envolve essa fase da vida. Knobel (1993) descreve algumas características dessa fase, representadas pelas dez condutas seguintes, consideradas normais para esse período de vida do ser humano: busca de si mesmo e da identidade; tendência grupal; necessidade de se intelectualizar e fantasiar; crises religiosas; deslocalização temporal; atitude social reivindicatória; contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta; separação progressiva dos pais; constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.

Fica a pergunta: “Então, o que é ser adolescente?”. Ser adolescente significa vivenciar momentos de desequilíbrio e equilíbrio, caracterizados pelo amadurecimento do aparelho reprodutivo e suas implicações; perceber mudanças e transformação da imagem corporal, além de modificações do modo de sentir a sexualidade. Esta se desenvolve pela adoção de diferentes atitudes, tais como: masturbação, brincadeiras homossexuais, exploração do próprio corpo e do corpo do outro.

Será que quando se fala da adolescência, refere-se a ela como um momento que se é, ou que não se é... ainda? E onde se coloca nossa promessa como adulto que, de fato, um dia será, quando no presente aponta-se que não é? Fala-se ao adolescente considerando-o criança ou adulto, de acordo com a conveniência do momento. Essa fase da vida, para muitos tão insuportavelmente conflituosa e difícil, deixamos esquecida graças ao mecanismo do recalque. E é com grande estranhamento que lidamos com ela.

Numa posição subjetiva, em que nada se aposta, que nada ou pouco se supõe ao outro, as chances de efeitos são praticamente inexistentes. Pode-se

estar no lugar de agente que, mesmo sem garantias, acredita que é possível. E aposta sempre. Uma ótima oportunidade para que os adultos rememorem para, finalmente, mudar o olhar. E para que o adolescente se veja, para finalmente se reconhecer nesse lugar de ser (CINTRA, 2007: 36).

Nos últimos anos, pôde-se observar uma preocupação crescente da sociedade em geral e das políticas públicas de saúde, em particular, com enfoque direcionado ao exercício da sexualidade de adolescentes e de jovens e à prevenção das DST, da Aids e da gravidez na adolescência. Porém, pelas características próprias dos jovens, associadas à sua faixa etária, essas estratégias não têm alcançado eco na vida desse grupo de pessoas, que não são capazes de avaliar profundamente as conseqüências de uma vida sexual ativa. Nesse sentido, Ramos (2001: 19) aponta que

em sociedades marcadas pela desigualdade, ou melhor, em sociedades que não cessam de inventar novas formas de exclusão, os modos com que se expressa a complexidade e a diversidade do processo de adolecer evidenciam o enorme desafio dos direitos humanos.

No Código Civil Brasileiro, em vigor desde 1920, em seu Capítulo I, Artigo 5º, adolescentes com até 16 anos são considerados absolutamente incapazes para o exercício pessoal de atos da vida civil. Já no Capítulo I, Artigo 6º, aquele que tem de 16 a 21 anos é considerado relativamente incapaz para certos atos. Mas no Capítulo I, Artigo 9º, acaba o período de menoridade aos 21 anos. Cabe aqui reforçar, a palavra “ato”, segundo o **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa** (2003), significa exercício da faculdade de agir ou o seu resultado; aquilo que se faz ou se pode fazer; procedimento; conduta. O verbete *civil* diz respeito ao cidadão; à sociedade civil.

Isso traz algumas implicações para o cuidado da (o) adolescente portador do HIV. Se ela (e) não for conhecedor de sua real situação de saúde – ou seja, de que é portador do vírus –, condição que não lhe foi revelada pelos profissionais responsáveis por seu acompanhamento ou por sua família, e inicia a vida sexual sem proteção com outra (o) adolescente que não é portador do vírus, a quem caberá a responsabilidade civil se esse parceiro vier a ser infectado? Não estão sendo consideradas aqui as implicações jurídicas envolvidas, mas a responsabilidade civil que cada cidadão tem sobre si e sobre os outros.

É direito do ser humano conhecer e ser esclarecido sobre todos os aspectos que dizem respeito à sua vida, as possíveis mudanças que ocorrerem, o exercício da sexualidade. No âmbito das interações interpessoais que se estabelecem entre sociedade e pessoa, não há melhores referenciais que professores, família e profissionais de saúde. Esses atores têm influência inequívoca e assídua nas modificações que ocorrem na vida dos seres humanos.

A adolescência constitui-se em um período de transição do indivíduo, marcada por profundas modificações biológicas, psíquicas e comportamentais, o que transformará a criança em um adulto. Esse processo poderá representar a adoção de atitudes autônomas e livres ou subservientes. O exercício da cidadania estará vinculado à estruturação de sua personalidade, caráter e maturidade emocional.

Nessa idade, é natural a ocorrência de conflitos, dúvidas, rebeldia, insegurança, frustrações, agressividade, incoerências e instabilidade, que podem ser intensificadas por fatores extrínsecos e resultar na alteração do processo normal de maturação. Nessa fase, a combinação entre família, escola e instituições/sociedade torna-se indispensável para nortear esse ritual de passagem, estruturando o ser humano de forma física, psíquica e emocional.

A atenção integral ao adolescente encaixa-se em todas as áreas por onde esse ser em transição perpassa. Essa atenção poderá ser desenvolvida de maneira a atrair o adolescente por meio de esportes, música, dança, teatro, trabalhos manuais, trabalhos comunitários, vivências (COSTA, 1989: 11).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e a Organização Mundial de Saúde – OMS (2003), a adolescência constitui-se em um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a reestruturação da personalidade. Abrange a pré-adolescência (faixa etária compreendida entre 10 a 14 anos) e a adolescência propriamente dita (entre 15 e 19 anos). Já o conceito de juventude resume uma categoria sociológica, que se constitui em um processo sócio-cultural demarcado pela preparação dos indivíduos para assumirem o papel de adultos na sociedade, incluindo o plano familiar e profissional.

Como então se dirigem ações entre esses dois pólos, um extremamente premeditado, com alterações disformes e às vezes inaceitáveis do próprio corpo, o outro romanceado e aparentemente mais positivo, com o

despertar de toda a movimentação hormonal rumo ao desabrochar da sexualidade como um todo? A resposta encontra-se, pelo menos em parte, nas perguntas que são dirigidas a nós mesmos e aos jovens, na maneira pela qual as informações são acessadas e nas teorias que se constroem juntamente com os jovens sobre suas esperanças, aspirações, desejos e necessidades, algumas vezes diferentes, mas seguidamente muito similares às nossas.

Os adolescentes estão cada vez mais participantes da realidade adulta de consumo, de prazeres, da solidão, à mercê de um mundo que a grande maioria da população adulta não está capacitada a enfrentar. Porque esteja buscando incessantemente, sem perder tempo, o equilíbrio em suas vidas financeira, material, cultural, emocional, e espiritual, ou porque não vivenciam uma realidade de proteção, limites e tempo para todas as ações, pois não lhe são ditas ou ensinadas pelos responsáveis por definir papéis sociais.

Na verdade, o adolescente reflete atitudes, reproduz as expectativas da sociedade. Realiza apenas um papel social, o que ocorre paralelamente à emergência da puberdade. Na atualidade, observa-se que os adolescentes vivenciam atitudes típicas da vida adulta. Parece que essa adolescência precoce tem arrastado a puberdade consigo, principalmente nas meninas. A idade em que passaram a menstruar diminuiu drasticamente nas duas últimas décadas, passando de 14-15 anos para 09-10 anos (BORGES e JUNIOR, 2000: 8). Paralelamente a isso, entram no cenário as mães-meninas, com gravidezes inesperadas, relatadas já a partir dos dez anos de idade.

É possível verificar que o fator social tem grande influência sobre o biológico, e o comportamento adulto terá grande influência sobre os adolescentes e a puberdade. Com atitudes e comportamentos de adulto, sem o amadurecimento que se espera para essa faixa etária, o adolescente ficará à mercê de situações confusas e difíceis de lidar, como é o caso da gravidez precoce e não planejada, o envolvimento com drogas, ilícitas ou não, as doenças sexualmente transmissíveis e a Aids. Essa situação tem influência direta na alta prevalência de adolescentes portadores do vírus HIV no mundo, infectados ou não por transmissão vertical, o que reflete na realidade brasileira.

2.1 DEMOGRAFIA DA POPULAÇÃO JOVEM

A dinâmica demográfica aponta para várias alterações no que se refere à população mundial. Entre elas podem ser mencionados os padrões relacionados ao crescimento populacional – ou seja, aspectos como natalidade, mortalidade e migração – particularmente no decorrer dos últimos 50 anos. Esse cenário contribuiu para o fato de que as questões demográficas emergem com maior intensidade. A interação entre a dinâmica da população e a realidade social suscita novas questões e re-dimensiona os fenômenos demográficos contemporâneos.

A rápida transformação da estrutura etária da população, que é fruto de importantes processos econômicos, sociais, culturais e demográficos ocorridos na sociedade brasileira, resultou na queda da fecundidade e no aumento da esperança de vida no país. No entanto, trouxe implicações importantes para a elaboração de políticas sociais voltadas especificamente para os grupos incluídos nas distintas faixas etárias: infância, juventude, adultos e idosos.

Há mais de um século, a população jovem no Brasil chegava a representar 31,8% da totalidade. Com a entrada dos imigrantes europeus, a população de jovens entre 15 e 19 anos registrou uma taxa de crescimento de 2,9% ao ano, no período compreendido entre 1890 e 1900. Esses números representaram um grande aumento, pois a população em geral crescia a 1,9% ao ano (PNDS, 1996).

Os dados do IBGE (1999) apontam ainda que na projeção da população consolidada, o volume de jovens de 15 a 24 anos, declinaria a partir de 2000 até 2005, chegando a alcançar valores negativos em 2010, sendo seguida pelo grupo de zero a 14 anos, respeitada a defasagem temporal.

Os primeiros 20 anos do século passado apontaram para uma taxa de crescimento da população brasileira de 2,9% ao ano, enquanto a população de 15 a 19 anos crescia a 4,2% ao ano. Isso ocorreu principalmente em função dos próprios efeitos diretos e indiretos da imigração estrangeira, quando esse grupo chegou a responder por 13,8% da população total, em 1920. No período de 1920-1940, a taxa de crescimento da população total demonstrou uma diminuição, passando a 1,5% ao ano. O grupo jovem de 10 a 14 anos passou de uma taxa de crescimento de 3,3% ao ano, entre 1900 e 1920, para 1,6% ao ano, entre 1920 e 1940. No grupo de 15 a 19 anos, esse decréscimo foi bem mais acentuado: 0,26% ao ano, em virtude principalmente da menor entrada de estrangeiros

subsidiados e do forte movimento de emigração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999a).

O acréscimo populacional do contingente jovem reflete o processo de transformação que vem ocorrendo, particularmente nas últimas décadas, na estrutura etária da população brasileira em seu conjunto. Isso pode ser explicado em função do declínio da fecundidade, do contínuo descenso da mortalidade e o aumento da esperança de vida no país. Assim, a desaceleração no ritmo de crescimento da população do grupo de 10 a 24 anos expressa, especialmente, a intensa e contínua queda da fecundidade nos últimos anos, que vai se fazendo sentir nas faixas etárias subseqüentes a cada década. O impacto desse processo resulta num aumento absoluto da população, que vai engrossando as faixas etárias seguintes, fenômeno caracterizado como *onda jovem* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999a).

A distribuição do contingente jovem segundo situação domiciliar (rural ou urbana) resulta do próprio processo de urbanização da população brasileira em seu conjunto: em 1996, 75,4% da população de 10 a 14 anos e 77,8% dos jovens de 15 a 19 anos viviam no meio urbano, alcançando patamares de 79,7% de jovens urbanos de 20 a 24 anos. Entre os jovens de 10 a 19 anos do sexo masculino, 24,4% ainda estavam no meio rural, totalizando mais de 4 milhões de pessoas. Para as jovens, essa proporção era menor (22,4% do total da população feminina de 10 a 19 anos), envolvendo 3,8 milhões de mulheres residentes no meio rural nessas idades.

Já de acordo com o censo de 2000, dos 34 milhões de jovens no Brasil, 17% viviam no meio rural, 31% nas regiões metropolitanas e 52% em áreas urbanas. Outro fator interessante é que os jovens da área rural apresentavam um índice de analfabetismo de 10%, sendo três vezes maior que o da área urbana.

Por isso, torna-se fundamental descrever os conceitos e aspectos peculiares dessa fase, como os primeiros passos para o namoro, as “ficadas” e o despertar da sexualidade até a primeira relação sexual.

2.2 ADOLESCÊNCIA: O DESABROCHAR DA SEXUALIDADE ATÉ O HIV

Segundo o **Manual de rotinas para assistência a adolescentes com HIV/Aids** (2006a), conceituar a adolescência, ao contrário do que aparenta ser,

não é uma tarefa fácil. Conceitos de estereótipos são criados pela sociedade e pela mídia. O adolescente pode ser visto como chato, barulhento, complicado e considerado um “problema para psicólogos ou psiquiatras”. Por outro lado, pode ser compreendido como um ser criativo, destemido e alegre. A vivência da adolescência representa, também, um produto do momento histórico e do meio sociocultural, porém cada adolescente vive esse processo de maneira extremamente singular. Nas últimas décadas, a globalização e a ênfase no consumo têm influenciado a forma com que os valores são apreendidos, modificando o comportamento das pessoas, principalmente dos jovens, com predominância no indivíduo e nas leis do mercado.

Definir a adolescência como uma travessia pressupõe um trabalho, uma ação diferente de um conceito estático, de simples transição, como alguns consideram.

Ainda segundo o mesmo manual acima mencionado, existem três outros aspectos ou perdas que o jovem deverá elaborar: a perda do corpo infantil, a perda dos pais, da infância e da identidade infantil. Ao passar por essas perdas, incorpora um momento importante no ciclo da vida em família, o que implica a necessidade de reconhecer e adaptar-se às mudanças físicas e psicológicas que terão influência decisiva em seus padrões de relacionamento.

Em relação à sexualidade do adolescente, os cuidadores enfrentam o desafio de deixá-los seguir seu próprio curso de amadurecimento, sem pressioná-los em direção à prática sexual precoce, que vem sendo estimulada pelo culto à sexualidade presente em nossa cultura. Por outro, necessita de cuidados adicionais para não afastá-lo da realidade e não reprimir o que pertence à esfera do natural e desejado.

Conforme Costa (2000), a adolescência é uma fase da vida que recebe influência indelével do meio social, político, econômico e de classes, o que impõe vivências distintas aos jovens em diferentes ambientes, baseando-se em sua inserção na sociedade. Cada realidade imprime uma modalidade de vivência, cada vivência traz uma experiência e cada experiência contorna uma história de vida. Essa história está atrelada ao seu contexto como um todo, e nele está inserida sua situação de saúde, que, a depender de sua vivência, poderá mudar o contexto de outros.

Adolescência, segundo Crespim (2007), origina-se da palavra latina *adulescere*, que significa crescer, desenvolver, mudar. Ao contextualizarmos esse conceito, edificam-se fortes mudanças sociais, em breve, pelos desafios que parte dessa população ora enfrenta, como no caso de portadores do vírus HIV.

No Brasil, estima-se que, anualmente, 4 milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos. Entre esses, estão as mulheres de 15 a 19 anos, indicando hoje um percentual de 66%. A maioria das jovens torna-se sexualmente ativa durante a adolescência, e, dentre elas, 33% tem a primeira relação até os 15 anos de idade, valor que representa o triplo de 1996, sendo importante ressaltar que o uso de preservativo é feito como prática contraceptiva por 33% dessas (PNDS, 2004).

Em pesquisa realizada com jovens conscritos no exército brasileiro em 2002, 20,3% dos entrevistados tiveram sua iniciação sexual com menos de 14 anos de idade, sendo que na Região Norte este percentual foi de 30,2%. Quanto ao uso do preservativo, 54,5% dos participantes disseram tê-lo utilizado na primeira relação sexual, sendo que, destes, 63,7% eram provenientes da Região Sul e 36,9% da Região Norte. Do total de jovens incluídos na pesquisa, 57% deles declararam fazer uso regular do preservativo em suas relações casuais (HEILBORN et al., 2006: 157).

Já em 2004, a Unesco – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, notificou esses dados por meio da divulgação da pesquisa intitulada **Juventude e sexualidade**. Nesse estudo, os resultados demonstraram que a idade média para a iniciação sexual é de 14 anos para o sexo masculino e 15 para o sexo feminino. Aponta, ainda, que a precocidade da atividade sexual leva à adoção de responsabilidade inadequada, que se reflete na não utilização de preservativo. Apenas 28% dos jovens sexualmente ativos relataram a utilização de preservativos em todas as relações sexuais, e 1,5% das jovens já havia usado o preservativo feminino alguma vez. Soma-se a isso o fato de que os adolescentes possuem como característica específica dessa fase a impulsividade, o que os leva a viver intensamente o presente, sem se preocuparem com as conseqüências futuras de seus atos. Consideram-se onipotentes, infalíveis e resistentes aos problemas da vida adulta. Nada de ruim nesse “mundo mágico” poderia lhes acontecer.

A constatação de que adolescentes estão iniciando a vida sexual cada vez mais precocemente não permite traçar uma correspondência de que este fato seria resultante de estímulos provenientes de conversas diretas e esclarecedoras sobre o assunto em família, na escola, em situações de lazer e de cultura. Não significa, também, que estejam sendo preparados por programas de saúde que lhes oriente a respeito de suas demandas físicas e psicológicas.

Durante o lançamento da campanha de combate à Aids para o ano de 1999, no Brasil, o presidente da UNAIDS, Peter Piot, declarou que é séria a atitude preconceituosa em relação ao exercício da sexualidade entre os jovens. Apontou que essa postura tem relação direta e pode ser considerado o maior fator de disseminação global da Aids entre adolescentes e jovens. Esse cenário os coloca em posição marginal, pois os leva a ter relações sexuais mais cedo e, na maioria das vezes, sem proteção (JORNAL DO BRASIL, 1999: 12).

No capítulo 10 do **Manual de rotinas para assistência a adolescentes com HIV/Aids** (2006a) são mencionadas poucas e pobres descrições sobre a sexualidade, de como é complexa a discussão a respeito desse tema e como ocorre sua relação com as DST/Aids, atividade sexual, gênero, diversidade sexual, saúde e direitos reprodutivos. Finalmente, destaca-se em apenas dois parágrafos a rotina que deve ser cumprida durante o atendimento ao adolescente, no que se refere à atitude respeitosa com que deve ser encarado o exercício da sexualidade, para que seja possível promover uma ruptura com os estereótipos de gênero e a não discriminação relativa às distintas orientações sexuais. Enfim, o Ministério da Saúde (2006a: 83) descreve o papel dos serviços de saúde, que deveria ser o de

não controlar o exercício da sexualidade do jovem que vive com HIV/Aids ao contrário, é o de fornecer subsídios para sua vivência plena e segura, por meio de insumos, de informações, da promoção de espaços de discussão, de atendimentos norteados para escuta e acolhimento das diferenças, de forma a promover o autocuidado e a autonomia destes sujeitos em relação a sua vida sexual e reprodutiva. É ainda, o de estender este trabalho às famílias e cuidadores, de forma a promover seu acesso e aproximação do serviço de saúde e garantir o sucesso de suas ações junto aos adolescentes vivendo com HIV/Aids.

O capítulo subsequente descreve o que é necessário para prevenir as infecções pelo HIV e aborda os seguintes aspectos: medidas preventivas citadas no capítulo anterior e reforçadas nesse também, conceitos de vulnerabilidade e

risco, abordagem profissional do adolescente e o entendimento sobre as práticas sexuais sem preservativo. A respeito disso, vale conferir a seguinte citação do Ministério da Saúde (2006b: 89), na qual se observam alguns embaraços para uma prevenção eficiente, seja

pela dificuldade de negociação do uso do mesmo, pela desigualdade de poder marcante entre os parceiros, geracionais, dificuldade de revelar sua condição sorológica, pouca experiência sexual e a dispensação do preservativo quando consideram que estão numa relação amorosa estável, determinada em um espaço de tempo de duas semanas.

O Manual de rotinas para assistência a adolescentes com HIV/Aids

(2006a) aponta que, para muitos adolescentes vivendo com HIV/Aids, acompanhamento clínico e profissionais capacitados podem ser uma oportunidade única de obter informações importantes da sua saúde e de descrever e resgatar valores pessoais.

A partir desse discurso, torna-se importante destacar o protocolo do Ministério da Saúde quanto à “Abordagem a familiares/cuidadores, ao Aconselhamento e revelação, ao Tratamento e adesão e formação de equipes e estruturação de serviços”, estabelecidos por esse Manual.

2.3 ABORDAGEM A FAMILIARES E CUIDADORES

O modelo tradicional de abordagem aos adolescentes prescreve que esses devem ser atendidos em um consultório separado de seus familiares. Em uma abordagem mais recente, pode-se adotar a estratégia de atender o adolescente juntamente com sua família, em uma modalidade de participação mais ativa e atuante, denominada *terapia familiar com abordagem sistêmica*. A participação da família sempre é importante, principalmente em situações especiais, como é o caso descrito neste trabalho.

As dificuldades que a família enfrenta para dar suporte ao adolescente vivendo com HIV/Aids variam em função da forma de aquisição da infecção pelo HIV. Nas famílias em que o vírus foi adquirido por transmissão vertical, existem, freqüentemente, dificuldades relacionadas à perda de familiares, doenças e sentimentos ambivalentes, como culpa e castigo. Quando a infecção é adquirida por via sexual ou pela utilização de drogas injetáveis, pode revelar comportamentos nem sempre conhecidos ou aceitos pela família e a sociedade

em geral. É importante salientar que cada família tem o seu sistema, e os conflitos são resolvidos ou tratados de acordo com sua história. Se o componente da família muda, modifica-se o sistema até então vigente, embora isso não aconteça da forma mais adequada sob a ótica do profissional. O sistema familiar deve receber o apoio e esforço especial no sentido de incluí-lo no acompanhamento desse adolescente, o que é indicado pelo **Manual de Trabalho em Rede** (2006a).

Atualmente é difícil encontrar o modelo de família tradicional ou nuclear, composta por pai, mãe e filhos. Em seu lugar emergiram outras configurações familiares: monoparentais, reconstituídas por meio de outros casamentos, trigeracional com a participação de avós, entre outros modelos que poderiam ser mencionados. Nas famílias de adolescentes portadores do HIV é possível encontrar situações distintas, mais difíceis de contornar e que contribuem para aumentar sua vulnerabilidade. Entre elas podem ser mencionadas a orfandade, a doença dos pais ou irmãos, a adoção e a institucionalização. O Manual considera que incluir a família seja positivo, produtivo, includente, ampliando as possibilidades de promoção de mudança.

A equipe deve acreditar que essa família é competente para lidar com essas situações, como a de ter um adolescente portador do vírus HIV como um de seus membros. A dificuldade emerge quando a própria família não acredita em sua competência para atuar como agente de cuidado e proteção, o que implica frustrações e dificuldades. Esse é o momento no qual ela recorre ao socorro proporcionado por um especialista e que, muitas vezes, toma para si a responsabilidade de solucionar a situação, o que pode torná-la mais complexa ainda. Ao tomar para si toda a responsabilidade, o profissional proporciona alívio para a família, que pode ter alguém em quem depositar suas angústias e esperanças. Porém, essa pode não ser a melhor alternativa.

Por outro lado, se a equipe acolhe a família e a chama para somar forças, esse fato pode ser entendido como o reconhecimento de que ela é realmente competente e que melhor conhece seu adolescente. Essa é uma estratégia que fortalece suas competências e habilidades para lidar com a situação, contribuindo para que se sinta muito mais segura e confiante. Estimular troca de experiências entre cuidadores e familiares em atividades de grupo pode

facilitar esse processo e a compreensão de sua importância, fortalecendo vínculos de redes sociais.

O adolescente sempre precisou e precisa ainda de apoio, segurança e boas condições de saúde e educação para se auto-afirmar como sujeito multifacetado e que se insere em um contexto social. É, portanto, função dos serviços/equipes de saúde respeitar, valorizar e estimular esses vínculos.

As propostas vigentes de políticas em saúde voltadas para o compartilhamento de responsabilidades sociais que incluem família, escola e serviços de saúde que estejam habilitados para prestar assistência ao adolescente são, teoricamente, efetivas e eficazes em seu contexto. Porém, é real o fato de que não está disponível a quantidade de recursos humanos necessários para atuar de forma integrada, ou seja, em equipe interprofissional e multidisciplinar, até mesmo pelo pouco preparo acadêmico e sensibilização deficiente para adotar posturas que promovam a integralidade da atenção em saúde.

Promover saúde, prevenir a transmissão de doenças e orientar são atitudes que estão, ainda, muito distantes da realidade da prática dos serviços de saúde no Brasil, e que se reflete no DF. Se a equipe não pratica e não desenvolve atividades sob a filosofia da integralidade, talvez não esteja habilitada e sensibilizada, também, para realizar o aconselhamento e revelar a esse jovem que ele (a) é portador (a) do vírus.

2.4 ACONSELHAMENTO E REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Aconselhamento é a designação de uma das atividades relacionadas ao cuidado das pessoas portadoras do HIV. Representa um processo por meio do qual se busca estabelecer uma relação de confiança entre profissional de saúde e as pessoas soropositivas. Tem como objetivo proporcionar condições para que elas possam avaliar seus próprios riscos, tomar decisões e encontrar maneiras concretas de enfrentar seus problemas relacionados ao HIV/Aids (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

De acordo com o Manual do Ministério da Saúde (2006a), a prática do aconselhamento tem se configurado como uma estratégia de prevenção de suma importância, sendo considerada parte essencial do processo de revelação do diagnóstico do HIV. Contribui para a redução do impacto da revelação do diagnóstico e promove a melhoria do autocuidado. O protocolo de ação para o desenvolvimento dessa atividade requer a presença de profissionais capacitados, independente de sua formação profissional. Isso inclui a posse de informações técnicas atualizadas sobre DST, HIV e Aids; a capacidade de reconhecer limitações e potencialidades das pessoas que participam do aconselhamento, perceber a singularidade de cada adolescente; atuar de forma acolhedora, valorizando o que a (o) adolescente sabe, pensa e sente a respeito de si mesma (o). Além disso, a equipe de atendimento a pessoas portadoras do HIV/Aids deve trabalhar de forma integrada.

Para um adolescente portador do vírus HIV adquirido por transmissão vertical, o Manual aponta que, em grande parte das vezes, a (o) adolescente ainda não tem clareza sobre seu diagnóstico, mesmo que já faça uso de medicações anti-retrovirais e freqüente regularmente os serviços de saúde. Isso pode ser um fator que dificulta a adesão ao tratamento. No entanto, o processo de aconselhamento e acompanhamento da (o) adolescente deve ser iniciado a partir da observação sobre a maturidade emocional e a compreensão que este possui sobre a situação. O cuidador deve ser incluído o mais precocemente possível nessa abordagem. É por meio do suporte emocional dirigido à criança ou ao adolescente e à pessoa de sua referência que poderão ser observadas

mudanças significativas em sua postura, o que proporcionará maior facilidade na aceitação do diagnóstico, na adesão ao tratamento e na relação do adolescente com a equipe de saúde.

Freqüentemente, a criança infectada por transmissão vertical é tratada por seus cuidadores, familiares e pela própria equipe de saúde de maneira superprotetora. Na maioria das vezes, chega à adolescência sem ter o seu diagnóstico revelado e pode enfrentar dificuldades para associar a realidade da soropositividade para o HIV e as transformações pelas quais seu corpo e mente estão passando. Esses jovens podem apresentar ainda atraso no desenvolvimento físico, o que pode repercutir em seu desenvolvimento emocional e nos comportamentos que adota (BRASIL, 2006b).

O local de assistência ao adolescente deve ser um espaço acolhedor, no qual a família ou o responsável possa expressar o que sente e pensa, o que permitirá direcionar atenção aos aspectos emocionais dessas pessoas. É bastante comum que sentimentos de culpa e medo de reação do adolescente levem a família a esconder o diagnóstico da criança/adolescente. A idéia de que (a) o adolescente não será capaz de lidar com o diagnóstico e de iniciar o tratamento são posições comumente adotadas por parte da família e requerem atenção da equipe (BRASIL, 2006a).

O Manual cita, ainda, situações complexas que ocorrem nesse contexto: O (a) adolescente foi adotado, desconhece o fato de ser portador do vírus HIV ou se a infecção foi adquirida por transmissão vertical, mas desconhece sua condição de adotado. Essas duas situações requerem atenção especial, pois implicam a revelação da origem e a revelação do diagnóstico propriamente dito. A equipe deve encorajar e auxiliar a família a revelar ao adolescente sua origem para que a (o) jovem possa compreender melhor a forma como adquiriu a infecção pelo HIV. A equipe, em conjunto com a família, definirá como essas revelações deverão ser feitas, simultaneamente ou em momentos distintos. A equipe necessita estar preparada para dar apoio ao adolescente, à família e a terceiros, se for o caso.

Para se preservar da discriminação e do preconceito, a criança/adolescente aprende, ao longo do tempo, com a família e com a equipe de saúde, a omitir ou esconder o seu diagnóstico e tratamento. A equipe deve estar preparada para acompanhar o amadurecimento dos adolescentes em

relação aos delicados aspectos da revelação, porém não os cita, nem determina como tratá-los. Ou seja, na teoria há uma descrição superficial, porém apropriada, para revelação desse diagnóstico ao adolescente portador do vírus HIV. Enquanto isso, na prática, nenhum profissional se diz capacitado para tal, fato esse identificado na vivência profissional e observado em campo, durante a realização da pesquisa ora descrita.

No último capítulo desse Manual estão definidos os papéis que deverão ser adotados pela equipe de saúde e na estruturação do serviço. Distingue alguns pontos considerados importantes, entre os quais o fato de que a abordagem ao adolescente deve ser realizada de forma integral, personalizada, preferencialmente por equipe multiprofissional, reconhecendo as transformações biopsicosociais dessa fase da vida. Determina a incorporação de requisitos básicos para proporcionar atenção ao adolescente vivendo com HIV:

1. considerar adolescentes indivíduos com idade entre 10 e 20 anos;
2. capacitar profissionais dos serviços já existentes para ações em prol do adolescente;
3. criar prontuário único de uso multiprofissional e que estes mantenham registros atualizados;
4. estabelecer rotina de acolhimento realizada por qualquer profissional capacitado, com preparo para livre demanda;
5. definir horários específicos de atendimento ao adolescente e sua família, com consultas individuais e em grupo;
6. realização de reuniões sistemáticas para discussão dos casos;
7. criação de banco de dados;
8. integração entre serviço de saúde, adolescente e comunidade (intersectorialidade);
9. desenvolver ações de promoção e prevenção nas instituições (escolas e outras) existentes na comunidade;
10. favorecer a educação permanente da equipe;
11. fornecer orientações sobre sexualidade, reprodução humana e acesso garantido aos preservativos e métodos contraceptivos (BRASIL, 2006: 141).

No encerramento desse manual, há inferências sobre grupos educativos de adolescentes, pais, cuidadores, de acordo com as necessidades previamente diagnosticadas. Está incluída também a consolidação de serviços de referência e contra-referência.

De acordo com a exposição acima, é possível verificar que a vulnerabilidade programática está profundamente inserida no processo de

atenção à saúde de adolescentes portadores do HIV ou Aids. Isso ocorre porque as ações são realizadas de forma superficial no que se refere à revelação do diagnóstico, à abordagem e ao acompanhamento dos adolescentes no exercício de sua sexualidade. Focaliza as ações na adesão e continuidade da medicação em detrimento de uma atenção integral aos adolescentes. Por outro lado, a vulnerabilidade individual e social desse grupo torna-se visível pelo fato de não possuírem as informações necessárias para nortear a adoção de comportamentos protetores e pela situação de pobreza em que vivem.

Dessa forma, é fundamental que as políticas de saúde e os programas nacionais tão bem elaborados sejam implementados de fato, por meio dos representantes governamentais, junto à população, serviços e profissionais de saúde sensibilizados e capacitados. Isso porque, na prática, segundo observações presenciadas em campo, a “teoria é outra”.

3 A SIMPLICIDADE DA EVOLUÇÃO DE UMA EPIDEMIA COMPLEXA

Convive-se há mais de duas décadas com a epidemia do HIV e da Aids. Embora se saiba como controlar sua disseminação, isso ainda representa um grande desafio. Várias facetas estão envolvidas, tais como a elaboração e implementação de políticas públicas de saúde, a conjuntura social, os fatores econômicos e, principalmente, a atenção à saúde, dispensada para promover a prevenção e proteção das pessoas da sociedade. Justamente por isso, torna-se necessário efetuar ações conjuntas para minimizar os efeitos dessa rápida expansão.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006c), os cientistas acreditam que o HIV foi transmitido de macacos para humanos no período de 1926 a 1946. Porém outros discordam, ao inferir que essa transmissão tenha ocorrido antes.

Em 1977, segundo o Ministério da Saúde (2006c), houve os primeiros casos nos EUA e África Central, descobertos e definidos como Aids. O ano de 1979 demarcou o surgimento dos primeiros casos da doença em homossexuais nos Estados Unidos e em heterossexuais no Haiti e na África.

Em 1981, o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos publicou um artigo que apresentava o caso de cinco homossexuais acometidos por um tipo raro de pneumonia, sendo esse considerado o início oficial da doença nesses países e no mundo. Um ano após a divulgação desse artigo, a doença passou a ser denominada Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids), pois até então era conhecida como *câncer gay*, expressão amplamente difundida pela mídia estadunidense (BRASIL, 2007b). Nesse mesmo ano, os primeiros doentes são identificados no Brasil. Há notícia do primeiro caso por transfusão sanguínea na cidade de São Paulo.

Em 1982, conforme publicação do Ministério da Saúde, classifica-se a nova síndrome. Houve adoção temporária do nome da doença dos 5 H, ou seja, homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável), *hookers* (profissionais do sexo em Inglês). Dá-se, então, o conhecimento dos possíveis fatores de transmissão: o contato sexual, o uso de

drogas, a exposição a sangue e derivados. Diagnosticou-se em São Paulo o primeiro caso no Brasil.

De acordo com argumentação de Rachid et al. (2001), o HIV foi identificado como o agente etiológico da Aids em 1983. Esse agente pertence à subfamília *lentivirus* dos retrovírus humanos e caracteriza-se pela presença da enzima *transcriptase reversa*, que permite a transcrição do RNA viral em DNA, integrando-se ao genoma da célula do hospedeiro e produzindo a replicação viral.

Nos anos de 1983 e 1984, cientistas e pesquisadores reconheceram o surgimento de uma doença que destruía o sistema imunológico do corpo, evitando que seus portadores conseguissem controlar até mesmo infecções simples (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b).

A doença começou a acometer usuários de drogas injetáveis e pessoas que necessitavam de transfusões sanguíneas. O isolamento do vírus foi efetuado pelas equipes coordenadas pelo pesquisador Luc Montagnier, do Instituto Pasteur em Paris, que isola e caracteriza um retrovírus (vírus mutante que se transforma conforme o meio em que vive) e por Robert Gallo, no Instituto Nacional de Saúde, nos EUA. A década de 1980 foi marcada, ainda, pela morte das primeiras vítimas famosas no Brasil: Marcus Resende Gonçalves, Markito, em 1983; Henrique de Sousa Filho, o Henfil, em 1988; e Lauro Corona, em 1989.

Em 1986 foi lançada nos Estados Unidos a primeira campanha estimulando o uso da camisinha. Paralelamente a essa atitude, foi descoberto um segundo tipo de vírus, o HIV-2, comprovadamente capaz de transmitir a Aids. No ano seguinte, o *Food and Drug Administration* (FDA), departamento responsável nos Estados Unidos por aprovar os medicamentos utilizados no país, autorizou a utilização da Zidovudina, anti-retroviral, que ficou conhecido como AZT e foi o primeiro medicamento contra HIV disponibilizado no mercado, tornando-se o Brasil um dos países importadores da droga.

Foram realizados os primeiros testes com uma vacina candidata à prevenção do HIV. A publicação do livro intitulado **And the band played on** (E a vida continua) é ainda hoje considerada a melhor crônica sobre o desenvolvimento da doença, apesar das imprecisões conceituais. Dois anos mais tarde, o dia 1.º de dezembro foi instituído como o *Dia Mundial de Combate à Aids*. Ativistas dos considerados grupos de risco levaram a indústria farmacêutica

Burroughs Wellcome, fabricante do AZT, a reduzir os preços em 20% (BRASIL, 2006b).

Dez anos após a identificação da doença, a Organização Mundial da Saúde – OMS anunciou que dez milhões de pessoas no mundo estariam infectadas pelo vírus HIV. Foi lançada outra droga inibidora da transcriptase reversa, conhecida como NRTI, Nucleósidos Inibidores da Transcriptase Reversa.

Em 13 de Julho de 1990, é decretado e sancionado o Estatuto da criança e do adolescente, onde diz que é assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em 1992, a opinião pública brasileira ficou indignada quando uma menina de cinco anos teve sua matrícula recusada em uma escola da cidade de São Paulo, por ser portadora do vírus HIV.

Dois anos após esse episódio, ficou comprovada a prevenção da transmissão vertical do vírus pela utilização do AZT. A identificação de dois tipos de vírus HIV – I e II – proporcionou a oportunidade de se verificar que existe maior virulência do vírus do tipo I. Este compreende, ainda, seis subtipos, o que demonstra a complexidade para se promover a prevenção e o tratamento da epidemia. A evolução da doença depende da capacidade individual de reagir ao vírus. A Aids reflete a manifestação avançada deste processo e se caracteriza por infecções oportunistas e pela franca incompetência do sistema imunológico.

Em 1996, durante a 11^a. Conferência Internacional sobre Aids, realizada em Vancouver, no Canadá, os pesquisadores David Ho e Martin Markowitz apresentaram resultados positivos do uso do coquetel de medicamentos¹, que bloqueiam a replicação do vírus no corpo.

¹ 14 tipos de medicamentos anti-retrovirais, usados no tratamento da Aids.

Em 9 de agosto de 1997, morreu o sociólogo Betinho², Herbert José de Souza, hemofílico, às 21h10min, em sua casa, com seqüelas do HIV, adquirido por transfusão de sangue contaminado.

Após a utilização do coquetel, pessoas soropositivas passam a apresentar cargas virais indetectáveis pelos exames. No entanto, o HIV permanece no organismo “escondido” em gânglios linfáticos, na medula óssea e em partes do cérebro. Quando o paciente abandona o uso do coquetel, o vírus torna-se outra vez detectável nos exames sanguíneos realizados. Esse aspecto foi comprovado pela primeira vez no ano de 1999.

Outra questão fundamental refere-se ao fato de que os portadores do vírus que utilizavam o coquetel começaram a apresentar efeitos colaterais, tais como diarréias constantes, náuseas, alterações no funcionamento do fígado, lipodistrofia (transposição da gordura do organismo para áreas periféricas como coxas, glúteos, braços, abdômen), neuropatia periférica (formigamento dos pés e pernas, com perda da sensibilidade e do equilíbrio).

A 13.^a Conferência Internacional de Aids, realizada em Durban, na África do Sul, no ano de 2000, denunciou ao mundo uma situação inaceitável: a mortalidade de 17 milhões de pessoas no continente africano, sendo que, entre estas, 3,7 milhões eram de crianças. Além disso, 8,8 milhões de adultos estariam infectados. Naquela oportunidade, o Presidente da África do Sul escandalizou o mundo ao sugerir que o HIV não causaria a Aids. Naquele mesmo ano, por meio de um acordo promovido pelas Nações Unidas, companhias farmacêuticas³ concordaram em reduzir os preços de medicamentos utilizados no tratamento da Aids para países em desenvolvimento.

No Brasil, aumentou significativamente o número de casos entre as mulheres, modificando a proporção de homens e mulheres acometidos, que passou de 28:1 em 1985 para 2:1 (BRASIL, 2000c).

² Sociólogo, ativista dos direitos humanos, defendia o tratamento digno dos doentes de Aids. Presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), fundada em 1986. Defendia a democratização do país, a preservação do meio ambiente, a reforma agrária. Professor universitário com pós-graduação no México.

³ Merck e Roche, entre outras.

O ano de 2001 ficou marcado pela ação do Ministro da Saúde do Brasil, José Serra, que quebrou o monopólio dos medicamentos utilizados no combate à Aids, acirrando o conflito entre governos e indústrias farmacêuticas multinacionais. No ano seguinte, o programa de combate à Aids das Nações Unidas prevê que a Aids mataria 70 milhões de pessoas até o ano 2020, exceto se a 14.^a Conferência Internacional sobre Aids, que se realizaria em Barcelona, no ano de 2002, conseguisse estabelecer controles para a pandemia, Essa deveria fazer com que as nações ricas aumentassem esforços para conter a doença. Nesse ano, o programa de DST/Aids contabilizava, desde 1980, notificações de 258.000 casos de Aids (BRASIL, 2002a).

Nesse contexto estão incluídos os adolescentes, seja porque adquiriram a doença por meio de transmissão vertical na década de 1980, seja porque adotaram comportamento de risco e foram infectados pelo vírus. O adolescente que adquire o vírus está inserido em um cenário de atenção à saúde que recebe influência de diferentes concepções. Além disso, a mídia atua, seguramente, como agente responsável por grande parte da construção do imaginário social sobre a doença.

As DST são prevalentes na adolescência e facilitadoras da infecção pelo vírus HIV. Os principais fatores de risco apontados para aquisição de DST são: baixa idade para iniciação sexual, variabilidade dos parceiros, não utilização de preservativos e uso de drogas injetáveis e álcool (TAQUETE et al., 2005).

As relações sexuais desprotegidas e a gravidez precoce podem contribuir para que a adolescente esteja altamente vulnerável a adquirir a infecção por DST e Aids. Essa é uma situação preocupante, pois contribui para o aumento das taxas de infecção pelo HIV e incide nas estatísticas de prevalência do vírus nessa fase da vida, incluindo o risco de transmissão vertical para o bebê.

Segundo Paulilo e Jeolás (2000), vários estudos demonstraram que, apesar do elevado índice de conhecimento sobre as formas de transmissão da Aids, ainda são poucos os jovens que afirmam utilizar camisinha em todas as relações sexuais. Outra pesquisa para avaliar o comportamento sexual da população brasileira revelou que, do total de indivíduos sexualmente ativos entrevistados, 76% dos respondentes não usava o preservativo de forma rotineira. Apesar de os maiores usuários de preservativos (44%) serem os jovens entre 16 e 25 anos de idade, esse dado deve ser relativizado, pois é justamente

nessa faixa etária que as pesquisas constataram o maior percentual de indivíduos com relações eventuais.

Após terem se passado mais de 20 anos desde o surgimento da Aids e de todos os esforços direcionados à prevenção e controle da infecção, os jovens estão distantes da linguagem racional do discurso preventivo. Os simbolismos negativos que a Aids suscita geram atitudes de negação e de proteção, associando-a, ainda, a uma *doença do outro*, mais ou menos longínquo, abstrato ou desconhecido (KNAUTH, 2003; GUILHEM, 2005; MAIA, GUILHEM e FREITAS, 2008).

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), em 2003, uma pessoa jovem é infectada pelo vírus HIV a cada 14 segundos. Esses dados são alarmantes quando se considera que aproximadamente seis mil pessoas na faixa etária entre 15 e 24 anos se infectam a cada dia (OMS, 2003).

A prevenção da transmissão vertical da doença e a promoção da saúde são aspectos fundamentais a serem trabalhados, contextualizando-os para que o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida nessa fase possa ser alcançado. De acordo com a argumentação apresentada por Vasconcelos (2005: 46), ao se analisar a qualidade da assistência dispensada às mulheres e seus bebês, respectivamente, nas fases retrospectivas e prospectivas do processo de atenção à saúde, verifica-se que apesar de diagnosticadas durante o pré-natal, cerca de 11% e 22% não tiveram acesso nem sequer ao AZT oral; 19% e 10% das parturientes não receberam AZT intravenoso durante o parto e 7,6% e 6,9% dos bebês não foram medicados com AZT solução oral. A pesquisadora conclui que o Programa Brasileiro de Redução da Transmissão Vertical do HIV e de Controle da Doença Materna se revela frágil no que diz respeito à sua organização, administração e avaliação.

Os resultados apresentados por essa pesquisa são preocupantes, uma vez que, em consequência da deficiência no controle e tratamento das mulheres e dos bebês portadores do HIV com drogas anti-retrovirais, isso se refletirá diretamente no aumento do número de casos de HIV/Aids tanto nas crianças como nos futuros adolescentes, colocando-os em situação de extrema vulnerabilidade individual.

O conceito de vulnerabilidade nasceu na área dos Direitos Humanos, tendo sido incorporado à área da saúde a partir dos trabalhos realizados, no campo da Aids, por Thomas Mann e colaboradores, na Escola de Saúde Pública de Harvard. Para se compreender como se deu essa transição, torna-se necessário recuperar a trajetória histórica da epidemia a partir dos anos 1980.

Em seus trabalhos, Mann e colaboradores (1993) passaram a utilizar o conceito de vulnerabilidade e a elaborar indicadores para avaliar o grau dessa vulnerabilidade à infecção e ao adoecimento pelo HIV. Consideram determinantes três planos interdependentes: individual, social e programático. Com base nesses estudos, pode-se dizer que o conceito de vulnerabilidade busca avaliar a suscetibilidade de indivíduos ou grupos a um determinado agravo à saúde.

Em relação à vulnerabilidade individual, considera-se o conhecimento que a pessoa possui acerca do agravo e os comportamentos adotados que poderão ou não colocar o indivíduo em risco de contrair a infecção. Deve-se compreender que os comportamentos não são determinados apenas pela ação voluntária da pessoa, mas, especialmente, por sua capacidade de incorporar, ou melhor, de aplicar o conhecimento que possui, transformando em comportamentos protetores ou de risco.

Quanto à vulnerabilidade social, devem ser avaliadas a dimensão social do adoecimento, utilizando-se indicadores capazes de revelar o perfil da população da área de abrangência no que se refere ao acesso à informação (rádio e TV), gastos com serviços sociais e de saúde, acesso aos serviços de saúde, coeficiente de mortalidade de crianças menores de cinco anos, a situação da mulher, o índice de desenvolvimento humano e a relação entre gastos com educação e saúde. Certamente, um dos indivíduos mais vulneráveis, tanto no que se refere à questão individual como social, é o adolescente, pois faz parte de seu perfil adotar comportamentos pessoal e cultural de risco, característicos dessa fase.

Cabe aqui ressaltar, conforme descrição de Guilhem (2005), a vulnerabilidade programática, ou seja, aquela ditada por regras estabelecidas nos programas elaborados em níveis nacional, regional e local, tendo como objetivo a vigilância epidemiológica, o controle, a prevenção e a assistência inserida no fenômeno DST/Aids, ouvindo a população no que tange à eficiência a que se propõem. O fato é que as vulnerabilidades individuais, culturais, ou programáticas

estão intimamente interligadas e não podem ser tratadas de forma distinta, sem a percepção da contextualização e interinfluência existente entre elas.

Se a idéia de comportamento pessoal, conforme Guilhem (2005), ultrapassa o conceito de comportamento de risco e passa a ser um elemento que compõe fatores para o desenvolvimento de vulnerabilidade, então existe a obrigatoriedade de se considerar quais os elementos que influenciam o processo de tomada de decisões pessoais. Isso possibilita ou não a mudança efetiva de comportamentos de risco para comportamentos protetores, embora essa vulnerabilidade ainda esteja fortemente vinculada aos grupos e comportamentos de risco, independente da faixa etária. Desse modo,

a noção de vulnerabilidade tem sido tradicionalmente incorporada às atividades desenvolvidas pela área de saúde pública no Brasil. A própria (OPS) Organização Pan-Americana de Saúde contribuiu para a divulgação desse conceito na América Latina na década de 70, atribuindo-lhe, no entanto uma significação diversa daquela assumida no contexto do HIV/Aids nos anos 90. Se a primeira designação relacionava-se aos agravos a saúde e a resposta individual e coletiva no que diz respeito à intervenção dos serviços de saúde, a segunda adota uma conotação ampliada do conceito, referindo-se a *susceptibilidade individual* e coletiva de exposição a riscos, condições ou danos no processo de aquisição de uma determinada doença, no caso, a infecção pelo HIV/Aids (GUILHEM, 2005: 49).

Ainda segundo a autora, há a contribuição cultural no curso da epidemia do vírus HIV/Aids, no que tange ao conceito de vulnerabilidade, que tem permitido o desenvolvimento de horizontes éticos e políticos, mediante uma introjeção.

A vulnerabilidade dos adolescentes e jovens pode ser inicialmente explicada por atributos físicos, psicológicos e sociais próprios dessa fase da vida, que os tornam particularmente susceptíveis ao HIV e a outras infecções sexualmente transmissíveis.

Os dados apresentados pelo último relatório da UNAIDS, em 2008, demonstra a vulnerabilidade mundial quando configura o aumento de sobrevivida ao mesmo tempo que se eleva o número de casos novos (incidência)na evolução da epidemia mundial,referindo que cerca de 33 milhões de pessoas vivem com vírus HIV no mundo sendo que destas 2,7 foram infectadas em 2007,neste mesmo ano 2milhões morreram de Aids.

Esses dados declaram que a feminização da epidemia é uma realidade, quando refere que mais mulheres estão sob o uso de antiretrovirais que os homens no mundo.

3.1 Aids no Brasil

No mundo, 22,5 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV no ano de 2007. No Brasil, de 1980 a junho de 2007, foram notificados 474.273 casos de Aids no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). Até dezembro de 2002, atingiu-se a casa dos 257.780 casos de Aids, dos quais 185.061 foram verificados em homens e 72.719 em mulheres. Quanto aos novos casos no país, até dezembro de 2002, foram notificados 9.495 novos casos da epidemia no Brasil – desses, 6.031 verificados em homens e 3.464 em mulheres. O levantamento mostra que a epidemia mantém-se estável em todas as faixas etárias, numa relação aproximada de dois casos em homens para cada caso em mulher.

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de DST/ Aids (2004b), aponta que o aumento da epidemia entre jovens do sexo feminino pode ser explicado pelo início precoce da atividade sexual em relação aos adolescentes do sexo masculino. Normalmente, as meninas e adolescentes com até 20 anos iniciam a atividade sexual com homens de maior experiência sexual e ficam, assim, mais expostas aos riscos de infecção por DST e Aids. Nessa situação, elas são estimuladas a iniciar a utilização de anticoncepcionais, mas não a usarem preservativos.

Ainda segundo a mesma fonte, no caso das mulheres e homens, a transmissão do HIV ocorre, na maioria das vezes, por via sexual (86,2%), seguida pelo uso de drogas injetáveis (12,4%). As demais formas de transmissão para ambos os sexos, mas que ocupam menor peso no contexto da epidemia, são: transfusão sanguínea, transmissão materno-infantil ou, ainda, causas ignoradas pelos pacientes.

Segundo Parker e Camargo (2008), com quase três décadas sob a epidemia do vírus HIV/Aids, a população brasileira confronta, nos últimos anos, com mudanças diversas no perfil epidemiológico dessa doença, entre as quais se podem destacar a interiorização e o empobrecimento. Isso sugere, respectivamente, o avanço a municípios de pequeno e micro porte no interior dos estados, com difícil acesso ao serviço de saúde e ausência de estrutura e equipamentos para servir à saúde da população.

Assim, também, os autores acima descrevem a pauperização, ou seja, aumento de camadas sociais de baixo poder aquisitivo e formação escolar/profissional, agravando a exclusão social, determinada pelo aspecto saúde/doença populacional. Soma-se a isso a vulnerabilidade do fator econômico, ou seja, população totalmente desprotegida financeiramente, sem poder de pressão política, como os grupos primeiramente afetados.

Os fatos supracitados vão de encontro à perspectiva populacional da estabilização dessa epidemia, levando à reflexão para mudanças de estratégias de ação em relação às políticas em saúde. No Distrito Federal, a caracterização não é diferente.

3.1 AIDS NO DISTRITO FEDERAL

Segundo o Boletim Epidemiológico da SES/DF (2007a), com dados fornecidos por Acácia Daniel, as localidades do Distrito Federal com maiores coeficientes de incidência da Aids, no período de 2004 a 2007, foram, em ordem decrescente: Asa Norte, Cruzeiro, Candangolândia, Guará, Lago Norte e Taguatinga. A maior incidência dos casos ocorreu na categoria da exposição heterossexual (45,6%), seguida das categorias homossexual masculino, bissexual masculino e usuário de droga injetável.

Em 2007, a faixa etária mais incidente de casos de Aids no DF foi de 40 a 44 anos, no sexo masculino, sendo que, para cada 100.000 homens, houve uma incidência de 16,7, enquanto que no sexo feminino foi de 8,5, para cada 100.000 mulheres.

A equipe da Gerência de DST e Aids da SES/DF (2005) notificou uma taxa de incidência de Aids em jovens de 13 a 24 anos, de 10,7 por 100.000 habitantes, sendo considerada uma taxa média, dentro de parâmetros preestabelecidos como baixo, médio, alto e muito alto.

Os dados analisados pela Gerência (2002) demonstraram, ainda, redução na incidência de casos da doença em 2001 e 2002, provavelmente devido à eficácia do tratamento com anti-retrovirais, o que impediu o aparecimento da imunodeficiência característica da Aids. Na série histórica dos casos, observou-se elevação no coeficiente de detecção da Aids em 1995, 1996 e 1997, justificada, entre outros fatores, pela implantação do sistema de controle

de medicamentos, com distribuição condicionada à notificação de casos. Além disso, houve a modificação nos critérios nacionais de definição de casos de Aids para fins de vigilância epidemiológica.

Até 2003, foram registrados 4.649 casos de Aids no DF, sendo que a taxa de mortalidade caiu de 11,6/100.000 habitantes em 1996, para 6,4/ 100.000 habitantes em 2002. Outro aspecto é que até o ano de 2003 foram registrados 106 casos de transmissão vertical do HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 10).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2005b), a transmissão vertical é a principal via de infecção do HIV na população infantil. Em nosso país, essa forma de transmissão é responsável por cerca de 90% dos casos notificados em menores de 13 anos. Há uma estimativa desse órgão que de 15% a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas adquirem o vírus durante a gestação, trabalho de parto, parto ou por meio da amamentação. Em 2006, o Ministério da Saúde estimou que cerca de 12.000 parturientes estariam infectadas pelo HIV no Brasil.

3.2 QUADRO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO

A Aids foi reconhecida em 1981, com base em critérios clínicos e epidemiológicos, porém esclareceu-se sua etiologia apenas em 1983. Nessa ocasião, utilizando-se amostras biológicas de pacientes com Aids, foi isolado um retrovírus, que recebeu a denominação de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Verificou-se que esse mesmo agente viral poderia também ser encontrado em pacientes com sintomas clínicos inespecíficos, o que era comumente observado em uma fase que antecedia o aparecimento da síndrome. Tornou-se evidente, então, que a Aids representava, na verdade, uma manifestação clínica tardia da infecção pelo HIV. Hoje se sabe que existem duas variantes de HIV (HIV-1 e HIV-2) e que a infecção por qualquer desses agentes pode evoluir para a Aids. Com base em testes sorológicos, que detectam a presença de anticorpos específicos voltados contra diferentes constituintes da partícula viral, é possível identificar se um indivíduo está infectado ou não pelo HIV.

Sabe-se que esse agente viral pode ser transmitido de pessoa a pessoa por:

1 – via sexual (homossexual ou heterossexual): desde que haja contato das mucosas (genital, oral ou retal) com secreções genitais contaminadas (esperma e secreções cérvico-vaginais);

2 – via sanguínea: quer seja pelo compartilhamento de objetos pérfuro-cortantes contaminados, como é o caso de agulhas e seringas utilizadas por usuários de drogas injetáveis, ou, mais raramente, pela transfusão de sangue ou hemocomponentes contaminados;

3 – via vertical: da mãe infectada para seu filho, incluindo-se a transmissão transplacentária (intra-uterina), a relacionada ao momento do parto e aquela dependente do aleitamento materno.

Entretanto, fatores de natureza sócio-econômica são extremamente importantes para justificar a maior vulnerabilidade dos segmentos populacionais de menor renda e escolaridade. Menor grau de informação e, conseqüentemente, dificuldade na percepção de risco, bem como menor acesso a medidas de prevenção, ou mesmo menor possibilidade de fazer uso adequado dessas estratégias profiláticas podem contribuir para elevar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

A Aids, na fase mais avançada da infecção pelo HIV, apresenta-se clinicamente por meio de uma multiplicidade de sinais e sintomas. Tais manifestações são habitualmente relacionadas à falência do sistema imune do hospedeiro acometido e às conseqüentes complicações infecciosas e/ou neoplásicas, de caráter oportunista, que surgem ao longo do tempo.

No entanto, a história natural da infecção pelo HIV apresenta outras fases, que podem também ser reconhecidas tanto do ponto de vista clínico como laboratorial. A pessoa infectada pelo HIV, mesmo durante o período assintomático, é portadora de uma infecção viral ativa que, na maior parte dos indivíduos, irá progressivamente evoluir para uma disfunção imunológica grave, potencialmente fatal, se não for reconhecida e tratada adequadamente.

3.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da infecção pelo HIV baseia-se na detecção de anticorpos específicos por meio dos testes sorológicos para detecção de anticorpos anti-HIV no organismo, denominado Elisa⁴. Caso o resultado seja positivo, é aconselhada a repetição do Elisa seguido do Western Blot⁵, para que não fiquem dúvidas em relação ao resultado. No Brasil, o acesso à realização desses exames é gratuito e está disponível em unidades de saúde de referência, segundo protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008: 2).

Quanto maior a carga viral plasmática e menor o número de células CD4⁶, maior será o risco de evolução para a AIDS. Esses testes são importantes ainda para orientar os profissionais de saúde quanto à necessidade de se introduzirem esquemas terapêuticos específicos, baseados em associações de drogas anti-retrovirais, e indicar o acompanhamento evolutivo dos pacientes submetidos ao tratamento anti-retroviral. Ao lado dos exames laboratoriais relacionados ao diagnóstico da infecção pelo HIV e à sua avaliação prognóstica, a pessoa infectada poderá, sempre que se demonstrar a necessidade, ser submetida a diferentes exames laboratoriais para investigação diagnóstica complementar de doenças oportunistas, de acordo com as manifestações clínicas existentes.

⁴ Busca no sangue do indivíduo os anticorpos que, naturalmente, o corpo desenvolve em resposta à infecção pelo HIV.

⁵ É mais sensível e define, com mais precisão, a presença de anticorpos anti-HIV, produzidos pelo organismo infectado no sangue.

⁶ Segundo artigo de Aids Portugal (2003) são células brancas que têm importante papel no sistema imune. Essas células comandam a resposta corporal a certos microorganismos como os vírus. O Vírus HIV ataca a célula CD4, por si só, infectando-a, sem o organismo ter qualquer sintoma. Bilhões de células podem ser destruídas e produzidas, para substituição. O quantitativo normal dessas células é entre 600 e 1200 células de sangue. O valor do CD4, com queda aquém de 15%, reflete em risco para infecções graves.

3.4 TRATAMENTO

No tratamento específico para a infecção pelo HIV, empregam-se associações de duas ou três drogas que atuam em diferentes pontos do ciclo replicativo viral. Atualmente encontram-se disponíveis medicamentos com atividade inibitória sobre a enzima transcriptase reversa viral (zidovudina ou AZT, zalcitabina ou ddC, didanosina ou ddl, lamivudina ou 3TC, estavudina ou d4T, abacavir, delavirdina, nevirapina, efavirenz) e drogas inibidoras da enzima protease viral (saquinavir, indinavir, ritonavir, nelfinavir e amprenavir) (RACHID e SCHECHTER, 2005: 42). A prescrição das drogas anti-retrovirais pressupõe conhecimentos detalhados acerca da farmacodinâmica e toxicidade desses fármacos, bem como de seu potencial de interação com outros medicamentos.

As drogas anti-HIV são distribuídas gratuitamente aos pacientes infectados e que estão cadastrados no Programa Nacional de Anti-retrovirais do Ministério da Saúde e que são acompanhados nas unidades especializadas de assistência a pacientes com HIV/Aids, distribuídas por todo o território nacional. As drogas anti-retrovirais são também importantes para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV. A partir de sua utilização, observou-se redução dramática na possibilidade de transmissão do vírus para o recém-nascido.

Nesse sentido, deve-se prescrever zidovudina oral às gestantes soropositivas a partir da 14.^a semana de gestação. Paralelamente a isso, recomenda-se a infusão endovenosa de zidovudina no momento do parto e, ainda, a prescrição de solução oral desse medicamento ao recém-nascido até a 6.^a semana de vida. Ao lado da terapêutica anti-retroviral, o paciente com Aids poderá ainda receber outras drogas para tratamento e/ou profilaxia de infecções oportunistas, quando necessário (RACHID e SCHECHTER, 2005: 19).

O controle do tratamento de pessoas portadoras do vírus HIV depende de múltiplos fatores, entre os quais podem ser mencionados: aspectos sociais, fase evolutiva da doença, idade, comprometimento com o tratamento, adesão contínua, maturidade, auto-estima trabalhada. O condicionamento desses aspectos às características do adolescente evidencia que existe dificuldade para adesão e controle no tratamento, em decorrência das próprias características

dessa fase. De acordo com o **Manual de rotinas para assistência a adolescentes vivendo com Aids,**

a adolescência pode ser entendida como um processo de “desconstrução” e “reconstrução” da identidade, na qual o jovem terá que desmontar seu mundo infantil e reconstruí-lo a seu modo, sendo que este trabalho vai muito além das imagens e dos rótulos impostos pela mídia e pela sociedade em geral (ABERASTURY, 1991: 28).

Considerando-se as características próprias da adolescência, é possível verificar que existe necessidade específica para seu atendimento. A conformação da equipe exige composição multidisciplinar, contextualizada, capacitada e bem estruturada para poder conduzir o tratamento de forma eficaz, nas distintas esferas envolvidas: social, psicológica, biológica, lembrando de um princípio básico para se trabalhar com esse grupo: “gostar de adolescente” (ASSUNPÇÃO JR: 1998: 54).

As propostas de atendimento integral ao adolescente, cuja finalidade é contribuir para a melhoria de sua qualidade de vida, têm demonstrado a complexidade exigida dos profissionais comprometidos nessa área. A Organização Mundial da Saúde, por meio de citação a Nassar e Gonçalves (1999: 100), destaca seis domínios contidos nas áreas social, política e cultural, refletindo a multidimensionalidade, que representam: o físico, o psicológico, o nível de independência, as relações sociais, o meio ambiente e a espiritualidade.

Contemplar esses domínios no processo de atenção à saúde dos adolescentes implica a inclusão de profissionais capacitados a atuarem na realização de ações que priorizem a integralidade na orientação e na atenção prestada aos adolescentes. E que adotem a postura de serem criticamente esperançosos, progressistas, abertos às novidades, justos, decentes (BRASIL, 2006).

O Instituto Paulista de Adolescência (2000) aponta que a sexualidade é ainda percebida pelas pessoas como um processo envolto em tabus e preconceitos. Persiste, em diversas sociedades, total desconhecimento quanto aos riscos associados à atividade sexual. Pesquisa realizada com adolescentes de idade compreendida entre 13 a 18 anos, e que freqüentavam colégios públicos, comprovou que apenas 23,2% referiram ter tido algum tipo de orientação sexual. Desses, 9,6% haviam adquirido os conhecimentos que possuíam por meio da mídia (COSTA, 2000: 103).

O vínculo existente entre adolescência e a possibilidade de se contrair o vírus HIV está cada vez mais estreito. Este fato torna real e emergencial a atuação de políticas públicas eficazes, direcionadas à prevenção e capacitação de profissionais para lidar com portadores do vírus HIV, especialmente com aqueles que o contraíram por meio de transmissão vertical. Esse grupo está, agora, entrando na fase da adolescência e inserindo-se cada vez mais precocemente no exercício da sexualidade.

Será que esse adolescente, com tantas peculiaridades que envolvem esta fase, está sendo preparado para isso?

A dificuldade de adesão e persistência no tratamento medicamentoso indicado para portadores do vírus HIV é alta, independente do perfil e idade, conforme apontado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas de Combate ao HIV/Aids em 2006. Paralelamente a isso, as atividades para promover a prevenção da infecção por meio da adoção de comportamentos protetores estão longe de serem consideradas promissoras.

É interessante observar as condições dos profissionais de saúde, que deveriam estar preparados, capacitados, mas que têm limitações pessoais e culturais para trabalhar de forma a contribuir para demonstrar a importância da utilização de preservativos por parte dos adolescentes. Para Smiles, nos **Annaes de Enfermagem** (1934: 13), a repetição de um ato cria um hábito que, a princípio, tinha a fragilidade de uma teia de aranha e depois acaba por se tornar um cabo de ferro. Porém, a dureza e intransigência do ferro nos fazem perder o *feeling* para a percepção de mudanças que são necessárias e emergentes.

Parte de nossas políticas de saúde sofre desse engessamento. Como pode ser verificado na argumentação de Larossa (1998 apud KRUSE, 2004: 7),

os discursos pedagógicos dominantes, divididos entre a arrogância dos cientistas e a boa consciência dos moralistas, está nos parecendo impronunciável. As palavras comuns começam a nos parecer sem qualquer sabor ou a nos soar irremediavelmente falsas e vazias. E cada vez mais, temos a sensação de que temos de aprender de novo a pensar e escrever, ainda que para isso tenhamos que nos separar da segurança dos saberes, dos métodos e das linguagens que já possuímos (e que nos possuem).

O jovem adolescente deve receber um tipo de abordagem com qualidade, ou se estará penetrando em áreas sobre as quais não existe domínio. O ponto de vista do adolescente deve ser levado em consideração em todos os

seus aspectos, inclusive na forma de abordagem de determinado tema, como no caso sua proteção no contexto do exercício da sexualidade.

A abordagem ampla, desde a escola, em suas primeiras explicações sobre gravidez, nascimento, enfim “educação sexual”, como é conhecida, promoveria também a importância da segurança nas práticas sexuais (sexo seguro) ao chegar o momento. De igual importância, seria a abordagem sobre o uso de preservativo, independente de idade, vínculos afetivos, relações estáveis, casamentos, pois a Aids só poderá ser controlada com essa consciência e prática efetiva. O quantitativo de casos de Aids na adolescência tem aumentado sensivelmente. Isso significa que a prevenção tem sido ineficaz, a despeito do conhecimento que a maioria dos adolescentes tem sobre o uso de preservativo e da distribuição gratuita em todo o Brasil.

3.5 ADOLESCÊNCIA E AIDS

O primeiro caso de Aids em jovens brasileiros foi notificado em 1982. Desde então, foram identificados 54.965 casos, sendo 10.337 entre jovens de 13 e 19 anos e 44.628 entre os de 20 e 24 anos. Desde o início da epidemia, 15.738 jovens brasileiros foram a óbito, tendo a Aids como causa da morte (BRASIL, 2007b).

Calcula-se que o período que leva desde o momento da infecção pelo HIV até o desenvolvimento efetivo da doença corresponda a cerca de cinco a dez anos, período no qual a pessoa é considerada como portador sadio. Pode-se inferir que um doente de Aids com 29 anos tenha sido infectado durante a adolescência ou ao seu final, por volta de 20 anos (BRASIL, 2001a).

A constatação de que meninos e meninas infectados pelo HIV, que nasceram nos anos de 1980 ou início de 1990, estão atingindo a adolescência é um fato alentador. Àquela época eles tinham pouca ou nenhuma chance de tratamento, mas a situação atual demonstra que a Aids se transformou em uma doença crônica. Cada ano de vida para esses jovens é motivo de comemoração, bem como para todas as pessoas que os rodeiam. O Programa Nacional de DST/Aids desenvolveu, em 2003, uma ampla discussão sobre a situação dos adolescentes vivendo com HIV no país e sua questão social (BRASIL, 2003).

No entanto, um fato preocupante diz respeito aos dados epidemiológicos, demonstrando que, desde 2000, está ocorrendo um número maior de novos casos de Aids em meninas do que em meninos, na faixa etária compreendida entre 13 e 19 anos. No período de 2000 a 2002 foram notificados 531 novos casos de Aids em meninas de 13 a 19 anos contra 372 casos em rapazes da mesma idade. Isso indica uma proporção de dois novos casos em meninas para um caso em meninos, logo no início da atividade sexual (BRASIL, 2001b).

O fator de vulnerabilidade dos jovens frente à Aids se deve a vários fatores, entre os quais podem ser mencionados o abuso sexual e a exploração sexual. Também aí se inclui aquele jovem que é conhecedor do fato de ser portador do vírus através de transmissão vertical, e agora se encontra condicionado a uma rotina de vida, dependente de normas que, talvez, sejam difíceis de serem seguidas, como uso de medicamentos diários, exames laboratoriais freqüentes, educação alimentar e o que mais os preocupa: poder compartilhar o estado de saúde em que se encontram (BRASIL, 2006b).

Como conseqüência do uso da terapia anti-retroviral no Brasil, chegamos à primeira geração de adolescentes vivendo com HIV que se enquadram na categoria de transmissão vertical. São 1.675 pessoas entre 10 e 19 anos fazendo uso desse tipo de terapia no país. No entanto, deparamo-nos ainda com muitas barreiras que contribuem para uma baixa adesão ao tratamento em diferentes regiões do país. Por isso, fica evidente a importância de realizar estudos e avaliar as características da adolescência como uma das ferramentas capazes de favorecer a adesão do adolescente ao tratamento e à administração da terapia (BRASIL, 2008).

O processo educativo direcionado aos jovens, no que diz respeito aos riscos da transmissão do HIV, deve fornecer subsídios para apoiá-los na construção de habilidades para negociar, resolver conflitos e ter opinião crítica, o que contribuirá para melhorar a confiança em si mesmos e aumentar a capacidade de tomar decisões responsáveis para se proteger e motivar seus parceiros e colegas para que tomem decisões seguras. Essa situação não é diferente daquela vivenciada por adolescentes que convivem com o HIV desde o início de suas vidas.

A rapidez com que ocorrem mudanças nos conceitos, nas possibilidades terapêuticas, na expectativa de vida, tempo e qualidade de sobrevivida tem exigido de todos os profissionais de saúde um compromisso maior nas diversas etapas da assistência aos portadores e prevenção do HIV/Aids. O apoio psicológico permanente tem sido de grande valia ao adolescente soropositivo. O adolescente pode sentir a redução da vulnerabilidade social, por meio de ações educativas intra e extramurais que proporcionem aconselhamento, acompanhamento, participação no processo de comunicação entre parceiros e familiares, e, ainda, na oportunidade de participar de grupos terapêuticos e de adesão ao tratamento.

A terapia anti-retroviral tem sido eficiente na diminuição da carga viral em grande número de casos. Isso é importante, pois “com a terapêutica antiviral adequada, espera-se que a carga se torne indetectável pelos níveis atuais, controlando a progressão da doença” (BRASIL, 2000b: 8).

Um aspecto importante a ser salientado diz respeito ao fato de que, no início do acompanhamento dos portadores do HIV que estão sob o uso de medicamentos, a parte física parece estar menos afetada. O grande nó reside no abalo relativo aos planos emocional e social.

No caso dos adolescentes, esses fatores tornam-se mais sérios, pois há grande número de questionamentos pessoais, como por exemplo: devo tomar a medicação na frente de amigos ou não? O que devo responder às perguntas de outros colegas sobre o uso de tantas medicações diárias, da escravidão a horários, da abstinência alcoólica, da mudança de rotina de vida e manejo de efeitos colaterais dos primeiros meses? Alguns adolescentes relatam que esse momento é permeado por uma sensação que corresponde ao “começo do fim” (TEIXEIRA, PAIVA e SHIMA, 2000).

A presença do vírus HIV na adolescência pode ser um forte indicador de crises constantes. Durante o exercício da sexualidade, podem emergir conflitos relacionados ao fato de se deve contar ou não ao parceiro (a) ou a uma amiga (o) que é soropositivo ou adotar uma “vida normal” como os outros, escondendo-se. Isso imprime um grande dilema para o adolescente, que implica a decisão de usar ou não o preservativo.

3.6 TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Vermelho, Silva e Costa (1999) declaram que a transmissão vertical, também denominada materno-infantil, é a principal via de infecção pelo HIV em crianças. É a responsável, no Brasil, por mais de 80% do total de casos em menores de 13 anos (1983-1999); e por mais de 90%, se considerarmos apenas o período de 1998 a agosto de 1999. Os casos de transmissão vertical correspondem a 2,7% do total geral de casos notificados até agosto de 1999.

Do número total de casos identificados em pessoas infectadas pelo HIV/Aids, estimado em 600 mil, 160 mil são mulheres. Atualmente, em torno de 3 milhões de mulheres dão à luz no Brasil. Em 2004, numa amostra representativa de todas as regiões do País, detectou-se que a taxa de prevalência de mulheres portadoras do HIV no momento do parto era de 0,24%, o que corresponde a uma estimativa de 13 mil parturientes infectadas, ao se considerar a idade de 15 a 49 anos (BRASIL, 2007a).

Esse mesmo boletim ainda indica que, desde o ano 2000, os casos identificados de HIV em gestantes e recém-nascidos são de notificação compulsória para profissionais da saúde e donos de estabelecimentos públicos e privados de saúde.

O primeiro caso de transmissão vertical foi notificado em 1985, e, até agosto de 1999, foram registrados no sistema 4.630 casos nessa categoria, com cerca de 40% de óbitos. Como observação inicial sobre os casos de transmissão vertical, chama a atenção que eles seguem o mesmo padrão espacial e no tempo, descrito anteriormente para o total de casos em menores de 13 anos.

Ao longo da década de 1990, a curva do crescimento dos casos de Aids por transmissão vertical se confunde com a de Aids em crianças, e ambas acompanharam a curva de incidência da síndrome em mulheres. De janeiro de 1983 a junho de 2006, foram notificados 10.846 casos de Aids em menores de 13 anos, por transmissão vertical (BRASIL, 2007b).

Segundo Veloso, Vasconcelos e Grinsztejn (1999), a transmissão vertical do HIV pode ocorrer durante a gestação, parto e amamentação. Entre 50 a 70% dos casos, as transmissões ocorrem no período próximo ao parto ou durante o nascimento. Nesses momentos, as taxas de transmissão variam nas diferentes regiões geográficas do mundo. Nos EUA, sem qualquer intervenção,

situa-se entre 15 a 30%, e na Europa entre 13 e 15%. Já na África, a transmissão perinatal do HIV mostra-se mais elevada, situando-se entre 25 e 40%. Taxas aproximadas de 18% e 13% foram relatadas em populações que não amamentaram, na Tailândia e no Brasil (VASCONCELOS, 2005).

Uma série de fatores está associada à maior transmissão do HIV da mãe para o filho. Entre eles, doença avançada da mãe, carga viral plasmática elevada, modalidade do parto, prematuridade gestacional, tempo de ruptura de membranas, corioamnionite, aleitamento materno e tabagismo.

A realização de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV ocorre principalmente nos serviços de pré-natal e nas maternidades. Dessa forma, a cobertura e a qualidade da assistência no pré-natal e no parto são dois aspectos fundamentais a serem considerados para implementação de um eficaz combate à transmissão vertical e melhora da qualidade de vida da mulher durante a gestação e o parto. Como poderá ser verificado, a qualidade da assistência prestada à gestante durante o pré-natal e o parto representa um problema muito maior do que a cobertura desses serviços.

Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS (1996) mostraram ainda que a situação educacional da mãe está intimamente relacionada ao recebimento ou não de cuidados pré-natais e também ao número de consultas. Cerca de 22% das crianças nascidas nos últimos cinco anos anteriores à realização da pesquisa tinham mães com até três anos de instrução. Entre as mulheres pertencentes a esse grupo, 31,9% não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, ou seja, não foram atendidas por nenhum profissional de saúde. Em contraposição, em 2006 esse percentual foi de 29,3%. A proporção, nos dados de 1996, elevou-se ainda mais para as mães com nenhuma instrução, o que corresponde a 43% das mulheres pertencentes a esse grupo. Já em 2006, o perfil de nível de instrução não foi levantado. O número de 4 a 7 consultas realizadas para acompanhamento do pré-natal aumentou em 14%.

Dados referentes ao parto (1996) indicavam que a maior parte dos partos ocorreu no hospital (90%), sendo alto o percentual de atendimentos por médico, principalmente nas áreas urbanas; em 2006, indicou-se um percentual de 98%, demonstrando um aumento de 8%.

Nessa última pesquisa, há o levantamento de percentual de partos realizados por médicos e enfermeiras no Brasil fora do âmbito hospitalar, tendo como resultado 97%.

A epidemia vem avançando progressivamente na população feminina de baixa escolaridade. Nesse contexto, é especialmente preocupante a relação verificada entre baixa escolaridade e não recebimento de cuidados pré-natais, uma vez que esta última condição inviabiliza a realização da maior parte das intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV.

O panorama traçado demonstra que fatores facilitadores para a transmissão vertical nos colocam frente ao fato de, atualmente, os serviços de saúde se depararem com número crescente de adolescentes e jovens que convivem com o vírus HIV. Essa é uma fase da vida na qual a sexualidade emerge com toda sua plenitude, em decorrência dos estímulos hormonais próprios da idade. No entanto, durante esse período da vida, os adolescentes estão imersos em dúvidas, como relatado por alguns deles durante a realização do Fórum Nacional de Adolescentes vivendo com HIV/Aids, realizado em novembro de 2005, na cidade de Brasília.

Os adolescentes com vida sexual ativa têm acesso ao preservativo nos serviços de saúde? Ao obtê-lo, saberão utilizá-lo? Os adolescentes não têm espaços coletivos de interlocução para tratar de temáticas como sexualidade, saúde reprodutiva, troca de vivências; como trabalhar sua realidade?

Os cuidadores/familiares desses adolescentes têm pouca ou nenhuma oportunidade de discutirem, em espaços coletivos, suas dúvidas e alternativas de apoio aos adolescentes. Faltam, ainda, espaços destinados ao atendimento específico do adolescente. Existe uma lacuna na articulação entre os serviços que prestam assistência ao adolescente com os de HIV. Persiste a discriminação, o receio de revelar o estado sorológico a amigos, colegas ou namoradas (os). O adolescente se depara com reações e sentimentos alheios quando as pessoas tomam ciência de sua soropositividade, pois estas, geralmente, são frias, distantes e discriminatórias. Em decorrência disso, existe dificuldade de adesão ou permanência no tratamento.

O número de adolescentes que convive com o vírus HIV tem crescido em decorrência, principalmente, do exercício de sua sexualidade. Essa é uma nova realidade e não esteve presente na fase inicial da epidemia.

A necessidade de se estudar a adolescência e suas peculiaridades, principalmente relacionadas às práticas da sexualidade e suas vivências, destaca-se de forma mais precisa através de pesquisas qualitativas. Essas possuem, como uma de suas características, a explanação das construções humanas expressas em vivências.

4 METODOLOGIA

4.1 A OPÇÃO EPISTEMOLÓGICA E A ESCOLHA DA METODOLOGIA QUALITATIVA

A escolha da metodologia de investigação é uma opção epistemológica e reflete os paradigmas e as respectivas teorias que irão sustentar o estudo. Essa eleição é de fundamental importância, uma vez que confere coerência ao desenvolvimento da pesquisa (DEZZIN e LINCOLN, 1994). A questão central na produção do conhecimento tem sido a credibilidade conferida às teorias e aos métodos, bem como sua aceitação pela comunidade científica. A objetividade nos métodos quantitativos e o significado nos métodos qualitativos são o divisor de águas entre a corrente positivista e a corrente fenomenológica, que fundamentam teoricamente suas concepções e formas de trabalhar a realidade.

Segundo Minayo (2004), a abordagem qualitativa se afirma no campo da subjetividade e do simbolismo. A linguagem, a prática e o nível dos significados, motivos, aspirações, crenças e valores se expressam pela linguagem comum no cotidiano e são os materiais dos estudos qualitativos.

A discussão sobre a produção do conhecimento em uma linha metodológica segue escolas teóricas. No século XX, as escolas dividiram-se entre as metodologias quantitativas derivadas dos pressupostos racionalistas e escolas positivistas e as metodologias qualitativas que surgiram como uma crítica ao racionalismo e estão ancoradas em pressupostos humanistas.

Minayo (2004) aponta que as metodologias qualitativas podem ser compreendidas como

aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, as relações e das estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Assim, essas metodologias procuram explicar a dinâmica social por meio da percepção e do significado que as pessoas imprimem às suas vivências e o que implica no entendimento dessas concepções como resultado da atividade humana.

Demo (2001) descreve o conceito de intensidade, que não se esgota na extensão do fenômeno, já que é profundo, marcado pelo envolvimento, pela participação e complexidade, elementos que contribuem para demarcar a área de pesquisa qualitativa.

A partir dessa compreensão, o processo de investigação é dinâmico e confronta o sujeito, o objeto de pesquisa e o pesquisador, de modo que o resultado dessa interação se aproxima de uma realidade que se reestrutura a todo momento. A complexidade de cada objeto de estudo, a exemplo das relações que exercem no exercício da sexualidade, emerge como uma teia com ramificações intensas que necessitam de um trabalho sensível para o seu entendimento.

Ao utilizar a sexualidade na adolescência como objeto de estudo, e concebendo-a como um fenômeno da existência humana, a sua compreensão apenas se tornaria possível pela interação efetiva com os adolescentes. Os aspectos prioritários estiveram direcionados para a possibilidade de compreender o olhar adolescente sobre o exercício da sexualidade.

A descrição desse olhar tornou necessária a busca de formas para corroborar os estudos que tragam melhorias de políticas públicas relacionadas à prática sexual na adolescência.

As teorias da psicanálise, a busca de significados, o estabelecimento da dúvida sobre o que transparece na investigação e na subjetividade fundamentam-nos em relação à aproximação desse sujeito. Utilizamos o processo de escuta, que funciona como instrumento de acesso às percepções dos sujeitos de pesquisa: adolescentes portadores do vírus HIV e sua conduta ao exercer a sexualidade.

A conduta sexual humana é uma interação entre o biológico, o sociocultural e o psicológico. Serapião (1997) salienta que se identificou, no final do século XX, a necessidade de uma metaleitura envolvendo conhecimentos da medicina, psicologia, psicanálise, sociologia, antropologia, etologia e educação, para formar a estrutura científica interdisciplinar que compõe a sexologia moderna. Teóricos sofreram influências dessas várias áreas, o que teve reflexo em pesquisas e estudos relacionados a esse tema, até hoje tão complexo e profundo.

A fusão dos significados que permeiam a sexualidade desses adolescentes nos remete para uma reflexão individual e coletiva sobre alguns aspectos altamente desafiadores: o significado de ser portador do vírus HIV e como isso interfere no início de sua atividade sexual e na postura que ele assume para a adoção de comportamentos protetores ou não.

Rey (2002: 36-7) aponta que “a subjetividade é um sistema complexo de significações e de sentido subjetivo produzidos na vida cultural humana e se define logicamente diferente dos elementos sociais, biológicos, ecológicos”. Portanto, a partir dessa argumentação, é possível dizer que dois momentos essenciais se constituem: o social e o individual. Isso acontece em decorrência do fato que “o indivíduo é constituinte da subjetividade social e simultaneamente se constitui nela”.

Assim, o conhecimento da subjetividade humana atua no reconhecimento da diversidade e aponta para os conceitos de diferença e de alteridade como elementos fundamentais para a construção de um modelo cultural novo. Esse padrão pode tornar-se um projeto político que viabilizaria a importância do pluralismo de valores e códigos que existe em nossa sociedade.

A base epistemológica deste estudo fundamenta-se na constituição do significado atribuído ao exercício da sexualidade e da descrição dessas significações, em adolescentes portadores do vírus HIV. Buscou-se um vínculo entre o conhecimento e o comprometimento com os processos sociais, se somado à busca de sua transformação. Direcionou-se a primazia à promoção e prevenção relacionadas à conduta sexual, com abordagem holística e contextualizada, baseadas no fato de que o homem é o homem e seu contexto.

Fica evidente a compreensão de que, no universo da subjetividade, qualquer metodologia da investigação estará captando de forma parcial a realidade estudada. A utilização do método julgado mais apropriado permite a aproximação do objeto de investigação. Contudo, entende-se que sempre serão possíveis, e incorporados às discussões, os questionamentos que venham contribuir para o avanço do conhecimento. Além disso, esses vêm acrescentar idéias e dados enriquecedores ao se repensar políticas públicas referentes a essa temática.

Este estará passível de revisão e críticas. A escolha entre quantitativo e qualitativo tornou-se possível a partir de uma decisão sobre a geração dos

dados como marcadores da natureza das informações e, conseqüentemente, o seu método de análise (BAUER, 2002). Foi essa concepção que direcionou a escolha metodológica adotada.

4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo tem como definição a assertiva de que é representada por um conjunto de instrumentos utilizados para a compreensão e interpretação das diversas formas de comunicação, proposta metodológica de Laurence Bardin (2000). Essa metodologia é utilizada desde o século XX, inicialmente para análise jornalística e de propagandas relativas às primeira e segunda guerras mundiais e, posteriormente, foi introduzida nos campos das ciências políticas e psicologia. Inicialmente, estava voltada para a análise de freqüência das verbalizações, tendo sido aperfeiçoada ao longo do tempo, a partir da década de 1940.

Como método para análise de textos, a análise de conteúdo faz correlação entre os métodos quantitativos e qualitativos, uma vez que pode estar baseada na freqüência com que emergem temas, palavras ou frases, dentro de uma categoria. Por outro lado, pode apenas basear sua análise nos núcleos de sentido presentes no texto (BAUER e GASKELL, 2002).

As características da análise de conteúdo permitem a codificação sistemática que autoriza a elaboração de “inferências a partir de um texto focal para o seu contexto social de maneira objetivada”. O texto se transforma em informações prontas para a interpretação à luz dos materiais pesquisados e do objetivo do estudo (BAUER e GASKELL, 2002: 19).

Conhecer o processo que se desencadeia no momento de uma entrevista é importante para a compreensão e a interpretação da mesma. O discorrer da fala de quem é entrevistado traz à tona conflitos, incoerências, valores e atitudes nos quais os processos inconscientes mais profundos tomam forma durante as falas. É importante a desconfiança diante de descobertas, a vigilância científica e a utilização de técnicas que possam transpor as evidências e contribuir para a aproximação com o mundo real.

Bardin (1977) e outros autores mais recentes, como Bauer e Gaskell (2002), conceberam a comunicação como um processo e não apenas como

dados a serem decodificados. Sua análise se baseia na interferência sobre os significados apresentados e que emergem na unidade de registro.

São várias as técnicas de análise de conteúdo e, dentre elas, a *análise temática* foi a escolhida para se obterem as informações para esta investigação. Esta escolha ocorreu porque essa é a técnica mais utilizada para acessar os dados resultantes da aplicação de entrevistas, na qual são analisados valores e crenças dos sujeitos. Foi, portanto, aquela mais relacionada com nosso objeto de estudo (BARDIN, 2000).

O *tema* é considerado uma unidade de significação presente em um texto e pode ser identificado a partir da teoria que serve de guia para o estudo. Bardin (2000) argumenta que sua validade não é de ordem lingüística, mas psicológica. Pode constituir-se apenas a partir de uma afirmação, uma alusão ou proposições. Neste estudo, foi definido o tema como qualquer idéia ou pensamento expresso pela pessoa acerca de sua vida, sua condição atual, tanto individual como nos seus relacionamentos, nos quais se possam identificar núcleos de sentidos.

A etapa subsequente da análise é a mais comumente utilizada, denominada de categorização dos temas identificados, e pode ser realizada segundo vários critérios. Optou-se pela organização das categorias a partir da sua estrutura semântica, isto é, das palavras e seus significados em determinado tema. Para realizar a categorização, é imprescindível a investigação sobre o que cada tema tem em comum com outros (BARDIN, 2000).

A definição das categorias é o processo central da análise de conteúdo, porém não é somente a partir das mesmas que serão realizadas as interpretações das mensagens. O conteúdo do texto construído, assim como suas redes de significados e particularidades participam como um todo, onde o que importa é o sentido do discurso (MENDES, 2002). A categoria deve ser aperfeiçoada até poder assumir status de indicador para a inferência, bem elaborada, qualificada e refinada.

Para atingir a melhor categorização neste estudo, observaram-se os critérios elaborados por Bardin (2000): *exclusão mútua*, que se refere ao fato de que cada tema só pode estar localizado em uma das categorias; *homogeneidade* em relação à identificação e à forma de análise em todas as categorias; *pertinência* ao material de análise e ao quadro teórico do estudo; *objetividade e*

fidelidade dos juízes na identificação dos temas e das categorias; e, para finalizar, a *produtividade* em fornecer informações e inferências de hipóteses novas.

4.3 O CAMINHO PERCORRIDO: OS PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS ADOTADOS NA INVESTIGAÇÃO

4.3.1 O universo da pesquisa

Até dezembro de 2003, dados epidemiológicos indicavam a existência de 8.900 casos de Aids por transmissão vertical no Brasil (BRASIL, 2003). Segundo a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, no ano de 2003 havia, em registro ativo, aproximadamente 120 casos de AIDS e de portadores do HIV em adolescentes com até 19 anos de idade. E quase a totalidade desses casos havia sido infectada por transmissão vertical.

O grupo selecionado para o processo de investigação foi constituído por 12 adolescentes que são atendidos no serviço especializado em DST/AIDS, de uma Regional de Saúde de referência no Distrito Federal em um grupo constituído por 17 adolescentes. Um deles foi a óbito, outro estava com câncer e outros três rejeitaram serem participantes. A coleta de dados realizou-se no período de junho de 2007 a janeiro de 2008.

Bauer e Gaskell (2002: 71) descrevem que, nas entrevistas, há um número limitado de interpretações da realidade. E, embora as experiências possam parecer únicas ao indivíduo, as representações de tais experiências não surgem das mentes individuais; em alguma medida, elas são os resultados de processos sociais. Essa concepção pode ser verificada pelo pesquisador, que, ao longo das análises das entrevistas, vai percebendo que as representações e os temas passam a ser comum aos participantes da pesquisa. Ou seja, eles começam a se repetir. Em relação ao tamanho do corpo do texto a ser analisado, ele não pode ser muito extenso, uma vez que, caso o pesquisador se lembre de detalhes emocionais, ambientais e de temas-chave de cada entrevista, estará em melhores condições de descrever e perceber globalmente as situações investigadas.

Os critérios de inclusão para o estudo foram os seguintes: ser adolescente, independente do sexo, portador do vírus HIV adquirido por

transmissão vertical, ter o diagnóstico confirmado de infecção HIV e estar em atendimento no Centro de Saúde de referência em DST/AIDS de uma regional de saúde do DF. Os critérios de exclusão foram: não ter sido infectado por transmissão vertical, não aceitar participar da pesquisa.

4.3.2 Instrumentos utilizados e a realização das entrevistas

Para a coleta dos dados, utilizaram-se dois instrumentos. O primeiro deles foi um roteiro que continha questões fechadas relacionadas aos dados sociodemográficos e foi aplicado ao início da entrevista pela pesquisadora (Apêndice A). O segundo foi um roteiro com questões abertas (Apêndice B) para direcionar a realização da entrevista em profundidade, o que favoreceu a interlocução confidencial e íntima em algumas entrevistas. Nesse momento, foram explicitadas situações e comportamentos, geralmente não relatados em entrevistas formais.

O roteiro de entrevistas com questões abertas evidencia uma opção pelo método indutivo, aquele que busca os significados e não adota idéias e categorias, definições ou hipóteses pré-concebidas. Esse instrumento é especialmente apropriado para pesquisas qualitativas, por conferir uma descrição compreensiva em maior profundidade e leitura de significações, particularidades e complexidades (BARDIN, 2000; MINAYO, 2004).

Segundo Bauer e Gaskell (2002), as dificuldades que o pesquisador encontra na condução de entrevistas podem ser minimizadas com cuidado e técnicas adequadas. O *rapport* cria ambiente de confidencialidade e estabelece relação de confiança e de segurança. Realizar as perguntas com tranquilidade e utilizar-se de reforço e encorajamento favorecem o bem-estar do entrevistado e maior interação nesse momento.

O local da pesquisa foi um centro de referência de uma Regional de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, justamente por ser uma unidade de referência para prestação de assistência para pessoas portadoras de HIV e da Aids. Além disso, recebe pessoas provenientes de quase todas as regiões do Distrito Federal, o que permite acessar distintos perfis socioculturais e demográficos dos entrevistados, tornando a pesquisa mais rica.

As entrevistas foram realizadas pela autora desta pesquisa, em dia e horário agendados segundo a conveniência das pessoas que participaram delas. Teve duração variada: a mais curta foi realizada em 15 minutos, e a mais longa em uma hora. A mais curta aconteceu motivada pelo fato de o adolescente não querer falar sobre sua intimidade e se deter a responder as perguntas mais diretas como moradia, se houve palestra na escola, se é a favor ou não de falar quando se é portador do vírus HIV à sua companheira (o); e a mais longa dispôs desse tempo pelo sujeito da pesquisa estar disposto a falar sobre si. O local escolhido para a realização das perguntas foi a Unidade de Saúde, por decisão conjunta de participantes, responsáveis e pesquisadora, que entenderam ser um lugar neutro e, por isso, mais apropriado para a realização das mesmas.

4.3.3 Procedimentos para análise

Após a transcrição das fitas gravadas durante as entrevistas, o que foi realizada pela pesquisadora, o texto proveniente desse procedimento foi organizado para permitir o processo de decodificação e as análises. As fitas serão guardadas por cinco anos para utilização de pesquisas públicas. Essa postura foi adotada com o objetivo de manter sigilo total sobre as verbalizações dos entrevistados, a partir do entendimento de que se tratava de situação extremamente delicada. Este trabalho contou com a participação de três pessoas: o pesquisador principal e mais dois membros do Grupo de Pesquisa em Análise de Conteúdo do Instituto de Psicologia Social da Universidade de Brasília, que denominamos como equipe de análise.

Cada uma dessas pessoas realizou separadamente, e para cada entrevista, os seguintes passos: leitura flutuante do texto; novas leituras para demarcação de verbalizações de identificação de seus respectivos temas; quantificação da frequência dos temas; organização dos temas de cada discurso, conforme critério semântico, em categorias temáticas; organização das várias categorias temáticas em um quadro geral para visualizar os temas levantados; elaboração e definição das categorias.

Com base na proposta de Bardin (2000), a identificação dos temas foi realizada a partir do entendimento dos entrevistados acerca de suas percepções, o que possibilitou a identificação dos núcleos de sentidos. Sua inclusão em

categorias buscou aglutinar os temas da mesma natureza ou que mantinham uma relação de significados através de elos de similaridade, complementaridade, causalidade, diversidade ou ambivalência.

Concluídas as etapas mencionadas acima, a equipe se reuniu e discutiu exaustivamente a análise de cada entrevista e buscou um possível consenso. Quando à identificação dos temas ou categorias, essa não coincidiu entre as três componentes da equipe, e a decisão se deu pelo voto da maioria. O processo final foi demarcado pela construção da síntese final das 13 entrevistas realizadas com adolescentes portadores do vírus HIV, o que ocorreu a partir da análise conjunta dos textos. Esse procedimento durou cerca de oito meses.

Para organização dos dados e sua análise, foi construída uma matriz (Apêndice C) com espaço para os seguintes aspectos: ações, verbalizações, temas, frequência, categoria e definição das categorias.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

A Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos e aponta, em seu item III.3, que é necessário

prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

E em seu item IV.3 a) define que

em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, deverá haver justificação clara da escolha dos sujeitos da pesquisa, especificada no protocolo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e cumprir as exigências do consentimento livre e esclarecido, através dos representantes legais dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade (BRASIL, 1996).

Considerando-se as questões acima mencionadas, o protocolo desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES/DF), com o Parecer nº. 0107/2007 e aprovado em 03 de julho de 2007 (Anexo 1). Os adolescentes que aceitaram participar do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos e os procedimentos

adotados mediante a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D). O documento foi assinado pela pesquisadora e pelos responsáveis pelos sujeitos da pesquisa, em duas vias, sendo que uma ficou com o participante e outra com a pesquisadora. Esses documentos foram colocados em envelope lacrado no momento da sua assinatura.

Quanto aos riscos para os sujeitos e a responsabilidades do pesquisador em minimizar os possíveis riscos, foi oferecida aos participantes garantia de anonimato e sigilo sobre a origem das informações. Para isso, as entrevistas ocorreram em local privativo, em um consultório fechado, no qual estavam presentes apenas a pesquisadora e o entrevistado. A transcrição das fitas foi efetuada pela própria pesquisadora, como salvaguarda adicional de manutenção da confidencialidade, por se tratar de um processo delicado, no qual poderia haver vazamento de informações.

Foram entrevistados adolescentes que estavam “recebendo assistência” por parte da equipe de saúde, no Centro de Saúde de Referência para HIV, na Regional de Saúde. A entrevista aberta permitiu um diálogo sem qualquer pressão da entrevistadora sobre o entrevistado. Este só verbalizou o que julgou estar à vontade para fazê-lo.

Durante o percurso da pesquisa, foram realizadas observações de campo descritas na apresentação dos resultados.

Por se tratar de adolescentes que estavam sendo questionados a respeito de informações íntimas, como o exercício da sexualidade, tomou-se o cuidado de evitar a exposição indevida dos participantes. Quando ficavam evidentes sinais de desconforto, as entrevistas eram interrompidas e posteriormente retomadas. Foi previsto que talvez houvesse a necessidade de encaminhamento, caso houvesse algum tipo de descompensação relativa à entrevista. No entanto, essa estratégia não precisou ser utilizada.

Em algumas entrevistas, ocorreu desconforto do participante, que foi expresso na forma de emoção, “rebeldia” ou medos. Alguns dos entrevistados encerraram a fala sem maiores detalhes e isso foi respeitado pela entrevistadora, pois, segundo critérios preestabelecidos, as entrevistas poderiam ser suspensas durante a sua realização, caso o participante assim o desejasse, sem qualquer tipo de penalidade. Nesses casos, os contatos foram retomados, mas a continuidade da entrevista foi negada.

Foram garantidas e esclarecidas, aos sujeitos, as formas de divulgação dos resultados em publicações para fins científicos, com a garantia de jamais citar nomes ou qualquer forma de identificação.

O acompanhamento do projeto de pesquisa foi realizado segundo cronograma preestabelecido, porém com uma extensão do período inicialmente previsto. Esse avanço ocorreu em função da dificuldade em se conseguir entrevistar os adolescentes, pois a abordagem que se dá a este tipo de participante de pesquisa é um pouco mais complexa. São vários os fatores intervenientes, onde critérios intrínsecos são determinantes e, por outro lado, existe a dificuldade de encontrá-los nas consultas, mesmo quando estão agendados com meses de antecedência.

No que se relaciona à aceitabilidade do grupo em participar da pesquisa, pode-se dizer que, assim como os adultos, também os adolescentes, em sua maioria, apresentam grandes dificuldades em falar sobre suas condutas sexuais.

Estabelecemos o compromisso de divulgarmos, por meio de artigos científicos, os resultados encontrados, assim como sua devolução às instâncias de saúde e governamentais dos governos federais e do DF.

Comprometemo-nos à divulgação dos resultados em fórum competente e de forma ética, com os devidos créditos aos participantes. E destacamos que as fitas com as gravações das entrevistas serão reservadas para pesquisa pública, por cinco anos, após a defesa da dissertação e a respectiva homologação pela Universidade de Brasília.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A iniciação da pesquisa no campo de estudo se deu com a busca em prontuários de adolescentes, entre 12 e 18 anos, portadores do vírus HIV por transmissão vertical, que freqüentavam o serviço de saúde especializado nesse tipo de atendimento. Então se seguiu o encaminhamento para as entrevistas, após um contato telefônico prévio com o responsável, no qual se explicava todo o percurso da mesma e a necessidade de preenchimento do TCLE.

Logo após o trâmite supracitado, houve o primeiro contato, também telefônico, com as (os) adolescentes. Em seguida ao contato prévio, programou-se a realização das entrevistas imediatamente após a realização da consulta médica, com a finalidade de iniciação do vínculo, para aquisição de confiança.

Os locais, dias e efetivação das entrevistas foram estabelecidos em comum acordo para serem realizadas no Centro de Saúde, em dias das consultas marcadas, favorecendo o deslocamento e a disposição desses adolescentes para tal realização. Foi fornecido lanche nos casos em que houve demora no atendimento.

Alguns adolescentes necessitaram de um tempo maior de adequação para formulação desse vínculo, o que é considerado normal, visto que adolescentes demoram mais para aceitar vínculos com pessoas de outras faixas etárias. Esse vínculo se caracterizou por manutenção do anonimato, sigilo absoluto do conteúdo, inclusive com os pais e responsáveis.

Efetivado o vínculo, iniciaram-se as entrevistas sobre dados sociodemográficos, situação que transcorreu sem problemas. Ao iniciar as questões abertas, percebeu-se, em todas as entrevistas, resistência quando se adentrava no assunto de sexualidade; afinal se estava abordando assunto de foro íntimo, o que foi considerado como uma necessidade a ser trabalhada.

Então, exposições explicativas na linguagem da adolescência, para fins de sensibilização, sobre sexualidade, relações sexuais, “o ficar”, namoro, futuro, casamento e filhos, propiciaram um ambiente favorável para efetivação do pacto de confiança.

Durante as entrevistas, foi permitido diálogo sem qualquer pressão por parte do entrevistador ao entrevistado. Esse só relatou o que sentiu vontade.

Firmou-se o compromisso de interromper a entrevista ao menor sinal de desconforto, e, se houvesse necessidade, encaminhar o (a) adolescente para atendimento imediato da equipe especializada na área. As entrevistas se caracterizaram, também, por um ambiente esclarecedor sobre tabus, mitos e crendices próprias da adolescência, onde a confiança mútua e o compromisso previamente estabelecido trouxeram a certificação da necessidade, de ambas as partes, de outros encontros semelhantes a esses.

Importante salientar que as entrevistas (aberta e fechada) foram lidas pela entrevistadora, pelo fato de a maioria dos adolescentes desconhecerem seu perfil sorológico, conforme informação prévia de responsáveis e equipe de saúde.

5.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O local escolhido para a realização da pesquisa foi um dos oito Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em DST/Aids do Distrito Federal, que integram a rede de atenção à saúde do DF. Foi um dos primeiros Centros de Saúde de Brasília e sua fundação ocorreu na década de 1950. Na época, a unidade era referência para o atendimento a tuberculose e hanseníase, e possuía quatro clínicas básicas: pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia.

A partir da década de 1990, foram implantados outros serviços de ambulatório de acompanhamento em DST/Aids. No decorrer do tempo, houve a incorporação de outros serviços que vieram para consolidar o serviço de referência nessa área, tais como: enfermagem, infectologia, pneumologia, dermatologia, pediatria, ginecologia, obstetrícia, farmácia, imunização, odontologia, psicologia, nutrição, serviço social, serviço de radiodiagnóstico e laboratório.

As (os) adolescentes acompanhadas (os) nessa unidade foram, na maioria, encaminhadas (os) por serviços de saúde públicos e privados de todo o Distrito Federal, assim como de outros Estados. O acompanhamento de baixa e média complexidade é, geralmente, realizado em nível ambulatorial, constituindo-se basicamente de consultas médicas, de nutricionistas, quando houver encaminhamento, e de psicólogos, muito raramente.

5.2 DESCRIÇÃO DO UNIVERSO SELECIONADO

Os dados sociodemográficos do grupo estudado estão descritos de forma sucinta no Quadro 1, apresentado abaixo. A caracterização do grupo investigado – no que se refere ao sexo, à idade, cor da pele (autodeterminada, conforme critério do IBGE) residência e escolaridade – foi elaborada a partir do preenchimento de um formulário efetivado pela pesquisadora no início da entrevista.

Foram entrevistados 12 adolescentes, de ambos os sexos, sendo que a maioria deles pertencia ao sexo masculino, totalizando nove participantes do sexo masculino e três do sexo feminino. Tinham idade compreendida entre 12 e 18 anos, todos estavam matriculados em escola pública ou privada, moravam em cidades satélites do DF e apenas um possuía o pai morando junto.

Quadro 1 - Caracterização dos adolescentes entrevistados, em um Centro de Saúde do DF, quanto ao sexo, à idade em anos, cor da pele, residência, escolaridade e pessoa responsável pelo cuidado

Adolescente	Sexo	Idade (anos)	Cor	Residência	Escolaridade	Responsáveis
E1	M	14	Parda	Planaltina/DF	Fundamental	Tios
E2	M	15	Branca	Casa-abrigo/DF	Fundamental	Casa-abrigo
E3	M	17	Branca	Planaltina/DF	Fundamental	Mãe
E4	M	17	Branca	Brazlândia/DF	Fundamental	Pais adotivos
E5	M	18	Branca	Planaltina/DF	Fundamental	Mãe
E6	F	17	Parda	Goiás	Ensino médio	Pai
E7	M	12	Branca	Ceilândia/DF	Fundamental	Mãe
E8	M	14	Parda	Ceilândia/DF	Fundamental	Mãe
E9	M	18	Parda	Asa Sul /DF	Ensino médio	Pais adotivos
E10	F	17	Parda	Guará/DF	Ensino médio	Tias
E11	M	17	Parda	Ceilândia/DF	Ensino médio	Tias
E12	F	16	Branca	Taguatinga/DF	Ensino médio	Mãe

No que diz respeito à faixa etária, oito dos adolescentes entrevistados possuíam entre 12 e 18 anos. Em relação à cor da pele, seis eram de cor branca,

seis eram pardos⁷. No que se refere à residência, eles são provenientes de distintas cidades satélites, tais como Planaltina, Brazlândia, Taguatinga, Guará, Ceilândia e, também, de Brasília; e, ainda, um deles morava no estado de Goiás. Todos os participantes residiam com pessoas responsáveis por seu cuidado, entre eles ambos os pais, um dos pais ou tias. Houve exceção para duas adolescentes: uma morava sozinha e outra em uma casa-abrigo para portadores do HIV. Em relação à escolaridade, sete adolescentes haviam cursado ou estavam cursando o ensino fundamental, porém variou bastante a série em que se encontravam. Os outros cinco participantes estavam inseridos no ensino médio. Todas as adolescentes entrevistadas cursavam o ensino médio e demonstravam maior interesse pelo estudo.

5.3 CATEGORIAS-SÍNTESE QUE EMERGIRAM DAS ENTREVISTAS

São denominadas categorias-síntese aquelas que foram identificadas em mais de 60% das entrevistas. Será apresentada a definição de cada uma das categorias que emergiram após a análise das entrevistas e alguns temas e verbalizações que mais as representavam. Algumas verbalizações estão destacadas entre aspas na definição da categoria, pois foram de suma importância para sua construção e estão de acordo com o sentido das mesmas.

⁷ Conforme a definição do IBGE, pardos são pessoas que se declaram mulatas, caboclas, cafuzas, mamelucas ou mestiças de preto com pessoa de outra cor ou raça.

5.3.1 Categorias-síntese que emergiram das entrevistas com os adolescentes

Quadro 2 - Categoria-síntese nº. 1 – História de vida

Descrição	
<p>Os entrevistados possuem idades entre 12 e 18 anos. A maioria mora em cidades satélites, como Planaltina e Ceilândia, uma pequena parte vive no Plano Piloto, e vive com a família, principalmente mãe e tios. Têm pouco ou nenhum contato com os pais, seja por falecimento, distanciamento ou porque o pai “sumiu no mundo”. Grande parte estuda em escolas públicas próximas às suas casas. Os projetos para o futuro envolvem principalmente aspectos relacionados à profissão: ser jogador de futebol, médico, político, policial ou advogado. Além disso, há, também, relatos sobre o desejo de “ter muito dinheiro”.</p>	
Temas	
1) Idade	4) Escola
2) Moradia	5) Projetos futuros
3) Família	
Verbalizações	
<p><i>Eu quero ser pediatra porque eu gosto de crianças e tenho maior paciência com elas.</i> E5</p> <p><i>Meu pai sumiu quando eu era criança... Nunca mais fiquei sabendo dele (...)</i> E1</p> <p><i>Eu estudo na oitava série numa escola pública lá onde eu moro.</i> E5</p> <p><i>Não tenho pai, ele morreu não sei, só que quando eu era pequeno.</i> E7</p> <p><i>Vou ser jogador de futebol e viver viajando. Isso é que é legal.</i> E1</p> <p><i>Moro no Guará, numa casa alugada.</i> E8</p> <p><i>Minha mãe cuida de nós.</i> E4</p> <p><i>Moro com os tios.</i> E10</p> <p><i>Eu não sei qual a minha data de nascimento, eu sei que tenho 12 anos.</i> E6</p> <p><i>Tenho 17 anos.</i> E1</p> <p><i>Moro com minhas tias em Ceilândia.</i> E11</p> <p><i>Estudo numa escola particular perto da minha casa.</i> E10</p>	

Como se pode verificar, a maioria dos entrevistados vivencia uma história de vida fragilizada por condições socioeconômicas, pessoais e relacionais. Almeja ter condições financeiras para mudar esse perfil de

fragilidades, sendo que alguns chegam a mencionar que a presença do dinheiro poderia lhes fornecer não apenas o que precisam, mas o que querem, o que incluía o respeito e a não discriminação. Sentiam falta da presença do pai, principalmente os adolescentes do sexo masculino, chegando a lacrimejar ao lembrar que quando o pai ligava, uma vez por mês, falava menos que cinco minutos com eles.

Quadro 3 - Categoria-síntese nº. 2 – Percepção da doença

Descrição	
<p>A maioria dos entrevistados não tem conhecimento sobre o motivo pelo qual tinham que comparecer ao Centro de Saúde e a necessidade de tomar os medicamentos de rotina. Alguns acreditavam que poderiam ter doenças como câncer ou diabetes. Entre aqueles que mencionaram o tipo de atendimento recebido na unidade de saúde, alguns relataram que gostavam e achavam os profissionais “massa”, enquanto outros disseram que eles eram “um saco” e não gostavam quando precisavam ir até lá. Grande parte afirmou que não gostava de tomar os remédios devido aos efeitos colaterais e, por isto, muitas vezes não o faziam. Alguns dos entrevistados contaram que sentem muito cansaço. Entre aqueles que sabem que estão infectados pelo HIV, alguns relataram tristeza e depressão quando souberam o diagnóstico. Alguns deles contaram que a transmissão da doença foi pela modalidade vertical, ou seja, haviam adquirido da mãe ao nascer. Acreditavam que não podiam revelar a doença aos amigos, pois fatalmente os perderiam, pois as pessoas têm preconceitos para com os portadores. Entre eles, houve relatos de descrença quanto ao futuro, devido à doença.</p>	
Temas	
1) Desconhecimento da doença	5) Descoberta da doença
2) Atendimento no Centro de Saúde	6) Transmissão vertical
3) Remédios	7) Futuro
4) Cansaço	8) Revelação da doença aos amigos
Verbalizações	
<p><i>Eu venho em todas as consultas, e acho o pessoal daqui legal. E4</i></p> <p><i>Quando me pedem exames eu não faço. E aqueles comprimidos eu só finjo que tomo pra minha mãe não encher o saco. E8</i></p>	

Eu não gosto de vir aqui porque a Dr^a. Fulana é muito chata, ela pede pra gente tirar roupa, agora não mais, mas até os 12 anos ela fazia isso e eu não gosto. E5

E tô cansada dessa vida... tenho vontade de morrer às vezes. E10

Minha tia disse que eu venho aqui para receber vitaminas e ficar mais forte, mas eu tomo esse monte de remédio e fico cada vez pior. E1

Com 16 anos minha mãe me contou que eu tinha Aids... meu mundo desapareceu debaixo de meus pés (...) E9

Eu fico cansado por qualquer coisa, aí dá vontade de deitar no sofá e não levantar mais, eu não sei por que este cansaço. E1

Eu sei que venho aqui pra me tratar e que preciso vir, mas é chato, sei que venho aqui porque sou portadora do vírus HIV. E5

Eu não tenho futuro. Meu futuro é hoje. Eu nem sei se estarei viva amanhã. Também nem sei se eu quero futuro (...) E10

Não sei por que venho aqui. Venho porque as tias me trazem e todo mundo vem. Elas dizem que é porque temos que tomar vitaminas e para crescermos com saúde. E2

Que futuro? Planos? Eu só penso quando que eu vou morrer, só espero que seja depois de minha mãe pra que ela não sofra mais do que agora. E12

Eu não gosto de jogar bola porque eu fico muito cansado e não agüento correr muito tempo. E1

Entrei em depressão profunda... aí eu afundei literalmente... fui levado para tratamento, com psicólogos, psiquiatras, nutricionista, parei de estudar... fiquei esses dois anos em tratamento, parece que agora eu tô conseguindo digerir melhor esses trecos (...) E9

Mas eu vou descobrir, minha mãe fica me enrolando, mas ela vai ter que me contar essa história, eles pensam que eu sou besta, mas eu não sou besta não. Às vezes eu acho que tô com câncer, mas eu não sinto nada. E7

Esse negócio que falam na TV, sem preconceito... sem preconceito... isso é balela de quem não vive o que eu vivo. Na minha escola só os professores sabem de minha situação e é assim, imagine se meus colegas sonham. Só tem uma professora que eu converso e posso falar de tudo que ela não me recrimina. E10

Para que meus amigos não desconfiem, entrei para uma tribo de góticos, não que eu curta essas firulas, mas lá todo mundo é magricelo, descorado e veste preto e eu sou mais parecido com eles fisicamente e não preciso ficar respondendo a coisas toda hora... meus amigos e amigas acham que pirei... mas foi a única forma que achei de não conviver mais com eles sem magoar. E9

Só esses remédios é que me deixam enjoado, às vezes eu finjo que tomo, boto na boca, e depois joga fora, esse negócio é muito ruim. E7

Meus pais morreram de HIV e eu adquiri essa doença por transmissão vertical como minha mãe falou, na hora do parto (...) E9

Esta categoria demonstra a inocência de alguns dos adolescentes que não sabiam e tampouco compreendiam o porquê de freqüentar o Centro de Saúde. Eles não gostavam de ingerir os medicamentos prescritos diariamente, principalmente por causa dos efeitos colaterais que sentiam e não entendiam a necessidade do número excessivo de exames laboratoriais que tinham de ser

realizados. Muitos deles escondiam a situação, preferiam não falar sobre o assunto e até defendiam que o portador do vírus deveria omitir sua situação sorológica, pois a revelação poderia levar à perda de amizades. Descreviam com exatidão a vivência impregnada de preconceitos e até inferiam que isso seria algo construído pela televisão e não proveniente da vida real.

Quadro 4 - Categoria-síntese nº. 3 – Relacionamentos e práticas sexuais

<p>Descrição</p> <p>Três dos entrevistados relataram estar namorando ou ter relacionamentos afetivo-sexuais esporádicos e dois mencionaram que não pensavam nisso ainda. Entre os cinco que sabiam estar infectados pelo HIV, houve o relato de um sobre a falta de vontade para namorar devido à doença. Do total de entrevistados, onze relataram já haver iniciado a vida sexual; e oito revelaram não utilizar – ou usar apenas esporadicamente – preservativo. Entre as justificativas apresentadas, está à crença de que não correriam riscos por se relacionarem com pessoas “limpinhas” e da “geração saúde”. Onze acreditavam que pessoas infectadas pelo vírus não deveriam revelar a doença ao parceiro, pois “se falar estraga”. Apenas um acreditava que quando há amor, não deveria haver segredo entre os parceiros ou que a pessoa pode revelar quando tiver dinheiro, pois “o dinheiro vence tudo”. Doze dos entrevistados afirmaram não ter recebido orientação sexual, ou mesmo de namoro no Centro de Saúde. Oito contaram que têm ou tiveram orientação na escola, mas que as informações oferecidas foram insuficientes. Cinco afirmaram ter aprendido o que sabem com os amigos.</p>
<p>Temas</p> <p>1) Namoro e relações esporádicas 5) Preservativo 2) Orientação no centro de saúde 6) Revelação da doença ao parceiro 3) Relações sexuais 7) Orientação na escola 4) Orientação de amigos</p>
<p>Verbalizações</p> <p><i>Mas eu quase nunca penso em ficar, aliás, eu nunca nem fiquei com ninguém, sou BV (boca virgem) (...) E12</i></p> <p><i>Tem mais é que ser feliz. Se falar estraga... e estraga tudo... ninguém entende, mesmo que fale que entende (...) E1</i></p> <p><i>Na escola às vezes vai um pessoal do hospital e fala sobre doenças, essas coisas.</i></p>

Nunca me disseram sobre camisinha e namoro, o que eu sei é com meus amigos (...) E6

Ah, namoro eu não tive fixo ainda, só umas meninas que eu fico lá na escola e umas vizinhas lá de casa, mas eu já fiquei com uma mesma durante três meses... Até a gente fez aquelas coisas e ela ficou com medo de pegar barriga (...) E3

Já fiquei, até já tive sexo com uma menina lá da escola, mas não foi muito bom, foi esquisito. E1

Nunca falaram de namoro aqui (no Centro de Saúde) nem na escola. E1

Eu sei usar porque meus colegas me disseram como é, mas eu não uso não, só de vez em quando... Quando eu não sei muito bem quem é a menina ou quando alguém me diz que ela é... Você sabe, né, já rodou muito (...) E3

Eu namoro um menino, essas coisinhas. E eu fico também de vez em quando, mas não com ele. É legal ficar, beijar bastante na boca, eu adoro. E5

Bom, pessoas bem bonitas e saudáveis não devem ter né, pois físico mostra tudo, né. O carinho magricelo, amarelo com cara de caveira é que deve ter essa doença. E8

Não penso em namoro, casamento, essas coisas e não quero falar sobre nada disso. E2

Quando eu casar, casar, casar... Ah vai ser como rolar, eu nem sei como vai ser, eu não sei não, se vou contar que eu tenho o vírus. Eu não, não conto não... Eu não conto pra ninguém. E5

Mas que besteira, eu nem quero ter namorado nem nada (...) E12

Falam essas coisas de usar camisinha pra não engravidar e nem pegar doença, mas eu acho que tem mais é que ser feliz... e fazer o que quiser (...) E4

Nunca ninguém me falou nada sobre relação sexual e nem uso de camisinha aqui (no Centro de Saúde), aliás, ninguém nunca falou nada sobre essas coisas aqui. E5

Acho que só assim que a gente pega, porque eu não uso droga, não transo com veado, então não corro riscos. E8

Os adolescentes entrevistados adotam distintas formas de relacionamentos afetivo-sexuais, entre as quais podem ser mencionadas o “ficar” e o namorar. Porém, não admitem a possibilidade de contar para os parceiros que são portadores do vírus HIV, revelando assim sua situação sorológica. A resposta a essa pergunta foi unanimidade para todos os entrevistados, pois eles têm medo de perder os companheiros se estes souberem a sua situação. A prática sexual sem o uso de preservativo é uma atividade comum entre os adolescentes, inclusive para aqueles que sabem que são portadores do vírus HIV. Há verbalizações como “cada um que cuide de si”, revelada pela adolescente E11, na quais fica clara a falta de cuidado consigo mesma e com o parceiro, durante a relação sexual, pelas características próprias que permeiam os pensamentos dos adolescentes, por falta de informações recebidas ou pelo

não entendimento da gravidade da exposição aos danos, no caso, a relação sexual sem preservativo.

É conveniente considerar que, durante esta pesquisa, conviver com adolescentes, independente do momento ou circunstância, é sempre uma quebra de quaisquer regras ou protocolos. Tudo, a todo tempo, se renova na adolescência. Cada gesto ou olhar que se desprende da infância e se encaminha para a busca do possível amadurecimento físico, comportamental ou de relacionamentos, muitas vezes imprevisível, leva a reflexões constantes sobre suas práticas sexuais, história de vida, independente do perfil familiar, nuclear ou não, e socioeconômico, ou mesmo sobre a falta de apoio que pensam não receber de amigas (os) ou namoradas (os), quando consideram a possibilidade da revelação da situação de saúde.

Independente do conhecimento de sua situação sorológica, esse grupo vivencia situações extremas de risco, com possibilidades iminentes de perda total do controle da transmissão do vírus HIV, nessa faixa etária. As revelações descritas reforçam a necessidade de mudanças efetivas e eficazes no combate à transmissão do HIV/Aids no DF. As anotações de campo vão ao encontro dessa afirmativa, acima descrita, e exemplifica-se através do relato a seguir:

Quadro 5 - Observação de campo, realizada em julho de 2007, sobre adolescente portadora do vírus HIV por transmissão vertical, internada em um hospital público da Rede do DF

Em meados de 2007, internou-se em um hospital público do DF uma adolescente de 12 anos, portadora do vírus HIV por transmissão vertical, que desconhecia seu status sorológico e apresentava diagnóstico médico, no momento da internação, de pneumonia.

No segundo dia de internação, por volta das 23h, após um procedimento técnico, foi utilizada uma seringa e agulha, sem contato direto com o sangue da, ora, paciente. Imediatamente após esse procedimento, adentrou essa enfermaria uma vendedora de roupas íntimas femininas.

Entusiasmada pelos produtos em amostra, a profissional de saúde repousou a seringa com agulha, sem proteção, em cima da cama, dirigindo sua atenção à amostra. As outras pessoas responsáveis pelas outras crianças internadas nesse mesmo local, que possui seis leitos, tiveram o mesmo

posicionamento.

Vale aqui ser ressaltado que, durante as internações, responsáveis pelas crianças e adolescentes internadas trocam muitas confidências, e a mãe havia comentado diagnóstico do HIV dessa adolescente com uma das responsáveis por outra adolescente. O estado de saúde geral da adolescente aqui descrita era bom e se encontrava estável, ou seja, estava ali internada por precaução e zelo para recebimento de antibióticos e dosagens.

Ao se aproximar do leito dessa adolescente, onde estavam expostos os produtos, a responsável pela outra adolescente, que tinha ciência do caso, apoiou-se na cama e perfurou a mão com a seringa. Imediatamente, ela começou a gritar palavras como: "eu vou morrer de Aids"; "eu não acredito que isso aconteceu comigo"; "como que eu fui pegar Aids dessa pirralha, se eu sempre me cuidei"; "como fui pegar Aids dela?".

A adolescente, assustada com toda a situação, dirigia-se à mãe, chorando e dizendo: "mãe, ela está falando de mim?"; "mãe, ela está dizendo que eu tenho Aids?"; "mãe, eu tenho Aids e você sabia?".

O diagnóstico foi revelado com a presença de profissionais e da família.

Dois dias após o ocorrido, a adolescente foi a óbito.

Há estudos que descrevem a influência do estado psicológico na formação e elevação das taxas de CD4 e CD8 no organismo.

O atendimento se deu em uma unidade especializada na assistência a adolescentes portadores de HIV, porém os profissionais em todas as suas categorias necessitam de sensibilização e treinamento contínuos, para efetivação de uma boa prática, seja ela técnica ou psicológica.

Quadro 6 - Observação de campo, realizada em dezembro de 2007, sobre adolescente portador do vírus HIV por transmissão vertical, durante uma entrevista

Durante uma entrevista na pesquisa de campo, foi constatado que um adolescente de 13 anos, do sexo masculino, portador do vírus HIV por transmissão vertical, desconhecedor do diagnóstico, já havia mantido relação sexual desprotegido.

A partir dessa detecção, sentiu-se a necessidade de interpelar a equipe de saúde sobre as orientações destinadas a esses adolescentes. Então se obteve como resposta: “não estamos preparados para essas orientações”; “isso não é nossa função”; “não temos profissional preparado para tal”; “a mãe não quer que o diagnóstico seja revelado, por que vamos falar sobre preservativos?”.

O perfil do profissional necessita ser modificado. É emergencial a efetivação de resultados em prevenção e não somente em tratamentos. O discurso está definindo a qualidade de vida de alguns adolescentes portadores do vírus HIV, de seus familiares e da sociedade como um todo. A realidade pede socorro.

6 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados se efetivou após a realização da análise de conteúdo segundo Bardin, como já foi destacado neste estudo. A riqueza do trabalho se ressalta pela fala dos entrevistados, onde o discurso, que é subjetivo, evidencia a realidade vivenciada e as percepções de cada adolescente.

Este estudo trabalhou com adolescentes de idades variando entre 12 e 18 anos, quesito baseado no perfil estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que delimita esse período como adolescência (BRASIL, 1990). Marques et al. (2006) discorre que

o número de crianças em idade escolar e adolescentes vivendo com HIV nos serviços é crescente, decorrência do aumento do tempo de sobrevivência em função da evolução da terapia anti-retroviral e do manejo clínico geral, e do acesso universal a estes recursos nos serviços públicos de saúde 2,3. Este fato tem resultado em prescrição de esquemas terapêuticos complexos, que certamente requerem explicações detalhadas e uma adequada compreensão e adesão dos pacientes. Desse modo, o compartilhamento dessas informações com as crianças e adolescentes constitui, hoje, uma necessidade cada vez mais presente.

Contudo, ainda descreve Marques, no artigo intitulado “A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores”, ainda há muitas crianças nos serviços de saúde que estão chegando à adolescência sem terem informações completas sobre sua história. Embora isso ainda ocorra, a recomendação predominante no Manual do Ministério da Saúde é de que haja o estabelecimento de um diálogo contínuo entre a equipe de saúde, a criança e a família, a fim de aproximá-los progressivamente do momento da revelação. A esse grupo, acrescem-se, ainda, aqueles que adquiriram a infecção já na adolescência, por outros modos de transmissão.

O perfil do estudo aqui apresentado reforça o descrito nos parágrafos anteriores, em que os adolescentes portadores do vírus HIV infectados por transmissão vertical – no caso, sete dos 12 entrevistados – desconhecem sua situação sorológica.

A não revelação acontece, na maioria das vezes, pelo fato de os pais e/ou responsáveis não se sentirem competentes para revelar a situação ao adolescente.

As categorias emergentes da análise das entrevistas apontaram que a percepção dos adolescentes sobre a prática da sexualidade, e proteção para redução de danos, vai ao encontro do que foi reportado na literatura.

Como já foi destacado, a conduta relacionada à vivência do exercício da sexualidade, adotada por adolescentes que conhecem sua situação sorológica do HIV – quanto ao uso do preservativo, por exemplo –, não se diferencia daquelas praticadas por adolescentes que não a conhecem. Tal como ocorre com outras pessoas pertencentes a esse grupo etário, como descreve Taquette e colaboradores (2005):

os adolescentes em geral sabem que o preservativo evita doenças e gravidez, mas mesmo assim não o usam. Existe uma enorme lacuna entre o nível de conhecimento e o uso efetivo da camisinha. A juventude aponta numerosas justificativas para não usá-la: esquecimento, custos e desprazer na relação sexual. No Brasil, o preservativo é muito pouco usado pelos jovens. Segundo dados do Ministério da Saúde, os menores índices de uso se encontram entre 15 e 19 anos.

O que, no relato de Reyna e Farley (2006), é confirmado:

Com as áreas cerebrais de tomada de decisão ainda em desenvolvimento, os (as) adolescentes demonstram tendência a impulsividade e discernimento duvidoso para julgar situações que oferecem risco, como dirigir embriagado, beber em excesso, fumar e fazer sexo sem proteção. Durante a juventude o cérebro amadurece em um processo e isso ocorre em etapas, começando pelas áreas posteriores e terminando nas anteriores, últimas a amadurecer, que são responsáveis pelo planejamento, raciocínio e controle de impulsos.

Caberá, então, aos familiares e à equipe multidisciplinar de saúde trabalhar juntos para o treinamento de controle de impulsos, utilizando o que é conhecido como estratégias de intervenção recomendadas, a fim de auxiliarem os adolescentes a mudarem seus comportamentos, evitarem riscos para sua saúde e manterem a segurança. Porém, o treinamento é um processo que dependerá da inserção total de familiares e profissionais.

Alguns aspectos familiares influenciam o comportamento dos (as) adolescentes, tais como falta do pai, estar sob a guarda de tios, não possuírem os pais vivos, morar sozinho, falta de preparo e sensibilização para “revelar o segredo” do status sorológico, inércia entre familiares para a busca da autoproteção, entre outros.

Foi possível observar que as categorias identificadas se inter-relacionam; e, ao longo da análise, favoreceram a descrição do perfil da (o)

adolescente que frequenta o Centro Saúde de referência para atendimento do HIV/Aids, descrito de forma sucinta no relato a seguir:

Entre os adolescentes estudados, apenas três são do sexo feminino e estão em nível escolar compatíveis com as idades apresentadas, o restante pertence ao grupo do sexo masculino e apenas dois apresentam escolaridade adequada para faixa etária. Esses dados podem ser conseqüência de faltas freqüentes à escola, devido aos efeitos colaterais que a terapia por anti-retrovirais proporciona que muitas vezes podem causar desconforto gástrico abdominal (náuseas, vômitos, dor abdominal) ou mesmo mal estar geral, conforme descrição efetuada nas Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV - 2007/2008 (BRASIL, 2008).

Os (as) adolescentes residiam, na sua maioria, em cidades do Distrito Federal, sendo que apenas um residia em uma cidade do estado de Goiás.

Em termos educacionais, o estudo não pareceu ser diretamente proporcional ao conhecimento para ações preventivas de autoproteção, pois, independente do nível escolar, a maioria do (as) entrevistados declarou não utilizar preservativo em todas as suas relações sexuais. Estes resultados vão de encontro ao que é apresentado por Fonseca e colaboradores (2003) e Rodrigues-Júnior e Castilho (2004). Estes constataram um aumento de casos de Aids nos estratos de menor escolaridade no Brasil, fato este que vem ocorrendo desde o início da década de 1990.

Sobre a residência dos doze entrevistados, dois revelaram morar em barracos pequenos. O restante não fez nenhuma inferência à área da residência ou quantidade de cômodos, porém os familiares, em sua maioria, sobrevivem de auxílio do Instituto Nacional do Serviço Social e residem em áreas menos favorecidas, no que diz respeito a saneamento básico, coleta de lixo e asfalto, o que reforça o pensamento de alguns autores sobre a pauperização da epidemia.

Com relação à freqüência às consultas, a maioria é faltosa, fato comprovado por este estudo quanto à demora para realização das entrevistas. A despeito de as consultas estarem marcadas antecipadamente, as faltas eram freqüentes.

6.1 CATEGORIA-SÍNTESE Nº. 1 – HISTÓRIA DE VIDA

O contexto social que circunda a vida de muitos dos adolescentes entrevistados é marcado por profundas dificuldades financeiras, falta de trabalho,

desagregação familiar, dificuldade de deslocamento para a escola e obstáculos ainda maiores para consolidar o aprendizado fornecido pela escola. A maioria deles não conta com a presença nem a atenção do pai, sendo que alguns sequer sabiam qual o seu local de residência. Cinco já perderam ambos os genitores, ou pelo menos um deles, em decorrência de sua morte ou separação da família.

Algumas dessas trajetórias podem ser compreendidas pelos extratos das verbalizações e segundo alguns temas propostos nesta categoria, apresentados a seguir:

TEMAS

1 b Moradia:

O barraco onde eu moro é alugado. E1

Moro lá na Ceilândia, moro num barraco porque não tenho onde ficar. E2

Agora moro sozinho (...). E5

Não é uma casa, é um barraquinho de fundo (...) na Ceilândia, moro num barraco (...). E7

Moro no plano piloto. E9 e E10

Moro em um barraco com minha mãe. E12

1 b Família:

Moro com os tios, minha mãe morreu quando tinha quatro anos de idade. Eles bebem muito, às vezes passam o dia inteiro bebendo e não vão trabalhar (...). E1

Minha mãe morreu há mais ou menos dois anos, meu pai tá vivo, tá por aí (...). E2

Moro com minha mãe adotiva e meu pai também (...). E3

Moro com minha mãe e dois irmãos. Minha irmã tem treze anos e meu irmão tem onze anos, minha mãe cuida de nós. E meu pai... ultimamente perdi o contato com ele. Ele mora no Rio de Janeiro e me ligava de vez em quando. Agora ele nem liga muito, aliás, ele não liga mais faz mais de dois meses (...). E4

Eu morava com meu tio e agora moro sozinho, porque eu morava com meu irmão (...). E5

Moro com minha mãe e mais dois irmãos. Meu pai mora na Ceilândia e às vezes eu falo com ele por telefone, quando ele liga e quer saber se eu tô bem, mas eu não gosto disso, porque é lá de vez em quando. Minha mãe não trabalha, fica em casa. Minha mãe diz que meu pai era meio grosso (...). E6

Minha mãe trabalha e passa o dia todo fora, não tenho pai, ele morreu, quando eu era pequeno (...). E7

Moro com meus pais, que são de criação (...) E9

Moro com minhas tias. Minha mãe faleceu quando eu tinha sete anos, por Aids. Meu pai, dizem que sumiu no mundo quando eu estava na barriga da minha mãe. Tenho muitas coisas, mas queria que meus pais estivessem junto comigo (...) E10

Moro com minhas tias (...) E11

Moro com minha mãe. Que está muito doente e aí uma vizinha ajuda minha mãe. Meu pai sumiu quando eu era criança... nunca mais fiquei sabendo dele... ele engravidou minha mãe, passou essa droga dessa doença para ela e depois quando eu tinha cinco anos sumiu no mundo (...) E12

1 c Escola:

Quando vou para a escola, jogo futebol (...) E1

E estudo lá também (casa-abrigo) (...) E2

Não gosto muito de estudar, mas gosto de jogar bola na rua e na escola (...) E3

A gente é obrigado a ir pra escola todos os dias, né? (...) E4

Tô na oitava série (...) E7

Parei de estudar e agora minha mãe vive me incomodando pra voltar. Tô tentando, tô tentando (...) E8

Estudo numa escola particular perto da minha casa. E10

1 d Projetos futuros:

Vou ser jogador de futebol e viver viajando. Isso é que é legal (...) E3

Eu quero ser pediatra porque eu gosto de crianças e tenho maior paciência com elas (...) E5

Eu quero ser policial militar pra andar fardado dentro dos carros (...) E6

Acho que quero ser advogado e ser muito respeitado e ganhar muita grana. E viver em festa, na balada só o ouro, e acho que quero casar (...) E8

Eu não tenho futuro. Meu futuro é hoje. Também nem sei se eu quero futuro (...) E10

Que futuro? Planos? Eu só penso quando eu vou morrer, só espero que seja depois de minha mãe pra ela não sofrer mais do que agora. E12

Diferente de todos os outros perfis de entrevistados, a adolescente E5 tem vida independente, trabalha e estuda, sendo, também, ajudada em aspectos

econômicos e afetivos pelo pai e pelos parentes próximos. É consciente de seu estado de saúde e planeja seu futuro de uma forma esperançosa e otimista.

Com apenas duas exceções, a trajetória desse grupo é marcada por situações desalentadoras de empobrecimento, abandono e discriminação. Greco (1999) aponta que a Aids está inserida em um contexto de pobreza e de má distribuição de renda, no qual a incidência de muitas doenças de origem infecciosa se pronuncia. Isso torna praticamente impossível pensar em seu controle sem discutir o princípio da justiça, da eqüidade e as questões éticas envolvidas nesse contexto.

Antes disso, porém, Mann e Tarantola (1993) já argumentavam que as barreiras estruturais estão presentes no contexto da Aids e se relacionam a aspectos como baixo acesso a políticas públicas de saúde, educação e trabalho, configurando a vulnerabilidade social dos indivíduos. Na mesma linha de pensamento, Farmer (1996, tradução desta autora) sinaliza que as populações mais pobres, via de regra, residem em locais mais precários, não se alimentam bem, têm dificuldade para o atendimento de suas demandas, o que ocasiona a diminuição da imunidade e as torna mais suscetíveis à aquisição de doenças. Para o autor, esses fatores concorrem para o estabelecimento de violência estrutural e iniquidade social vigentes no enfrentamento do curso da doença, associando-se a outras variáveis sociais e biológicas.

Pode ser constatado pelas estatísticas oficiais que o perfil da maior incidência e prevalência de portadores do HIV inclui pessoas que pertencem a classes economicamente menos favorecidas. Observa-se, porém, o surgimento de uma nova realidade, aquela representada por adolescentes portadores do vírus HIV que foram e estão sendo adotados por pessoas de maior poder aquisitivo. Esse novo cenário poderá deslocar o perfil socioeconômico de adolescentes portadores do vírus HIV e doentes de Aids no Brasil.

A situação familiar descrita pelos participantes foi caracterizada, na maioria das passagens, por desestruturação familiar e psicológica, o que causa tristeza, às vezes depressão e desmotivação, ao se pensar nas perspectivas para o futuro. A tristeza e depressão costumam atingir adolescentes que conhecem sua condição de portador do vírus HIV.

A categoria História de vida inclui aspectos relacionados à escola, à moradia e aos projetos futuros desses adolescentes. Assemelham-se muito para

todos eles, porém no que se refere aos projetos futuros possuem uma relação inversamente proporcional à ciência do status sorológico quanto ao vírus HIV. Ou seja, quanto maior for sua ignorância sobre este fato, maior é a perspectiva e os planos para o futuro.

6.2 CATEGORIA-SÍNTESE Nº. 2 – PERCEPÇÃO SOBRE A DOENÇA

Na maioria das vezes, a mulher toma ciência de que é portadora do HIV, durante a gestação, quando inicia o cuidado pré-natal. Esse momento imprime um forte impacto na vivência feminina – ao mesmo tempo em que é fonte de vida, pode transformar-se em vetor da morte – e demarca a necessidade de enfrentamento da doença de alguma forma. A depressão pode marcar esse período de forma indelével, e a simultaneidade da gestação e do HIV demonstra toda a sua complexidade, o que contribui para a emergência dos mais variados tipos de sentimentos. A depressão é considerada o distúrbio psiquiátrico mais prevalente após a infecção por HIV (BRASIL, 2006b).

Os conflitos vivenciados pela mãe portadora do HIV estão relacionados à culpa, principalmente pela possibilidade de poder infectar o bebê, o medo de não viver o suficiente para cuidar dos filhos e a tristeza ocasionada pelo fato de não poder amamentar. Berer e Ray (1997) descreveram que o maior sentimento de culpa recairá sobre a mulher, pois ela será identificada como a pessoa que, de fato, transmitiu o vírus ao filho. Não importa se ela foi infectada pelo parceiro e pai da criança, pois a responsável final pela transmissão será sempre ela. A questão relacionada à impossibilidade de amamentar é sempre vivida como um conflito: depois de ter se tornado mãe, a amamentação representa um papel fundamental na vida do bebê. O aleitamento materno é definido como sinônimo de qualidade de vida para o lactente, aspecto priorizado nas políticas públicas de saúde, em campanhas educativas do Ministério da Saúde desde 1984.

Desde então, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno no Brasil (PNIAM), que é amplamente divulgado pela mídia impressa e televisiva, declara que é inegável a importância do aleitamento materno na nutrição das crianças. Esse deve ser exclusivo, principalmente nos primeiros 6 meses de vida (BRASIL, 1994).

O leite materno contém, em sua fórmula, substâncias adequadas e ideais para alimentar uma criança. É esse tipo de alimentação que supre todas as suas necessidades nutricionais mantendo o crescimento dentro da normalidade nesse período. Essa política ainda intervém em propagandas de produtos lácteos, tendo como consumidoras crianças de zero a seis meses. Por um lado, produz-se a sensibilização para que se efetive a amamentação até o sexto mês de vida do bebê; por outro, essa é contra-indicada a mães portadoras do HIV, reforçando a alimentação artificial.

Nesse contexto, o enfrentamento da doença envolve a inclusão de diferentes atores para fornecer o suporte de que a mulher necessita. O preparo da equipe multidisciplinar representa um aspecto importante, pois essa deverá aprender a dispensar cuidado especial às pessoas em situações frágeis da vida, que, nesse caso, incluem mulheres, parceiros e seus bebês. Isso é importante porque a atenção dispensada durante o pré-natal, parto e puerpério será decisiva para a prevenção da transmissão vertical da mãe para o bebê. O acompanhamento que se inicia aqui poderá, em algumas situações, seguir esse novo ser no decorrer de sua vida.

As políticas de saúde sobre direitos sexuais e reprodutivos garantem o direito de mulheres e casais soropositivos de engravidarem e constituírem suas próprias famílias (BRASIL, 2006b).

Porém, em muitos casos, a equipe de saúde não está capacitada para orientar o casal sobre as práticas de sexo seguro como forma de aguardar o momento adequado para se tentar a gestação. Ou de como estar com CD4 maior que 200 cels/mm³, embora esse fator não seja o único que define o bom momento para gestação, devendo ser averiguados vários outros, como o genético, o uso de drogas, as práticas sexuais, conforme Gianvecchio e Goldberg (2005).

Entretanto, não é somente o fator fisiológico que define essa probabilidade de gestação, mas um contexto que implica na aceitação da equipe, que, segundo essas pesquisadoras, é a primeira a não concordar.

Essa situação é decorrente da sedimentação de moralidades e valores que permeiam as práticas de saúde, o que torna impeditiva uma atenção direcionada à pessoa e não à sua conduta. Paiva e colaboradores (2002) afirmam que os casais não têm suporte para tomada de decisão quanto ao planejamento e

à aceitação de uma gravidez, mesmo com a implementação de métodos de prevenção da transmissão vertical. Talvez isso ocorra porque eles não recebem orientações para o enfrentamento da situação, ou por não se sentirem competentes para seguir os métodos e tratamento de prevenção de transmissão vertical.

No caso de adolescentes infectados por transmissão vertical, é compreensível a dificuldade vivenciada por pais e responsáveis sobre a fragilidade da situação de soropositividade do adolescente, que aumenta em complexidade com o passar dos anos. Talvez por isso, esses pais e responsáveis adiem a quebra do sigilo e a revelação sobre o status sorológico do adolescente. O preparar-se para essa situação deveria iniciar-se com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Lançar um olhar para o futuro é tentar combater tanto o constrangimento decorrente da revelação do real estado de saúde do adolescente, como combater as possíveis intercorrências e conseqüências da não revelação o mais precocemente possível.

Nossas políticas em saúde direcionam as estratégias de ação para o tratamento do HIV/Aids, o que, nesse caso específico, causa grandes transtornos nos núcleos familiares. Isso ocorre porque não há preparo dos profissionais e, conseqüentemente, dos familiares, que deveriam receber orientações e acompanhamento, e nem práticas de saúde contextualizadas para a efetiva prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2006a).

A situação atual do HIV no Brasil tem reflexo para a sociedade em geral, pois é acometida pela epidemia do vírus, que se perpetua de maneira silenciosa e intempestiva. Nesse sentido, deve-se repensar a efetividade das políticas para a saúde.

Atividades preventivas se consolidam por meio de pessoas e de conhecimentos multidisciplinares, entrelaçados e comprometidos com a resolutividade das situações encontradas.

Os extratos retirados das falas dos adolescentes demonstram que, para alguns adolescentes, é difícil a percepção e o enfrentamento da doença, uma vez que eles não conhecem a sua real condição de saúde.

TEMAS:

2 a Desconhecimento da doença:

Minha tia disse que eu venho aqui (Centro de Saúde) para receber vitaminas e ficar mais forte (...) E1

Não sei por que venho aqui. Venho por que as tias me trazem e todo mundo vem. Elas dizem que é porque temos que tomar vitaminas e para crescermos e ter saúde (...) E2

Venho aqui por que minha mãe me obriga, mas por mim... isso aqui é um saco... a gente vive fazendo exames e tomando uns remédios que faz a gente se sentir mal (...) E3

Eu venho aqui para saber como é que eu to, pra fazer exames, pra médica me examinar. Saber se eu ganhei peso ou perdi sabe; se eu cresci ou não. Eu venho em todas as consultas (...) E4

Não sei... só sei que venho consultar (...) E6

Sei que venho pra consultar, minha mãe nunca fala nada. Só diz que é para acompanhar meu crescimento, acho muito esquisito. Meus amigos não tomam essa "carrada" de coisas. Mas eu vou descobrir, minha mãe fica me enrolando, mas ela vai ter que me contar essa história, eles pensam que eu sou besta, mas eu não sou besta não. Às vezes eu acho que tô com câncer, mas eu não sinto nada. Sei que venho pra consultar, minha mãe nunca fala nada. Só diz que é para acompanhar meu crescimento, acho muito esquisito. Meus amigos não tomam essa "carrada" de coisas. Mas eu vou descobrir, minha mãe fica me enrolando, mas ela vai ter que me contar essa história, eles pensam que eu sou besta, mas eu não sou besta não. Às vezes eu acho que tô com câncer (...) E7

Não, eu sei que vivo sendo mandado pela minha mãe para vir aqui, mas eu só venho de vez em quando. Quando me pedem exames eu não faço. Sei que tenho alguma coisa que não é muito legal, pois minha mãe incomoda pra eu estar aqui quase de dois em dois meses, mas não sei o que é, tenho um amigo que tem diabetes, sabe aquele negócio de açúcar no sangue e que precisa estar toda hora no médico, acho que devo ter esse negócio ou outro. Mas como eu me sinto bem (...) E8

2 b Atendimento no Centro de Saúde:

O pessoal daqui é legal e gosto da doutora que me atende sempre que eu venho (...) E7

È legal o pessoal aqui, mas às vezes sinto falta de... ah deixa pra lá (...) E2

As pessoas aqui até que são “massa”, mas não preciso disso. Meus colegas não vão tanto ao doutor como eu (...) E3

Eu venho em todas as consultas, e acho o pessoal daqui legal (...) E4

Eu não gosto de vir aqui porque a dr^a fulana é muito chata, ela pedia pra gente tirar a roupa, agora não mais. Mas até os 12 anos ela fazia isso e eu não gosto. Eu sei que venho aqui pra me tratar e que preciso vir, mas é chato, sei que venho aqui porque sou portadora do vírus HIV (...) E5

2 c Remédios:

Não entendo por que tem que ficar vindo aqui sempre tirando sangue e tomando esse monte de remédios (...) E1

Elas dizem que é porque temos que tomar vitaminas e para crescermos e ter saúde (...) E2

Para receber vitaminas e ficar mais forte, mas eu tomo esse monte de remédio e fico cada vez pior. Assim, parece que quanto mais eu tomo mais eu fico cansado e mais sem fome. Às vezes tenho vontade de parar, mas minha tia diz que se parar, eu não vou ficar forte e com músculos; aí eu tomo para ver se eu cresço e fico mais forte. Não entendo por que tem que ficar vindo aqui sempre tirando sangue e tomando esse monte de remédios. Tu não vai contar pra ela que eu não tomo viu... mas eu me sinto muito mais forte quando não uso isso, essas porcarias (...) E3

Mas hoje eu me sinto normal, eu nem bebo os remédios, por que eu não sinto nada, eu só tomo quando eu quero e quando eu tenho vontade, mas não é sempre (...) E5

E pego remédios pra tomar, que é um monte. Eu tomo um monte de comprimido de manhã e de noite, mas não sei pra que serve (...) E6

Só esses remédios é que me deixam enjoado, às vezes eu finjo que tomo, boto na boca, e depois jogo fora, esse negócio é muito ruim (...) E7

Mas como eu me sinto bem e não preciso destes remédios que me deixam enjoado, então acho que não devo ter nada grave, e por isso não tomo (...) E8

Eu sempre ia buscar medicamentos com minha mãe só que em casa eu nunca vi rótulos... Imaginava deve ser tipo manipulado... Sei lá sei lá... Agora fico pensando sobre isso e fico imaginando... Como eu fui idiota ou eu não queria enxergar? Quando acabaram os remédios, pensei, vou lá ao Centro de Saúde, para continuar as medicações (...) E9

E hoje tenho que me tratar com estes remédios, mas são muito ruins, me deixam enjoada, cansada e muito ruim (...) E12

2 d Descoberta da doença:

Eu fiquei sabendo disso quando tinha 14, quase 15 anos. Foi uma chata duma psicóloga que trabalhava aqui que me contou. Agora ela já saiu daqui, mas ela que me falou; eu desenhava com ela e ela fazia umas perguntas esquisitas e foi ela que contou. Na época eu chorei muito e fiquei muito triste, mas hoje eu me sinto normal, eu nem bebo os remédios, por que eu não sinto nada, eu só tomo quando eu quero e quando eu tenho vontade, mas não é sempre (...) E5

Com 16 anos minha mãe me contou que eu tinha Aids... Meu mundo desapareceu debaixo de meus pés (...) E9

Sim e por que eu adquiri o vírus HIV quando nasci da minha mãe e hoje tenho que me tratar (...) E12

2 e Transmissão vertical:

Sim e por que eu adquiri o vírus HIV quando nasci da minha mãe (...) E12

2 f Futuro:

Eu tenho um sonho de festejar meu aniversário, eu só tive festa quando minha mãe era viva. Depois nunca mais tive nada. Eu quero ter 10 filhos, porque eu gosto muito de crianças, mentira eu quero ter dois, o Vítor Hugo e a Maria Eduarda, porque Maria é o nome da minha mãe e eu gosto desse nome. Eu (...) E5

Eu não tenho futuro. Meu futuro é hoje. Eu nem sei se estarei viva amanhã. Também nem sei se eu quero futuro (...) (choro) E10

Que futuro? Planos? Eu só penso quando que eu vou morrer, só espero que seja depois de minha mãe pra que ela não sofra mais do que agora (...) E12

2 g Revelação da doença aos amigos:

Se falar estraga... E estraga tudo... Ninguém entende, mesmo que fale que entende (...) E1

Para que meus amigos não desconfiem entrei para uma tribo de góticos, não que eu curta essas "firulas", mas lá todo mundo é magricelo, descorado e veste preto e eu sou mais parecido com eles fisicamente e não preciso ficar respondendo a coisas toda hora... Meus amigos e amigas acham que pirei. Mas foi a única forma que achei de não conviver mais com eles sem magoar (...) E9

Entre os adolescentes entrevistados, sete deles não sabiam que são portadores do HIV e, para seus familiares ou responsáveis, encarar a doença tem se revelado uma situação muito delicada. Eles preferem não revelar o diagnóstico com medo da forma como o adolescente enfrentará a situação da revelação do

status sorológico. Isso ocorreu em outras circunstâncias, conforme relatado nos resultados dos estudos realizados por Marques et al. (2006), onde foram identificados como elementos que dificultam a tarefa: o medo do preconceito, da discriminação e da reação da criança, e do que poderá acontecer após a revelação; o desconforto pela exposição da história familiar; e medo das responsabilidades.

Existe, ainda, certo tipo de acordo, descrito nos autos do Ministério da Saúde, entre a equipe de saúde e os responsáveis pelos adolescentes, e que foi estabelecido a partir do pedido destes para que não houvesse quebra do sigilo sobre o diagnóstico para o adolescente. Isso porque, para revelar o status sorológico para o adolescente, é necessário o aval dos responsáveis.

Em decorrência disso, o adolescente segue um ritual permanente de comparecer às consultas, realizar exames, utilizar os medicamentos. A falta de orientação e de respostas aos porquês de se submeter a procedimentos é um fator impeditivo de adesão ao tratamento e da adoção de comportamentos protetores. Por outro lado, praticamente inexistente, por parte da equipe de saúde, processo avaliativo sobre as estratégias adotadas para com os responsáveis e o tratamento (BRASIL, 2006a).

Criam-se, assim, expectativas para os familiares e para a equipe relacionadas à melhora do quadro clínico, com aumento do CD4 e queda da carga viral. Enquanto isso, os adolescentes continuam a não compreender a insistência quanto ao uso dos anti-retrovirais, do comparecimento às visitas médicas na unidade de saúde e à realização dos exames solicitados.

Para os adolescentes que estão conscientes do seu quadro, a situação não é menos alentadora. Eles não recebem qualquer tipo de assistência de equipe multidisciplinar no que se refere a orientações básicas sobre a transmissibilidade do HIV, necessidade de proteção através do uso de preservativo no caso da efetivação da sexualidade e de como ela deveria acontecer, por aprendizado de normas de proteção específicas para si e o parceiro, se for o caso. Poucos são os encaminhamentos para suporte psicológico ou qualquer outro tipo de avaliação profissional sobre seu estado mental. Parece não haver preocupação com suas tristezas, angústias, depressão ou mesmo o risco de auto-extermínio.

O Manual do Ministério da Saúde (2006a), anteriormente mencionado, aponta para a importância do acompanhamento multi e interdisciplinar direcionado aos adolescentes portadores do vírus HIV, o que não foi observado no serviço descrito durante o período de coleta de dados.

6.3 CATEGORIA-SÍNTESE Nº. 3 – RELACIONAMENTOS E PRÁTICAS SEXUAIS

Os adolescentes merecem uma atenção especial, visando à redução de vulnerabilidades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Em dez anos, mais mulheres decidiram ter relações sexuais mais cedo. Em 1996, 11% das adolescentes entrevistadas no Brasil informaram ter tido a primeira relação aos 15 anos. Dez anos depois, esse índice subiu para 32,6% das mulheres, sendo a primeira relação sexual até os 15 anos. Ao mesmo tempo, o total de jovens do sexo feminino entre 15 e 19 anos que se declararam virgens caiu de 67,2% em 1996 para 44,8% em 2006 (PNDS, 2004).

Nas sociedades industrializadas ocidentais, a iniciação sexual dos rapazes certamente se modificou nas últimas décadas. Esse momento não ocorre mais apenas em prostíbulos, para onde eram arrastados por pais ou parentes do sexo masculino, já que, aos primeiros sinais de puberdade, o garoto deveria demonstrar sua “transformação” em homem e colocar em prática atitudes que eram esperadas dele. Hoje, os adolescentes escolhem quando, com quem e em que momento querem iniciar a vida sexual. Em geral, buscam pessoas da mesma idade, que lhes desperte desejo e, eventualmente, amor (TAVARES, 2004: 32).

Fantasias inconscientes marcam a primeira relação sexual e delineiam formas particulares da configuração do desejo em garotos e garotas. No caso das meninas, as mudanças foram ainda mais radicais, pois não estão mais reservadas ao companheiro eleito para toda uma vida, o marido. Nesse contexto, a adolescente se sente livre para escolher com liberdade entre os potenciais parceiros sexuais que mais deseja. No momento da escolha, muitas poderão optar por aqueles que são seu objeto de amor e romantismo, tão característico da feminilidade, conforme descreve Cintra (2007). Quando decidem realizar a atividade relacionada à iniciação sexual com parceiros com quem não possuem vínculos afetivos ou amorosos, ou mesmo uma relação constituída, os adultos se preocupam se vierem a tomar ciência.

A jovem que inicia sua vida sexual com alguém com quem não possui vínculo afetivo, ao contrário do que em geral se pensa, raramente o faz com leviandade ou como um ato de promiscuidade. Talvez como um ato inconsciente, procura manter o parceiro amoroso à distância, poupando-o da ira destinada àquele que lhe “roubou” a virgindade. O primeiro encontro sexual ocorre de maneira distinta para meninos e meninas. No caso deles, vem acompanhado de certo embaraço ante o desejo enigmático da parceira, enquanto para elas sobressaem fantasias relativas à preservação do objeto de amor (CINTRA, 2007: 38).

Mais cedo ou mais tarde, os jovens terão sua primeira relação sexual. Esse ato marca um rito de passagem, a partir do qual a adolescência adentra em seu momento de genitalidade. A relação sexual já não pode ser tratada como brincadeira inocente ou faz-de-conta, com o adolescente afastando-se do fato e assumindo que nada aconteceu. A experiência pode, inclusive, deixar marcas difíceis de serem contornadas. Porém, a partir desse momento, emerge um “novo ser, com um novo corpo, genitalmente capaz, que se apropria, imaginariamente de seu papel de ser sexuado” (TAVARES, 2004: 36).

Nem sempre esse primeiro momento vivido a dois corresponde exatamente às expectativas imaginárias de ambos. Pode gerar angústia, levando a (o) jovem a repetir esse ato de modo distinto das relações afetivas e de relacionamento saudáveis. Isso acontece na tentativa de preencher o espaço vazio, provocado pela dificuldade de encontrar palavras que o representem como homem ou como mulher, e as identidades reconhecidas como certas para esses atores.

O primeiro “ficar” marca a saída da posição infantil diante dos pares, que, como testemunhas, validam a nova condição. É uma espécie de inscrição subjetiva de sua nova posição. Então deixou de ser criança e passou a ser adolescente. Segundo a psicanalista Tânia Ferreira (2000), em sua abordagem sobre o adolescente e a modernidade, em intervenção realizada no Congresso Internacional de Psicanálise e suas Conexões, o “ficar” tem dupla função: de iniciação e ao mesmo tempo de protelação. É demarcado por um momento pontual que pode se extinguir em si mesmo, sem exigências de um além. Protela a relação sexual e mesmo amorosa para esse sujeito que se descobre possuidor

de um novo instrumento de navegação no mundo, mas não sabe muito bem como usá-lo.

O mesmo corpo que provoca estranhamento nessa fase fará com que a imagem corporal se destaque, provocando o desejo próprio e o de ser desejado, e isso é valorizado de forma muito especial. O adolescente busca, pela falta de palavras, o olhar do outro, querendo ser desejável e desejante, até que se inicie o “ficar”, momento do encontro regado com beijos, carícias, um contato eminentemente corporal, de poucas palavras e, geralmente, fugaz.

A adolescência é marcada pela impulsividade e a vivência do presente com intensidade, sem preocupação com as conseqüências futuras e seus atos. Os adolescentes consideram-se onipotentes, infalíveis e resistentes a problema de adultos, o que os torna vulneráveis às DST e ao HIV/Aids (HERCOWITZ e ZAN, 2007: 431).

A seguir estão dispostas as principais falas segundo temas discutidos entre os analisadores de conteúdo, nesta categoria:

3 a Namoro/relações esporádicas e relações sexuais:

Já fiquei, até já tive sexo com uma menina lá da escola, mas não foi muito bom, foi esquisito. Na escola uma vez tivemos três dias de aula sobre namoro, sexo e doenças, foi falado sobre a gravidez e a camisinha. Essa vez que eu fiz com a menina eu não usei camisinha depois fiquei morrendo de medo de ficar doente (...) E1

Não penso em namoro, casamento essas coisas e não quero falar sobre nada disso (...) E2

Ah, namoro eu não tive fixo, ainda, só umas meninas que eu fico lá na escola e umas vizinhas lá de casa, mas eu já fiquei com uma menina durante três meses. Até a gente fez aquelas coisas e ela ficou com medo de pegar barriga... Sabe, né, na hora a gente nem pensa em nada, nem camisinha, né, então meus amigos vão lá pra casa e a gente fica falando essas coisas de mulheres, “molhar o biscoito”, essas coisas... Mas eu já fiquei com umas três meninas lá da escola (...) E3

Eu não tenho namorada e nem penso em ter namorada... Porque não, não quero namorar, quero assistir desenho (...) E4

Eu namoro um menino, essas coisinhas. E eu fico também de vez em quando, é legal ficar beijar bastante na boca, eu adoro. E agora eu estava ficando com o menino do parquinho, e aí chorei porque ele foi embora, anda o mundo todo com esse parquinho e aí chorei porque gostava muito dele, ele me chamou pra ir trabalhar, mas não pude. Acho que ele queria que eu fosse junto com ele, eu gostava muito dele, mas meu pai não deixou ir com ele. A primeira vez que eu tive relação foi o mês passado e eu não lembro com quem, eu acho que foi com ele (menino do parque), eu

acho que foi com ele, mas eu não me lembro, acho que eu só faço com ele, com ninguém mais... Com o menino do parquinho eu estou usando camisinha, "oche", pra não ter nenê eu uso em toda relação (...) E5

Ah, eu me cuido direitinho, só faço com menina limpinha, que se cuida, não devo ter nada, pois até hoje não apareceu nada lá embaixo. Acho que só assim que a gente pega, porque eu não uso droga, não transo com veado, então não corro riscos. Eu tenho uma namorada que é muito certinha, a mãe dela nem deixa ela namorar, nem sair de casa a não ser que seja com o irmão que é um pouco mais novo que ela, mas ela não quer. Então a gente se encontra escondido na escola, às vezes ela mata aula e a gente sai e "fica", nunca rolou sexo, mas com certeza vai rolar. Por isso já tô vendo uma pílula melhor pra ela tomar porque esse lance de perder virgindade com camisinha não vira (Não tá com nada) (...) E8

Parece que agora eu tô conseguindo digerir melhor esses trecos... Acabei o namoro com minha namorada, pois não tive coragem de contar pra ela e sabia que ela não ia segurar essa comigo... Ela sofreu pra caramba... Sinto muita falta dela, muita mesmo, talvez um dia a gente converse... Com ela eu só transei com camisinha (...) E9

Já muitas vezes, eu me considero uma gata, um pouco magra demais, mas... E todo mundo diz e sei que os meninos querem ficar comigo então eu aproveito e é legal porque eu curto. Sim, muitas vezes, transei. Eu conheço os meninos e sei que eles são tipo geração saúde, saca (...) E11

Um carinha lá da escola disse que queria fica comigo e depois fazer outras coisa, você sabe, né, do que eu tô falando. Eu tive tanto nojo dele, tanto nojo que nem deixei ele chegar perto, aí ele me disse um monte de idiotice, que eu era p, que eu fazia programa. Sabe que me deu vontade de "ficá" com ele só pra passar o vírus, depois pensei melhor e deixei pra lá. Acho que eu nunca mais ia dormir se tivesse feito isso. Mas eu quase nunca penso em "ficá", aliás, eu nunca nem fiquei com ninguém, "sou bv" (boca virgem) (...) E12

3 b Orientação do Centro de Saúde e de amigos:

Aqui nunca me falaram nada de namoro, de sexo e de doença. Sei que a camisinha é boa para não ficar grávida, e não pegar doenças como AIDS. Acho que seria legal ter um lugar onde a gente pudesse aprender e falasse essas coisas (...) E1

A gente tem um monte de dúvidas e às vezes não consegue encontrar um jeito de falar; parece que só se fala em remédio e exames, e o resto? Ah deixa pra lá... Mas eu sei o que converso com amigas e colegas. Nunca me falaram nada desse negócio de namoro e camisinha. Vejo na TV sobre esse negócio de camisinha perto do carnaval e às vezes quando aparece algum artista para falar sobre Aids (...) E2

Aqui nunca me falaram de namoro, "ficá", sabe, que a gente faz. Nem na escola. Eu aprendo tudo com meus amigos (...) E3

Aqui nunca me disseram e nem me perguntaram sobre namoro. Eu tenho colegas que namoram, até mais novo do que eu e eles me contam o que fazem. Falam essas coisas de usar camisinha pra não engravidar e nem

pegar doença, mas eu acho que tem mais é que ser feliz e fazer o que quiser. O que eu sei, aprendi com meus colegas da escola (...) E4

Nunca ninguém me falou nada sobre relação sexual e nem uso de camisinha aqui, aliás, ninguém nunca falou nada sobre essas coisas aqui. Só uma vez lá no H, me disseram pra eu ficar indo lá e aí me perguntavam em que posição eu fazia relação e eu nunca mais quis ir. Isso foi muito chato (...) E5

Na escola às vezes vai um pessoal do hospital e fala sobre doenças, essas coisas. Nunca me disseram sobre camisinha e namoro, o que eu sei é com meus amigos (...) E6

Nunca falaram de namoro aqui nem na escola, nem preciso, eu já sei direitinho como é, tenho uns amigos que tem 18 anos e eles me ensinam tudo (...) E7

Aprendi sobre gravidez na escola e métodos contraceptivos, mas muito por cima, pois quando íamos questionar, a professora se esquivava e não respondia nada (...) E10

Recebi na escola, sobre o uso da camisinha (...) E11

3 c Preservativo:

Sei que a camisinha é boa para não ficar grávida, e não pegar doenças como AIDS (...) E1

Vejo na TV sobre esse negócio de camisinha perto do carnaval e às vezes quando aparece algum artista para falar sobre Aids (...) E2

Até a gente fez aquelas coisas e ela ficou com medo de pegar barriga... Sabe, né, na hora a gente nem pensa em nada, nem camisinha, né. Eu sei usar porque meus colegas me disseram como é, mas eu não uso não; só de vez em quando. Às vezes eu não sei muito bem quem é a menina ou quando alguém me diz que ela é... Você sabe, né, já rodou muito (...) E3

A primeira vez que eu tive relação foi o mês passado e eu não lembro com quem eu acho que foi com ele (menino do parque), eu acho que foi com ele, mas eu não me lembro acho que eu só faço com ele com ninguém mais. Com o menino do parquinho eu estou usando camisinha, "oche", pra não ter nenê eu uso em toda relação, eu não; ele é quem usa, né, mas eu não deixo de cobrar a camisinha. Eu falo pra ele usar. Ele já quis fazer sem camisinha, mas eu disse: depois tu vai embora e me deixa aqui "buchuda" e como que vai ser? Aí eu fiquei com medo de engravidar né e depois ficar aí sozinha no mundo (...) E5

Sabe essas camisinhas não funcionam porque tudo que eu usei estourou, então é melhor não usar, né? Porque quando acontece isso, perde o clima (...) E7

Ah eu me cuido direitinho, só faço com menina limpinha, que se cuida, não devo ter nada, pois até hoje não apareceu nada lá embaixo. Acho que só assim que a gente pega, porque eu não uso droga, não transo com veado, então não corro riscos. Às vezes quando desconfio do lance uso camisinha, às vezes, não. Eu acho que quase nunca uso camisinha. Por isso já tô vendo uma pílula melhor pra ela tomar porque esse lance de perder virgindade com camisinha não vira (Não tá com nada) Bom,

peessoas bem bonitas e saudáveis não devem ter, né, pois físico mostra tudo, né. O carinho magricelo, amarelo com cara de caveira é que deve ter essa doença (...) E8

Eu conheço os meninos e sei que eles são tipo geração saúde, saca. Ah tipo, cada um sabe da sua. Se os outros não se preocuparem com a saúde deles porque eu vou cuidar... Eu tenho que cuidar do que é meu e não dos outros. Eu não vejo assim, eu cuido de mim e eles cuidam deles (...) E11

3 d Revelação da doença ao parceiro:

*Claro que não, vai estragar tudo (...)*⁸ E3

Ah vai ser como rolar, eu nem sei como vai ser, eu não sei não se vou contar que eu tenho o vírus. Eu não, não conto não... Eu não conto pra ninguém, só uso camisinha quando dá, quer dizer quase sempre (...) E5

Aids que tu quer saber, não tem que contar nada pra ninguém. Esses “nequinho” vivem sendo colocado de lado. Só pode contar se tiver muita grana, aí eles ficam numa boa, porque tu sabes, né; dinheiro vence qualquer parada (...) E7

Se houver amor mesmo, eu acho que deve ser falado, porque aí não deve se guardar segredos, né. Amor é amor e pronto, é assim que eu acho que tem que ser. Mas tem que ter muito amor, mesmo assim, eu acho que deve ser difícil (...) E8

Acabei o namoro com minha namorada e ela não sabe o porquê (...) E9

Claro que não, nunquinha. Do jeito que todo mundo é cheio de coisa com essa doença. Se contar, vai perder o amor e nunca mais acha outro, pois essas notícias se espalham como vento (...) E10

Eu tenho que cuidar do que é meu e não dos outros. Eu não vejo assim, eu cuido de mim e eles cuidam deles (...) E11

Acho que não contaria nunca... Mas que besteira! Eu nem quero ter namorado nem nada (...) E12

O exercício da sexualidade é determinado por aspectos inerentes ao ser humano. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2004), a sexualidade forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica, é um aspecto do ser humano que não pode ser destacado de outros aspectos da vida, vindo influenciar sentimentos, pensamentos, ações e integrações, portanto, também, nos aspectos da saúde física e mental.

⁸ Resposta dada à seguinte pergunta: Quem tem Aids deve falar ao (a) seu (sua) namorado (a)?

Muitas questões culturais, entre mitos e tabus, acentuam-se ao se observar, por exemplo, uma adolescente em uso de contraceptivo oral ou preservativo, para fins de contracepção ou proteção. Isso se caracteriza como segredo, e acontece escondido da família, pois hoje o exercício da sexualidade na mulher adolescente ainda aflora de forma preconceituosa e ambígua: “aos homens o aplauso pelo uso do preservativo; às mulheres, os questionamentos de suas intenções por terem isso na bolsa” (SAITO, 2007: 130).

Enquanto isso, na mídia, a responsabilização do uso do preservativo masculino é sempre dirigida à mulher.

A necessidade da educação sexual, como a maioria dos pesquisadores denomina, faz-se essencial, desde vivências mais antigas, tendo como principal base a família, que, por vários motivos, não se sente apta e sensivelmente competente para tal.

Nos dias atuais, têm-se, como principais motivos para essa dificuldade, a ausência dos pais (muitas vezes presentes) e a falta de diálogo, pela falsa indisponibilidade de tempo que deixam os adolescentes à mercê de outros orientadores, muito eficazes, como a TV, Internet, vídeos, entre outros.

As orientações sobre sexo, e não sexualidade, penetram sem filtragem dentro dos lares, arrombando limites e valores. E a gravidez na adolescência, quando representada, acontece e termina com final feliz. Ora, gravidez acontece por realização de sexo sem proteção, e se ela acontece, por que o HIV não?

A necessidade de amor, limites e relacionamentos abertos ao diálogo se faz presente na maioria da população, independente de condições sócio-educativas, religiosas ou culturais. E esses parâmetros são peças-chave para o desenvolvimento da auto-estima, elemento tão importante para a autoproteção, conforme relata Saito (2007: 130).

Portanto, a autoproteção está intrinsecamente ligada ao diálogo sobre sexualidade nos âmbitos familiar, escolar e de saúde. Porém, nenhum desses se diz preparado para esse embate, porque simplesmente isso nunca foi característica cultural do Brasil em nenhum desses núcleos, além de estarem impregnados de mitos e tabus.

A sexualidade e sua importância nas relações interpessoais devem ser encaradas como um aspecto positivo e natural na vida e na integridade de seres

humanos, tendo como objetivo a igualdade entre os sexos e a consideração pelo outro.

Nas escolas acontece a ação formadora do indivíduo, e é nesse local que se consolidam ações preventivas em todos os aspectos. Isso deve acontecer inclusive no aspecto relacionado ao da sexualidade, de uma forma aberta e esclarecedora, e não somente enfocando fatores biológicos, como é de praxe.

Saito (2007) argumenta que as escolas que adotaram práticas educativas sobre sexualidade não tiveram influência na decisão sobre o exercício precoce ou não da sexualidade. No entanto, houve redução no índice de gravidez precoce, assim como o aumento do percentual de adolescentes usando preservativos nas relações sexuais, inclusive na primeira delas.

Este estudo apresentou o comportamento de adolescentes que, independente de estarem cientes ou não de seu status sorológico, são sujeitos às mesmas influências dos demais adolescentes, mas só com um agravante: são portadores do vírus HIV.

Por pertencerem a esse grupo etário, estão sujeitos a um tipo de sistema familiar semelhante, geralmente desestruturado, e que não oferece, em grande parte das vezes, amor, limites e, conseqüentemente, auto-estima, o que poderia levá-los à autoproteção.

O sistema educacional limita-se a palestras sobre aspectos biológicos voltados à gestação, praticamente se restringindo a conteúdos previamente estruturados. Já o cultural, que permeia todos os outros, está impregnado de mitos, crendices e tabus. Por isso, todos estão sofrendo da falta de sensibilidade aos aspectos que percorrem a adolescência.

A educação limitada no âmbito da sexualidade, somada aos aspectos biopsicossociais característicos da fase da adolescência já descritos neste estudo corroboram para a não utilização de preservativos.

Há pesquisas comprovando que a maioria das informações é obtida na TV, na escola e nos serviços de saúde, porém são noções básicas, que não alcançam sua finalidade principal. Por exemplo, as reuniões de grupos de adolescentes em centros de saúde apresentam, em quase a totalidade, características de eventos sociais, e não se destinam à mudança de atitudes e/ou comportamentos, mas ao cumprimento do que foi prescrito.

Os próprios profissionais de saúde não estão capacitados para falar sobre sexualidade e seu exercício. Isso porque, ao lidar com impasses provenientes de diálogos abertos, estarão confrontando consigo mesmos em vários aspectos.

É fundamental que os profissionais de saúde e das escolas sejam capacitados a lidar com sua própria sexualidade e mudar seus comportamentos e atitudes, despindo-se de valores que engessam a abertura a diálogos. Devem utilizar palavras comuns, corriqueiras, do palavreado da adolescência, e não termos técnicos e rebuscados, o que aumenta o distanciamento em relação aos adolescentes.

Estabelecidas as introjeções das mudanças no “eu”, haverá uma grande possibilidade de vê-las no outro.

Com a possibilidade da mudança, então a relação de educador e educando estará fortalecida, quebrando-se, assim, os primeiros entraves para uma relação de confiança, pois, como é citado por Freire (1988), “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”.

A pesquisa **Gravidez na Adolescência**: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil, de Teixeira (2006), denominada Pesquisa GRAVAD, discorre

que o uso do preservativo entre jovens de 14 a 24 anos é determinado por fatores não só de ordem sociocultural, como também de ordem situacional e individual. Quando analisados os fatores que apareceram associados ao uso do preservativo nos dois eventos estudados, observaram que o pertencimento social (cuja *proxy* utilizada é a escolaridade da mãe) e a idade da iniciação sexual exercem forte influência para ambos os sexos.

Nesse estudo, o pertencimento social aparece como mais decisivo no comportamento dos jovens do que outras variáveis de cunho mais individual, como é o caso da escolaridade do entrevistado. Na iniciação sexual, a escolaridade da mãe está associada ao uso de preservativo para ambos os sexos, chegando a superar à do entrevistado como fator determinante, como é o caso entre os rapazes. Já na última relação sexual, a escolaridade do entrevistado não se associa ao uso do preservativo, enquanto a escolaridade da mãe permanece associada entre as moças. Entre os rapazes, observa-se uma tendência de aumento do uso do preservativo diretamente proporcional ao aumento da escolaridade da mãe. Na literatura, como descrevem Paiva et al.

(2003), o uso de preservativo na iniciação sexual também é mais elevado na população mais instruída e nos estratos socioeconômicos mais altos.

Um outro achado interessante do estudo GRAVAD é o de que o uso do preservativo na iniciação sexual aumenta a probabilidade de uso na última relação. Este dado mostra que os jovens que usam preservativo na iniciação sexual tendem a manter esta prática no decorrer de sua vida sexual. Isso reforça a necessidade de orientação continuada para o estímulo ao uso do preservativo. A associação foi para ambos os sexos e também aparece descrita na literatura.

O perfil de escolaridade dos pais descritos aqui, quando esses residem com os adolescentes, é muito baixo. A grande maioria possui, no máximo, ensino fundamental. E aqueles que não sobrevivem de pensões do INSS, trabalham em locais que não oferecem uma remuneração compatível com a sobrevivência.

O baixo nível de escolaridade dos pais vai ao encontro dos dados descritos na pesquisa acima citada e é mais um fato que poderá comprovar o não uso de preservativo, por parte dos adolescentes, em suas relações. Há uma exceção registrada, o adolescente E9, cujos pais adotivos possuem nível superior completo.

Tavares (2004: 37) aponta que as paixões adolescentes remontam a diversas formas de afetividade: configuram desejos, amores arrebatadores ou lutos infundáveis; marcam períodos de ensaio para a conjugalidade, pautado pelo trabalho psíquico árduo e solitário. Os adolescentes são convocados a se posicionarem quanto ao desejo, à sexualidade, e, nesse processo, às vezes se deparam com o fato de que nas relações amorosas ou no “ficar”, há sempre algo que falta.

Essa “falta” nada mais é do que a lacuna encontrada em seus relacionamentos. Ela pode ser citada como a falta de embasamento de seus valores familiares – como amor, limites e auto-estima elevada; de orientações recebidas de forma clara e aberta das instituições responsáveis por sua educação; de cuidados preventivos e de autoproteção.

A necessidade de proteção aos adolescentes é emergencial. Ela se faria, mais eficiente, porém, se fosse trabalhada desde a infância, ou seja, preventivamente.

CONCLUSÕES

A realização deste estudo permitiu acessar o cenário onde estão inseridos os adolescentes soropositivos para o HIV que foram infectados por transmissão vertical. Para aqueles que conhecem seu *status* sorológico, foi possível compreender a complexidade que a situação de ser, ao mesmo tempo, adolescente e portador do HIV acarreta. Para aqueles a quem não foi revelado o diagnóstico emergem angústias relativas ao fato de serem considerados “diferentes” por terem que freqüentar a unidade de saúde regularmente e tomar grande quantidade de medicamentos. A emergência da sexualidade nessa fase da vida também contribui para a manifestação de sentimentos e emoções conflitantes que necessitam ser compreendidos e ressignificados.

O relacionamento que se estabeleceu entre a pesquisadora e os adolescentes foi de fundamental importância, pois permitiu criar a proximidade necessária para que fossem reveladas as situações que circundavam as experiências de vida dos entrevistados. Ter acesso a informações privativas e sensíveis requer cuidado especial no que diz respeito à manutenção da confidencialidade, principalmente quando se trata de pessoas portadoras de doenças estigmatizantes e excludentes. Justamente por isso, o sigilo foi mantido em todas as fases do processo de pesquisa.

Os objetivos inicialmente propostos foram integralmente alcançados, e ficou evidenciada a vulnerabilidade a que estão submetidos os entrevistados, seja no que se relaciona aos aspectos individuais, sociais e culturais, seja no que se refere aos aspectos programáticos, que apontaram para a existência de lacunas importantes na atenção direcionada a esses adolescentes. Nesse caso, a vulnerabilidade se apresenta com sua mais ampla magnitude, pois a ignorância relativa a seu real estado de saúde é reforçada pela situação de pobreza, desestruturação familiar, injustiça social, submissão a padrões morais aceitos como verdades pela sociedade e pela escassa rede de apoio familiar, social e de atenção à saúde.

A pergunta norteadora deste estudo – Como os adolescentes portadores do vírus HIV infectados por transmissão vertical estão vivenciando a adolescência e o exercício da sexualidade? – mostrou-se relevante para direcionar a elaboração dos objetivos e as análises realizadas. No entanto, ela

permitiu desvelar uma realidade preocupante: os adolescentes não têm recebido orientações, no serviço de saúde que freqüentam, sobre o exercício da sexualidade, a necessidade de se adotar comportamentos protetores para a realização de práticas sexuais e a prevenção de DST/Aids. Isso vem ocorrendo em uma unidade de saúde de referência para o atendimento de pessoas portadoras do vírus HIV e da Aids, independente da forma como a infecção foi adquirida.

A constatação de que a vida sexual dos adolescentes têm se iniciado cada vez mais precocemente, tornando-os vulneráveis às DST e à Aids, deveria ser adotada como critério para elaboração das ações educativas destinadas a esses e, principalmente, àqueles que são portadores do HIV. Essa estratégia implica na capacitação de uma equipe multidisciplinar para ajudá-los a lidar com as inquietudes próprias dessa fase da vida. Talvez um dos aspectos a serem enfrentados pela equipe e por familiares/responsáveis seja a necessidade de se revelar o diagnóstico para os adolescentes, e, a partir desse momento, atuar para capacitá-lo ao exercício responsável da sexualidade, como uma das estratégias para redução de danos.

O impacto ocasionado pelo conhecimento da doença pode ser profundamente negativo para a pessoa. No entanto, o processo de revelação deve compreender a fase de elaboração de um protocolo detalhado por parte da equipe multiprofissional e da família. Esse processo contribuirá para a consolidação de uma rede social de proteção ao adolescente e aos cuidadores. Essa estratégia complementar a continuidade do acompanhamento clínico que já é realizado na unidade de referência.

A qualidade da assistência dos serviços especializados e de algumas parcerias com outras entidades de governo e da sociedade civil organizada está prevista na Constituição Federal como direito do cidadão e dever do Estado. Ela deve ser direcionada ao adolescente portador do vírus HIV, infectado por transmissão vertical ou não.

A filosofia e a organização do SUS estão orientadas para a incorporação dos princípios de universalidade, integralidade, eqüidade, descentralização e controle social. E são esses pressupostos que deveriam embasar a formulação e implementação de políticas públicas de saúde, com o objetivo precípua de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos

brasileiros. No entanto, os resultados deste estudo apontaram que a atenção dirigida aos adolescentes se restringe ao fornecimento de tratamento medicamentoso e à avaliação de CD4 e carga viral, para aqueles que têm acesso. A precariedade da qualidade da assistência prestada aos adolescentes entrevistados lança o desafio de se redimensionar a atenção prestada.

Aspecto preocupante se relaciona ao fato de que a grande maioria dos adolescentes iniciou as práticas sexuais sem utilizar ou utilizando de forma inconsistente o preservativo. Isso ocorre porque as informações sobre essa prática são conseguidas de maneira informal, por meio de amigos e palestras genéricas e superficiais nas escolas. Os profissionais que atendem esse grupo são responsáveis pela promoção da saúde e prevenção das doenças, mas estão fornecendo apenas tratamento.

Esta pesquisa possui limitações, pois foi realizada com um número reduzido de participantes, o que torna impossível incluir o depoimento de pais ou responsáveis e também de profissionais de saúde. Contudo, os resultados apresentados podem contribuir, de forma inequívoca, para o redirecionamento das estratégias de atenção adotadas como forma de capacitar os adolescentes para o enfrentamento das necessidades decorrentes de seu estado de saúde.

A epidemia do HIV/Aids na adolescência indica fragilidade como um todo e requer a incorporação de ações efetivas, realizadas de forma dinâmica e ampliada, que transcendem os limites da informação acerca dos aspectos clínicos praticados nos serviços públicos de saúde. O oferecimento de serviços humanizados com assistência multiprofissional para adolescentes e familiares é de fundamental importância para atendê-los como seres multidimensionais que são. Esse é um grande nó a ser enfrentado pela família e pelos profissionais da saúde.

O apoio institucional atua como elemento positivo para a diminuição da vulnerabilidade desses adolescentes e de suas famílias, o que ocorre pelo fornecimento de apoio para estabilização da qualidade de vida física, emocional e de seus relacionamentos. Trabalhos científicos, como o de Marques (2006), apontaram que, na maioria das vezes, a revelação do diagnóstico para os adolescentes portadores do vírus HIV é realizada pela equipe de saúde. Esse processo é permeado por inúmeros aspectos, como medo do preconceito, da discriminação, da reação do adolescente ao tomar conhecimento da situação de

ser portador do vírus HIV, do desconforto proveniente do reconhecimento de uma história familiar permeada de segredos e possíveis transgressões. Além disso, persiste a dúvida de como transmitir a necessidade de assumir responsabilidades crescentes.

Ficou demonstrado, também, que tanto a equipe como os familiares e/ou responsáveis se mostraram despreparados ou mesmo incapacitados para a revelação do diagnóstico aos jovens (BRASIL, 2006a).

Essa questão foi abordada junto à equipe da unidade durante a realização desta pesquisa e foi mencionado que existe despreparo contundente para realizar esse procedimento, que seria da responsabilidade do psicólogo da equipe. Porém, no serviço não havia disponibilidade desse profissional, uma vez que ele teria que realizar outras atividades. Dessa forma, o diagnóstico é mantido oculto, o que tornaria a situação cômoda para ambas as partes: família e equipe. Essa situação torna-se impeditiva para a realização de práticas educativas, inclusive o fornecimento de informações sobre o exercício da sexualidade e de comportamentos protetores, o que não é realizado de forma sistemática (CAMARGO e BOTELHO, 2007).

A maioria dos adolescentes entrevistados não sabe que é portadora do HIV. Convive com a possibilidade de vir a contrair o vírus, mas de forma distante de sua vivência cotidiana. A Aids ainda é considerada uma doença do outro e essa realidade pode ser afastada, fato muito comum, mesmo na atualidade. Então, os relacionamentos afetivo-sexuais que se estabelecem são totalmente inseguros, pois são, em sua maioria, desprotegidos.

Quando não se abordam essas questões com esse grupo, contribui-se para cristalizar as concepções do “sou intocável e invulnerável a qualquer situação”, “comigo nada acontece”, “eu tenho controle total”, que representam o imaginário social dessa faixa etária.

A compreensão sobre o tipo de exercício da sexualidade desses adolescentes e de que como eles percebem e encaram suas experiências sexuais aponta para uma situação calamitosa. Uma primeira aproximação desse universo ocorreu em situações distintas: durante o processo de atenção a adolescentes hospitalizados na unidade em que trabalho, estágios de pós-graduação, acompanhamento de alunos de graduação em estágios curriculares e atividades desenvolvidas com adolescentes infratores. A partir dessa inserção,

tornou-se necessário buscar referenciais teóricos que permitissem abordar de uma forma mais abrangente essas questões e suas particularidades. Esta foi a mola propulsora para a realização dessa pesquisa.

Acredito que este trabalho poderá contribuir com a sensibilização dos profissionais na busca de reformulação de estratégias de ação em relação às políticas públicas de saúde voltadas para prevenção e promoção da saúde e não simplesmente para o cumprimento de protocolos e metas quantitativas.

No caso da unidade que foi *locus* da realização da pesquisa, faz-se necessária uma intervenção imediata para capacitar a equipe de atenção aos adolescentes. Essa responsabilidade deverá ser posteriormente compartilhada com familiares e responsáveis, que serão preparados tanto para revelar o diagnóstico, como promover a melhoria da qualidade de vida desses adolescentes..

A necessidade de controlar a epidemia mundial de Aids é emergencial e depende de ações imediatas a fim de impedir um maior impacto sobre a vida das pessoas. Ações integradas – como o desenvolvimento do conhecimento científico e a mobilização comunitária – contribuem para reduzir o índice de morbi-mortalidade relacionado a essa doença.

A inclusão de adolescentes portadores do vírus HIV na prevenção para o combate a essa epidemia é algo que se torna fundamental para efetiva vitória nessa luta. Porém, antes disso, conhecer seu estado de saúde é primordial, para que a adolescente saia da posição de vítima para a de sujeito de mudança de comportamento.

Este estudo foi ao encontro dos objetivos propostos, sob uma única exceção: os adolescentes, em sua maioria, não são conhecedores de seu quadro de saúde, ou seja, desconhecem serem portadores do Vírus HIV, a pedido de responsáveis; estão praticando a sexualidade e não utilizam preservativo na maioria de suas relações sexuais.

Além disso, esta pesquisa contribuiu para ratificar a necessidade de novas propostas de políticas de saúde, objetivando a prevenção da transmissão do HIV (mediante reuniões com grupos focais para sensibilização), a revelação do diagnóstico e a melhora da qualidade de vida dos adolescentes e de seus relacionamentos.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, Arminda. O adolescente e a liberdade. In: ABERASTURY, Arminda e KNOBEL, Maurício. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- ABRAMOVAY, Miriam; GARCIA, Mary e SILVA, Lorena Bernadete da. **Juventude e sexualidade**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.
- AGGLETON, Peter. Educando sobre a Aids: uma perspectiva global. In: PINTO, Teresinha e TELLES, Izabel (org.). **Aids e a escola**: reflexões e propostas do EDUCAIDS. Recife: Cortez; UNICEF, 2000.
- ANCHIETA, Viviane Luiza Prestes. Uma visão da adolescência. **Mundo Jovem**, ano XLV, v. 38, nº. 305. Porto Alegre, 2006.
- AQUINO, Estela M. L.; HEILBORN, Maria Luiza; KNAUTH, Daniela et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, supl. 2, 2003, p. S377-S388.
- ARILHA, M. e CALAZANS, G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998. v. 2, p. 687-709.
- ASSUMPCAO JR., Francisco B. e KUCZYNSKI, Evelyn. **Adolescência normal e patológica**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J. e FRANÇA JR., I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/Aids. In: Vieira, E. et al. (org.). **Seminário Gravidez na adolescência**. Brasília: Ministério da Saúde; USAID, 1998.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- _____. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.
- _____, Francisco Inácio e BARCELLOS, Christovam. Geografia social da AIDS no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, nº. 1. São Paulo, fev. 1995, p. 52-62.
- BAUER, M. W. e GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
- BELDA JR., Walter. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. São Paulo: Atheneu, 1999.
- BERER, M. e RAY, S. A epidemiologia do HIV/Aids em mulheres. In: _____. **Mulheres com HIV/AIDS: um livro sobre recursos internacionais**: informações, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais. São Paulo: Brasiliense, 1997. p. 73-76.
- _____. **Mulheres com HIV/AIDS**: um livro sobre recursos internacionais – informações, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais. São Paulo: Brasiliense, 1997.
- BERQUÓ, E. e SOUZA, M. R. O condom, a anticoncepção e a aids. In: **Anais do VII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. São Paulo: ABEP, 1990. v. 3.

BIRMAN, J. A sexualidade entre o mal e a maledicências. In: LOYOLA, M. A. et al. (org). **Aids e sexualidade**: o ponto de vista das ciências humanas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UERJ, 1997.

BORGES, G. A. e PIRES JR., R. Idade da menarca de adolescentes de Londrina-PR. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 5, nº. 3. Londrina, 2000, p. 5-11.

BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. **Revista de Saúde Pública**, v. 26, nº. 6. São Paulo, 1992, p. 437-443.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 16 jul. 1990.

_____. Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM. **Pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade do jovem**: Rio de Janeiro, Curitiba e Recife – 1989/90. Rio de Janeiro: BEMFAM/DEPES, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Roteiro de avaliação dos programas PAISM/PAISC/PROSAD**. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

_____. **PNDS 1996**: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST/Aids. **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 3. ed. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids –BRASIL Ministério da Saúde, 3ª Ed. 1999a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST/Aids. **PNDST/AIDS**: Pesquisa sobre comportamento sexual da população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; UNAIDS, 1999b.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Troca de seringas**: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids – MS, 1999c.

_____. IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **População jovem no Brasil**. Rio de Janeiro: Departamento de População e Indicadores Sociais, 1999d.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Anais do III Congresso Brasileiro de Prevenção às DST/Aids**. 2. ed. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids – MS, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids**: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília: 4. ed. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids – MS, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de assistência psiquiátrica em HIV/AIDS/Manual**

of psychiatric assistance in HIV/AIDS. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids – MS, 2000d.

_____. 1ª a 13ª Semanas Epidemiológicas: janeiro a março de 2001. **Boletim Epidemiológico DST/Aids**, ano XIV, nº. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Associação Brasileira de Enfermagem. **Adolescercer**: compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEn, 2001b.

_____. Distrito Federal. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de DST/Aids**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2002a.

_____. Código Civil Brasileiro. Lei nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 11 jan. 2002b.

_____. **Revista Saber Viver**, v. 3, nº. 25. Rio de Janeiro, nov.-dez. 2003.

_____. **Revista Saber Viver**, v. 4, nº. 29. Rio de Janeiro, jul.-ago. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de DST/Aids. **Pesquisa PN/DST/Aids**. Brasília: Coordenação de DST/Aids – MS, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de DST/Aids. **Igualdade de gênero e HIV/AIDS**: uma política por construir. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Assessoria de Imprensa do Ministério da Saúde. Política nacional que amplia acesso ao planejamento familiar. 22 mar. 2005b. **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=13728>. Acesso em: 19 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de DST/Aids. **Manual de rotinas para assistência a adolescentes vivendo com HIV/Aids**. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST/Aids. **Profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília: Departamento de DST/Aids – MS, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST/Aids. **Fatos que marcam a história da Aids**. Brasília: Departamento de DST/Aids – MS, 2006c.

_____. Gerência de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST/Aids. **História da Aids**: de 1977 a 2007. Brasília: Departamento de DST/Aids – MS, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 196/96**. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/res196.doc>>. Acesso em: 19 jul. 2008.

_____. **PNDS**: Pesquisas de demografia e saúde. 2004. Disponível em: <ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2004/default.shtm>. Acesso em: 19 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST/Aids. **Protocolo da Ação de diagnóstico e tratamento medicamentoso do HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de e SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, nº. 38. Uberaba-MG, mar.-abr. 2001, p. 207-217.

BRITO, Ana Maria de, SOUSA, Jailson Lopes de, LUNA, Carlos Feitosa et al. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, supl. São Paulo, abr. 2006, p. 18-22.

CAMARGO, Brigido V. e BOTELHO, Lúcio J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, nº. 1, São Paulo, fev. 2007, p. 61-68.

CHIPKEVITCH, E. **Puberdade e adolescência**: aspectos biológicos, clínicos e psicossociais. Parte 1. São Paulo: Roca, 1995.

CINTRA, Elisa Maria de Uchoa. O despertar da sexualidade. O olhar adolescente, nº. 1. **Revista Mente e Cérebro**. São Paulo: Duetto, 2007, p. 36-45.

COLOMBRINI, M.; FIGUEIREDO, R. e PAIVA, M. **Leito-dia em AIDS**: uma experiência multiprofissional. São Paulo: Atheneu, 2001.

CONGRESSO Internacional de Psicanálise e suas Conexões. **O adolescente e a modernidade**. Rio de Janeiro: Editora Escola Lacaniana de Psicanálise, 2000.

CONTINI, M.; KOLLER, S. e BARROS, M. (org.). **Adolescência e psicologia**: concepções, práticas e reflexões críticas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

CORDEIRO, Rogério G. F. **Conhecimentos, crenças, opiniões e conduta em relação à Aids de estudantes do segundo grau de escolas estaduais no município de São Paulo**, 1993. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, 1994.

COSTA, Antônio Carlos Gomes. Cidadania ou barbárie: infância e adolescência marginalizada. **Violência urbana e transição democrática**. Rio de Janeiro: FUNABEM, 1989.

COSTA, Jurandir Freire. **Nem fraude nem favor**: estudos sobre o amor romântico. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

COSTA, Sandra M. S. da. **Vivendo com AIDS e enfrentando a violência**: a experiência das adolescentes. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

CRESPIN, Jacques e POIT, Marisa L. Crescimento e desenvolvimento físico. In: _____ e REATO, Lígia de F. N. **Hebiatria**: medicina da adolescência. São Paulo: Roca, 2007. p. 48-54.

DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**: a practical guide. London: Sage, 1994.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e informação qualitativa**. Campinas: Papyrus, 2001.

FARMER, P. Social inequalities and emerging infectious diseases. **Emergent Infectious Diseases**, Harvard Medical School, Department of Social Medicine, v. 2, nº. 4, Boston, MA, USA. oct.-dec. 1996, p. 259-269.

FIALHO, Margaret. Cuidados e precauções. O olhar adolescente, nº. 1. **Revista Mente e Cérebro**. São Paulo: Duetto, 2000, p. 92-98.

_____, Maria Goretti P., TRAVASSOS, Cláudia, BASTOS, Francisco Inácio et al. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, nº. 5, Rio de Janeiro, set.-out. 2003, p. 1351-1363.

França Junior, V Paiva, F Lopes, G Venturi. **Aspectos metodológicos e analíticos da pesquisa MS/IBOPE, BRASIL – 2003**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents>. Acesso em: 1º. jul. 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

GIANVECCHIO, Rosângela P. e GOLDBERG, Tâmara B. L. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, nº. 2. Rio de Janeiro, mar.-abr. 2005, p. 581-588.

GIUGLIANI, E. R. J. e VICTORA, C. G. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de 2 anos. **Bases científicas**. Brasília: OPAS/OMS, 1997.

GRECO, D. B. Ética, saúde e pobreza: as doenças emergentes no século XXI. **Bioética**, v. 7, nº. 2, out.-dez. 1999.

GROOPMAN, J. **A anatomia da esperança**. Trad. de S. Duarte. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

GUILHEM, Dirce. **Escravas do risco: Bioética, mulheres e Aids**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; Finatec, 2005.

_____. Bioética e gênero: mulheres, moralidades e vulnerabilidade no contexto da Aids. (no prelo). **Bioética**. Brasília, 2008.

HEILBORN, M. L. A primeira vez nunca se esquece. **Revista Estudos Feministas**, v. 6, nº. 2. Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ, 1998, p. 394-405.

_____. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M. L. (org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 40-58.

_____, Maria Luiza e Equipe Gravad. Uniões precoces, juventude e experimentação da sexualidade. In: HEILBORN, M. L. et al. **Sexualidade, família e ethos religioso**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

HERCOWITZ, Andréa e ZAN, Renato. Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. In: CRISPIN, Jacques e REATO, Lígia. **Hebiatria: medicina da adolescência**. São Paulo: Roca, 2007. p. 430-435.

HIGA, Elisa et al. **Medicina de urgência**. São Paulo: Manole, 2004.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003.

ISKANDAR, Ibrahim J. **Normas da ABNT: comentadas para trabalhos científicos**. 3ª ed. Curitiba: Juruá. 2008.

JEOLÁS, Leila Sollberger. Os jovens e o imaginário da Aids: entre o risco e a prevenção. **Serviço Social em Revista**, v. 2, nº. 2. Londrina, jul.-dez. 1999, p. 121-134.

JORNAL DO BRASIL, Rio de Janeiro, 26 fev. 1999, p. 12.

KIELL, N. **The universal experience of adolescence**. New York: International University Press, 1964.

KNAUTH, D. R. Aids, Relações de Consangüinidade e de Aliança. **Corpus: Cadernos do NUPACS**, v. 3. Porto Alegre, 1996, p. 22.

_____. Aids e mulheres: Um desafio à prevenção. **HIVeraz: Informativo da Coordenação Política Municipal de Controle de DST Aids – SMS**, v. 2, nº. 6. Porto Alegre, 1996, p. 6-7.

_____. O vírus procurado e o vírus adquirido. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 5, nº. 2, p. 291-301, 1997.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A. e KNOBEL, M. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

_____. Visão psicológica de adolescência normal. In: COATES V.; FRANÇOSO, L. A. e BEZNOS, C. W. (ed.). **Medicina do adolescente**. São Paulo: Sarvier, 1993. p. 30-4.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às enfermeiras**. Brasília: ABen, 2004.

LEAL, O. F. Cultura reprodutiva e sexualidade. **Revista Estudos Feministas**, v. 6, nº. 2. Rio de Janeiro, 1998, p. 376-392.

_____ e RIETH, F. Ficar, namorar: desvendando práticas e representações adolescentes sobre sexualidade. In: BÉRIA, J. (org.). **Ficar, transar... a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998. p. 27-36.

LEGAY, Letícia. A epidemia de Aids e a mulher brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, nº. 16, supl. 1. Rio de Janeiro, 2006.

LIMA, A. L. M. et al. (ed.). **HIV/AIDS: perguntas e respostas**. São Paulo: Atheneu, 1996.

LONGO, Luciene A. F. B. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 19, nº. 2. 2002, p. 229-247.

MADEIRA, F. e BERCOVICH, A. A onda jovem e seu impacto na população economicamente ativa masculina em São Paulo. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, nº. 8. Rio de Janeiro, jan.-dez.1992, p. 1-28.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce e FREITAS, Daniel. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, nº. 2. São Paulo, abr. 2008, p. 242-248.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M. e NETTER, T. W. (org.). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; Relume Dumará, 1993.

MARQUES, Heloisa Helena de Sousa et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, nº. 3. Rio de Janeiro, mar. 2006, p. 619-629.

MATSUSHITA, Raul. Uma análise da incidência dos casos de Aids por faixa etária. **Boletim Epidemiológico Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MENDES, A. M. B. Algumas contribuições teóricas do referencial psicanalítico para pesquisas sobre organizações. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 7, nº. especial. Natal-RN, 2002, p. 89-96.

MERCHÁN-HAMANN, E. Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de Aids em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, nº. 3. Rio de Janeiro, jul.-set. 1995, p. 463-79.

MG Fonseca, FI Bastos, M Derrico, CLT Andrade, C. Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, supl. 1. Rio de Janeiro, 2000, p. 77-87.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. O desafio do conhecimento. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 2004.

MIRA Y LOPEZ, Emilio. **Psicología evolutiva del niño y el adolescente**. Argentina: Librería y Editorial Ruiz, 1941.

ML Heilborn, EML Aquino, M Bozon, DR Knauth -. **Aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006.

NASSAR, S. M. e GONÇALVES, L. H. T. A avaliação de uma medida de qualidade de vida. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 8, nº. 3, jun.-ago. 1999, p. 99-110.

NETO, Vicente Amato. **AIDS na prática médica**. São Paulo: Sarvier, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Diretrizes para gerenciamento das infecções sexualmente transmissíveis**. 2003.

_____. **Infecções sexualmente transmissíveis entre adolescentes: a necessidade de adequados serviços de saúde**. 2005.

V Paiva, G Venturi, L França-Júnior, F Lopes. Uso de preservativos. **Pesquisa MS/IBOPE 2003**. Brasília: Programa Nacional de DST/Aids – Ministério da Saúde, 2003.

PAIVA, V. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, R. et al. (org.) **A Aids no Brasil: 1982-1992**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS; UERJ, 1994. (História social da Aids, nº. 2).

_____. **Em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, 1992.

_____. **Fazendo arte com camisinha: a história de um projeto de prevenção da aids para jovens**. [Tese de doutorado]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade Estadual de São Paulo, 1996.

PAIVA, Vera; LATORRE, Maria do Rosário; GRAVATO, Neide et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, nº. 6, Rio de Janeiro, nov.-dez. 2002, p. 1609-1619.

_____; PUPO, Ligia Rivero e BARBOZA, Renato. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, São Paulo, abr. 2006, p. 109-119.

_____. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo/pdf>>. Acesso em: 1º. jul. 2008.

PARKER, R. **Corpos, prazeres e paixões**: cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller, 1991.

_____. **A construção da solidariedade**: aids, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; UERJ, 1994.

PARKER, R. tradução. In: _____ (org.). **Políticas, instituições e Aids**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; ABIA, 1997. p. 7-16.

_____. **Na contramão da Aids**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA; Editora 34, 2000.

PARKER, Richard e CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, supl. 1. Rio de Janeiro, 2000, p. S89-S102.

PAULILO, Maria Ângela Silveira e JEOLÁS, Leila Solberger. Jovens, drogas, risco e vulnerabilidades: aproximações teóricas. **Serviço Social em Revista**, v. 3. Universidade Estadual de Londrina, jul.-dez. 2000, p. 9.

PICCOLO, Fernanda Delvalhas and KNAUTH, Daniela Riva. Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos. **Horizontes Antropológicos**, v. 8, nº. 17. Porto Alegre, Universidade Federal de Pelotas, jun. 2002, p.127-145.

PINTO, Teresinha e TELLES, Izabel (org.). **AIDS e escola**: reflexões e propostas do EDUCAIDS. São Paulo: Cortez; Pernambuco: UNICEF, 2000.

POWDERLY, Willian G. **Manual de terapêutica do HIV**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

RACHID, Márcia e SCHETER, Mauro. **Manual de HIV/Aids**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

RAMOS, Flávia R. S. e PEREIRA, Silvana M. e ROCHA, Cláudia R. M. In: RAMOS, F. R. S. (org.). **Viver e adolecer com qualidade. Adolecer, compreender, atuar, acolher**. v. 1. Brasília: ABen, 2001. p. 19-32.

REY, G. **Pesquisa qualitativa em psicologia**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

_____. **Sujeito e subjetividade**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

REYNA, Valerie e FARLEY, Frank. Flerte com o perigo. O olhar adolescente, nº. 3. **Revista Mente e Cérebro**. São Paulo: Duetto, 2006.

RIETH, F. Ficar e namorar. In: BRUSCHINI, C. e HOLLANDA, H. B. (org.) **Horizontes plurais**: novos estudos de gênero no Brasil. São Paulo: Editora 34, 1998. p. 111-133.

RIETH, Flávia. Iniciação sexual na juventude de mulheres e homens. **Horizontes Antropológicos**, ano 8, nº. 17. Porto Alegre, Universidade Federal de Pelotas, jun. 2002, p. 77-91.

_____ e LEAL, O. F. Sexualidade e AIDS: um estudo antropológico através de grupos focais. **Relatório da pesquisa Adolescentes e DST/AIDS**: um estudo de

intervenção em escolares no RGS, parte etnográfica (sob coordenação de Jorge Béria), Pelotas, jul. 1995.

RODRIGUES JR., Antonio Luiz e CASTILHO, Euclides Ayres de. A epidemia de AIDS no Brasil – 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, nº. 4. Uberaba-MG, jul.-ago. 2004, p. 312-7.

SAITO, Maria Ignez. Sexualidade: uma questão em aberto. In: CRISPIN, Jacques e REATO, Lígia. **Hebiatria: medicina da adolescência**. São Paulo: Roca, 2007. p. 126-33.

SERAPIÃO, J. J. Interdisciplinaridade em sexologia. In: JURBERG, P.; SERAPIÃO, J. J. e SILVA, M. C. (org.). **Sexologia: fundamentos para uma visão interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editoria Central da Universidade Gama Filho, 1997. p. 9-23.

SCHECHTER, Mauro e MARANGONI, Denise Vantil. **Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SCHUCH, P. Aids e sexualidade entre universitários solteiros de Porto Alegre: um estudo antropológico. Trabalho apresentado no GT 14: Pessoa, Corpo e Doença. **XX Encontro Anual da ANPOCS**, Caxambu-MG, 22-26 out. 1996.

SONTAG, Susan. **A AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

TAQUETTE, Stella R. et al. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, nº. 3, maio-jun. 2005, p.148-152.

TAVARES, Eda Estevanell. Encontros e desencontros. O olhar adolescente, nº. 3. **Revista Mente e Cérebro**. São Paulo: Duetto, jun. 2004, p. 30-37.

TEIXEIRA, Ana Maria Ferreira Borges, KNAUTH, Daniela Riva, FACHEL, Jandyra Maria Guimarães et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, nº. 7, jul. 2006, p.1385-1396.

TEIXEIRA, Paulo Roberto; PAIVA, Vera e SHIMMA, Emi. **Tá difícil engolir?: Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo**. São Paulo: Nepaids, 2000.

UNAIDS. **Impacto da educação em matéria de HIV e saúde sexual sobre o comportamento sexual dos jovens**: uma resenha de actualização. Nov. 2004. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 12 jul. 2008.

_____. Unaid pretende evitar 29 milhões de infecções pelo HIV até 2010. 1º jul. 2005a. **Programa Nacional de DST e Aids**. Disponível em: <<http://www.Unaids.org>>. Acesso em: 14 jul. 2008.

_____. **Resumo mundial sobre a epidemia de AIDS**. Dez. 2005b. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 14 jul. 2008.

_____. **Relatório mundial sobre a epidemia de AIDS**. Jul. 2008. Disponível em: <<http://unaids.org>>. Acesso em: 19 jul. 2008.

VASCONCELOS, Ana Lúcia Ribeiro de e HAMANN, Edgar Merchán. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas

pelo HIV e seus recém-nascidos. **Saúde Materno Infantil**, v. 5, nº. 45, Recife, out.-dez. 2005, p. 483-492.

VASCONCELOS, A. L. R. **Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

VELOSO, G. L.; VASCONCELOS, G. L. e GRINSZTEJN, B. Prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Boletim Epidemiológico Aids**, v. 12, nº. 3, jun.-ago. 1999.

VERMELHO, L. L.; SILVA, L. P. e COSTA, A. J. L. Epidemiologia da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Boletim Epidemiológico Aids**, v. 12, nº. 3, jun.-ago. 1999.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. e LOMAR, A. V. **Retrovíroses humanas: HIV/AIDS**, São Paulo: Atheneu, 2000.

VILLELA, W. **Oficinas de sexo mais seguro para mulheres: abordagens metodológicas e de avaliação**. São Paulo: NEPAIDS/USP, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PESQUISA: ADOLESCENTES INFECTADOS POR TRANSMISSÃO VERTICAL: PERCEPÇÕES SOBRE O EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE

As perguntas foram realizadas verbalmente pela pesquisadora

ENTREVISTA INDIVIDUAL

Adolesc. Nº _____

Data: ____/____/____

Entrevistador: Maria da Graça C. Neves

VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS

Qual a sua data de nascimento? ____/____/____ e do cuidador ____/____/____

Onde você nasceu? Estado: _____ Cidade: _____

Qual a sua cor?

1. () Branca
2. () Preta
3. () Amarela
4. () Parda
5. () Indígena

Onde você mora atualmente? Estado: _____ Cidade: _____

E seu cuidador? Estado: _____ Cidade: _____

Há quanto tempo você mora nessa cidade? _____ meses/anos

E seu cuidador? _____ meses/anos

Qual a sua escolaridade?

1. () Nunca estudou e não sabe ler
2. () Nunca estudou mas sabe ler
3. () Ensino fundamental completo
4. () Ensino fundamental incompleto
5. () Supletivo Fundamental
6. () Ensino médio completo
7. () Ensino médio incompleto
8. () Supletivo

Qual a sua ocupação principal, quando não está na escola? _____

08. Com quem você mora? **(Pode marcar mais de uma alternativa)**

1. () Família nuclear (pai, mãe e irmãos).
2. () Pais adotivos
3. () Companheiro(a)
4. () Amigos
5. () tios
6. () Outro. Especificar _____

09. Tipo de moradia

1. () Casa própria
2. () Casa alugada
3. () Casa cedida
4. () Na casa do empregador
5. () Pensão
6. () Casa de apoio
7. () Albergue
9. () Outro. Especificar: _____

10 A renda familiar provém de:

- 1.() Aposentadoria, pensão
- 2.() Aluguel
- 3.() Pensão alimentícia, mesada, doação recebida de não morador
- 4.() Rendimentos provenientes de programas oficiais de auxílio (renda mínima, bolsa-escola etc.)
- 5.() Trabalho
- 6.() Outros

ANOTAR DADOS DO PRONTUÁRIO COM A RESPECTIVA DATA:

DOENÇAS OPORTUNISTAS _____

OUTRAS PATOLOGIAS: _____

INTERCORRÊNCIAS: _____

DSTS: _____

CD4: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA ABERTA COM ADOLESCENTES E FAMILIARES OU RESPONSÁVEIS A SER REALIZADA EM SIGILO

DATA: Data: ____/____/____

ADOLESC. Nº _____

A entrevista foi lida conforme a necessidade de intervenção.

1. Fale da sua vida e da sua história;
2. Fale da sua história (Explorar sexualidade e o HIV);
3. Como você e/ou familiar reagem ao diagnóstico de HIV? (Explorar vida familiar e sexual).
4. Fale da sua vida com o HIV, e se há influência em sua sexualidade?
5. Como você se sente diante desse quadro?
6. Você tem namorada (o)?
7. Ela (e) sabe de sua situação referente à saúde?
8. Qual sua visão em relação ao futuro?
9. Existe diferença de tratamento dos responsáveis?
10. Qual a percepção dos familiares em relação à sexualidade?
11. O assunto é tratado de forma clara e objetiva, pelos familiares e adolescentes?
12. Há o real conhecimento por parte dos familiares e adolescentes sobre os reais riscos?
13. Qual a percepção dos adolescentes e familiares sobre o convívio diante desta situação.
14. Você frequenta escola?
15. Na escola, colegas e professores sabem sobre sua saúde?
16. Como é sua convivência na escola com colegas e professores?
17. Você realiza algum trabalho na escola, que seja fora das atividades escolares previstas?
18. Você recebe ou recebeu orientações sobre educação sexual, na escola ou no centro de saúde?
19. Você comparece a consultas sistematicamente?
20. Qual sua visão do atendimento da equipe de saúde? Você consegue conversar sobre qualquer assunto?

**APÊNDICE C – MATRIZ: AÇÕES, VERBALIZAÇÕES, TEMAS,
FREQUÊNCIA, CATEGORIA E DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS.**

Registro nº. _____

Verbalizações	Tema	Categoria
1.	1.	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.	2.	
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.	3.	
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Maria da Graça Camargo Neves

TELEFONE: 34457661

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SEC. DE SAÚDE: 3325-4955

1. OBJETIVOS DO ESTUDO: Conhecer a percepção de adolescentes HIV positivos, infectados por transmissão vertical, sobre o exercício da sexualidade.

Este estudo vai ser aproveitado para ajudar outros adolescentes a lidar melhor com sua sexualidade frente ao HIV adquirido por transmissão vertical e para melhorar o atendimento a outros adolescentes e familiares com a mesma problemática Estimulando assim um olhar mais profundo das políticas públicas em direção a esta realidade.

2. JUSTIFICATIVA: Não há estudo qualitativo sobre o adolescente infectado pelo vírus HIV em transmissão vertical e o impacto exercido em sua sexualidade assim como nos aspectos sócio-culturais no DF.

3. PROCEDIMENTOS UTILIZADOS:

3.1. A pessoa que participar do estudo vai responder a uma entrevista feita pela pesquisadora, que em parte será anotada em um papel e a outra parte será gravada. As fitas serão destruídas após o término da pesquisa;

3.2. Essa entrevista é sobre a vida do adolescente, o sentimento seu e dos seus familiares e/ou responsáveis à convivência do vírus da Aids, suas alegrias e seus problemas. Durante a entrevista o adolescente poderá lanchar para não ter problemas de ficar muito tempo sem comer;

3.3. Serão retirados do prontuário dos (as) adolescentes alguns dados sobre sua saúde durante o acompanhamento e somente a pesquisadora ficará sabendo os resultados de seus exames. Eles não serão divulgados.

3.4. O adolescente que não quiser participar do estudo vai ser atendido normalmente no serviço público de saúde.

4. CONFIDENCIALIDADE:

4.1 Nenhuma pessoa será identificada. Será garantido sigilo absoluto a todos os participantes.

4.2 O Termo de Consentimento vai ter duas cópias. Uma ficará com o familiar e/ou responsável e a outra será lacrada em um envelope na sua frente e ninguém vai poder abrir.

5. DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

Para os adolescentes que participarem:

5.1 A entrevista vai durar mais ou menos uma hora.

5.2 Se a pessoa não sentir-se bem durante ou depois da entrevista será atendida por psicólogo ou médico de imediato.

5.3 O resultado do estudo irá contribuir para melhorar o atendimento aos adolescentes que tem o vírus da Aids.

5.4 Ao final da entrevista a pessoa vai poder tirar dúvidas e receber informações sobre a adolescência e o vírus da Aids.

6. DÚVIDAS:

Qualquer dúvida pode ser tirada na hora, com o entrevistador ou no seguinte endereço:

Maria da Graça Camargo Neves

Avenida L2 Sul, Quadra 608/609. Hospital HRAS. Fone: 3445-7600, 3445-7661, 34457699 33388538, 95550593. Brasília-DF.

7. CONSENTIMENTO

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito do estudo. Sei que a minha participação é por vontade própria e que posso desistir mesmo depois de ter começado, sem que isso me traga qualquer problema. Sei também que participando ou não, posso contar com o atendimento nos serviços públicos de saúde.

Por isso, concordo em participar.

Eu li este Termo e recebi as instruções que após assiná-lo, deverei dobrá-lo, colocar em envelope, lacrar e receber uma segunda via deste documento.

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável: _____

Assinatura do entrevistador: _____

ANEXO 1



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Carta
Nº 0107/2007- CEP/SES.

Brasília, 03 de julho de 2007.

Ilmº.(a) Senhor(a)
Diretor(a) DIPAS/SES-DF

Assunto: Aprovação do projeto de pesquisa **101/07** – CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

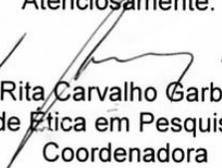
Participamos a V. Sa. a **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa: A VULNERABILIDADE DO ADOLESCENTE HIV POSITIVO, INFECTADO ATRAVÉS DA TRANSMISSÃO VERTICAL SUAS CONSEQUÊNCIAS E REFLEXOS SOBRE O EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE

Pesquisador responsável: MARIA DA GRAÇA CAMARGO

Os dados serão coletados no (a):CENTRO DE SAÚDE – 01 HOSPITAL DIA /SES-DF, pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde devem seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente.


Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-904

"Brasília – Patrimônio Cultural da Humanidade"

